

Nutritionsbehandling inom slutenvården

Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer



ULLA JOHANSSON, med dr, överläkare, kirurgiska kliniken, Hudiksvalls sjukhus; centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet, Gävle
ulla.m.johansson@lg.se

JÖRGEN LARSSON, professor, verksamhetschef, gastrocentrum/kirurgi, enheten för kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; Clintec, Karolinska institutet, Huddinge

ELISABET ROTHENBERG, med dr, chefsdietist, sektionen för klinisk nutrition, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg
CHRISTINA STENE, specialistläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

MITRA UNOSSON, professor, institutionen för medicin och vård, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet

INGVAR BOSAEUS, adjungerad professor, överläkare, sektionen för klinisk nutrition, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

Undernäring hos patienter vid svenska sjukhus beskrevs redan för drygt ett decennium sedan i en studie publicerad i Läkartidningen [1]. I undersökningen skattades nutitionsstatus med såväl subjektiva metoder (subjective global assessment of nutritional status) som objektiva (albumin, antropometri, BMI [body mass index]) hos 382 slutenvårdspatienter vid medicin-, kirurg-, onkolog- och infektionskliniker vid fyra svenska sjukhus. Totalt 27 procent uppvisade tecken på antingen måttlig (20 procent) eller grav (7 procent) malnutrition.

Under 1990-talet kom rapporter om sjukdomsrelaterad undernäring också från andra europeiska länder [2]. Så sent som 2004 publicerades en dansk studie med prevalenssiffror för undernäring hos slutenvårdspatienter motsvarande 40 procent [3].

Eftersom undernäring i ett flertal undersökningar har visat sig vara förenad med ökade risker för komplikationer och förlängda vårdtider i specifika sjukdomsgrupper [4], bildade Europarådet 1999 ett nätverk vars uppgift var att utarbeta riktlinjer för skattning av nutitionsstatus och behandling av näringsstörningar vid europeiska sjukhus. Nätverket påtalade problem bl a i form av otydlighet i ansvarsfördelningen mellan olika yrkeskategorier i nutitionsfrågor, brister i utbildningen och avsaknad av riktlinjer [5].

I november 2003 utkom Europarådets riktlinjer i reviderad form (Fakta 1) [6]. I den resolutionen rekommenderas screening av nutitionsstatus för alla inlagda patienter. Vid förekomst av – eller risk för – undernäring ska en nutritionell vårdplan upprättas, inkluderande individuell utredning och uppföljning. Nutitionsstöd vid sjukdomsrelaterad undernäring ska vara en integrerad del av behandlingen.

För att uppnå dessa mål betonas vikten av utbildning, både i grundutbildning och som kompetensutveckling på arbetsplatsen.

I syfte att undersöka hur Europarådets riktlinjer för handläggning av malnutrition idag efterlevs vid svenska sjukhus har, i den studie som här presenteras, en enkätundersökning genomförts bland läkare, sjuksköterskor och dietister verk-

Det här är den första studien som belyser attityd, kunskap och rutin kring handläggningen av nutitionsproblem inom slutenvården i Sverige. Undersökningen visar att svenska sjukhus inte lever upp till Europarådets riktlinjer från 2003 för hur sjukdomsrelaterad undernäring bör utredas och behandlas.

samma inom slutenvården. Fokus i enkäten lades på frågor om utbildning och kunskap inom området klinisk nutrition, ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper vad gäller dessa frågor samt attityder till och rutiner för behandling av undernäring.

METOD

Undersökningen ingår i ett skandinaviskt projekt som delvis är en uppföljning av en tidigare genomförd undersökning i Danmark [7]. Undersökningen genomfördes under maj månad 2004 och omfattade totalt 4 349 läkare, sjuksköterskor och dietister verksamma vid svenska sjukhus.

Urvalet av läkare och dietister hämtades ur en kommersiell databas (Pharma Marketing, numera Onekey, Cegedim). Totalt 2 000 läkare randomiserades att utgöra studieurvalet. Dessa fördelades enligt följande specialiteter: medicin (n=779), onkologi (n=120), kirurgi (n=416), ortopedi, (n=213), geriatrik/rehabilitering (n=159), intensivvård/anestesi (n=272), övriga (n=41).

