



**JÄRFÄLLA**

**MAS RIKTLINJE FÖR NUTRITION**

# **RIKTLINJE**

## **Nutrition**

Riktlinjen utarbetad av:  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska,  
Dietist



## Innehåll

1.	ANSVAR.....	3
1.1.	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) .....	3
1.2.	Verksamhetschef för hälso- och sjukvård .....	3
1.3.	Läkare .....	4
1.4.	Dietist .....	4
1.5.	Sjuksköterska.....	4
1.6.	Rehabiliteringspersonal .....	4
1.7.	Omsorgspersonal .....	4
1.8.	Kostombud .....	5
1.9.	Biståndsbedömare .....	5
2.	FÖREBYGGANDE ARBETE.....	5
2.1.	Vid inflytt på vård- och omsorgsboende .....	5
2.1.1.	LSS- och Socialpsykiatri .....	5
2.2.	Senior alert .....	6
2.3.	Nattfasta.....	6
2.4.	Patientens delaktighet.....	6
3.	NUTRITIONSVÅRDSPROCESSEN.....	6
3.1.1.	Nutritionsscreening .....	7
3.1.2.	Utredning .....	7
3.1.3.	Bedömning och mål.....	9
3.1.4.	Ordination/Behandling .....	9
3.1.5.	Uppföljning .....	10
3.1.6.	Dokumentation .....	10
4.	INFORMATIONSOVERFÖRING .....	10
5.	VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE.....	11
6.	BILAGA.....	12
6.1.	Bilaga 1: Beräkning av kroppslängd, viktförlust, amputering .....	12
6.2.	Bilaga 2: Energi och proteintabell.....	12
6.3.	Bilaga 3: Rutin för kontakt med dietist .....	12
6.4.	Bilaga 4: Rutin för nattfasta .....	12
6.5.	Bilaga 5: Kost och vätskelista med portion.....	12
6.6.	Bilaga 6: Kost och vätskelista utan portion.....	12
6.7.	Bilaga 7: Vätskelista.....	12



### Riktlinjen gäller för

Verksamheter inom äldreomsorgens Vård- och omsorgsboende, korttidsboende, dagverksamheter samt Lag om stöd och service till vissa funktionshinder (LSS) och Socialpsykiatrins boendeenheter.

För verksamheter inom Socialtjänstlagen (SoL) ska det finnas fastställda rutiner för hur undernäring ska förebyggas, hur risker för undernäring ska upptäckas, när hur hälso- och sjukvården ska kontaktas för bedömning av näringstillståndet vid misstanke om undernäring hos den enskilde, om det inte finns hinder enligt gällande lagstiftning. Exempelvis: bestämmelser om offentlighets- och sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), eller tystnadsplikt i socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387).

### Inledning

Mat och måltider är för många äldre en glädjekälla och en av dagens höjdpunkter. Rätt kost och nutrition är en viktig patientsäkerhetsfråga och utgör en del av den medicinska behandlingen med samma krav på bedömning, utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av nutritionsrelaterade problem. Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet genom oral eller enteral nutrition.

Nutritionsbehandling inom kommunal hälso- och sjukvård ska vara individuellt anpassad till patientens personliga förutsättningar och eventuella sjukdomar. En förutsättning för uppföljning är ett tvärprofessionellt teamarbete med följsamhet till välutvecklade och kända rutiner i verksamheterna.

Under 2015 togs en samverkansöverenskommelse fram mellan Storsthlm och Region Stockholm gällande individuell nutritionsbehandling i särskilt boende. Överenskommelsen förtydligar ansvarsfördelningen och gränsdragningen mellan båda parter där basal nutrition är kommunens ansvar och specifik nutrition regionens ansvar.

### *Undernäring*

Ett gott näringstillstånd är nödvändigt för en god livskvalitet, för att förebygga sjukdom och för att medicinsk behandling ska ha bästa möjliga effekt. Undernäring som inte upptäcks eller lämnas utan åtgärd kan få allvarliga konsekvenser med ett personligt lidande och en högre vårdtyngd som följd.

Undernäring är en näringsrubbning i form av näringsbrist och det är svårt och tidskrävande att återställa näringsbalansen hos en undernärd person, därför är det viktigt att så långt som möjligt arbeta efter att förebygga undernäring. I de fall där undernäring hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder kan dess konsekvenser komma bedömas som en vårdskada (lex Maria) inom hälso- och sjukvården. Exempel på andra möjliga vårdskador är fallskador, trycksår.

