

## 9.2 Nutritionsstatus

### Vid misstanke om eller konstaterande av nutritionsproblem ska nutritionsstatus upprättas av sjuksköterska

Nutritionsstatus innehåller följande;

#### Aktuell vikt och tidigare vikt

Den enskilde vet i många fall själv vad han/hon vägt tidigare i sitt liv, men ibland kan det vara svårt att få reda på uppgift om tidigare vikt, särskilt hos personer som inte haft mycket kontakt med sjukvården tidigare. Vad gäller äldre äldre kan man fråga hur vikten var när den enskilde var i 70-årsåldern. Omsorgstagare/brukare med kronisk sjukdom kan man fråga om hur vikten var före insjuknandet. Ibland kan man ha hjälp av tidigare journalanteckningar alternativt fråga anhöriga. Att erbjuda vikt vid inflyttning till ett särskilt boende/gruppboende eller vid de första HSL-kontakterna i ordinärt boende ger möjligheter till viss vikthistoria om nutritionsproblemen kommer framöver.

#### Beräkning av BMI och vikt förlust över tid

En person som hela sitt liv haft ett lågt BMI och är stabil i sin vikt behöver inte vara undernärmd, man får ta hänsyn till andra faktorer också. En person med ett högt BMI som ofrivilligt gått ned i vikt men fortfarande har ett normalt eller högt BMI kan däremot ha undernäringssjukdom. Det är alltså viktigt att ta reda på om eventuell vikt nedgång vid övervikt eller fetma är ofrivillig eller avsiktlig. Även om en person i fråga är nöjd med en ofrivillig vikt nedgång bör orsaken utredas.

#### Sjukdom eller funktionshinder som kan medföra risk för undernäring

Såväl fysiska som psykiska sjukdomstillstånd kan orsaka nutritionsproblem. Kroniska sjukdomstillstånd bör man alltid vara observant på. Tillfälliga sjukdomstillstånd som exempelvis influensa kan ibland innebära början på en negativ spiral vad gäller nutritionen hos en äldre människa. Ibland behöver ingen sjukdom föreligga, vissa funktionshinder eller motoriska störningar kan medföra svårigheter att äta.

#### Operation eller läkemedelsbehandling

En operation medför en stor belastning för kroppen. Läkeprocessen är energikrävande, och man bör vara i ett gott näringsstillstånd redan innan operationen. I efterloppet efter en operation bör man som omsorgspersonal alltid vara uppmärksam på nutritionsrelaterade problem. En del läkemedelsbehandling kan orsaka biverkningar som t ex muntorrhet, illamående eller förstoppning. Vad gäller muntorrhet räcker det att man har många olika läkemedel för att biverkningen ska uppkomma; inget av de enskilda läkemedlen behöver då ha muntorrhet som specifik biverkan. Omfattande behandlingar som t ex cytostatika eller strålning bör uppmärksammas extra mycket.

### Sår

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

### Nedsatt aptit och matledda

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

### Ätsvårigheter

Att mat lämnas kvar på tallriken kan vara ett tecken på tugg- och sväljsvårigheter hos en omsorgstagare/brukare som själv inte har förmågan att tala om det. Var uppmärksam på om en viss konsistens på mat ofta lämnas kvar. Tugg- och sväljsvårigheter uppmärksammas ofta av personal på särskilt boende/gruppboende som finns med vid måltidssituationen. Vid misstanke om tugg- och sväljsvårigheter bör en sväljutredning initieras via remiss till sjukhuset. I vissa fall kan hjälpmedel behövas i samband med måltid. Notera om besticken är svåra att greppa, om det föreligger problem att föra gaffeln eller skeden från tallrik till mun osv. Här kan arbetsterapeuter vara behjälpliga.

### Munhålans kondition

Många äldre har kvar sina egna tänder i större utsträckning. Det finns många olika lösningar; implantat, bryggor och tandproteser. Vid viktnedgång förlorar man muskulatur i hela kroppen, även i käkar och mun. Det kan göra att en tandprotes som tidigare fungerat bra inte längre sitter som den ska, att den glappar eller skaver och försvårar ätandet. Muntorrhet är vanligt i samband med läkemedelsbehandling, hemodialysbehandling och/eller stigande ålder. Vid muntorrhet finns en ökad risk att man även kan drabbas av svampinfektion, karies och andra besvär. Tandhygienisten är en viktig resursperson, som kan ge tips och råd vid muntorrhet och munvård.

### Mag- tarmkanalens funktion

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

### Måltids- och kostvanor

Genom att göra en mat- och vätskeregistrering kan man få en bild av den enskildes mat- och måltidsvanor. I äldreomsorgens vård- och omsorgsboenden är det förhållandevis lätt att göra en mat- och vätskeregistrering; man har särskilda mattider, kostenhetens rätter är näringsberäknade och det finns tillgång till personal som kan fylla i matdagboken.

**\*Blankett 9.2** Egenkontroll för måltidsordning och nattfasta

I bostäder med särskild service inom omsorg funktionsnedsättning kan det också vara lätt att föra matdagbok då det finns personal tillhands dygnet runt. Däremot är maträtterna sällan näringsberäknade, så resultatet ger mer en uppskattning av energinnehållet och en bild av måltidsmönstret.

#### **Kulturella, religiösa, etniska och sociala faktorer**

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