En motsvarande databas för sjuksköterskor fanns inte tillgänglig. Sjuksköterskorna kontaktades därför via verksamhetschefer vid de kliniker där läkarna utvalts. Varje verksamhetschef fick enkäter att sprida till kliniken sjuksköterskor – totalt sändes 2 000 enkäter ut.

För dietister gjordes selektionen utifrån angiven arbetsplats,

SAMMANFATTAT

Sjukdomsrelaterad undernäring har beskrivits i Europa sedan ett tiotal år. Problemet har föranlett Europarådet att 2003 anta en resolution med rekommendationer till medlemsländerna om nutitionsbehandling på sjukhus.

I en enkätstudie genomförd bland svenska läkare, sjuksköterskor och dietister undersöktes attityder till och rutiner för nutitionsbehandling inom slutenvården – i relation till Europarådets rekommendationer.

Totalt 1 656 personer (38 procent) svarade på enkäten. Av dessa ansåg 88 procent att nutitionsstatus ska screenas vid inläggning, medan endast

22 procent beskrev att så verkligen sker. Nästan hälften ansåg att utbildningen i klinisk nutrition för vårdpersonal var otillräcklig. En otydlighet i ansvarsfördelningen beskrevs av majoriteten av dem som svarat.

Undersökningen visar att svensk slutenvård inte lever upp till Europarådets rekommendationer om nutitionsbehandling.

Brister har också definierats vad gäller riktlinjer och organisation.

För framtiden efterlyses en nationell handlingsplan för att implementera Europarådets resolution i svensk hälso- och sjukvård.

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

	Läkare	Sjuksköterska	Dietist	Totalt
Man/kvinna	73/27	8/92	4/96	31/ 69
Andel över 50 år	61	24	29	38
Andel som avslutat utbildning senare än 1995	16	39	33	30
Andel som arbetar på universitets-/regionsjukhus	44	35	47	40

eftersom undersökningen avsåg rutiner inom slutenvården, vilket gav ett studieurval på 349 personer.

För att öka svarsfrekvensen sändes en påminnelse ut till samtliga läkare och dietister efter två veckor. Enkäten besvarades anonymt.

Enkäten innehöll, förutom bakgrundsvariabler, 29 frågor (med ett antal underfrågor) fördelade inom följande områden:

- Attityder till och rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av sjukdomsrelaterad undernäring
- Barriärer vid enteral och parenteral nutrition
- Förbättringar i handläggning av sjukdomsrelaterad undernäring
- Ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper.

Av utrymmesskäl omfattar denna artikel endast ett urval av frågorna. Frågor som avsåg rutiner på enskilda avdelningar ställdes inte till dietisterna, eftersom de sällan har koppling till endast en viss avdelning.

Bortfallsanalys

I läkargruppen genomfördes (av en forskningssköterska) en bortfallsanalys per telefon bland 100 slumpmässigt utvalda läkare av dem som inte besvarat enkäten. Urvalet stratifierades på samma sätt som huvudstudien med avseende på specialiteter.

Utöver bakgrundsvariabler ställdes tre frågor: dels två om respondentens kunskap respektive intresse kring nutritionsfrågor, dels en om hur relevant det är att ha kunskap om behandlingsprinciper vid undernäring.

Statistik

Samtliga tabeller, beräkningar och statistiska test är utförda med SPSS-version 12.0.1 för Windows.

För korstabellerna mellan läkare och sjuksköterskor (två

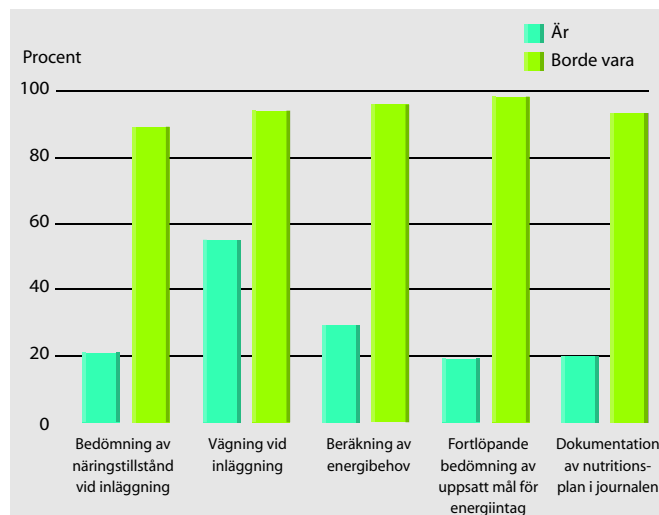
FAKTA 1

Europarådets resolution i förkortad form

Europarådets riktlinjer för nutritionsbehandling publicerades i reviderad form 2003. En starkt förkortad sammanfattning med utgångspunkt i den aktuella artikelns innehåll är:

- Alla patienter som läggs in på sjukhus ska screenas med avseende på malnutrition

- Patienter med tecken på malnutrition ska utredas mer omfattande
- Malnutrierade patienters näringsbehov ska beräknas
- En individuell nutritionsplan ska upprättas för malnutrierade patienter
- Nutritionsplanen ska dokumenteras i journalen, följas upp och överrapporterats till mottagande vårdinstans.



Figur 1. Attityder och rutiner hos läkare och sjuksköterskor kring bedömning av nutritionsstatus, vägning, beräkning av energibehov, evaluering av uppsatta mål för energiintag och dokumentation av nutritionsplan.

oberoende stickprov) användes Pearsons χ^2 -test när variabeln var nominell och Mann-Whitneys test när den var ordinal.

För korstabellerna mellan läkare, sjuksköterskor och dietister (3 oberoende stickprov) användes Pearsons χ^2 -test när variabeln var nominell och Kruskal-Wallis' test när den var ordinal.

Ett P-värde under 0,05 bedömdes som statistiskt signifikant.

RESULTAT

Svarsfrekvens och material

Totalt erhöles 1 656 svar, vilket ger en svarsfrekvens på 38 procent (läkare 29 procent, sjuksköterskor 45 procent och dietister 49 procent). Övriga bakgrundsvariabler framgår av Tabell I.

Bortfallsanalys

Sammanlagt genomfördes 82 intervjuer. Inga signifikanta skillnader fanns avseende kön, arbetsplats eller tjänsteställning mellan respondenter i enkäten och bortfallsanalysen. Läkarna i den senare gruppen var äldre (55 år) än i enkätgruppen (52 år) ($P < 0,01$).

Intresset för undernäring var lägre i bortfallsgruppen än bland dem som besvarat enkäten ($P < 0,01$). Att ha kunskap om hur undernäring ska behandlas bedömdes också som mindre relevant bland de tillfrågade i bortfallsanalysen.

Attityder och rutiner

I Figur 1 redovisas attityder till och rutiner för bedömning av nutritionsstatus vid inskrivning, vägning, beräkning av energibehov, fortlöpande evaluering av uppsatt mål för energiintag och dokumentation av nutritionsplanen i journalen.

Generellt noterades en samstämmighet vad gäller önskad nivå, även om dietisterna ställde allra högst krav på rutinerna. Totalt 94 procent av alla var t ex helt eller övervägande eniga om att patienterna ska vägas vid inskrivning på sjukhuset. Endast 55 procent av läkarna och sjuksköterskorna beskrev dock att detta praktiskt utfördes på alla – eller nästan alla – patienter vid inskrivningen.

Totalt 21 procent av läkarna och sjuksköterskorna hade som rutin att bedöma nutritionsstatus, medan 89 procent av alla svarade att det alltid bör göras (Figur 1). På motsvarande sätt beskrev 29 procent av läkarna och sjuksköterskorna att de hade som rutin att beräkna energibehovet för en patient som bedöm-

TABELL II. Exempel på frågor ur enkäten kring kunskap, intresse och relevans för nutritionsfrågor, där svaren – i tabellen angivna i procent för respektive yrkeskategori – skattats på en 10-gradig skala. P-värdet uttrycker signifikanta skillnader mellan yrkesgrupperna.