### *Sarkopeni*

Sarkopeni är ett tillstånd som innebär minskad muskelmassa med förlust av muskelfunktion och är främst ett åldersrelaterat tillstånd, ofta kopplat till andra kroniska sjukdomstillstånd. Faktorer som kan öka risken för tillståndet är fysisk inaktivitet,



undernäring och sjukdomar. Det leder till lägre livskvalitet och ökar risken för exempelvis fallolyckor och benbrott.

Även överviktiga personer kan vara undernärda och sarkopena, till exempel äldre personer som ökar på sin fettmassa men tappar muskler och muskelstyrka. Därför är det viktigt att äldre personer som har dålig aptit får i sig rätt sorts mat som ger tillräckligt med energi och näring.

#### *Föreskrifter gällande undernäring*

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring finns särskilda krav på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter.

Bestämmelserna gäller för alla vårdgivare. Vårdgivaren ska fastställa rutiner för

- när en patients näringstillstånd ska utredas
- hur en utredning av näringstillståndet ska göras
- hur undernäring hos patienter ska förebyggas
- hur undernäring ska behandlas.

#### **Syfte**

Syftet med riktlinje för nutrition är att beskriva hur nutritionsproblem ska identifieras, utredas, behandlas och följas upp, samt vilket ansvar olika yrkeskategorier har för de olika momenten i nutritionsomhändertaget.

#### **Mål**

Målet är att främja en god nutrition och en god livskvalitet för den enskilde personen där individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål ska beaktas.

### **1. ANSVAR**

Alla yrkeskategorier som medverkar på olika nivåer inom äldreomsorg och funktionsnedsättning har ett gemensamt ansvar och skall arbeta för att gemensamt ge brukaren ett gott nutritionsomhändertagande.

#### **1.1. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)**

MAS har ett övergripande ansvar för att hälso- och sjukvårdspersonal följer lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer samt uppföljning av rutiner i verksamheten samt att den enskilde patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet. MAS följer upp kvaliteten i nutritionsarbetet, bland annat genom Senior Alert.

#### **1.2. Verksamhetschef för hälso- och sjukvård**

Verksamhetschef ansvarar för att lokala rutiner för hur undernäring ska förebyggas och behandlas (HSLF-FS 2022:49). Verksamhetschef har ansvar för att personalen har tillräckligt med kunskap om nutritionvårdsprocessen; riskbedömning, utredning, uppföljning och dokumentation.

Verksamhetschef ansvarar för att MAS riktlinjer och lokala rutiner är kända och efterlevs i verksamheten samt att förutsättningar finns för att följa rutiner och riktlinjer.



Verksamhetschef enligt 4 kap 2§ hälso- och sjukvårdslagen säkerställer att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

### **1.3. Läkare**

Ansvarig läkare har ett ansvar för den kliniska nutritionen. Läkaren ska delta i bedömning och utredning av undernäring samt i ordination och behandling av specifika sjukdomar. Läkaren ansvarar för ordination av enteral och parenteral nutrition. Läkare har ett nära samarbete med sjuksköterska och dietist samt vid behov av logopedbedömning ansvarar läkaren bland annat för att skriva remiss till logoped.

### **1.4. Dietist**

Dietisten har specialistkompetens inom mat, näring och hälsa. Dietisten inom den kommunala hälso- och sjukvården möter patienter som bland annat lider av undernäring, diabetes, njursjukdom, cancer; sjukdomstillstånd där lämplig nutritionsbehandling är viktig. Inom den kommunala hälso- och sjukvården är dietistens arbete riktat mot patienter inom vård och omsorgsboende för äldre och ansvarar för att genomföra individuell nutritionsbehandling när sjuksköterska eller läkare bedömer att särskild kompetens behövs. Vidare kan dietisten vara en resurs för verksamhetschef att ta fram processer, aktiviteter och rutiner i ledningssystemet för nutritionsomhändertagande.

