

Fortfarande klara brister i nutritionsbehandling på sjukhus

ENKÄTSTUDIE MED JÄMFÖRELSE MELLAN ÅREN 2004 OCH 2014

Henric Wichmann,
leg dietist, enheten för
klinisk nutrition, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
● henric.wichmann@vgregion.se

Mitra Unosson, professor emeritus, institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet

Elisabet Rothenberg, biträdande professor, Högskolan i Kristianstad

Christina Stene, överläkare, verksamhetsområde kirurgi, Skånevård Sund

Ingvar Bosaeus, överläkare, enheten för klinisk nutrition, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Undersökningen är en del av ett skandinaviskt projekt och en uppföljning av en studie som genomfördes bland läkare, sjuksköterskor och dietister inom slutenvården 2004 [1]. I fokus var utbildning och kunskap inom klinisk nutrition, ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper samt attityder till och rutiner för behandling av undernäring. Flera tidigare studier på såväl svenska som andra europeiska sjukhus har påvisat brister i nutritionsbehandling [2-4]. Undernärd patienter löper större risk att drabbas av komplikationer och förlängda vårdtider, varför nutritionsbehandling måste ses som en viktig del i behandlingen [5, 6]. Europarådet utkom 2003 med riktlinjer som förordar screening av nutritionsstatus och att det vid förekomst av eller risk för undernäring upprättas en vårdplan för nutritionsbehandling som innefattar individuell utredning och uppföljning [7]. Syftet med denna artikel var att studera förändringar över tid genom att jämföra 2004 med 2014 års data.

METOD

År 2014 gjordes en uppföljning av enkätstudien från 2004. Totalt 2 000 läkare, 2 000 sjuksköterskor och 1 170 dietister tillfrågades om attityder till, rutiner för och kunskap om nutritionsbehandling inom slutenvården. Urvalet av läkare gjordes med en kommersiell databas (Cegedim) och fördelades på följande specialiteter: medicinsk gastroenterologi, onkologi, allmän internmedicin, annan medicinsk specialitet, gastrokirurgi, allmän kirurgi, ortopedi, annan kirurgisk specialitet, geriatrik/rehabilitering, intensivvård/anestesi och annan specialitet. Sjuksköterskor kontaktades via verksamhetschefer vid de kliniker där de utvalda läkarna fanns. För dietister användes Dietisternas riksförbunds (DRF) register, där dietister verksamma inom slutenvården ombads besvara enkäten. Frågorna besvarades anonymt, och en påminnelse sändes till alla läkare och dietister. I förhoppning om en ökad svarsfrekvens kortades enkäten ner jämfört med 2004. Följdfrågor om hur respondenterna ansåg att nutritionsrutiner borde vara på deras avdelning togs bort, varför jämförelse mellan undersökningstillfällena inte var möjlig här. Övriga frågor som utslöts berörde ordination av enteral och parenteral nutrition samt hur lång fasta och hur stor viktförlust som generellt accepterades, vilka inte heller togs upp i originalartikeln och därför inte var aktuella för jämförelse.

En bortfallsanalys gjordes via e-post till icke-responderande läkare. Utöver bakgrundsvariabler ställdes tre frågor ur enkäten om kunskap och intresse för nutritionsfrågor samt om hur relevant det ansågs vara att ha kunskap om behandlingsprinciper vid un-

dernäring. Av 1 028 tillfrågade erhöles svar från 193. Bortfallsanalys gjordes inte för sjuksköterskor och dietister då kontaktvägen inte möjliggjorde detta.

Tabeller, beräkningar och statistiska test är utförda med SPSS-version 21.0 för Windows samt Excel 2010. För jämförelse av proportioner mellan de olika undersökningsåren och yrkesgrupperna användes Pear-

»Undernärd patienter löper större risk att drabbas av komplikationer och förlängda vårdtider, varför nutritionsbehandling måste ses som en viktig del i behandlingen.«

sons χ^2 -test om analysvariabeln var nominell. Var analysvariabeln ordinal användes Mann-Whitneys test. P-värde under 0,05 bedömdes som statistiskt signifikant.