		1–4	5–7	8–10	P
Hur stor kunskap har du om	Läkare	28	52	20	<0,01
behandling av patienter	Sjuksköterska	22	58	20	
med undernäring?	Dietist	5	30	65	
(1 = bristande kunskap, 10 = mycket stor kunskap)	Totalt	23	53	24	
Hur mycket intresserar du dig	Läkare	26	43	31	<0,01
för behandling av patienter	Sjuksköterska	10	44	46	
med undernäring?	Dietist	2	14	84	
(1 = lågt intresse, 10 = stort intresse)	Totalt	15	40	45	
Hur relevant anser du att det är	Läkare	9	22	69	<0,01
för dig att kunna något om behandling	Sjuksköterska	3	17	80	
av patienter med undernäring?	Dietist	1	3	96	
(1 = ej relevant, 10 = mycket relevant)	Totalt	5	18	77	

TABELL III. Exempel på frågor ur enkäten kring utbildning och kompetens i nutritionsbehandling. Svaren anges som procentuell andel av helt/övervägande eniga. Siffror inom parentes visar siffror för läkare respektive sjuksköterska. P-värde angivet vid statistisk signifikans mellan yrkesgrupperna.

	Helt/övervägande enig	P
Jag har via min utbildning tillräckligt med kunskap för att besluta kring patienters nutritionsbehandling	54 (58 vs 52)	<0,01
Jag har god vana att hantera enteral nutrition	70 (62 vs 76)	<0,01
Jag har god vana att hantera parenteral nutrition	85 (80 vs 89)	<0,01
Jag anser att det är svårt att beräkna patientens energibehov	52 (50 vs 54)	
Jag anser att det är svårt att lägga upp en plan för nutritionsbehandling	60 (54 vs 63)	<0,01

des ligga i riskzonen för undernäring, medan 94 procent av dem som svarat ansåg att det alltid bör beräknas.

Samtliga dietister betonade att en nutritionsplan bör dokumenteras i journalen, medan endast 18 procent av läkarna och 21 procent av sjuksköterskorna ansåg att så verkligen skedde på deras avdelning.

Utbildning, kunskap och barriärer

I enkäten ställdes allmänna frågor om intresse för och kunskap om behandling av undernäring (Tabell II). Det efterfrågades också hur relevant kompetens för att behandla undernäring ansågs vara. Medan 96 procent av dietisterna fann detta mycket relevant, tyckte knappt 70 procent av läkarna och 80 procent av sjuksköterskorna att det har stor betydelse. Såväl kunskap som intresse var större bland dietisterna än bland läkarna och sjuksköterskorna. Av dietisterna skattade 65 procent sin kunskap om nutritionsterapi till 8–10 på en 10-gradig skala, medan motsvarande siffra för sjuksköterskorna och läkarna var 20 procent (Tabell II). Drygt hälften (52 procent) av de tillfrågade läkarna och sjuksköterskorna fann det svårt att beräkna patienternas energibehov, och 60 procent ansåg det svårt att lägga upp en plan för nutritionsbehandling (Tabell III).

TABELL IV. Exempel på frågor ur enkäten som speglar synen på ansvarsfördelning mellan läkare, sjuksköterska, dietist och undersköterska för de tre tillfrågade yrkesgrupperna (läkare, sjuksköterska och dietist) (möjlighet fanns att kryssa i flera svarsalternativ). Siffrorna anges i procent.

	Läkare	Sjuksköterska	Dietist
Vem har ansvaret för att bedöma nutritionstatus?:			
Läkare	83	71	70
Sjuksköterska	60	85	60
Dietist	25	26	58
Undersköterska	21	33	12
Vem beräknar energiintag under dygnet?:			
Läkare	25	14	5
Sjuksköterska	61	86	65
Dietist	30	16	62
Undersköterska	11	21	33
Vem beslutar om mat- och vätskeregistrering?:			
Läkare	90	57	60
Sjuksköterska	39	90	65
Dietist	4	7	75
Undersköterska	3	11	9

Av Tabell III framgår synen på vilken allmän kunskap i klinisk nutrition som respektive grundutbildning gett läkare och sjuksköterskor. Nästan hälften av dessa yrkesgrupper ansåg att deras grundutbildning i nutritionsbehandling inte täckte behoven. Endast 40 procent hade fortlöpande nutritionsutbildning på arbetsplatsen. Dock ansåg tre fjärdedelar att de hade tillräcklig kunskap om den kliniska betydelsen av nutrition.