### **1.5. Sjuksköterska**

Sjuksköterska har nutritionsansvaret och ansvarar för att bedöma individens nutritionsstatus, identifiera risker för undernäring, upprätta en hälsoplan och för att följa insatta åtgärder. Sjuksköterskan ansvarar för ordination av kost och när det är aktuellt med kosttillskott. Sjuksköterskan ansvarar för att följa upp att den enskilde får mat och kosttillskott enligt ordinationer. Det förutsätter ett nära samarbete med omsorgspersonalen och en god kommunikation. Sjuksköterskan har även ansvar för att vid utredning och behandling informera läkare om nutritionstillståndet. Sjuksköterskan bedömer och kontaktar dietist vid behov. För dietistkonsultation gällande patienter inom Vård- och omsorgsboende kontaktas kommunens dietist. För patienter inom LSS och Socialpsykiatri kontaktas Regionens primärvårdsdietist. Sjuksköterskan ansvarar även för att varje enskild individ får den hjälp den behöver för en optimal munhälsa.

### **1.6. Rehabiliteringspersonal**

Arbetsterapeut och fysioterapeut eller sjukgymnast ansvarar för att den enskilde individen har en optimal sittställning i samband med måltid, bedömning och förskrivning av hjälpmedel som behövs för att främja en god nutrition samt att stödja omsorgspersonalen i att skapa en ändamålsenlig och trevlig måltidsmiljö.

### **1.7. Omsorgspersonal**

Omsorgspersonalen ansvarar för att omedelbart kontakta sjuksköterska vid problem i matsituationen och vid förändrat hälsotillstånd. Omsorgspersonalen ska medverka vid riskbedömningar och vara delaktiga i planering av insatser utifrån den enskildes behov. De ska följa delegerade åtgärder och direktiv som ges av legitimerad personal samt att återkoppla till legitimerad personal.

Vid uppföljning av vidtagna åtgärder är det viktigt att omsorgspersonalen deltar och involveras då de ofta utför åtgärderna.



### 1.8. Kostombud

Kostombudens uppdrag är att bevaka den äldres intressen och utgöra en länk mellan köket, den enskilde, sjuksköterskan och dietisten, i samarbete med verksamhetschefen. Ombuden ska ha fördjupade kunskaper inom mat och nutrition med inriktning mot mat för äldre.

### 1.9. Biståndsbedömare

Biståndsbedömaren kartlägger i sin utredning för att upptäcka och följa upp aspekter som berör nutrition, mat och måltider inför beslut.

## 2. FÖREBYGGANDE ARBETE

### 2.1. Vid inflytt på vård- och omsorgsboende

Bedömning av individens nutritionsstatus påbörjas direkt i samband med inflytt till boendet, senast dag två. I bedömningen ingår att undersöka hur den boendes matvanor ser ut samt en 3-dagars kost och vätskeregistrering för att få en uppfattning av den boendes intag. Mini Nutritional Assessment short form (MNA-SF) används som riskbedömningsinstrument, registreras i Senior Alert och dokumenteras i patientens journal senast en vecka efter inflytt. Vid utfall ”risk för undernäring” rekommenderas att fortsätta vidare med hela MNA-instrumentet och dokumentera i omvårdningsjournalen.

Munstatus enligt ROAG bedöms vid inflytt och sedan kontinuerligt av sjuksköterska samt vid behov. Munhälsobedömning ska erbjudas minst en gång per år.

När bedömningen visar att patienten har en risk för undernäring eller är undernär ska sjuksköterskan fortsätta utreda för att i möjligaste mån finna bakomliggande orsaker. Därefter påbörjas en nutritionsbehandling om den samlade bedömningen visar på att patienten är undernär.

När den *samlade bedömningen* visar att patienten inte har en risk för undernäring eller är undernär vidtas ingen vidare åtgärd.

Sjuksköterskan inom vård- och omsorgsboende kontrollerar därefter:

- vikt och BMI var 3:e månad eller oftare vid förändrat hälsotillstånd samt.
- riskbedömning enligt MNA 2 gånger per år eller vid förändrat hälsotillstånd.

#### 2.1.1. LSS- och Socialpsykiatri

Sjuksköterska inom LSS - och Socialpsykiatriboenden utför riskbedömning gällande nutrition:

- Vid inflytt.
- Var tredje månad eller oftare vid behov för individ med risk för undernäring.
- Varje år för individ under 65 år som inte befinner sig i risk för undernäring.
- Var sjätte månad för individ över 65 år som inte befinner sig i risk för undernäring.