RESULTAT

Svarsfrekvens och material

Totalt erhöles 1 221 svar (418 läkare, 531 sjuksköterskor och 272 dietister) från 5 170 tillfrågade jämfört med

HUVUDBUDSKAP

- Bristande handläggning av sjukdomsrelaterad undernäring inom svensk slutenvård leder sannolikt till ökade kostnader för vården och sämre prognos för drabbade patienter.
- En enkätstudie bland svenska läkare, sjuksköterskor och dietister från 2004 undersökte attityder till och rutiner för nutritionsbehandling inom slutenvården och fann att svenska sjukhus inte lever upp till Europarådets rekommendationer om nutritionsbehandling.
- År 2014 gjordes en uppföljande enkätundersökning som visar på små förbättringar men att det fortfarande finns klara brister i nutritionsomhändertagandet inom svensk slutenvård.
- Ökad tydlighet vad gäller rutiner och ansvarsfördelning behövs.

1 656 svar från 4 349 tillfrågade 2004. Svarsfrekvens för hela gruppen 2014 är inte tillämplig då merparten av dietistgruppen inte arbetar inom slutenvård och således inte förväntades inkomma med svar. Svarsfrekvensen för läkare och sjuksköterskor var 24 procent (läkare 21 procent och sjuksköterskor 27 procent), att jämföra med 38 procent (läkare 29 procent, sjuksköterskor 45 procent) 2004. Intresset och kunskapen om undernäring var liksom 2004 lägre i bortfallsgruppen än i huvudundersökningen. I bortfallsgruppen ansågs det dock lika relevant att ha kunskap om hur undernäring ska behandlas som i huvudgruppen, en skillnad mot 2004 då bortfallsgruppen ansåg det mindre relevant.

En större andel av läkarna arbetade inom anesthesi eller intensivvård, drygt 33 procent jämfört med 19 procent 2004. Andelen inom allmän internmedicin och annan medicinsk specialitet minskade från 26 till 11 procent. I övrigt var fördelningen i paritet med den i undersökningen 2004. Sjuksköterskornas specialitet följde läkarnas relativt väl vid båda undersökningstillfällena. Övriga bakgrundsvariabler framgår av Tabell 1.

Rutiner för nutritionsbehandling

I Figur 1 redovisas skillnader i rutiner för bedömning av nutritionsstatus mellan 2004 och 2014 samt hur man 2004 ansåg att det borde vara. Fortfarande fanns tydliga skillnader mellan vad som görs och vad man 2004 ansåg borde göras. Enligt läkarna och sjuksköterskorna bedömdes näringsstillståndet fortfarande vid mindre än hälften av inläggningarna. 33 procent svarade att dokumentation av nutritionsplan i journalen görs för dem som bedömts vara i riskzonen för undernäring jämfört med 21 procent 2004. Dubbelt så många som 2004, 38 procent, svarade att rutin finns för att fortlöpande bedöma om patienterna når uppsatt mål för energiintag.