När specifika frågor kring vanan att hantera enteral respektive parenteral nutrition ställdes (Tabell III) ansåg sig majoriteten av både läkare och sjuksköterskor ha god vana vid att hantera såväl enteral (62 respektive 76 procent) som parenteral nutrition (89 respektive 80 procent).

Förbättringar i handläggningen

Åtgärder som syftar till att förbättra handläggningen av sjuk-

domsrelaterad undernäring belystes i frågor kring tvärprofessionella nutritionsteam, resurspersoner för nutritionsfrågor, riktlinjer för att identifiera patienter i behov av nutritionsbehandling, lokala riktlinjer för enteral och parenteral nutrition och förekomsten av nationella riktlinjer.

Vad gäller organisation ansåg 92 procent att det fanns behov av tvärprofessionella nutritionsteam, medan endast 38 procent hade sådana team. Behovet av lokala riktlinjer bejakades av 97 procent – jämnt fördelat mellan yrkesgrupperna – medan endast 49 procent beskrev att sådana riktlinjer fanns. Ett likartat förhållande förelåg vad gäller behov och befintlighet av riktlinjer för enteral och parenteral nutrition. Närmare 70 procent ansåg att det saknades nationella riktlinjer inom klinisk nutrition, och cirka en tredjedel av läkarna och sjuksköterskorna tyckte att det var svårt att identifiera de patienter som är i behov av nutritionsbehandling.

En tredjedel av läkarna och sjuksköterskorna och två tredjedelar av dietisterna uppfattade att nutrition är ett lågprioriterat område.

Nästan 25 procent av läkarna befarade att vissa patienter får så otillräcklig nutrition under vårdtiden att det kan leda till förlängda vårdtider och ökad komplikationsrisk.

Ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper

På frågan om huruvida en ansvarsfördelning i nutritionsseende fanns mellan sjuksköterskor och läkare svarade totalt 24 procent ja. Beträffande ansvarsbeskrivning för dietist ansåg 36 procent av läkarna och sjuksköterskorna – och 58 procent av dietisterna själva – att sådan fanns. Närmare tre fjärdedelar av alla svarande ansåg det vara en god idé att beskriva ansvarsfördelningen för läkare och sjuksköterska såväl som för dietist.

I Tabell IV ges exempel på ett par frågor kring vem som gör vad i nutritionssammanhang på avdelningen. Varje svarande fick kryssa i flera alternativ om man ansåg att mer än en yrkesgrupp kunde vara ansvarig. Undersköterskorna fanns i dessa frågeställningar med som en egen yrkesgrupp. Ansvar för bedömning av nutritionsstatus kunde enligt samtliga grupper ligga på olika yrkeskategorier. Detsamma gällde för beräkning av energiintag och beslut om mat- och vätskeregistrering. Majoriteten av såväl läkare och sjuksköterskor som dietister lade det tyngsta ansvaret för beslut om mat- och vätskeregistrering på den egna yrkesgruppen.

DISKUSSION

Det här är den första studien som belyser attityd, kunskap och rutin kring handläggningen av nutritionsproblem inom slutenvården i Sverige. Undersökningen visar att svenska sjukhus inte lever upp till Europarådets riktlinjer från 2003 för hur sjukdomsrelaterad undernäring bör utredas och behandlas.

Urvalet

Enkäten riktade sig till ett urval av läkare, sjuksköterskor och dietister verksamma inom olika områden av slutenvården, där de dagligen möter patienter med sjukdomsrelaterad undernäring. Totalt var svarsfrekvensen för alla tre yrkesgrupperna 38 procent. Denna siffra är i paritet med den i tidigare genomförda studier med likartad utformning, och den har beskrivits som förväntad nivå vid den här typen av undersökning [7, 8].

Dietistgruppen hade högst svarsfrekvens. Selektionen här utgjordes från arbetsadress, vilken inte alltid uppdaterats. Detta kan innebära att en del dietister verksamma inom slutenvården inte har tillfrågats. Sjuksköterskorna nåddes via sina verksamhetschefer, vilket gett en högre svarsfrekvens än i läkargruppen men omöjliggjort bortfallsanalys.