SKRs tre frågor används vid riskbedömningen om individen är under 65 år eller enbart har SoL-insatser. MNA- instrumentet används om individen är över 65 år och har HSL/LSS-insatser.

*SKRs tre frågor:*

- Ofrivillig viktförlust - oavsett tidsförlopp, omfattning och vikt.
- Ättsvårigheter - exempelvis nedsatt aptit, snabb mättnadskänsla, nedsatt ork, synnedsättning, lukt- och smakförändringar, mag-/tarmproblem, tugg- och sväljsvårigheter, munhälsoproblem, motoriska svårigheter, kognitiva besvär, psykosociala faktorer.
- Undervikt -Body mass index (BMI) under 20 om under 70 år eller under 22 om 70 år eller äldre.

## 2.2. Senior alert

Den enskilde vårdtagaren ska informeras om kvalitetsregistrets syfte och vad som registreras för att den enskilde ska kunna ta ställning och ge sitt samtycke till registrering i Senior Alert. Samtycket dokumenteras i omvårdnadsjournalen under rubriken ”Samtycke”.

Den som tackar nej till att ingå i registret Senior Alert ska ändå ges möjlighet att få sitt näringstillstånd bedömt. MNA kan även då användas, men resultatet registreras inte i Senior alert utan dokumenteras enbart i omvårdnadsjournalen.

Riskbedömningsinstrumentet används vid trycksår, fall, undernäring och munhälsa. Detta genomförs av en och samma person och vid samma tillfälle.

## 2.3. Nattfasta

Nattfastan är den tid som går från tidpunkten för kvällens sista mål till påföljande dags första mål. Socialstyrelsen rekommenderar att nattfastans längd inte bör överstiga 11 timmar. Aktivt arbete krävs för att förkorta nattfastan hos individen. En kortare nattfasta gör att måltiderna kan fördelas över en större del av dygnet. Ju fler måltider som äts under dygnet desto större chans finns att täcka sitt energi- och näringsbehov, vilket minskar risken för undernäring. Två gånger per år registreras nattfastan som dokumenteras i journal. Vid nattfasta över 11 timmar upprättas handlingsplan. Se verksamhetens rutin för nattfasta.

## 2.4. Patientens delaktighet

Patientens delaktighet är en förutsättning för hela nutritionsprocessen. Sjuksköterskan förklarar tydligt och för en dialog med patienten samt närstående. Patientens individuella behov och önskemål är viktiga samt att patienten medverkar i de åtgärder som är aktuella. Genom patientens medverkan ökar sannolikheten för ett gott resultat.

## 3. NUTRITIONSVÅRDSPROCESSEN

Nutritionsomhändertagandet är en del av den medicinska behandlingen i hälso- och sjukvården. För effektivt och säkert omhändertagande krävs en strukturerad process som följer samma struktur som en vårdprocess. Sjuksköterskan ansvarar för nutritionsvårdsprocessen som innefattar riskbedömning, utredning, behandling och uppföljning samt dokumentation.

