



UPPSALA  
UNIVERSITET

Examensarbete

D-uppsats, avancerad nivå 15 hp  
2011

# Äldre patienter med risk för undernäring – dokumentation och överskriftningsrapportering

Anna Neymark Wolgast

Institutionen för kostvetenskap  
Box 560  
Besöksadress: BMC, Husargatan 3  
751 22 Uppsala



**UPPSALA UNIVERSITET**  
**Institutionen för kostvetenskap**  
**Examensarbete D 15 ECTS, 2011**

**Titel:** Äldre patienter med risk för undernäring – dokumentation och överrapportering

**Författare:** Anna Neymark Wolgast

**Handledare:** Afsaneh Koochek, institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet

## **SAMMANFATTNING**

**Bakgrund:** Undernäring är vanligt bland äldre personer som vårdas på sjukhus. God behandling av patienter med risk för undernäring kräver rutinmässig dokumentation av patienternas nutritionsproblem, vidtagna åtgärder och effekter av åtgärderna samt överföring av information mellan olika vårdformer.

**Syfte:** Syftet med studien är att undersöka i vilken utsträckning nutritionsomhändertagandet dokumenteras och överrapporteras när det gäller äldre patienter med risk för undernäring.

I förekommande fall görs en jämförelse med uppgifterna i kvalitetsregistret Senior alert.

**Metod:** Denna kvantitativa studie genomfördes på tre vårdavdelningar på ett länssjukhus i södra Sverige. Femtioåtta äldre patienters journaler granskades. Dessutom granskades registreringarna i kvalitetsregistret Senior alert för samma patienter. Uppgifterna i Senior alert och journalerna jämfördes med varandra.

**Resultat:** Journalgranskningen visade ett glapp mellan vad som registrerats i Senior alert och vad som skrivits i journalen. Samtliga patienter hade en vikt angiven i Senior alert, 78% hade en vikt i journal och 28% av patienterna hade fått sin vikt överrapporterad till nästa vårdgivare. Antalet nutritionsåtgärder var 156 i Senior alert, men endast 52 av dessa var journalförda.

**Slutsats:** Det finns betydligt mer information om nutritionsomhändertagandet i kvalitetsregistret än i journalen. Bristerna i journalföringen och överrapporteringen kan antas ge konsekvenser för både patientsäkerheten och effektiviteten i vården. En väg till förbättrat nutritionsarbete kan vara att först identifiera den enskilda vårdavdelningens hinder för ett gott nutritionsarbete och sedan utforma speciellt anpassade rutiner för nutritionsomhändertagandet.

**UPPSALA UNIVERSITY**

**Departement of Food, Nutrition and Dietetics**

**Master Thesis 15 ECTS credit points, 2011**

**Title:** Older Patients at Risk of Malnutrition – Documentation and Continuity of Care

**Author:** Anna Neymark Wolgast

**Supervisor:** Afsaneh Koochek, Departement of Food, Nutritions and Dietetics, Uppsala University

**ABSTRACT**

**Background:** Malnutrition is common in older hospitalized patients. Good nutritional care of patients at risk of malnutrition depends on access to high quality information in the patient's record. The records should routinely provide essential data on the patients nutritional problems, assessments, actions and outcomes. The communication of information between caregivers about the patients nutrition should be adequate.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the nutritional care and the documentation of nutritional therapy. Further the nutritional information at the transitions of care was examined and a comparison between the patient's record and the quality register Senior alert was conducted.

**Method:** This quantitative study was conducted at three wards of a local hospital situated in the South of Sweden. The patient records of fiftyeight elderly patients were studied. In addition the records of the quality register Senior alert was examined. The records were compared to each other and a statistic analysis was carried out.

**Results:** The study exhibits a difference between what is registered in Senior alert and what is written in the patient's record. All the patients had a body weight registered in Senior alert, 78% had a weight i their patient's record and 28% had their weight reportet to the next caregiver. The number of nutritionmeasures in Senior alert was 156 but only 52 of those were noted in the patient's record.

**Conclusion:** There is considerably more information in the quality register than there is in the patient's record. The deficiencies in the patient's record and in the continuity of care presumably affect the safety of the patient and efficiency of the care given. A method to improve performance of nutrition support could be first to identify the barriers against adequate nutritional therapy and documentation on the ward. Secondly an action plan could be made targeted to the individual ward. In the end guiding principles for the ward should be designed.

# Innehåll

1	Introduktion.....	6
1.1	Dokumentation.....	6
1.2	Nutritionsbedömning.....	6
1.3	Undernäring och nutritionsåtgärder .....	7
1.4	Senior alert och MNA .....	7
1.5	Bakomliggande orsaker till undernäring och nutritionsplanen .....	8
1.6	Överrapportering .....	9
1.7	Remiss annan vårdgivare .....	9
2	Syfte och frågeställningar.....	10
3	Metod och material.....	10
3.1	Patienterna och Senior alert.....	10
3.2	Nutritionsomhändertagandet .....	11
3.3	Databearbetning och statistisk analys .....	12
4	Resultat.....	12
4.1	Nutritionsbedömningar och samband med nutritionsåtgärder .....	13
4.1.1	Vikt och viktutveckling.....	13
4.1.2	Energiintag och energibehov.....	13
4.1.3	Ätsvårigheter .....	14
4.2	Nutritionsåtgärder.....	14
4.3	Remiss annan vårdgivare .....	15
4.4	Nutritionsplan.....	15
4.5	Överrapportering .....	16
4.6	Sökord nutrition.....	16
5	Diskussion.....	17
5.1	Metoddiskussion.....	18
5.2	Nutritionsbedömningar.....	18
5.3	Nutritionsåtgärder.....	19
5.4	Energiintag och energibehov.....	19
5.5	Överrapportering .....	20
5.6	Nutritionsplan.....	20

5.7	Nutritionsomhändertagandet .....	21
5.8	Slutsats .....	21
6	Referenser.....	22
BILAGA 1: Mini Nutritional Assessment		
BILAGA 2: Kostpolicy för Jönköpings sjukvårdsområde, länsjukhuset Ryhov		
BILAGA 3: Riskbedömning och förebyggande åtgärder, Senior alert		

# 1 Introduktion

Undernäring är vanligt bland äldre personer som vårdas på sjukhus och medför lidande för den enskilde och försämrade förutsättningar för tillfrisknande. God behandling och omvårdnad av patienter med risk för undernäring kräver rutinmässig dokumentation av patientens nutritionsproblem, vidtagna åtgärder och effekter av åtgärderna samt överföring av information mellan olika vårdformer (1). Denna uppsats studerar hur sjuksköterskor och läkare dokumenterar nutritionsarbetet på ett länssjukhus i södra Sverige.

## 1.1 Dokumentation

Enligt patientjournalagen ska patientens journal innehålla uppgifter om bakgrunden till vården, uppgifter om bedömning, ställd diagnos, åtgärder och uppföljning (2). Dessa krav på journalföringen gäller även den del av behandlingen som berör nutritionen (3). Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. En säker vård förebygger och minskar risken för vårdskador. Med hjälp av journalen ska det vara möjligt att följa upp hur behandlingen genomförts och om den givit avsett resultat. Nya vårdgivare ska finna information om tidigare insatser i journalen för att kunna bedöma vilka nya åtgärder som behöver vidtas (4, 5). I den komplexa värld som en vårdavdelning är, med flera olika yrkeskategorier och skift av personal som avlöser varandra, måste målsättningar och åtgärder journalföras för att inte tappas bort. Risk föreligger annars att patienten inte får det omhändertagande som undernäringen kräver (1). Saranto och Kinnunen publicerade 2009 en översiktsartikel (6) i vilken de granskade 41 studier som utvärderat sjuksköterskors dokumentation. Författarna skriver att "även om strukturerad dokumentation i viss utsträckning används idag så är det fortfarande så att journalanteckningarna till en del är felaktiga och bristfälliga och saknar många viktiga beståndsdelar ur omvårdnadsprocessen. För att säkerställa att patienter behandlas säkert och lika måste omvårdnadsdokumentationen verkligen beskriva den vård som ges."

## 1.2 Nutritionsbedömning

Kroppsvikt, viktutveckling, ätsvårigheter och beräkning av energiintag är metoder för att bedöma nutritionsstatus. Studier som granskar hur vårdpersonal dokumenterar nutritionsarbetet är sällsynta. I en norsk studie från 1999 av Bruun, Bosaeus och medarbetare (7) granskades dokumentationen av nutritionsbehandlingen av totalt 244 patienter på en kirurgvårdavdelning och en ortopedisk vårdavdelning. Trettionio % av patienterna var undernärda och 34% låg i riskzonen för undernäring. Uppgift om vikt saknades i journalerna hos 41% (98 patienter). I studien uppmärksammades att det finns risk att patienter som är i behov av nutritionsstöd inte upptäcks om de inte vägs. Fyrtioåtta % av de 60 patienter som fick artificiell nutrition (total eller partiell parenteral eller enteral nutrition) vägdes inte under den tid då de fick nutritionsstöd. Artificiell nutrition

är en viktig del av behandlingen för patienten och kan förbättra deras prognos. Målet med nutritionsbehandlingen kan bara uppnås till fullo om ordinationen hela tiden följs, utvärderas och anpassas till patientens behov. Detta görs bl a genom att patientens vikt följs (8). I en svensk studie från 2010 av Carlsson, Ehnfors och medarbetare (9) granskades 59 stroke-patienters journaler. Ättsvårigheter, exempelvis tugg- och sväljsvårigheter, aptitlöshet och orkeslöshet var dokumenterade hos 50% av patienterna, men bedömningar saknades och dokumentationen var inte systematisk. Oprecisa uttryck, exempelvis “äter dåligt”, var vanliga.

### **1.3 Undernäring och nutritionsåtgärder**

Undernäring är vanligt förekommande bland personer som vårdas på sjukhus. På medicin-, kirurg- och geriatrik-vårdavdelningar är prevalensen undernärda 11-55% (1). I Sverige har Socialstyrelsen definierat risken för undernäring hos en person som är 65 år eller äldre enligt följande: Minst en av de tre riskfaktorer ofrivillig viktförlust, lågt BMI och svårigheter att äta normalt ska föreligga. Undernäring anses föreligga vid BMI  $\leq 20$  om personen är under 70 år och vid BMI  $\leq 22$  om personen är 70 år eller äldre (1, 10). Enligt det internationella klassificeringssystemet ICD10 kan undernäring delas upp i lätt undernäring, E44.1 (BMI 17-18,5 eller  $>5-10\%$  viktförlust senaste sex månaderna), måttlig undernäring, E44.0 (BMI 16- $<17$  eller  $>10-20\%$  viktförlust senaste sex månaderna) och svår undernäring, E43 (BMI mindre än  $<16$  eller  $>20\%$  viktförlust senaste sex månaderna) (11).