I läkargruppen genomfördes en bortfallsanalys, där bak-

Nästan 25 procent av läkarna befarade att vissa patienter får så otillräcklig nutrition under vårdtiden att det kan leda till förlängda vårdtider och ökad komplikationsrisk.

grundsdata visar en hög genomsnittsalder, dock jämförbar med medelåldern för svenska läkare generellt.

Bortfallsanalysen påvisar bristande intresse som orsak till att enkäten inte besvarats. Det kan därmed antas att de som svarat på enkäten representerar en mer nutritionsintresserad del av läkarkåren, vilket indikerar att den aktuella studien snarare under- än övervärderar digniteten av problemet med bristande rutiner kring handläggningen av sjukdomsrelaterad undernäring.

Gapet mellan vad som finns och vad som borde finnas

Närmare 90 procent av alla som besvarat enkäten beskriver värderingar kring såväl bedömning som behandling och uppföljning av sjukdomsrelaterad undernäring som överensstämmer med Europarådets riktlinjer (Figur 1) [6]. Likafullt avviker rutin tydligt från attityd – endast 20–30 procent lever upp till sina värderingar (Figur 1), trots att en hög andel (77 procent) anser att det är relevant att kunna behandla patienter med undernäring (Tabell II). Även om fler dietister än läkare värderar detta som mycket relevant, uppfattar närmare en fjärdedel av de läkare som besvarat enkäten att man kan förvänta sig ökad komplikationsrisk och förlängda vårdtider till följd av bristfällig nutrition.

Vilka hinder förklarar skillnaden mellan hur vi gör och hur vi tycker att vi borde göra?

I vår undersökning framkom brist på kunskap, framför allt hos läkare och sjuksköterskor (Tabell II). Närmare en tredjedel av läkarna och drygt en femtedel av sjuksköterskorna uppfattar sin egen kunskapsnivå inom nutritionsfältet som låg. Färre än hälften av de läkare och sjuksköterskor som besvarat enkäten anser att grundutbildningen gett dem nödvändiga kunskaper i klinisk nutrition. Endast 40 procent erbjuds kontinuerlig fortbildning i nutritionsfrågor via arbetsplatsen. Brister i utbildningen för läkare och sjuksköterskor, såväl grundläggande som fortloppande, tycks därför vara en barriär för ett optimalt nutritionsomhändertagande. Svårigheterna tycks snarare ligga i att bedöma energibehov och indikationer för enteral och parenteral nutrition än i teknisk hantering och komplikationsrisk (Tabell III).

Dessa resultat är inte förvånande eftersom läkare, sjuksköterskor och dietister har olika utgångspunkter för nutritionsbehandling. Dietisten är den enda av de tre som i sin yrkesutövning är inriktad på enbart nutritionsbehandling. För läkaren är nutritionen en del av hela det medicinska perspektivet, och för sjuksköterskan är den en av delarna i omvårdnaden. Skillnad i kunskap och attityd måste beaktas mot bakgrund av dessa tre perspektiv, och utbildning bör som en konsekvens av detta koncentreras inom olika områden för de tre yrkesgrupperna. Förutsättningen för god nutritionsvård är dessutom ett välfungerande samarbete mellan läkare, dietist och sjuksköterska, varför gemensam utbildning bör inriktas på utveckling av rutiner, vårdplaner och kommunikation.

Vilka förbättringar – utöver kompetensutveckling – behöver göras för att skapa förutsättningar för att leva upp till de europeiska riktlinjerna för nutritionsbehandling inom svensk sjukvård?

Återigen speglar resultatet av studien ett gap mellan vad som finns och vad som borde finnas i form av standardvårdplaner, tvärprofessionella nutritionsteam och övergripande riktlinjer på såväl nationell som lokal nivå. Organisatoriska förbättringar centralt och lokalt kan bidra till en tydlig struktur, som under-

lättar det praktiska arbetet. I studien framkommer också ett bristande intresse för nutritionsfrågor som en betydelsefull faktor (Tabell II). Denna barriär bör kunna överbryggas, så att intresset för nutrition lyfts fram, genom tydligt uttalade mål i sjukvårdsorganisationen centralt.

Uppfattningen om ansvarsfördelningen mellan yrkesgrupperna skiljer sig åt. Dietisternas syn avviker, vilket möjligen kan förklaras av att de enheter som utnyttjar dietist arbetar med en annan ansvarsfördelning än de enheter som inte gör det.