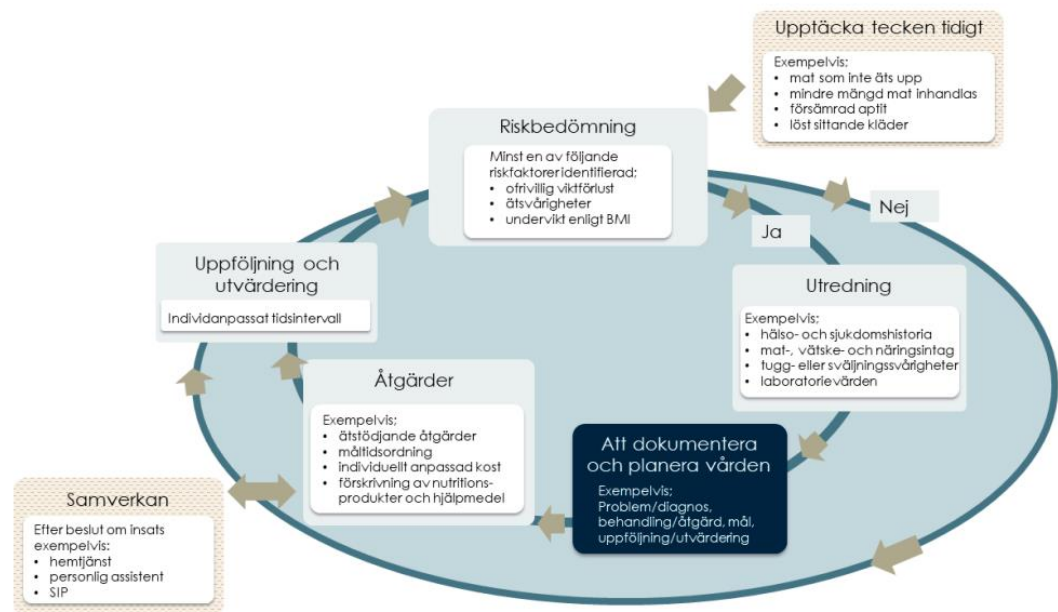


Bild 1: Nutritionsvårdsprocessen, Att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2020

### 3.1.1. Nutritionsscreening

MNA-instrumentet ska användas hos samtliga individer boendes på vård och omsorgsboende och för individer över 65 år boendes på LSS – och socialpsykiatribostäder.

### 3.1.2. Utredning

Näringsstillståndet ska alltid utredas

- vid risk för undernäring (MNA-SF < 11 poäng)
- vid ofrivillig vikt förlust, oavsett omfattning och tidsförlopp
- vid ofrivillig viktuppgång
- vid ätsvårigheter exempelvis vid aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter och nedsatt ork att inta måltid, illamående, funktionella orsaker
- vid undervikt - BMI under 20 om vårdtagaren är under 70 år, eller under 22 över 70 år)
- vid fall
- vid trycksår.

När en eller flera nutritionssvårigheter har identifierats, ansvarar sjuksköterska i samråd med läkare för att utreda bakomliggande orsaker. Syftet är att samla in den information som behövs för att avgöra vilka åtgärder som är motiverade för den enskilda individen.

En nutritionsutredning omfattar:

- Bedömning av bakomliggande sjukdomar.
- Bedöma energibehov; ett ökat energibehov kan till exempel bero på hög fysisk aktivitet, som vandrande vid demens, hög muskeltonus eller ökat andningsarbete (till exempel vid KOL).





- Bedöm eventuellt ökat behov av protein. Grav njursvikt är ett undantag från proteinrekommendationen. Kontakta läkare eller dietist för beräkning av proteinbehov vid kraftigt försämrad njurfunktion.
- Genomföra en analys av matintag med 3 dagars kost-och vätskeregistrering och jämföra med energibehov.
- Bedöma tugg- och sväljförmåga.
- Munstatus/munhälsobedömning enligt ROAG.
- Bedöma funktionella svårigheter att äta t.ex. efter en stroke.
- Bedömning av måltidsmiljö, t.ex. sittställning och äthjälpedel.
- Genomgång av läkemedel som kan ha nutritionsrelaterade biverkningar.
- Bedömning om förekomst av sår.
- Bedöma om kulturella och etniska faktorer.
- Bedöma om rädsla för inkontinens föreligger.

Genom att utreda bakomliggande orsaker skapas ett underlag för att planera och besluta om lämplig nutritionsbehandling och eventuellt behov av måltidsstöd. Utredningen ska vara en teambaserad aktivitet där resultatet av en medicinsk utredning, en omvårdnadsutredning och en nutritionsutredning vägs samman med rehabiliteringspersonalens observationer och analyser.

#### *Sväljsvårigheter*

Sväljsvårigheter (dysfagi) är ett symptom på att en individ inte kan äta och dricka på ett normalt sätt. Mat och dryck kan sväljas fel och hamna i lungorna istället för magsäcken. Besvären kan uppstå i samband med olika sjukdomstillstånd, exempelvis stroke, Parkinsons sjukdom, MS, ALS, demenssjukdom, tumörer och reumatiska sjukdomar.

Tecken på sväljsvårigheter kan vara:

- Svårt att hantera mat, dryck, saliv i munnen
- Ofrivillig viktförlust
- Hamstrar mat i munnen
- Illasittande tandprotes eller brygga
- Hostar i samband med måltid
- Upplevda sväljbesvär etc.

Vid tecken på sväljsvårigheter meddelas ansvarig läkare som ombesörjer remiss till logoped.