Undernäring leder till sämre resultat av medicinsk och kirurgisk behandling samt rehabilitering, förlängd vårdtid och ökad risk för komplikationer, lidande och död samt ökade kostnader (1). Det finns flera förklaringar till undernäring, otillräckligt energi- och näringsintag är en av de viktigaste. Anledningar till otillräckligt födointag kan grovt delas in i två grupper, brist på mat samt en rad sjukdomsrelaterade faktorer som gör att personen äter mindre trots tillgång till mat (12). Otillräckligt födointag är en oberoende riskfaktor för död under sjukhusvistelsen och bör leda till att lämpliga nutritionsåtgärder sätts in direkt (13). Dessa åtgärder kan inbegripa exempelvis energi- och näringsrik mat, extra mellanmål, näringsdrycker och enteral eller parenteral nutrition (14).

Undernäring är inte enbart ett nutritionsproblem och en riskfaktor för sjukdom. Att genom mat och dryck få i sig tillräckligt med energi och näring är ett grundläggande behov. Mat och dryck tillfredsställer också olika psykologiska, sociala och kulturella behov (1).

### **1.4 Senior alert och MNA**

The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Europarådet och Socialstyrelsen rekommenderar att alla patienter som skrivs in på sjukhus screenas för risk för undernäring (1, 15, 16). Undersökningar visar att dessa rekommendationer inte alltid följs (17, 18). På det sjukhus som studerats i

denna uppsats screenas äldre patienter rutinmässigt när det gäller risk för fall, trycksår och undernäring med hjälp av kvalitetsregistret Senior alert (19). Registret ligger on-line och varje patient registreras med bakomliggande orsaker, riskbedömning, vidtagna åtgärder och uppföljning. Olika vårdgivare ska kunna dela skattningar och resultat av det förebyggande arbetet med varandra i registret. Ett av syftena med Senior alert är att medverka till utvecklandet av nya förebyggande arbetsätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård oavsett vem som tillhandahåller vården. Det övergripande målet är att förebygga skador och främja hälsa hos de vårdtagare som söker vård och omsorg.

När det gäller undernäring används i Senior alert kortformen av det validerade bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) som screeninginstrument (20, 21) (bilaga 1). MNA är anpassat för äldre personer och genomförs i två steg. Första steget, MNA-SF, används för att hitta personer som är eller riskerar att bli undernärda. En låg poäng på MNA-SF ger generellt en högre risk för undernäring men för att skilja de som är undernärda från de som har risk för undernäring har man fram till år 2010 varit tvungen att genomföra hela MNA (22). Från juli 2010 finns en vidareutvecklad MNA-SF som kan användas som ett fristående bedömningsinstrument för att bedöma om patienten är välnärd, har risk eller är undernärdd. Patienterna i denna studie har bedömts med den äldre versionen av MNA-SF. Hela MNA består av 18 frågor; antropometriska mätningar, frågor om matvanor, en helhetsbedömning av hälsotillståndet samt en självskattning av det egna närings- och hälsotillståndet. De sex frågorna i den äldre versionen av MNA-SF handlar om minskat födointag, viktförlust, rörlighet, psykisk stress/akut sjukdom, neuropsykologiska problem samt BMI. Helst ska patient eller anhörig själv svara på frågorna men om detta inte är möjligt kan vårdgivaren söka svaren i journalen eller göra en professionell bedömning. MNA som metod för att hitta patienter med risk för undernäring är väl validerat och har hög känslighet, specificitet och reliabilitet (21-23).

### **1.5 Bakomliggande orsaker till undernäring och nutritionsplanen**

Att screena för att upptäcka patienter i riskzonen för undernäring är positivt men inte tillräckligt. När riskpatienten är identifierad ska en utredning göras med syfte att hitta bakomliggande orsaker till risken för undernäring. Bakomliggande orsaker, förutom sjukdom, kan exempelvis vara nyligen genomförda eller pågående medicinska och kirurgiska behandlingar som påverkar näringsintag eller metabolism eller som orsakar t ex illamående, muntorrhet, tugg- och sväljsvårigheter. Sociala, kulturella och religiösa faktorer kan också påverka matintaget. När de bakomliggande orsakerna är utredda ska en vårdplan upprättas. Vårdplanen ska innehåller diagnos, planerade åtgärder och mål för nutritionsbehandlingen. Syftet med en nutritionsplan, likaväl som med andra vårdplaner, är dels att kunna förebygga och förekomma problemen, i detta fall nutritionsproblemen, istället för att bara åtgärda problem när de uppstått, dels att



se till att patienten erhåller samma vård oavsett vilken vårdgivare som utför åtgärderna (15, 24). Behandlingen dokumenteras och följs upp så att effekten av vidtagna åtgärder kan värderas (3). Monitorering sker med hjälp av exempelvis kostregistrering och beräkning av energi- och näringsintag samt viktutveckling (15). Man skiljer på olika former av vårdplaner beroende på graden av generaliserbarhet. Standardvårdplaner användes på en av vårdavdelningarna i denna studie. En standardvårdplan är gemensam för flera patienter med samma diagnos eller tillstånd, exempelvis stroke, och är ofta tvärprofessionell. Den behöver ofta kompletteras med individuella åtgärder (24). Det aktuella sjukhusets kostpolicy säger att "vid felnäring görs en utredning om bakomliggande orsaker och en åtgärdsplan som dokumenteras, följs upp och utvärderas" (Bilaga 2 Kostpolicy för Jönköpings sjukvårdsområde, Länssjukhuset Ryhov)

### **1.6 Överrapportering**

Tiden som inneliggande på sjukhuset är vanligtvis kort, på medicinvårdavdelningen på det aktuella sjukhuset är medelvårdtiden fyra dygn, på kirurgvårdavdelningen fyra dygn och på den geriatriska vårdavdelningen elva dygn. En nutritionsbehandling måste i de flesta fall fortsätta under lång tid varför huvuddelen ofta sker utanför sjukhuset. Korrekt informationsöverföring är därför viktigt (25). När patienten lämnar vårdavdelningen ska resultatet av screening, bedömning och nutritionsplanen rapporteras vidare till nästa vårdgivare (3, 15). Vårdpersonals skyldighet att informera berörda enheter inom den öppna vården om patientens behov av hälso- och sjukvård när patienten skrivs ut från den slutna vården är beskrivet i Socialstyrelsens författningssamling, i föreskriften Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården (26). Många studier visar på brister i överföringen av information när patienter flyttas från en vårdenhet till en annan eller mellan olika vårdnivåer (27-30). Det finns anledning att tro att överrapporteringen kring nutritionsbehandlingen inte heller alltid fungerar.

### **1.7 Remiss annan vårdgivare**

Vårdpersonal har visat sig ha bristande kunskaper på nutritionsområdet. Nutrition är ett komplext område och nutritionsproblem kräver ett tvärprofessionellt angreppssätt. Mowe, Bosaeus och medarbetare undersökte i en studie från 2007 (17) den självrapporterade kunskapsnivån hos sjuksköterskor och läkare när det gäller det praktiska nutritionsarbetet. Studien var en enkätundersökning och målgruppen sjuksköterskor och läkare som arbetar på kliniker där nutritionsproblem brukar vara vanliga. Resultatet visade att kunskapsbrist var den vanligaste anledningen till att sjuksköterskorna och läkarna inte arbetade med nutrition. Trettiofem %, av de 4512 personer som svarade på enkäten, tyckte det var svårt att identifiera vilka patienter som behövde nutritionsbehandling, 39% kände inte till hur man identifierade att en

patient var undernärd och 53% tyckte det var svårt att beräkna en persons energibehov. De som svarade att de hade goda kunskaper om nutrition arbetade också bättre med nutritionsfrågor. Läkaren har alltid det övergripande medicinska ansvaret. Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret, vilket inkluderar att identifiera risk för undernäring samt dokumentation och uppföljning av nutritionstillståndet. Vid behov av en individuell nutritionsordination är dietisten ansvarig. I dietistens nutritionsansvar ingår utredning av nutritionsproblemet samt ordination, uppföljning och utvärdering (25).

## **2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är att undersöka i vilken utsträckning nutritionsomhändertagandet dokumenteras och överrapporteras när det gäller äldre patienter med risk för undernäring.

I förekommande fall görs en jämförelse med uppgifterna i kvalitetsregistret Senior alert.

Frågeställningar:

- Vilka nutritionsbedömningar, nutritionsmål och nutritionsåtgärder har dokumenterats i journal och i vilken omfattning?
- Vilka nutritionsbedömningar, nutritionsmål och nutritionsåtgärder har registrerats i Senior alert och i vilken omfattning?
- I vilken utsträckning skrivs nutritionsplaner?
- Hur ser sambandet ut mellan olika former av nutritionsbedömningar och antalet nutritionsåtgärder i journalen.
- I vilken utsträckning överrapporteras information om nutritionen till nästa vårdgivare?
- På vilket sätt används sökordet nutrition i journalerna?

## **3 Metod och material**

I denna uppsats bygger uppgifterna om antal nutritionsbedömningar, resultatet av bedömningarna, antal nutritionsåtgärder och överrapporteringar på vad som dokumenterats i journal och registrerats i Senior alert. Det är möjligt att fler bedömningar gjorts och att fler åtgärder satts in men som inte dokumenterats. Det är också möjligt att muntlig överrapportering förekommit.

Litteratursökningen genomfördes under perioden oktober 2010-mars 2011 i den medicinska databasen PubMed. De sökord som användes var "malnutrition", "nutrition", "documentation", "patient's record", "information transfer".

Begränsningarna var human, vuxna+19 år samt engelska.