Samtliga yrkesgrupper välkomnar en ansvarsbeskrivning för såväl det egna området som övrigas. Ännu en yrkesgrupp är inblandad i nutritionsbehandlingen: undersköterskorna. En samstämmighet råder i att deras roll är väsentlig men att den behöver tydliggöras i ansvarshänseende gentemot de andra yrkeskategorierna.

Slutsats och framtidsperspektiv

Svensk slutenvård lever inte upp till Europarådets riktlinjer för utredning, behandling och uppföljning av sjukdomsrelaterad undernäring. Studien påvisar barriärer som behöver överbryggas för att rutinerna ska förändras så att målen kan uppnås.

Trots mångårig kännedom om undernäring vid svenska sjukhus [1] och dess konsekvenser för morbiditet och mortalitet [4] har vi inte lyckats skapa goda rutiner för handläggning av sjukdomsrelaterad undernäring som motsvarar Europarådets riktlinjer. Kännedom om hur vi bör göra finns men har inte räckt för

att ändra rutinerna. Hur ska vi inom en snar framtid kunna förändra detta? Redan i en analys av Europarådets första rekommendationer underströks vikten av tydliga organisatoriska mål för att få styrning på processen [5]. Eftersom Sverige, liksom alla Europarådets medlemsländer, har antagit denna resolution, efterlyser vi nu ett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en handlingsplan för att implementera Europarådets resolution i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens rapport från 2000 (rapport 2000:11) var ett steg i rätt riktning men har inte räckt för att förändra förhållandena vid svenska sjukhus [9].

För att överbrygga de nu kartlagda bristerna i rutin behövs en kraftfull, yrkesspecifik satsning på grundutbildningen av personal i vården. Trots god tillgång på utbildade dietister finns inte idag ett tillräckligt antal dietisttjänster på alla sjukhus, vilket sannolikt är en konsekvens av budgettätstramning. Vidare krävs en organisation för nutritionsfrågor vid varje sjukhus, med tvärprofessionella team och lokalt anpassade riktlinjer. Kontinuerlig fortbildning bör ingå i sjukhusens organisatoriska mål. På nationell nivå behövs också – i enlighet med Europarådets rekommendationer såväl som Socialstyrelsens rapport från 2001 [9] – en utökad satsning på evidensbaserad genomgång av befintlig vetenskap för att skapa standardiserade vårdplaner för nutritionsbehandling vid specifika sjukdomstillstånd.

Slutligen behöver ansvarsfördelningen mellan läkare, sjuksköterskor och dietister tydliggöras och kopplas till de tre yrkesgruppernas respektive perspektiv – medicin, omvårdnad och nutrition – så att delarna inte bara utvecklas var för sig, utan också kopplas ihop och lyfts till en fungerande helhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jörgen Larsson har en konsultrelation till Fresenius Kabi AB avseende klinisk nutrition. Övriga författare: Inga uppgivna.*

■ *Kostnader för genomförande av denna studie och kostnaden för sammanställning av resultaten har bestridits av Fresenius Kabi AB.*

REFERENSER

1. Larsson J, Andersson M, Askelöf N, Bark T. Undernäring vanligt vid svenska sjukhus. Risken för komplikationer och förlängd vårdtid ökar. Läkartidningen. 1994;91: 2410-3.
2. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ. 1994;308: 945-8.
3. Rasmussen H, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Kristensen H, Wengler A. Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. Clin Nutr. 2004;23:1009-15.
4. Robinson G, Goldstein M, Levine GM. Impact of nutritional status on DRG length of stay. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11:49-51.
5. Beck AM, Balknäs 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; 29:455-60.
6. Council of Europe. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. <http://www.hospitalcaterers.org/documents/cu.pdf>
7. Rasmussen HH, Kondrup J, Ladefoged K, Staun M. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. Clin Nutr. 1999;18:153-8.
8. Agriesti-Johnson C, Dwyer K, Steinbaugh M. Nutrition support practice: a study of factors inherent in the delivery of nutrition support services. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1988;12:130-4.
9. Mossberg T. Rapport från Socialstyrelsen: Nutritionsbehandling måste likställas med annan medicinsk behandling. Läkartidningen. 2001;98:4724-5.