Utbildning, kunskap och barriärer

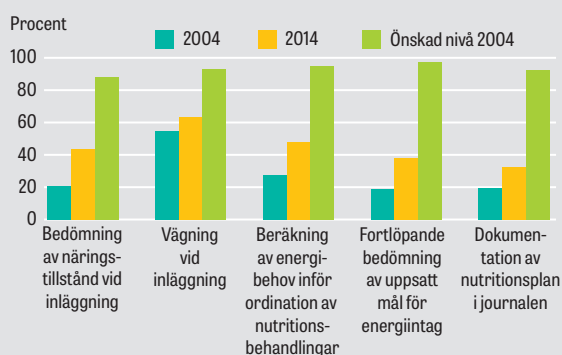
Frågor ställdes om synen på den egna kunskapen, intresset och relevansen för nutritionsfrågor (Figur 2-4). Den egna kunskapen om behandling av patienter med undernäring skattades generellt högre 2014 än 2004. På en 10-gradig skala var det för samtliga personalkategorier signifikant fler som ansåg sig ha kunskaper motsvarande 8-10. Jämfört med 2004 var det signifikant fler av läkarna och sjuksköterskorna som 2014 skattade sitt intresse för nutritionsbehandling till motsvarande 8-10. Även för dietistgruppen sågs en ökning av andelen som skattade intresset som 8-10, dock inte signifikant. På frågan om hur relevant det ansågs vara att kunna något om behandling av patienter med undernäring var det, jämfört med 2004, en lägre andel som svarade 8-10 inom samtliga yrkesgrupper. Skillnaden var här statistiskt signifikant för sjuksköterskorna men inte för läkare och dietister.

År 2004 ansåg nästan hälften av läkarna och sjuksköterskorna att deras grundutbildning i nutrition inte var tillräcklig för att ta beslut kring patientens nutritionsbehandling. Som visas i Tabell 2 ansåg två tredjedelar av läkarna och sjuksköterskorna 2014 att de via sin utbildning hade tillräcklig kunskap. Klart färre ansåg det vara svårt att beräkna energibehov

TABELL 1. Procentuell fördelning av kön, ålder, utbildningsår och arbetsplats.

	Läkare		Sjuksköterska		Dietist	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014
● Man/Kvinna	73/27	59/41	8/92	7/93	4/96	3/97
● Andel > 50 år	61	44	24	32	29	24
● Andel som avslutat utbildning senare än 1995/2005	16	18	39	37	33	37
● Andel som arbetar på universitets-/regionsjukhus	44	37	35	29	47	45

FIGUR 1. Synen på avdelningens rutiner



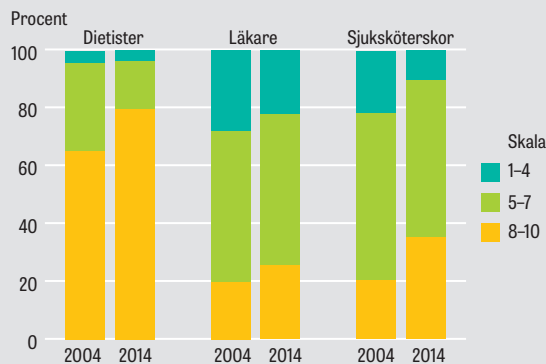
► Andel av läkare och sjuksköterskor som anser att avdelningen har rutiner för bedömning av nutritionsstatus, vägning, beräkning av energibehov, evaluering av uppsatta mål för energiintag och dokumentation av nutritionsplan 2004 och 2014 samt i vilken utsträckning man 2004 ansåg att detta borde göras.

2014 jämfört med 2004. Även andelen läkare och sjuksköterskor som ansåg det svårt att lägga upp en plan för nutritionsbehandling minskade från 60 till 45 procent (Tabell 2) mellan 2004 och 2014.

Det fanns ett tydligt gap mellan angivet behov av och praxis avseende kunskap och resurser för nutritionsbehandling 2004. Exempelvis ansåg merparten då att det fanns behov av tvärprofessionella nutritionsteam, medan endast 38 procent hade sådana team. År 2014 uppgav 40 procent av läkarna och sjuksköterskorna att tvärprofessionella nutritionsteam fanns. 45 procent ansåg att nationella riktlinjer saknades jämfört med 70 procent 2004. Bland läkare och sjuksköterskor angav 21 procent att nutrition var lågprioriterat 2014, jämfört med 30 procent 2004. I likhet med 2004 angav nästan 25 procent av läkarna 2014 att en del patienter ges så otillräcklig nutrition att det kan få klinisk betydelse för till exempel komplikationer och förlängd vårdtid. Drygt 20 procent av läkarna svarade också att de ibland avhåller sig från att starta nutritionsbehandling då det inte bedöms möjligt att fortsätta efter utskrivning på grund av bristande kompetens/resurser inom hemsjukvården.