#### *Diabetes*

Det övergripande målet för behandlingen av diabetes hos äldre personer är så god livskvalitet som möjligt samt att uppnå symtomlindring, dvs undvika trötthet, törst, sår som inte läker och de täta urinvägsinfektioner som kan tillstötta om blodsockret ligger för högt. Man bör skilja på målsättningen för yngre personer med diabetes och äldre. Äldre med diabetes rekommenderas den vanliga maten som anpassas efter individens behov. Måltiderna bör fördelas jämt under dagen och nattfastan bör inte överstiga 11 timmar. För de flesta äldre fungerar det att äta söta livsmedel så länge man tar hänsyn till mängd, när dessa intas och måltidernas sammansättning. Ibland

behövs mer individuella behandlingar genomföras, t ex användandet av sockerfri dryck.

#### *Åtgärder vid övervikt och fetma hos äldre*

Patienter med övervikt (BMI 30-35) ska enligt ESPENs riktlinjer<sup>1</sup> inte rekommenderas lågenergi kost med syfte att gå ner i vikt eftersom viktnedgång medför förlust av muskelmassa och därmed förlust av funktion. Viktstabilitet ska eftersträvas.

Hos patienter med fetma (BMI  $\geq 35$ ) och viktrelaterade hälsoproblem ska viktreduktion övervägas med hänsyn till risker. Om patientens bedöms gynnas av viktreduktion ska energirestriktionen vara måttlig och kombineras med fysisk aktivitet för att behålla muskelmassa.

#### **3.1.3. Bedömning och mål**

Utifrån fakta som insamlats under utredningen görs en samlad bedömning och sjuksköterskan sätter in lämpliga åtgärder. En hälsoplan startas och rimliga mål formuleras.

#### **3.1.4. Ordination/Behandling**

Nutritionsbehandling är ett samlingsbegrepp och kan innefatta kost, kosttillskott, enteral och parenteral nutrition. De olika formerna av nutritionsbehandling behöver oftast kombineras på olika sätt utifrån tillstånd och behov. Mat och mellanmål utgör grunden för nutritionsbehandling och ska ses som första alternativ tillsammans med anpassning av miljön. När den vanliga maten inte räcker till för att täcka behovet av energi och näring kan det finnas behov av kosttillskott och sondnäring samt i vissa fall parenteral nutrition.

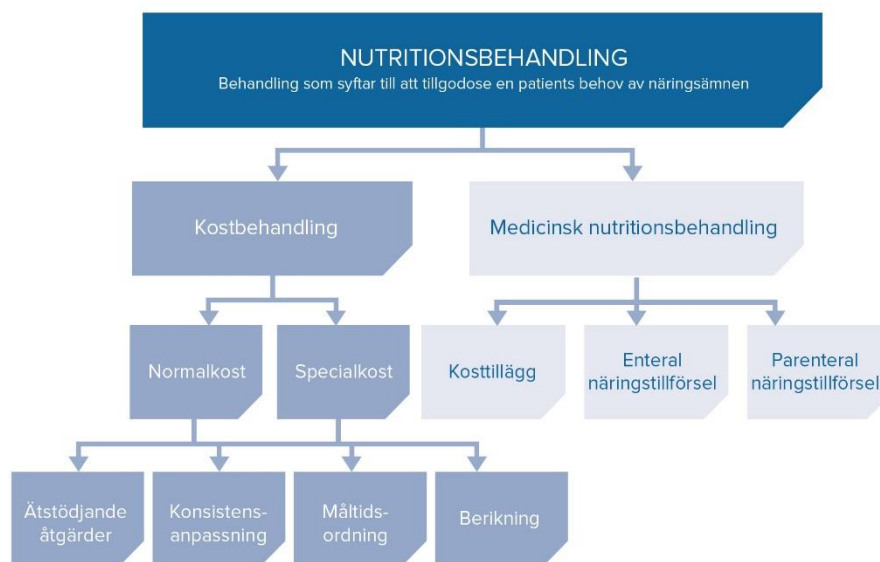


Bild 2 Grundläggande principer för nutritionsbehandling Att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2020

<sup>1</sup> Espens riktlinjer



### *Kosttillägg*

Kosttillägg ordineras efter bedömning och ska dokumenteras med avseende på indikationer för valt kosttillägg samt typ, tid och mängd. Uppföljning bör ske inom 2-4 veckor och ska dokumenteras i hälsoplanen.