### **3.1 Patienterna och Senior alert**

Studien är genomförd utifrån data insamlade från ett länssjukhus i södra Sverige. På sjukhuset ska alla patienter som är äldre än 70 år screenas i kvalitetsregistret Senior alert (19), med syfte att hitta de vårdtagare som ligger i riskzonen för undernäring, de som riskerar att utveckla trycksår och de som har fallrisk. Från

juni 2009 till april 2010 blev 87% av de inneliggande patienterna screenade för risk för undernäring med MNA-SF (20), i Senior alert. Även förebyggande åtgärder vid risk för undernäring registreras i Senior alert. Exempel på åtgärder är energirik kost, omgivningsanpassning och anpassning av födans/vätskans konsistens samt enteral nutrition (Bilaga 3 Riskbedömning och förebyggande åtgärder, Senior alert, sidan 2). Någon form av nutritionsåtgärd sattes in i 92% av fallen under den aktuella tidsperioden. Urvalet till denna studie skedde utifrån de vårdtagare som var inneliggande på tre specifika vårdavdelningar på sjukhuset från 2009-06-01 till 2010-04-20 och vilka låg i riskzonen för undernäring enligt MNA-SF. De var alla boende i en definerad stadsdel eller i en mindre grannkommun och skrevs efter vårdtiden ut till eget boende eller kommunal korttidsplats. Personer som bodde på särskilt boende ingår inte i studien. De aktuella kommunerna och vårdcentralerna som patienterna tillhörde använde inte Senior alert. Detta innebär att informationen om resultatet av screening samt vilka åtgärder som satts in inte fanns tillgänglig för vårdgivare i kommunerna och primärvården. För tillfället är det av juridiska skäl inte möjligt att överföra information mellan olika huvudmän även om båda använder Senior alert. Totalt inkluderades 58 äldre patienter i studien, 20 patienter från en medicinvårdavdelning, 18 patienter från en kirurgisk vårdavdelning och 20 patienter från en geriatrisk vårdavdelning.

Den dokumentation som studerats är omvårdnadsjournalen och den medicinska journalen på sjukhuset och kvalitetsregistret Senior alert. Journalerna var under den aktuella tidsperioden pappersjournaler. Den dokumentation som studerats när det gäller överrapporteringen är medicinsk epikris och omvårdnadsepikris, där sådan skickats, samt Meddix. Meddix är ett internetbaserat vårdplanerings- och överrapporteringssystem som sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal använder (31). Journalgranskningarna är gjorda av en dietist efter skriftligt tillstånd från respektive verksamhetschef. De enskilda patienterna har inte tillfrågats om deltagande i denna uppsats. Uppsatskrivaren har inte haft tillgång till namn eller personnummer. Patienterna har representerats av ett nummer.

### **3.2 Nutritionsomhändertagandet**

Med nutritionsomhändertagande menas här nutritionsbedömning, nutritionsåtgärder, nutritionsmål samt överrapportering gällande nutrition. Av de faktorer som ingår i en nutritionsbedömning har i denna studie undersökts dokumentation av kroppsvikt, viktutveckling, energiintag samt ättsvårigheter. Med viktutveckling avses att patienten vägts två eller fler gånger. De nutritionsåtgärder som studerats är information inom området mat och ätande till patient/anhörig, omgivningsanpassning, övervakning av energi- och näringsintag/kostregistrering, underlättande av ätande och sväljande, protein- och energirik kost, näringsdryck, enteral nutrition, parenteral näringstillförsel samt remiss till annan vårdgivare pga nutritionsproblemen. Dessa åtgärder ingår i Senior alert. I de fall samma faktor i nutritionsbedömningen alternativt

nutritionsåtgärd noterats flera gånger hos samma patient, exempelvis att energiintag registrerats under flera dagar eller att parenteral nutrition förekommit vid flera tillfällen under vårdtiden, har faktorn/åtgärden endast räknats första gången. Ytterligare faktorer som granskats är mål kopplade till nutritionsåtgärderna, överrapportering till annan vårdgivare, upprättade nutritionsplaner samt noteringar under sökordet nutrition.

### 3.3 Databearbetning och statistisk analys

Journaltexter rörande nutrition fördes in i sin helhet i ett Excellark av en dietist i syfte att användas i ett utvecklingsprojekt, "Aptit för livet". Texterna kategoriserades i efterhand av uppsatsskrivaren utifrån vilka bedömningar, mål och åtgärder som journalförts, under vilket sökord dokumentationen gjorts samt vad som överrapporterades till nästa vårdgivare. Parametrar som användes var vårdavdelning, kön, ålder och vårdtid. Uppgifterna från Senior alert fördes in i samma Excellark. De statistiska analyserna gjordes i Statistica 9.1. Den analysmetod som användes var Pearsons korrelationskoefficient (Pearsons r). Signifikansnivån sattes till  $p \leq 0,05$ .

## 4 Resultat

Populationen som ingick i studien beskrivs i tabell 1. Den bestod av 18 män och 40 kvinnor från tre olika vårdavdelningar. Patienternas medelålder var 84,6 år och medelvärdet på MNA-SF var 8,3.

**Tabell 1** Bakgrundsdata

	<b>Medicin</b>	<b>Kirurg</b>	<b>Geriatrisk</b>	<b>Totalt</b>
Patienter, n	20	18	18	58
Kvinnor, n	13	11	16	40
Män, n	7	7	4	18
Avlidna	2	8	0	10
Ålder, år, medel (SD)	86,9 (6,9)	81,2 (5,9)	85,6 (6,2)	84,6 (6,4)
Vårdtid, dagar, median (1-3 kvartil)	4 (4-12)	7 (4- 14)	12 (7-14)	8 (4-14)
MNA-SF, medel (SD)	8,5 (2,3)	8,6 (2,2)	7,8 (2,5)	8,3 (2,5)

#### 4.1 Nutritionsbedömningar och samband med nutritionsåtgärder

Tabell 2 visar hur korrelationen ser ut mellan var och en av de olika formerna av nutritionsbedömningar och antalet dokumenterade nutritionsåtgärder i journalerna. Korrelation finns mellan nutritionsbedömningarna energiintag respektive ättsvårigheter och antalet journalförda nutritionsåtgärder.

**Tabell 2** Korrelationen mellan nutritionsbedömning och antal nutritionsåtgärder i journal

Nutritionsbedömning	Antal (%)	Åtgärder, antal, (medel)	r-värde	p-värde
Vikt angiven minst en gång	45 (78)	58 (1,3)	-0,07	>0,2
Vikt angiven minst två gånger	25 (43)	44 (1,7)	-0,1	>0,2
Energiintag angivet minst en gång	22 (38)	54 (2,5)	0,7	<0,001
Ättsvårigheter angivet minst en gång	27 (47)	58 (2,2)	0,4	<0,01

##### 4.1.1 Vikt och viktutveckling

Etthundra % av patienterna hade två vikter i Senior alert, en vikt i samband med screeningen och en vikt när uppföljningen gjordes. Fyrtiofem (78%) av de 58 patienterna hade en vikt angiven i journalen. Hos 25 patienter (43%) fanns mer än en vikt noterad under vårdtiden. Även om ingen analys av viktförändringen hade gjorts i journalen har två vikter räknats som att viktutvecklingen följts. Majoriteten av viktuppgifterna fanns i omvårdnadsjournalen, endast tre noteringar om vikt och en om viktutveckling fanns i de medicinska journalerna. Det fanns inget samband mellan uppgift om vikt i journal och antal åtgärder i journal. Det fanns heller inget samband mellan att viktutveckling följts i journalen och antal åtgärder i journal (se tabell 2).

##### 4.1.2 Energiintag och energibehov

Energi- och vätskeregistreringar hade genomförts för 32 patienter enligt Senior alert. Tjugotvå av dessa patienter hade även en kost- och vätskeregistrering dokumenterad i journal, i förekommande fall kompletterad med enteral och/eller parenteral nutrition. I dessa 22 journaler fanns även uppgift om totalt energiintag. I journalen redovisades kost- och vätskeregistreringen i form av uppgift om energiintag. Antalet dagar som energiintag noterades för en enskild patient varierade mellan en och 29 med en median på två dagar. I kvalitetsregistret Senior alert registrerades inte nutritionsmål. De mål i

nutritionsarbetet som dokumenterades i journal var totalt tio och de utgjordes alla av ett beräknat energibehov i omvårdnadsjournalen. Det fanns en korrelation mellan att en kostregistrering var dokumenterad i journal och och antalet nutritionsåtgärder i journalen (se tabell 2). Patienterna fick fler nutritionsåtgärder om de hade ett dokumenterat energiintag.

#### 4.1.3 Ätsvårigheter

Ätsvårigheter registreras inte i Senior alert. I journalerna hade 47% av patienterna minst en ätsvårigheter dokumenterad. Det totala antalet dokumenterade ätsvårigheter var 60. Antalet ätsvårigheter per patient varierade mellan noll och tre. Den vanligaste ätsvårigheten var "illamående och kräkningar" (26 patienter). Fjorton patienter "ät dåligt", tolv patienter hade aptitlöshet och åtta patienter hade sväljningssvårigheter. Det fanns en korrelation mellan att patienten hade minst en ätsvårighet dokumenterad i journal och antal nutritionsåtgärder som genomfördes och dokumenterades i journal (se tabell 2). De patienter som hade dokumenterade ätsvårigheter hade fått fler åtgärder insatta.

#### 4.2 Nutritionsåtgärder

I tabell 3 redovisas vilka nutritionsåtgärder som hade dokumenterats i journal och vilka som hade registrerats i Senior alert (bilaga 3, Riskbedömning och förebyggande åtgärder, Senior alert). Det totala antalet nutritionsåtgärder som journalförts var 52. I Senior alert var det totala antalet nutritionsåtgärder 156, noll till 20 per patient med medeltalet 6,1 åtgärder per patient. Enligt Pearsons r fanns korrelation mellan MNA-poäng och antal åtgärder i journal, ju lägre MNA-poäng ju fler åtgärder sattes in ( $p < 0,01$ ).

**Tabell 3** Åtgärder med syfte att förbättra nutritionstillstånd i journal och Senior alert

Typ av nutritionsåtgärd, antal	Journal	Senior alert
Information/rådgivning till patient och/eller anhörig	2	15
Omgivningsanpassning	0	46
Övervakning av näringsintag/kostregistrering	22	32
Underlättande av ätande och sväljande	8	18
Energirik kost	3	36
Näringsdryck	10	8
Enteral nutrition	1	0
Parenteral nutrition	6	1
Åtgärder, totalt	52	156

Åtgärderna i Senior alert är uppdelade i åtta grupper: information/undervisning om hälsa-ohälsa, påverkan av attityder i omgivningen, omgivningsanpassning, översyn av läkemedel, övervakning av näringsintag, underlättande av ätande och sväljning, träning i att äta och dricka och nutritionsbehandling. Varje grupp har 1-9 undergrupper. Åtgärden Information/undervisning om hälsa-ohälsa har här lagts ihop med åtgärden påverkan av attityder i omgivningen.