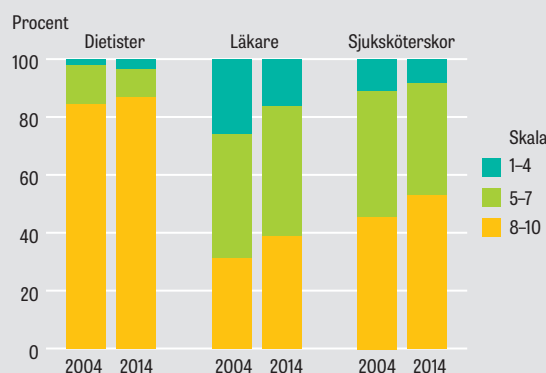
Socialstyrelsen utkom 2011 med en vägledning för att förebygga och behandla undernäring [8]. Denna var känd för 20 procent av läkarna och 32 procent av sjuksköterskorna, medan 93 procent av dietister-

FIGUR 2. Kunskap



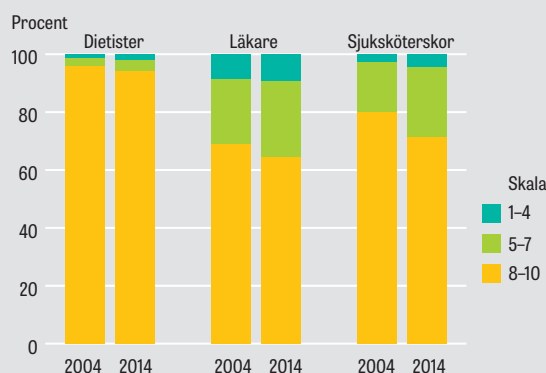
► Dietister, läkare och sjuksköterskor om synen på den egna kunskapen kring behandling av patienter med undernäring. 1 = bristande kunskap, 10 = mycket stor kunskap.

FIGUR 3. Intresse



► Dietister, läkare och sjuksköterskor om synen på det egna intresset för behandling av patienter med undernäring. 1 = lågt intresse, 10 = stort intresse.

FIGUR 4. Relevans



► Figur 4. Dietister, läkare och sjuksköterskor om hur relevant det var för dem att kunna något om behandling av patienter med undernäring. 1 = ej relevant, 10 = mycket relevant.

na kände till den. Andra tillgängliga riktlinjer från Sveriges Kommuner och landsting samt SWESPEN (Swedish Society of Clinical Nutrition and Metabolism) var kända i mindre utsträckning [9, 10]. Drygt

60 procent av dietisterna och omkring 20 procent av läkarna och sjuksköterskorna kände till dem.

Ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper

Angående synen på ansvarsfördelning mellan läkare, sjuksköterska, dietist och undersköterska sågs inga påtagliga förändringar sedan 2004. Läkare, sjuksköterskor och dietister ansåg att ansvaret för bedömning av nutritionsstatus kunde ligga på olika personalkategorier även om läkare och sjuksköterskor såväl 2004 som 2014 lade något mer ansvar på den egna yrkesgruppen. Samtliga svarade att sjuksköterskorna bär något mer ansvar för beräkning av energiintag medan merparten ansåg att den egna yrkeskategorin är den som främst beslutar om mat och vätskeregistrering.

DISKUSSION

Urval

Urvalsmetoden var densamma som 2004 för läkare och sjuksköterskor men svarsfrekvensen var lägre för båda yrkesgrupperna 2014. Totalt erhöles dock fler svar från dietister jämfört med 2004. I läkargruppen gjordes en bortfallsanalys som visade på lägre intresse och kunskap om undernäring i bortfallsgruppen än i huvudundersökningen, vilket också kunde ses 2004. Detta pekar mot att respondenterna är mer kunniga och att bristande handläggning undervärderats vid båda undersökningstillfällena. En skillnad jämfört med 2004 var att bortfallsgruppen i lika hög grad som huvudgruppen bedömde det som relevant att ha kunskap om hur undernäring ska behandlas. Den skillnad som ses i andelen läkare från respektive specialitet 2014 jämfört med 2004 betraktas inte som avgörande för resultatet.

