

## MEONF-II Manual

Bedömning av näringstillstånd: I första hand ska patienten/den boende vägas och mätas på morgonen, före frukost. Patienten/den boende bör endast vara iklädd underkläder. Om detta inte är möjligt kan uppgift om längd och vikt hämtas från journalen eller genom att fråga personen. Information om vikten ska dokumenteras minst veckovis (på sjukhus) eller månadsvis (särskilda boenden).

**1. Ofrivillig vikt förlust** (oavsett tid & omfattning). Fråga dels patienten och granska även dokumentationen avseende viktutvecklingen. Fråga om han/hon märkt att kläderna börjat sitta löst, om ringar eller klockan verkar sitta löst. Fråga också om han/hon avsiktligt försökt gå ner i vikt.

**2a. BMI** räknas ut utifrån formeln: vikt (kg)/längd i kvadrat (m<sup>2</sup>). Om inte längd och/eller vikt kan erhållas som grund för att beräkna BMI – mät istället vedomkrets.

**2b. Vedomkrets** mäts i centimeter. Mät vaden på det bredaste stället. Mät även över och under den bredaste punkten, för att säkerställa att den första mätningen gav det största måttet.

**3-5. Ätproblem** (3-5 nedan): Bedömningen görs i första hand genom att patienten/den boende observeras under en måltid. Om det ej är möjligt kan den göras genom intervju av patient/boende. Om en person har hjälpmedel/hjälp för att kunna äta, anges det att personen har problem (vid kommentarer). T.ex. om personen har gelékost p.g.a. sväljningssvårigheter anges att det föreligger sväljningssvårigheter, även om dessa ej är påtagliga eftersom kosten har konsistensanpassats.

### 3. Matintag

Upprätthålla bra sittställning vid måltid	Sitter självständigt och kan röra sig fritt.
Hantera maten på tallriken	Använder båda händerna, endast enstaka spill, har ej pet-emot-kant eller speciella bestick, använder traditionella bestick (inte sked till kött och potatis), delar själv maten och brer smörgås, ställer ifrån sig glas/kopp själv.
Transportera maten till munnen	Samordnar armar/bål/huvud när maten förs till munnen, behöver inte haklapp, hittar munnen utan problem, endast enstaka spill, ingen anpassning av redskap t.ex. mugg, sugrör.

### 4. Sväljning/mun

Tugga	Både ”upp och ner” och roterande/malande tugg rörelser. Matens konsistens är inte anpassad. Kan bita av maten, drar inte av den. Förlorar inte mat ur munnen under tuggning.
Hantera maten i munnen	Maten förflyttas smidigt bakåt i munnen. Det finns ingen mat kvar i munnen efter måltiden. Kan prata mellan tuggorna.
Svälja	Ingen hosta under måltid som uppfattas som felsväljning. Smidig sväljningsrörelse när maten är färdigtuggad. Ingen paus eller extra koncentration innan sväljningen. Efter sväljningen är munnen i stort sätt tom.

### 5. Energi/aptit

Äter mindre än ¾ av serverad mat	Det förutsätts att portionen som serveras anpassats till personens behov (mängd och innehåll). Har ej sondmat/dropp till följd av otillräckligt matintag.
Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid	Måltiden avbryts för att personen inte orkar fortsätta (avbryts ej p.g.a. mättnadskänsla).
Nedsatt aptit	Fråga i första hand personen själv; i andra hand, gör en egen skattning. Aptiten nu jämförs med hur hans/hennes aptit vanligen är.

**6. Kliniska tecken.** Indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kropps-konstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin)

**Totalpoäng:** Notera att ofrivillig viktminskning ger 2 poäng liksom nedsatt energi/aptit. Detta eftersom det är känt att de är starkt förknippade med undernäring.

#### Tolkning av MEONF-II totalpoäng:

0-2 Poäng = Ingen eller låg risk för undernäring

3-4 Poäng = Måttlig risk för undernäring

5 poäng eller mer = Hög risk för undernäring

**När den initiala bedömningen är genomförd gå vidare med planering av åtgärder!**

**Högt BMI:** (övervikt/fetma) utgör ej en del i bedömningen av risk för undernäring. Var observant på att även en person med övervikt/fetma kan ha risk för undernäring som kräver intervention.