Omgivningsanpassning har undergrupperna anpassa bord/stol, säng/sängbord, ljus och ljud, anpassa bostad/vårdrum, skapa en trevlig måltidsmiljö, skapa gemenskap och skapa avskildhet. Omgivningsanpassning är den åtgärd som registrerats flest gånger i Senior alert. Denna åtgärd förekommer inte någon gång i patienternas journaler. Näringsdryck och parenteral nutrition är åtgärder som journalförts hos fler av de 58 patienterna än vad de registrerats i Senior alert. Trettiosex patienter fick registrerat i Senior alert att de åt energirik kost, i tre fall journalfördes detta. Översyn av läkemedel redovisas inte eftersom information om läkemedel inte togs med i journalgranskningen. Träning i att äta och dricka finns inte heller med eftersom inga noteringar fanns om detta i journalerna och åtgärden träning i att äta och dricka hade heller inte registrerats i Senior alert. Trettiofyra % av åtgärderna i Senior alert var journalförda.

Åtgärdsgruppen nutritionsbehandling delas i Senior alert upp i undergrupperna: mellanmål, berikning av maten, protein- och energirik kost, kosttillskott, specialprodukter, anpassa födan efter kulturella och religiösa behov, minska nattfastan till max 11 h, matning via sond/PEG samt parenteral näringstillförsel. Av dessa har de fyra som förekom mest frekvent i journalerna tagits med i denna sammanställning. Inget fanns noterat i journal när det gäller mellanmål, specialprodukter, berikning av maten, anpassa födan efter kulturella och religiösa behov eller nattfastan. Däremot fanns åtgärden minska nattfastan till max 11 timmar i Senior alert hos nio patienter, men samma åtgärd fanns inte nämnd i någon journal.

#### **4.3 Remiss annan vårdgivare**

De aktuella vårdavdelningarna hade inte egen dietist, logoped eller tandhygienst, men möjlighet fanns att remittera till dessa yrkesgrupper utan kostnad. Två av de 58 patienterna med risk för undernäring fick enligt journalen remiss till dietist och två fick remiss till tandhygienist. Remiss till annan vårdgivare med anledning av risk för undernäring registreras inte i Senior alert.

#### **4.4 Nutritionsplan**

Inga nutritionsplaner hade upprättats för patienterna. Sex av patienterna på den geriatriska vårdavdelningen hade standardvårdplaner där bl a nutritionsfrågor dokumenterats, oftast kost- och vätskeregistrering samt näringsdryck. I två fall hade MNA-poäng dokumenterats i standardvårdplanen.

## 4.5 Överrapportering

Tabell 4 visar hur överrapporteringarna från slutenvården till kommunen eller vårdcentralen såg ut när det gällde nutritionen. Trettiofyra av de 58 patienterna hade fått någon omständighet kring nutritionen överrapporterad till nästa vårdgivare. För 14 av dessa var texten ett kort konstaterande att patienten ätit a-kost, hade god aptit eller hade diabetes. Övriga 20 patienter hade en mer utförlig text som beskrev någon/några delar av en nutritionsbedömning och/eller vilka nutritionsåtgärder som satts in. Fyra patienter hade ingen överrapportering rörande nutrition. Sexton patienter (28%) hade fått sin vikt överrapporterad till nästa vårdgivare i Meddix eller epikris. Det beräknade energibehovet och energiintaget under vårdtiden hade inte rapporterats vidare till nästa vårdgivare i Meddix eller epikris. Patienterna hade inte heller i något fall fått sin viktutveckling under vårdtiden överrapporterad. Ättsvårigheter hade överrapporterats hos elva patienter (19%) varav två patienter hade tre respektive fem olika ättsvårigheter, övriga hade fått en ättsvårighet överrapporterad.

**Tabell 4** Överrapportering från slutenvården till kommunen eller primärvården av faktorer som ingår i nutritionsomhändertagandet

	Antal (%)
Typ av kost	22 (38)
Dålig aptit/äter dåligt	8 (14)
Illamående/kräkningar	1 (2)
Sväljningssvårigheter	3 (5)
Näringsdryck	2 (3)
Äter bra/inga problem	9 (16)
Vikt	16 (28)
Viktutveckling	1 (2)
MNA-SF poäng	4 (7)
Matlåda från kommunen	7 (12)
Annat	9 (15)
Summa	82

## 4.6 Sökord nutrition

Alla omvårdnadsjournaler utom fyra innehöll sökordet nutrition. Exempel på innehåll under sökordet nutrition finns i tabell 3. Texten var ofta slumpmässig, exempelvis dokumenterades i sex fall information om en specifik måltid utan analys eller uppföljning av informationen. Exempel på formuleringar var “patienten får middag”, “ätit frukost och lunch” och “ätit smörgås ikväll”. Typ av kost var hos 25 patienter “a-kost” eller “normalkost”. I sju fall kunde man följa en förbättring av patientens aptit/energiintag under vårdtiden eftersom



information om att patienten äter dåligt eller mår illa följdes av journaltexten “äter bra” några dagar senare. I de medicinska journalerna hade sökordet nutrition använts tre gånger, varav två med texten “fungerar bra” och en gång med information om att patienten inte svalde tabletter och hade ett lågt kaloriintag.

**Tabell 5** Ett urval av texter under sökord nutrition i omvårdnadsjournal. Varje patient kan ha noteringar om flera av dessa förhållanden

<u>Text under sökord nutrition</u>	<u>Antal (%)</u>
Typ av kost	31 (53)
Diabetes/blodglukos	8 (14)
Dålig aptit/äter dåligt	14 (24)
Illamående och kräkningar	13 (22)
Information om en måltid	6 (10)
Sväljningssvårigheter	5 (9)
Näringsdryck	5 (9)
<u>Äter bra/inga problem</u>	<u>12 (21)</u>

Bland de 45 patienter som hade en vikt angiven fanns denna vikt i den sk templistans hos 43. Templistan är ett blad där patientens status under vårdtid följs, exempelvis gällande blodtryck, vikt, energiintag, vätskeintag och vätskeförlust. Dessutom hade vikten noterats under sökordet nutrition i omvårdnadsjournal för en patient, i daganteckningarna för en patient samt i överrapporteringsystemet Meddix för 15 patienter.

## 5 Diskussion

Det råder samsyn när det gäller vikten av att screena för att hitta patienter med risk för undernäring (15, 22, 32-34). På det aktuella sjukhuset hittar man genom flitig screening dessa patienter men eftersom journalanteckningarna är bristfälliga så är det oklart hur sjukvårdspersonalen tillsammans med patienten arbetar med de nutritionsproblem som upptäcks. Kvalitetsregistret Senior alert ger betydligt mer information om nutritionsbedömningen och nutritionsåtgärderna än vad journalerna ger. Eftersom Senior alert inte används av de berörda kommunerna och vårdcentralerna förmedlas inte den information som sjukhuset fört in i systemet vidare. Bedömningar och åtgärder måste dokumenteras även i patientens journal för att de ska kunna följas upp, utvärderas och finnas tillgängliga för berörda vårdgivare i hela vårdkedjan. Även när det gäller kommuner som använder Senior alert så är det av juridiska skäl inte möjligt att föra information vidare mellan olika huvudmän via ett

kvalitetsregister. Det är troligt att bristerna i journalföringen ger konsekvenser både för patientsäkerheten och för vårdeffektiviteten.

### **5.1 Metoddiskussion**

Journalgranskningen var en del i ett större projekt som redan var påbörjat när uppsatsarbetet startade. Detta gjorde att jag inte hade möjlighet att styra hur granskningen genomfördes. Uppsatsarbetet hade förmodligen blivit effektivare om ett protokoll funnits utarbetat från början där önskad information kunde föras in direkt från journalerna. Det skulle ha varit intressant att följa några dietistjournaler för att se om den specialistkompetens på nutritionsområdet som dietisten har gör att deras journalföring angående nutrition är mer utförlig än läkares och sjuksköterskors. Uppsatsens resultatet saknar extern validitet eftersom materialet inte är tillräckligt stort. Det är möjligt att bias i form av felklassificering förekommer, exempelvis när det gäller patientens vikt. Har man exempelvis vägt patienten två gånger eller har man noterat inskrivningsvikten en gång till i samband med utskrivning från vårdavdelningen? Det finns också en ökad risk för fel eftersom informationen har gått i flera steg – journalskrivare, dietist, uppsatsskrivare. Det är möjligt att exempelvis vikten eller energiintaget noterats felaktigt i något steg.

### **5.2 Nutritionsbedömningar**

I Bruun och Bosaeus studie från 1999 (7) saknades uppgifter om vikt i journalen hos 41% av patienterna. I Rasmussens studie från 2006 (33) saknades vikt hos 26% av patienterna. Aktuell vikt är en enkel utgångspunkt för kontinuerlig bedömning av individens nutritionsstatus. Trots det saknas ofta fastställda rutiner för viktkontroll under vårdtid. I denna studie saknas vikt i 22% av journalerna. Att fler patienter får sin vikt dokumenterad i journal indikerar möjligen att medvetenheten om viktens betydelse för hälsan ökat de senaste tio åren.

När vikten följs över tid kan den användas som en del i utvärderingen av hur effektiva nutritionsåtgärderna är (15). I Söderhamns studie från 2007 hade viktnedgång dokumenterats hos 14% av patienterna (34). I denna studie följdes viktutvecklingen hos 43% av patienterna. Något samband mellan uppgifter om vikt och viktutveckling i journalen hos en patient som har risk för undernäring och antalet dokumenterade åtgärder fanns inte. Detta motsäger möjligen antagandet att medvetenheten om viktens betydelse ökat.

Precis som i Carlsson och Ehnfors studie (9) var ätsvårigheterna inte systematiskt dokumenterade. De var ostrukturerat och slumpmässigt beskrivna och det går inte att utröna om ätsvårigheten beror på exempelvis aptitlöshet, medicinska faktorer, funktionella ätproblem eller psykologiska aspekter. Oprecisa uttryck som "ätit lite dåligt sista tiden", "svårt att äta" och "låg

näringsintag” var vanliga. Målsättningar och uppföljningar saknades vilket gjorde att det blev svårt att följa om ättsvårigheterna förändrades över tid.