Fortfarande ett gap mellan praxis och riktlinjer

Respondenternas självupplevda kunskapsnivå var något högre 2014 än 2004, men skillnaderna är små och kunskapsnivån är fortfarande ett hinder för optimal nutritionsbehandling. Det är fortfarande främst i den initiala delen av nutritionsbehandlingen, med bedömning av energibehov, upprättande av plan för och beslut om nutritionsbehandling, som problem uppstår medan de flesta anser sig ha god vana att hantera enteral och parenteral nutrition. Att närmare 25 procent av läkarna fortfarande anser att en del patienter får så otillräcklig nutrition under vårdtiden att det kan få kliniska konsekvenser är anmärkningsvärt. Även om den upplevda kunskapsnivån var högre tycks det alltså inte komma patienten till gagn. Därtill svarade drygt 20 procent av läkarna att de ibland avhåller sig från att starta en nutritionsbehandling då det inte bedöms möjligt att fortsätta efter utskrivning på grund av bristande kompetens/resurser inom hemsjukvården. Slutenvården bör vid utskrivning av patient tydligt dokumentera och kommunicera genomförda åtgärder och behov med avseende på nutrition, som underlag till fortsatt behandling i nästa vårdinstans, snarare än att anta att resurser saknas och att behandlingen därför skulle vara meningslös. Vikten av dokumentation och kommunikation styrks även i nutritionsvårdprocessen, som finns beskriven i Socialstyrelsens vägledning [8].

År 2004 ställdes frågor om attityder till bedömning av nutritionsstatus, vägning, beräkning av energibe-

hov, evaluering av uppsatta mål för energiintag och dokumentation, där diskrepansen mellan vad som borde göras och vad som faktiskt gjordes tydligt kunde ses. År 2014 ställdes inte dessa frågor om synen på hur det borde vara, men riktlinjer från Europarådet och Socialstyrelsen kan ses som önskad nivå, och svensk slutenvård har långt kvar för att leva upp till dessa. För de faktiska rutinerna kunde en förbättring ses, men även om till exempel bedömning av nutritionstillstånd vid inläggning angavs vara rutin för mer än dubbelt så många av respondenterna som 2004 var det fortfarande mindre än 50 procent som angav att detta faktiskt gjordes 2014 (Figur 1). Varje verksamhet skulle följaktligen behöva se över hur de egna rutinerna efterlevs. Upplevelsen av brist på nationella riktlinjer kan också ses som en bidragande orsak till att nutrition prioriteras lågt. Samtidigt var det få av läkarna och sjuksköterskorna som kände till gällande riktlinjer och föreskrifter. Att dietisterna var bekanta med riktlinjerna i större utsträckning förklaras rimligen av att de har nutrition som huvudområde och därför är mer uppdaterade angående riktlinjer. Informationsutbyte genom tvärprofessionella nutritionsteam skulle kunna leda till ökad kännedom om såväl riktlinjer som behandlingsprinciper. Även 2004 sågs tvärprofessionella nutritionsteam som en möjlig väg till förbättring, men förekomsten av sådana team var densamma 2014 som 2004.

Tydlig ansvarsfördelning saknades fortfarande, och ansvaret kunde ligga på flera olika yrkeskategorier. En ökad tydlighet i ansvarsfördelning och rutiner skulle kunna bidra till ett bättre omhändertagande. Socialstyrelsens föreskrifter, som trädde i kraft i januari 2015, anger också en skyldighet för vårdgivaren att tillse att rutiner finns [11]. Implementering av dessa föreskrifter kan förhoppningsvis leda till ett påskyndande av utvecklingen av nutritionsvården i Sverige. Tydligare struktur för nutritionsvård efterfrågades även 2006 [12].