### *Enteral nutrition*

Enteral nutrition ordineras när energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses med anpassad mat och kosttillägg. Energi- och näringstillförseln sker direkt till mag-tarmkanalen via gastrostomi.

Läkare eller dietist ordinerar enteral nutrition och det ska framgå i hälsoplanen vilken typ av sondnäring som ska användas, ordinerad mängd, tillförselhastighet samt tidpunkter för administrering.

Kommunens dietist ska alltid kontaktas vid patienter med peg. Se riktlinje för enteral nutrition.

### *Parenteral nutrition*

Parenteral nutrition är intravenös energi- och näringstillförsel som ordineras av läkare när energi- och näringsbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt. Parenteral nutrition kan ges som komplement till vanlig mat eller enteral nutrition, men även som enda närings- och energikälla.

När parenteral nutrition ges som komplement ska samtidigt kost- och vätskeregistrering ske parallellt.

Vid ordination ska det framgå i hälsoplanen hur mycket samt vilken sort som ordineras. Även målet med behandlingen ska framgå, vem som är ansvarig samt när och hur behandlingen ska följas upp.

#### **3.1.5. Uppföljning**

Insatta åtgärder ska systematiskt följas upp och utvärderas. Tidsplan för detta ska anges i hälsoplanen. Uppföljningen kopplas till tidigare insatta åtgärder i dokumentationen.

#### **3.1.6. Dokumentation**

Alla steg i nutritionvårdsprocessen dokumenteras i patientens omvårdnadsjournal.

## **4. INFORMATIONSOVERFÖRING**

Vård- och omsorgsboende samt korttidsboende ska ha rutiner för att säkerställa att nutritionsproblem överrapporteras till nästa vårdgivare.

Då dietist har varit inkopplad på patienten, på sjukhus eller annat vård- och omsorgsboende, ska det tydliggöras i epikris genom att formulera att uppföljning av dietist behövs för att säkra patientens framtida nutritionsbehov.

När patienten har nutritionsproblem som upptäcks under vårdtiden ska detta tydliggöras i epikris genom att formulera att uppföljning av dietist behövs för att säkra patientens framtida nutritionsbehov.



## 5. VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE

Syftet med nutritionsbehandling i livets slutskede är att uppnå en så bra livskvalitet som möjligt inkluderande funktionellt, psykiskt och socialt välbefinnande. Många personer i livets slutskede kan sakna aptit och gå ner i vikt, vilket till viss del är ofrånkomligt. Det är naturligt att intaget av mat och dryck minskar för att tillslut upphöra helt. Kroppens förmåga att ta hand om den energi och näring som intas minskar.

Målsättning är att undvika törst, hunger, illamående och andra besvär. Patienten ska få äta och dricka enligt önskemål. God munhygien och munstatus, smärtbehandling och allmän god omvårdnad ska prioriteras och det är mycket viktigt att ha en bra dialog med patient, närstående, behandlande läkare och sjuksköterska i detta skede.



### Referenser

SFS 1993:387, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

SFS 2001:453, Tystnadsplikt i socialtjänstlagen.

SFS 2001:453, Socialtjänstlag.

SFS 2009:400, Bestämmelser om offentlighets- och sekretess i offentlighets- och sekretesslagen.

SFS 2017:30, Hälso- och sjukvårdslagen.

SOSFS 2011:9, Föreskrifter och allmänna råd om systematiskt kvalitetsledningssystem.

HSLF-FS 2022:49, Föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring.

2019, ESPEN guidelines on clinical nutrition and hydration in geriatrics.

2020, Livsmedelsverket; Nationella riktlinjer för måltider inom äldreomsorgen.

2020, Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso-och sjukvård och socialtjänst.

2015, Sammanhållen överenskommelse om vård och omsorg för äldre. Överenskommelse mellan Region Stockholm och STORStlm.

## 6. BILAGA

### 6.1. Bilaga 1: Beräkning av kroppslängd, viktförlust, amputering

### 6.2. Bilaga 2: Energi och proteintabell

### 6.3. Bilaga 3: Rutin för kontakt med dietist

### 6.4. Bilaga 4: Rutin för nattfasta

### 6.5. Bilaga 5: Kost och vätskelista med portion

### 6.6. Bilaga 6: Kost och vätskelista utan portion

### 6.7. Bilaga 7: Vätskelista