### **5.3 Nutritionsåtgärder**

I Senior alert har vårdpersonalen registrerat att de satt in 156 nutritionsåtgärder för de 58 patienterna, av dessa har 33% journalförts. När en nutritionsåtgärd genomförs ska detta registreras med ett kryss i den del av Senior alert som heter Förebyggande åtgärder. Vad detta kryss står för i detalj kan inte utläsas. Betyder information/rådgivning till patient och /eller anhörig att patienten fått en broschyr om hur man energiberikar maten eller har hon fått muntlig information som en del i en individuellt anpassad nutritionsbehandling av dietist? Betyder åtgärden Energirik kost i Senior alert A-kost (=allmän kost) eller betyder det E-kost (=energi- och proteinrik kost)? A-kosten är mer energität än SNR-kost (=kost som utgår från de svenska näringsrekommendationerna och som passar för friska) och är grundkosten för de flesta som vårdas på sjukhus. E-kosten är den kost som innehåller högst andel protein och fett och minst kolhydrater och ska volymmässigt motsvara en halv till två tredjedelar av en portion A-kost. Samma kosten kan beställas genom hemtjänsten och på äldreboendena och det vore värdefullt för kommunens vårdgivare att få information om vilken kost som bedömts vara lämplig för den äldre, så att patienten även efter vårdtiden på sjukhuset kan erbjudas den kost som passar henne bäst. För att en överrapportering av vilken kost patienten fått ska vara möjlig bör en journalnotering om val av kost finnas, där de vedertagna begreppen används (35). Samma sak gäller information/rådgivning till patient och/eller anhörig och alla andra åtgärder i Senior alert: Journalanteckningar som ger utförligare information om nutritionsåtgärderna, om målet med dessa samt om hur de följs upp, är nödvändigt för att kunna utvärdera om den insatta åtgärden har avsedd effekt (4, 5). Antalet åtgärder i Senior alert tyder möjligen på att en medvetenhet om nutritionens betydelse finns på vårdavdelningarna, men säger inget om kvalitén på och uppföljningen av åtgärderna.

### **5.4 Energiintag och energibehov**

En målformulering ska beskriva det förväntade resultatet av åtgärderna. En åtgärd som behöver upprepas under vårdtiden eller av nästa vårdgivare i vårdkedjan kräver en noggrann beskrivning i journalen, med motiverande diagnos och mål (24). Journalgranskningen visade att det var få sjuksköterskor och läkare som formulerade mål för sina nutritionsåtgärder. Det enda mål som fanns angivet var att uppnå beräknat energibehov. Energitaget var beräknat hos tio patienter. När det gäller dagligt energiintag så fanns detta registrerat i Senior alert hos 32 patienter. Det dokumenterade energiintaget byggde på kost- och vätskeregistreringar, i förekommande fall med tillägg av energiintag från enteral eller parenteral nutrition. Detta betyder att man på vårdavdelningarna gjort kostregistreringar på 22 patienter som man inte beräknat energibehovet på.

Utan definerade mål är det svårt att utvärdera sitt arbete, både när det gäller kostregistreringar och andra nutritionsåtgärder.

### **5.5 Överrapportering**

De insatser som gjorts för att påverka patientens risk för undernäring under vårdtiden på sjukhus räcker sällan eftersom vårdtiden är kort (36). E Rothenberg konstaterar i boken Geriatrisk Nutrition (37) att nutritionsbehandling av kroniskt sjuka äldre i de flesta fall måste fortsätta under resten av livet och därför inkluderas i vårdkedjan mellan huvudmännen. Överrapportering till nästa vårdgivare är nödvändig i samband med utskrivning.

Eftersom patienterna i denna studie alla är äldre i riskzonen för undernäring vore det rimligt med information i överrapporteringen om deras nutritionsstatus, vilka bedömningar som gjorts och vilka åtgärder som satts in. Tjugofyra patienter i studien hade ingen information om nutritionen i överrapporteringen överhuvudtaget. Den information kring nutritionen som fanns i övriga 34 patienters överrapporteringar var otydlig, exempelvis saknades ofta information om de nutritionsbedömningar som gjorts och om vilka åtgärder som satts in. Uppgift om vikt saknades i överrapporteringarna hos 73% av patienterna. En positiv iakttagelse är att poäng på MNA-SF rapporterats över i fyra fall. Av de 60 ätsvårigheter som noterats i journalerna har endast 26 rapporterats vidare till nästa vårdgivare. Att omgivningsanpassning var den mest frekventa registrerade nutritionsåtgärden väcker frågor om dessa anpassningar av omgivningen även skulle kunna appliceras på patientens hemmiljö.

De dagar som patienten med risk för undernäring vårdas på sjukhus lämpar sig väl för att utreda nutritionsproblem och starta en behandling på samma sätt som görs när det gäller medicinska problem. Detta arbete tycks i viss utsträckning utföras på de aktuella vårdavdelningarna men eftersom överrapportering till nästa vårdgivare inte sker tar man inte tillvara det arbete som påbörjats på vårdavdelningen. Primärvården och kommunerna kan inte förväntas ta över ansvar för en nutritionsbehandling som de inte vet har påbörjats. Enligt Vårdhandboken ska korrekt informationsöverföring innehålla uppgifter om patientens näringstillstånd, behov, aktuella åtgärder och målsättningen med behandlingen (25).

### **5.6 Nutritionsplan**

I Söderhamns studie från 2007 (34) hade 24% av riskpatienterna en nutritionsplan, i Rasmussens studie från 2006 (33) hade 33% en nutritionsplan och i Kondrups studie från 2002 (38) hade 47% av riskpatienterna en nutritionsplan. I denna journalgranskning hittades inga nutritionsplaner, men sex standardvårdplaner. Korrekt journalföring är en grundläggande förutsättning för ett gott nutritionsomhändertagande och dessutom en viktig del i sjuksköterskans utbildning. Det är därför förvånande att man i så liten utsträckning använder vårdplanen som en del i nutritionsomhändertagandet. Traditionen på den

enskilda vårdavdelningen skulle kunna vara en faktor som påverkar antalet nutritionsplaner för patienter med risk för undernäring.

### **5.7 Nutritionsomhändertagandet**

Två anledningar till ett ostrukturerat nutritionsomhändertagande, där dokumentation är en viktig del, är att det saknas rutiner och att kunskapen är otillräcklig (33, 39). Kondrup och medarbetare (38) menar att det bör finnas skriftliga nutritionsrutiner som omfattar screening och behandling. Dessutom bör det finnas riktlinjer för hur länge vårdgivaren får vänta innan nutritionsåtgärder ska sättas in för riskpatienter. Riktlinjerna ska inte vara formulerade som en allmän policy utan de ska ge detaljerade anvisningar om evidensbaserade nutritionsrutiner anpassade efter den enskilda vårdavdelningen (38). Dietisten med sin spetskompetens inom nutrition, är en viktig yrkesgrupp på vårdavdelningar med patienter med risk för undernäring. Dietisten ska dels genomföra individuella nutritionsbehandlingar dels bör hon medverka till kompetensutveckling av personalen (37). Även andra yrkesgrupper, exempelvis logoped och tandhygienist har kompetens som det ibland finns behov av i nutritionsbehandling. Förutom brist på rutiner och kunskap är tidsbrist en anledning som sjuksköterskor anger som förklaring till att deras journalnoteringar är ostrukturerade och att viktiga delar ibland saknas (40). Kim och medarbetare (40) menar att införandet av datajournaler kan vara en lösning på detta. Datajournaler hade ännu inte införts på det aktuella sjukhuset under den tid som kartläggningen genomfördes. Det vore intressant att i framtiden studera om databaserade journaler medverkar till högre kvalitet på sjuksköterskornas journalföringen gällande nutrition. Rasmussen och medarbetare använde ESPEN guidelines for nutrition screening (15) i sin studie från 2006 (33). Denna metod inkluderade mätbara kvalitetsmått, att man identifierade hinder för ett gott nutritionsarbete och att man utformade speciellt anpassade rutiner för varje enskild vårdavdelning. Processen avslutades med en utvärdering. Denna metod för att implementera nutritionsbehandling visade sig förbättra nutritionsarbetet på de olika vårdavdelningarna som ingick.

### **5.8 Slutsats**

Det stora antalet registreringar som vårdpersonalen på de aktuella vårdavdelningarna gör i kvalitetsregistret Senior alert tyder på att ett betydande nutritionsarbete utförs. Dokumentationen i journalerna samt överrapporteringarna till nästa vårdgivare är dock otillräckliga, vilket kan få konsekvenser både för patientsäkerheten och för vårdeffektiviteten. En väg till förbättrat nutritionsarbete kan vara att först identifiera den enskilda vårdavdelningens hinder för ett gott nutritionsarbete och sedan utforma för vårdavdelningen speciellt anpassade rutiner för nutritionsomhändertagandet.

## 6 Referenser

1. Socialstyrelsen, editor. **Nutritionssystem i vård och omsorg 2000.**
2. Patientdatalag (2008).
3. SNUS - Samverkansgruppen för nutritionens utveckling i Sverige, editor. **Nutritionssystem i sjukvård och omsorg 2004.**
4. Socialstyrelsen, editor. **God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Bohus: Ale Tryckteam AB; 2005.**
5. SOSFS 2005:12 Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, (2005).
6. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009 Mar;65(3):464-76.
7. Bruun LI, Bosaeus I, Bergstad I, Nygaard K. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr.* 1999 Jun;18(3):141-7.
8. Lanoir D, Chambrier C, Vergnon P, Meynaud-Kraemer L, Wilkinson J, McPherson K, et al. Perioperative artificial nutrition in elective surgery: an impact study of French guidelines. *Clin Nutr.* 1998 Aug;17(4):153-7.
9. Carlsson E, Ehnfors M, Ehrenberg A. Multidisciplinary recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *J Interprof Care.* 2010 May;24(3):298-310.
10. Socialstyrelsen. **Nationella kvalitetsindikatorer: Vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.**
11. Socialstyrelsen, editor. **Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem Västerås 2011.**
12. Stratton RJ GC, Elia M, editor. **Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment Wallingford, UK: CABI Publishing; 2003.**
13. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr.* 2009 Oct;28(5):484-91.
14. National Collaborating Centre for Acute C. **2006 Feb Parenteral Nutrition.**
15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M, Educational, et al. **ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr.** 2003 Aug;22(4):415-21.
16. **Europarådet. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. 2003.**

17. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Irtun O. Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clin Nutr.* 2006 Jun;25(3):524-32.
18. Holst M RH, Unosson M. Well-established nutritional structure in Scandinavian hospitals is accompanied by increased quality of nutritional care. *the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*; 2009 [cited 4 (2009) e22-e29].
19. Senior alert. Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. 2010; Available from: <http://www.ucr.uu.se/senioralert/>. (2011-04-04)
20. MNA. Mini Nutritional Assessment 2010; Available from: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_swedish.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf). (2011-04-04)
21. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996 Jan;54(1 Pt 2):S59-65.
22. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med.* 2002 Nov;18(4):737-57.
23. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. *J Nutr Health Aging.* 2006 Nov-Dec;10(6):456-63; discussion 63-5.
24. Björvell C, editor. *Sjuksköterskans journalföring - en praktisk handbok.* Lund: Studentlitteratur; 2001.
25. Rothenberg E. *Vårdhandboken, Nutrition 2011.*
26. Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård SOSFS 2005:27, (2005).
27. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med.* 2007 Sep;2(5):314-23.
28. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA.* 2007 Feb 28;297(8):831-41.
29. Quinn CC, Port CL, Zimmerman S, Gruber-Baldini AL, Kasper JD, Fleshner I, et al. Short-stay nursing home rehabilitation patients: transitional care problems pose research challenges. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Oct;56(10):1940-5.
30. Stokken R, Gabrielsson-Jarhult F. Where Superman is not on staff--on implementation and lacking feedback. *Stud Health Technol Inform.* 2010;157:133-8.
31. Meddix. En internetbaserad tjänst för registrering, utbyte och arkivering av medicinska meddelanden i realtid. 2010; Available from: <http://www.meddix.se/index2.jsp>. (2011-04-04)

32. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Sep;58(9):1734-8.
33. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jorgensen LM, et al. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clin Nutr.* 2006 Jun;25(3):515-23.
34. Soderhamn U, Bachrach-Lindstrom M, Ek AC. Nutritional screening and perceived health in a group of geriatric rehabilitation patients. *J Clin Nurs.* 2007 Nov;16(11):1997-2006.
35. Livsmedelsverket, editor. *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg.* Uppsala 2003.
36. Mudge AM, Ross LJ, Young AM, Isenring EA, Banks MD. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): A prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clin Nutr.* 2011 Jan 22.
37. Faxén Irving G, Rothenberg E, Karlström B. *Geriatrisk nutrition.* Lund: Studentlitteratur; 2010.
38. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr.* 2002 Dec;21(6):461-8.
39. Beck AM, Balknas UN, Furst P, Hasunen K, Jones L, Keller U, et al. Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition-report and guidelines from the Council of Europe. *Clin Nutr.* 2001 Oct;20(5):455-60.
40. Kim YJ, Park HA. Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *Int J Med Inform.* 2005 Dec;74(11-12):952-9.



Efternamn:

Förnamn:

Kön:

Ålder:

Vikt, kg:

Längd, cm:

Datum:

Fyll i poängsiffran i rutorna för bedömning (screening) och summera. Om poängen är 11 eller mindre fortsätt med del II för att få en gradering av näringstillståndet.

### Screening, del I

**A Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?**

0 = ja, minskat avsevärt

1 = ja, minskat något

 2 = nej, ingen förändring 
**B Viktförlust under de senaste tre månaderna**

0 = ja, mer än 3kg

1 = vet ej

2 = ja, mellan 1 och 3kg

 3 = nej, ingen viktförlust 
**C Rörlighet**

0 = är säng- eller rullstolsbunden

1 = kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut

 2 = går ut med eller utan hjälpmedel 
**D Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?**

 0 = ja 2 = nej 
**E Neuropsykologiska problem**

0 = svår demens eller depression

1 = lindrig demens

 2 = inga neuropsykologiska problem 
**F Body Mass Index (BMI) = vikt (kg) / längd (m<sup>2</sup>)**

0 = BMI mindre än 19

1 = BMI 19 till mindre än 21

2 = BMI 21 till mindre än 23

 3 = BMI 23 eller mer 

 Screeningresultat  
 (Subtotal max 14 poäng)  

12-14 poäng:

Normal nutritionsstatus

8-11 poäng:

Risk för undernäring

0-7 poäng:

Undernärd

För en grundligare bedömning, fortsätt med frågorna G-R

### Screening, del II

**G Har eget boende? (ej särskilda boendeformer / sjukhus)**

 1 = ja 0 = nej 
**H Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen?**

 0 = ja 1 = nej 
**I Har trycksår eller annat hudsår?**

 0 = ja 1 = nej 
**J Äter fullständiga huvudmål per dag?**

0 = 1 fullständigt huvudmål

1 = 2 fullständiga huvudmål

 2 = 3 fullständiga huvudmål 
**K Äter eller dricker vanligtvis**

• minst en mejeriprodukt dagligen

(mjölk / ost / yoghurt)?

 ja  nej 

• minst två portioner baljväxter eller ägg per vecka

 ja  nej 

• fisk, fågel eller kött varje dag?

 ja  nej 

0.0 = inget eller ett ja svar

0.5 = två ja svar

 1.0 = tre ja svar  
**L Äter minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen?**

 0 = nej 1 = ja 
**M Dricker dagligen (vatten / juice / kaffe / te / mjölk / öl)?**

0.0 = mindre än 3 glas / muggar

0.5 = 3 till 5 glas / muggar

 1.0 = mer än 5 glas / muggar  
**N Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden?**

0 = behöver mycket hjälp vid måltiden

1 = äter själv men med svårighet

 2 = äter själv utan problem 
**O Bedömer själv sitt näringstillstånd som**

0 = svårt undernärd / felnärd

1 = är osäker om sitt näringstillstånd / vet ej

 2 = har inga näringsproblem 
**P I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som?**

0.0 = inte så bra som andras

0.5 = vet ej

1.0 = lika bra som andras

 2.0 = bättre än andras  
**Q Överarmens omkrets i cm (Mid Arm Circumference, MAC)**

0.0 = MAC mindre än 21 cm

0.5 = MAC 21-22 cm

 1.0 = MAC mer än 22 cm  
**R Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC)**

0 = CC mindre än 31 cm

 1 = CC 31cm eller mer 

 Screening, del II (max. 16 poäng)   

 Screening, del I   

 Total bedömning, del I + del II (max. 30 poäng)   

### MNA resultat

 24-30 poäng 

 17-23.5 poäng 

 Mindre än 17 poäng 

normal nutritionsstatus

risk för undernäring

undernärd

# Kostpolicy för Jönköpings sjukvårdsområde, Länssjukhuset Ryhov

Fastställt: 2010-09-15

---

I landstingets värdegrund för hälso- och sjukvården beskrivs visionen om en god hälso- och sjukvård. En bra måltidsverksamhet har stor betydelse för att uppnå detta då en bra kosthållning främjar hälsa och förebygger sjukdom.

Kostpolicyn omfattar patienter, medarbetare och besökare. Hälsa, miljö, service, kunskap, kvalitet och ansvar är aspekter som beaktas.

På Länssjukhuset Ryhov serveras dagligen ett stort antal måltider till patienter, medarbetare och andra matgäster. Det är viktigt att den mat som serveras är smaklig, näringsrik och av god kvalitet. Maten ska också serveras på ett trevligt sätt och det ska ges utrymme för olika behov och önskemål.

För patienten är maten en del av den medicinska behandlingen och omvårdnaden. För att uppnå bästa tänkbara kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården är det viktigt att det för den enskilda individen ställs samma krav på nutritionsbehandling som på annan medicinsk behandling. Det innebär att det ska ställas samma krav på utredning, diagnos, behandling, uppföljning och dokumentation. Samarbete mellan olika kompetenser är viktigt för att uppnå en bra och kostnadseffektiv behandling.

För medarbetarna skapar landstinget förutsättningar för en hälsofrämjande arbetsplats. Det innebär bland annat att det ska vara enkelt att hitta och välja hälsosamma måltider och måltider som främjar en god arbetsprestation.

Landstingets verksamheter ska präglas av ett kretsloppstänkande. Hänsyn till miljöpåverkan, från jord till bord och krav på god djuromsorg ska tas vid upphandling, matsedelsplanering och hantering av maten inom landstinget.

*För att följa kostpolicyn kompletteras den med **riktlinjer för mat och nutrition för Länssjukhuset Ryhov**. Handlingsplaner och lokala rutiner arbetas fram på produktionsenhet- eller arbetsplatsnivå. Dessa ska även innefatta mätbara mål och struktur för uppföljning.*

## Riktlinjer för mat och nutrition på Länssjukhuset Ryhov

*Måltider som serveras ska vara smakliga, näringsriktiga och av god kvalitet. Dessutom ska etiska, miljömässiga, kulturella och religiösa aspekter beaktas.*

*Tillämplig lagstiftning och myndighetsföreskrifter samt fastställda regler för egenkontroll följs när det gäller kvalitet, hälsa, hygien och miljö.*

*Måltiden ska ge tillfälle till möte och trivsel. Den fysiska måltidsmiljön ska sträva mot att överallt vara hälsofrämjande utifrån ljus, färg, ljudnivå, musik, konst, naturkontakt och luftkvalitet.*

### **Kost och patientvård**

- På vårdavdelning serveras frukost, lunch, middag och tre mellanmål. Måltiderna ska vara jämnt fördelade över dagen och nattfastan skall inte överstiga 11 timmar
- Vid alla måltider tas hänsyn till omkringliggande faktorer som aptitlig uppläggning av mat, dukning, måltidsmiljö, äthjälpmiddel, sittställning mm.
- Lyhördhet visas för individens önskemål och behov. Alla patienter ska erbjudas minst två alternativ till middagsmålet.
- Vid inskrivning av patient och vid öppenvårdsbesök görs alltid riskbedömning enligt validerat instrument ( t.ex. MNA - Mini Nutritional Assessment)
- Vid felnäring görs en utredning av bakomliggande orsaker och en åtgärdsplan som dokumenteras, följs upp och utvärderas. Vid överflyttning till kommunen/ primärvården rapporteras patientens kostsituation
- Patienter får näringsriktig kost och vid behov ska önskekost, specialkost och konsistensanpassad kost användas.
- För patienter med risk för undernäring ska Allmän sjukhuskost eller Energi- och proteinrik kost användas
- Vid matning tas hänsyn till patientens egna önskemål, var och hur man vill bli matad. Patienten får tid att äta i lugn och ro.
- Pedagogiska måltider bör följa rekommendationerna. Måltiden är ett lärtillfälle och en hjälp för individen att vid behov förändra kosthållningen eller beteendet i matsituationer
- Varje vårdenhets har dietist. Rutiner finns för när dietisten ska anlitas
- Vid ät- och sväljningssvårigheter anlitas vid behov logoped
- Rutiner finns för när man ska ge enteral och parenteral nutrition.
- Rutiner finns för hur munvården ska skötas
- Rutiner finns för uppföljning och dokumentation
- Fortbildning i nutrition för personalen anordnas löpande