SLUTSATS

De problem som identifierades 2004 har alltså inte överbryggats på ett tillfredsställande vis. Inte heller har påvisade brister i rutiner åtgärdats, och ansvarsfördelningen mellan de olika yrkesgrupperna är fortsatt oklar. Svensk slutenvård lever dessvärre, fortfarande tio år efter att dessa problemområden identifierades, inte upp till Europarådets riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av sjukdomsrelaterad undernäring [7].

Problematiken med sjukdomsrelaterad undernä-

TABELL 2. Exempel på frågor i enkäten kring utbildning och kompetens i nutritionsbehandling. Svaren anges som procentuell andel av »helt/övervägande enig«. Parentes visar siffror för läkare respektive sjuksköterska.

	Helt/övervägande enig	
	2004	2014
● Jag har via min utbildning tillräckligt med kunskap för att besluta kring patientens nutritionsbehandling.	54 (58 vs 52)	66 (65 vs 67)
● Jag har god vana att hantera enteral nutrition.	70 (62 vs 76)	76 (68 vs 83)
● Jag har god vana att hantera parenteral nutrition.	85 (80 vs 89)	87 (83 vs 90)
● Jag anser det svårt att beräkna patientens energibehov.	52 (50 vs 54)	38 (36 vs 39)
● Jag anser det svårt att lägga upp en plan för nutritionsbehandling.	60 (54 vs 63)	45 (43 vs 45)

ring och fördelarna med en fungerande nutritionsbehandling måste belysas i högre utsträckning såväl via grundutbildningen av vårdpersonal som genom fortbildning i verksamheten, där universitet/högskola tillsammans med verksamhetsledningen bär ansvaret. I och med ovan nämnda föreskrifter bör verksamheterna ta fram lokala riktlinjer med tydlig ansvarsfördelning där nutritionsteamet har en framträdande roll och rutin finns för utvärdering av följsamhet [11]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Studien och sammanställning av resultatet har finansierats av Fresenius Kabi AB.

Citera som: *Läkartidningen. 2016;113:DWP3*

REFERENSER

- Johansson U, Larsson J, Rothenberg E, et al. Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen*. 2006;103:1718-24.
- Larsson J, Andersson M, Askelöf N, et al. Undernäring vanligt vid svenska sjukhus. Risker för komplikationer och förlängd vårdtid ökar. *Läkartidningen*. 1994;91:2410-3.
- McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*. 1994;308:945-8.
- Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, et al. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clin Nutr*. 2004;23:1009-15.
- Norman K, Pichard C, Lochs H, et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2008;27:5-15.
- Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, et al; NutritionDay Audit Team. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clin Nutr*. 2009;28:484-91.
- Europarådet. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. 12 nov 2003. <http://www.hospitalcaterers.org/documents/cu.pdf>
- Närings för god vård och omsorg: en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-9-2.
- Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Undernäring - åtgärder för att förebygga. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2011.
- Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism (SWESPEN); 2006. <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>
- SOSFS 2014:10. Förebyggande av och behandling vid undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-10-12.
- Cederholm T. Undernäring vanligt inom svensk sjukvård. *Läkartidningen*. 2006;103:1713-7.

SUMMARY

In 2003 the Council of Europe published a resolution on food and nutritional care in hospitals. The resolution suggests screening of nutritional status for all patients and that a care plan should be established for malnourished patients or patients at risk of malnutrition. In 2004 a survey amongst Swedish physicians, nurses and dieticians focusing on education, knowledge in clinical nutrition, division of responsibilities and guidelines was made. The results showed that Swedish hospitals did not meet the standards set by the Council. This study is a ten year follow-up of the original study from 2004. Data from 2014 show only minor improvements. Screening of nutritional status was still performed in less than fifty percent of all hospitalisations. The level of knowledge is still seen as a barrier against optimal treatment of malnutrition. Lack of guidelines was mentioned as another barrier, and a majority of physicians and nurses were not aware of the existing guidelines.