### **Organisation och ansvarsfördelning inom kostområdet**

#### **Nutritionsråd**

- Nutritionsråd finns med representanter från olika yrkeskategorier med uppdrag att samordna, stödja och driva utveckling av kost och nutritionfrågor.
- Nutritionsrådets roll är att främja kost- och näringsfrågor samt verka för att maten på sjukhuset ska vara en del av behandlingen och vården för patienten.
- Fungerar som diskussionsforum i syfte att skapa gemensam policy beträffande kost/nutritionfrågor
- Främja samarbete mellan kommun, primärvård och sjukhus.
- Initierar utbildning och fortbildning

## **Ansvar och organisation**

- Verksamhetschefen är ansvarig för att fullgoda nutritionsrutiner och ändamålsenliga kvalitetssystem finns inom verksamheten.
- Behandlande läkare ansvarar för utredning och ordination av nutritionsbehandling
- Sjuksköterskan har omvårdnadsansvar och identifierar problem med patientens mat- och vätskeintag eller förmåga att äta, bedömer patientens behov av omvårdnad och utvärderar åtgärderna.
- Undersköterskan rapporterar om avvikelser i mat- och vätskeintag
- Dietisten ansvarar i samråd med ansvarig läkare för individuella nutritionsinsatser. Resurs när det gäller utbildning av personal i näringsfrågor.
- Sjukgymnasten / arbetsterapeuten kan förbättra patientens sittställning i samband med måltiden
- Arbetsterapeut kan ge förslag på och ge råd kring lämpliga äthjälpmiddel
- Logoped kan förbättra patientens förmåga att äta och svälja
- Tandhygienist kan hjälpa patienten till bättre mun- och tandstatus.
- Kurators insatser kan anpassa hjälpen till patientens speciella behov och förutsättningar
- Nutritionssköterskor finns på varje vårdavdelning med speciellt ansvar för nutritionsfrågor
- Kostombud finns på varje vårdavdelning med speciellt ansvar för kostfrågor.
- Chefen för köket ansvarar för matsedel och matproduktion och att avdelningarna får det de beställt.
- Chef för externa transporter ansvarar för att utkörning sker på ett skonsamt sätt och på avtalade tider samt att avlastning sker på avtalad plats.
- Inköp har ansvar för upphandling av mat och att avtal följs upp kontinuerligt.

## **Tillagning och servering av mat**

- Måltider till patienter och övriga matgäster tillagas enligt riktlinjer i Svenska Näringsrekommendationer och Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg
- Hantering av livsmedel, planering av matsedel och måltider ska ske utifrån styrkt kunskap om vad som bidrar till god hälso- och miljöutveckling.
- Matsedeln är näringsberäknad och planeras utifrån förstklassiga råvaror och säsongsanpassas så långt det är möjligt.
- Tillagningsprocessen ger förutsättningar för att varje måltid som serveras blir en positiv upplevelse. Regelbunden kommunikation mellan kök och mottagare krävs för ett gott resultat.
- Patientens måltid styrs av diagnos och nutritionsstatus, samt i möjligaste mån utifrån individuella önskemål.
- Kompetent personal inom näringslära, dietetik, livsmedelshygien och matlagning sköter tillagningen. Kontinuerlig fortbildning sker av alla medarbetare.
- Så långt det är möjligt baseras livsmedel och måltidstjänster på miljömässiga framställningsmetoder samt energi- och resurshållning i alla led.
- Det systematiska miljöarbetet följer landstingets miljöpolicy och miljöledningssystem.
- Chef för köksverksamheten har ansvar för matens näringsinnehåll, smak, ekonomi, miljöaspekter, kompetensutveckling och uppföljning.

## **Transport av mat**

- Rutiner och tider för mattransporter följer måltidsordningen på sjukhuset. Kortast möjliga varmhållningstid efterstävas.
- Tillämplig lagstiftning och myndighetsföreskrifter när det gäller kvalitet, hygien och miljö följs.
- Uppföljning och utvärdering sker kontinuerligt av ansvarig.

## **Upphandling**

- Vid upphandling ställs krav på ett hälsosamt utbud av livsmedel, måltider och måltidstjänster
- Så långt det är möjligt baseras livsmedel och måltidstjänster på ekologiska framställningsmetoder samt energi- och resurshållning i alla led.
- Behovsinventering och kravspecifikation grundas på kunskap.
- Tillämplig lagstiftning följs. Kompetenta medarbetare inom mat och näring säkerställer detta.
- Uppföljning av att avtal följs sker kontinuerligt. Ansvar har Inköpsavdelningen
- 

## **Restauranger**

- Restaurangerna ska utstråla matglädje!
- Måltider som serveras i personalrestaurangen är en del av landstingets satsning på en hälsofrämjande arbetsplats. Det ska vara lätt att göra hälsosamma val.
- Svenska näringsrekommendationer följs. Måltiderna är vällagade av förstklassiga råvaror och aptitligt serverade.
- Meny, sallad, bröd och övrigt sortiment varieras och utvecklas fortlöpande utifrån ett hälsofrämjande synsätt.
- De vanligaste specialkosterna som glutenfri och lakstosreducerad skall erbjudas.
- Kompetenta medarbetare inom matlagning, näringslära, service och hygien finns och fortbildning sker kontinuerligt.
- Regelbunden uppföljning av kundtillfredsställelse genomförs.
- Ansvarig är chefen för personalrestaurang.

## **Café, butik och automat**

- Utbudet är i linje med landstingets inriktning som en hälsofrämjande organisation. Det ska vara lätt att göra hälsosamma val.
- Tillämplig lagstiftning och myndighetsföreskrifter samt fastställda regler för egenkontroll följs när det gäller kvalitet, hälsa, hygien och miljö.
- Vid upphandling av varor till kiosk/butik, cafeterior och automater följs landstingets kostpolicy.
- Regelbunden uppföljning av kundtillfredsställelse genomförs.
- Ansvarig är chef för café och butik

## **Konferens och sammanträden**

- Förtäring i samband med möten och konferenser följer landstingets policy och inriktning som en hälsofrämjande organisation.
- Vid upphandling av mat till konferenser ska landstingets kostpolicy beaktas.

## Följande referenser beskriver kunskap som utgör grunden.

**Landstinget i Östergötland, Kostpolicy för Landstinget i Östergötland, 2008**  
**www.**

Alexander J. et al (2004) *Nordic Nutrition Recommendations*, 4th ed., Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Andersen M. ed. (2003) *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg 2002-2003*, Uppsala: Livsmedelsverket.

Jönköpings läns landsting (2006) *Vårdprogram för äldre - prevention och behandling inom området nutrition*. Vårdprogram för Landstinget i Jönköpings län, Jönköpings läns landsting.

Livsmedelsverket (2005) *Svenska näringsrekommendationer*  
[www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/](http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/) Hämtad 2010-08-17.

Livsmedelsverket (2009) *Livsmedelsverkets miljösmarta matval*. Förslag anmält till EU<sup>1</sup> 090515.  
[www.slv.se/upload/dokument/miljo/livsmedelsverkets\\_%20miljosmarta\\_matval\\_till\\_EU.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/miljo/livsmedelsverkets_%20miljosmarta_matval_till_EU.pdf)  
Hämtad 2010-08-17.

Mossberg T. (2005) *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. SoS-rapport 2000:11, Stockholm: Socialstyrelsen.

Naturvårdsverket (2008) *Våra 16 miljö kvalitetsmål. Miljömålsportalen*. [www.miljomal.se](http://www.miljomal.se)  
Hämtad 2010-08-17.

Nutrition (2010) Jönköpings läns landstings intranät [www.http://intra.ltjkg.se/infopage](http://intra.ltjkg.se/infopage)  
Hämtad 2010-08-17.

Nutritionshandbok (2006) *Nutritionshandbok i sjukvård och omsorg*. Samarbetsgruppen för nutritionens utveckling i Sverige. [www.swespen.se/index.php?meny=nutritionshandbok](http://www.swespen.se/index.php?meny=nutritionshandbok)  
Hämtad 2010-08-17.

Vårdhandboken (2010) Vårdhandboken, *Inera AB*. [www.vardhandboken.se/Kategori/](http://www.vardhandboken.se/Kategori/) Hämtad 2010-08-17.

Vårdprevention (2010) Jönköpings läns landstings intranät.  
[www.http://intra.ltjkg.se/infopage](http://intra.ltjkg.se/infopage) Hämtad 2010-08-17.

ID-bricka/Personnummer:

Datum	Tid
Vårdenhet	
Namn	

Vårdtagare erhållit information om registrering (ringa in)?	Vårdtagare givit samtycke till informationsöverföring (ringa in)?
1. Ja      2. Nej	1. Ja      2. Nej

### Modifierad Nortonskala

### SF MNA

### Downton Fall Risk Index

<p><b>A. Psykisk status</b></p> <p>Helt orienterad till tid och rum 4 Stundtals förvirrad 3 Svarar ej adekvat på tilltal 2 Ej kontaktbar 1</p> <p><b>B Fysisk status</b></p> <p>Går själv med eller utan hjälpmedel 4 Går med hjälp av personal 3 Rullstolsburen (hela dagen) 2 Sängliggande 1</p> <p><b>C. Rörelseförmåga</b></p> <p>Full rörlighet 4 Något begränsad 3 Mycket begränsad 2 Orörlig 1</p> <p><b>D. Födointag</b></p> <p>Normal portion 4 ¾ portion 3 Halv portion 2 Mindre än halv portion 1</p> <p><b>E. Vätskeintag</b></p> <p>Mer än 1000 ml/dygn 4 700-1000 ml/dygn 3 500-700 ml/dygn 2 Mindre än 500 ml/dygn 1</p> <p><b>F. Inkontinens</b></p> <p>Nej 4 Tillfälligt (annars vanligen kontinent) 3 Urin- eller tarminkontinent (KAD) 2 Urin- och tarminkontinent 1</p> <p><b>G. Allmäntillstånd</b></p> <p>Gott 4 Ganska gott 3 Dåligt 2 Mycket dåligt 1</p>	<p><b>A. Har födointaget minskat de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?</b></p> <p>Ja, minskat avsevärt 0 Ja, minskat något 1 Nej 2</p> <p><b>B. Viktförlust under de senaste tre månaderna?</b></p> <p>Ja, mer än 3 kg 0 Vet ej 1 1-3 kg 2 Nej 3</p> <p><b>C. Rörlighet</b></p> <p>Sängliggande eller rullstolsburen 0 Tar sig ur säng/rullstol men går inte ut 1 Går ut med eller utan hjälpmedel 2</p> <p><b>D. Psykisk stress eller akut sjukdom de senaste tre månaderna?</b></p> <p>Ja 0 Nej 2</p> <p><b>E. Neuropsykologiska problem?</b></p> <p>Svår förvirring/demens eller depression 0 Lätt förvirring/demens 1 Inga neuropsykologiska problem 2</p> <p><b>F. BMI</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Längd</td> <td>Vikt</td> <td>BMI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>BMI under 19 0 BMI 19 till mindre än 21 1 BMI 21 till mindre än 23 2 BMI 23 eller mer 3</p>	Längd	Vikt	BMI				<p><b>A. Tidigare kända fallolyckor</b></p> <p>Nej 0 Ja 1</p> <p><b>B. Medicinering</b></p> <p>Ingen 0 Lugnande/sömnmedel/neuroleptika 1 Diuretika 1 Antihypertensiva (annat än diuretika) 1 Antiparkinson läkemedel 1 Antidepressiva läkemedel 1 Andra läkemedel 0</p> <p><b>C. Sensoriska funktionsnedsättningar</b></p> <p>Ingen 0 Synnedsättning 1 Hörselnedsättning 1 Nedsatt motorik (tecken på förlamning) 1</p> <p><b>D. Kognitiv funktionsnedsättning</b></p> <p>Orienterad 0 Ej orienterad 1</p> <p><b>E. Gångförmåga</b></p> <p>Säker med eller utan hjälpmedel 0 Osäker gång 1 Ingen gångförmåga 0</p>
Längd	Vikt	BMI						
<b>Summa</b>	<b>Summa</b>	<b>Summa</b>						
20 poäng eller mindre = risk för trycksår	11 poäng eller mindre = risk för undernäring	3 poäng eller mer = risk för fall						
Bedömningen gjord av	Bedömningen gjord av	Bedömningen gjord av						

### Ankomststatus

<p><b>Kryssa i och ange status (grad) på trycksår vid ankomst:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Häl hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Skuldra hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Sättesmuskel hö. grad: _____  <input type="checkbox"/> Häl vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Skuldra vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Sättesmuskel vä. grad: _____  <input type="checkbox"/> Höft hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Arm hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Öra hö. grad: _____  <input type="checkbox"/> Höft vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Arm vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Öra vä. grad: _____  <input type="checkbox"/> Ryggslut grad: _____ <input type="checkbox"/> Övrigt grad: _____ <input type="checkbox"/> Underben hö. grad: _____  <input type="checkbox"/> Underben vä. grad: _____</p>	<p><b>Gradering</b></p> <p>1. Kvarstående röd fläck som inte bleknar 2. Skador på överhuden (ex blåsa) 3. Skada genom hela huden 4. Skada på underliggande vävnad (muskler, vävnad och ben)</p>
Nästa riskbedömningstillfälle (max 12 månader framåt): _____	Bakomliggande orsak till risk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (om ja se separat blankett "Bakomliggande orsak")



Planerad ringa in	Trycksår	Utförd kryssa i	Planerad ringa in	Undernäring	Utförd kryssa i	Planerad ringa in	Fall	Utförd kryssa i
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Information/ undervisning om hälsa-ohälsa</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om hjälpmedel</li> <li>att förebygga trycksår</li> <li>Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om åtgärder att förebygga trycksår</li> </ol> </li> <li>• <b>Påverkan av attityder i omgivningen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information/utbildning inom området trycksår till anhöriga.</li> </ol> </li> <li>• <b>Omgivningsanpassning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anpassning av säng/stol</li> </ol> </li> <li>• <b>Övervakning av näringsintag</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Observation av måltid</li> <li>Registrering av energiintag och vätskeintag under ≤3 dygn.</li> <li>Registrering av energiintag och vätskeintag under &gt;3 dygn.</li> </ol> </li> <li>• <b>Nutritionsbehandling</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mellanmål</li> <li>Beräkning av maten</li> <li>Protein och energirik kost</li> <li>Kosttillägg</li> <li>Specialprodukter</li> <li>Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov</li> <li>Minska nattfasta till max 11 timmar</li> <li>Matning via sond/PEG</li> <li>Parenteral näringstillförsel</li> </ol> </li> <li>• <b>Förflyttning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Regelbundna lägesändringar varannan timme</li> <li>Regelbundna lägesändringar var 3:e timme</li> <li>Regelbundna lägesändringar &gt; 3:e timme</li> <li>Träning i att ändra kroppsställning</li> </ol> </li> <li>• <b>Övervakning av hudkostymen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>En gång per dag eller oftare</li> <li>En gång per vecka eller oftare</li> <li>En gång per månad eller oftare</li> </ol> </li> <li>• <b>Tryckavlastning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Användande av tryckutjämnade underlag</li> <li>Minskning av skjuv och tryck</li> </ol> </li> <li>• <b>Hudvård</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Extra hygieniska vårdåtgärder på kroppsdelar som är utsatta för tryck.</li> </ol> </li> <li>• <b>Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - trycksår</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Information/ undervisning om hälsa-ohälsa</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information, rådgivning eller handledning till vårdtagare och/eller anhöriga</li> <li>Matskola</li> </ol> </li> <li>• <b>Påverkan av attityder i omgivningen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information/utbildning inom området mat och ätandet till anhöriga.</li> </ol> </li> <li>• <b>Omgivningsanpassning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anpassa stol/bord, säng/sängbord, ljus och ljud</li> <li>Anpassa Bostad/vårdrum</li> <li>Skapa en trevlig måltidsmiljö</li> <li>Skapa gemenskap</li> <li>Skapa avskildhet</li> </ol> </li> <li>• <b>Översyn av läkemedel</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Översyn av läkemedelslista</li> <li>Borttagande av läkemedel som nedsätter aptit, ger muntorrhet, illamående eller förstoppning</li> </ol> </li> <li>• <b>Övervakning av näringsintag</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Registrering av energi- och vätskeintag under ≤3 dygn.</li> <li>Registrering av energi- och vätskeintag under &gt;3 dygn.</li> <li>Observation av måltid i syfte att hitta orsaker till problem eller åtgärder som underlättar</li> </ol> </li> <li>• <b>Underlättande av ätande och sväljning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anpassa äthjälpmiddel</li> <li>Anpassning av födans/vätskans konsistens</li> <li>Åtgärder som främjar en god oral hälsa</li> <li>Skapa en bra sittställning</li> <li>Anpassad matningsteknik</li> <li>Ge apitretare</li> </ol> </li> <li>• <b>Träning i att äta och dricka</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Vårdtagare tränar där personal/anhörig ger muntlig instruktion</li> <li>Vårdtagare tränar där personal/anhörig instruerar genom handgriplig medverkan</li> </ol> </li> <li>• <b>Nutritionsbehandling</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mellanmål</li> <li>Beräkning av maten</li> <li>Protein och energirik kost</li> <li>Kosttillägg</li> <li>Specialprodukter</li> <li>Anpassa födan efter kulturella och religiösa behov</li> <li>Minska nattfasta till max 11 timmar</li> <li>Matning via sond/PEG</li> <li>Parenteral näringstillförsel</li> </ol> </li> <li>• <b>Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - Undernäring</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Information/ undervisning om hälsa-ohälsa</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om hjälpmedel för att förebygga fall</li> <li>Information, rådgivning och undervisning till vårdtagare och/eller anhöriga om åtgärder att förebygga fall</li> </ol> </li> <li>• <b>Påverkan av attityder i omgivningen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Information/utbildning inom området fallprevention till anhöriga</li> </ol> </li> <li>• <b>Omgivningsanpassning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anpassning av bostad/vårdrum</li> <li>Ordnation av höftbyxa</li> <li>Larm/extra tillsyn</li> <li>Ordnation av halksockor</li> <li>Anpassning av personlig klädsel</li> <li>Utprovning, träning och uppföljning av hjälpmedel</li> </ol> </li> <li>• <b>Översyn av läkemedel</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Insättande av läkemedel</li> <li>Utsättande/översyn av neuroleptika</li> <li>Utsättande/översyn av blodtryckssänkande medel</li> </ol> </li> <li>• <b>Träning av fysisk prestationsförmåga</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Balansträning,</li> <li>Styrketräning,</li> <li>Konditionsträning/ uthållighetsträning</li> </ol> </li> <li>• <b>Gångträning</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>≤ 10 min/dygn dvs i absoluta närmiljön</li> <li>&gt;10 min – 30 min/dygn dvs inomhus utanför absoluta närmiljö</li> <li>&gt; 30 min dvs längre sträcka – kan vara utomhus.</li> </ol> </li> <li>• <b>Vårdtagare avböjer förebyggande åtgärd - fall</b></li> </ul>						

<b>Uppföljning/Avslut Datum:</b> _____ <b>Kryssa i och ange status (grad) på trycksår:</b>  <input type="checkbox"/> Häl hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Skuldra hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Sättesmuskel hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Häl vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Skuldra vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Sättesmuskel vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Höft hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Arm hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Öra hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Höft vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Arm vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Öra vä. grad: _____ <input type="checkbox"/> Ryggslut grad: _____ <input type="checkbox"/> Övrigt grad: _____ <input type="checkbox"/> Underben hö. grad: _____ <input type="checkbox"/> Underben vä. grad: _____	<b>Vikt vid uppföljning/avslut (kg):</b> <b>Datum:</b> _____ <b>Vikt:</b> _____  <b>Fall</b> <b>Datum:</b> _____ <b>kl:</b> _____ <b>Konsekvens/skada:</b> _____ _____ _____
<b>Avslut (Ringa in) Datum:</b> _____ 1. Flytt till annan vårdenhet. Vilken: _____ 2. Utskrivning till ordinarie boende/hemmet 3. Avliden 4. Vårdkontakt upphör 5. Flytt till särskilt boende	Planerat uppföljningsdatum: _____ Uppföljning utförd datum: _____ Uppföljning gjord av: _____

