

Nutritionsbehandling i äldre vård – ett bortglömt perspektiv

Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre



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

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

JÖRGEN LARSSON, professor, Clintec, enheten för kirurgi, Karolinska institutet, Huddinge

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

CHRISTINA STENE, specialistläkare, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
MITRA UNOSSON, professor, institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, Campus Norrköping

Undernäring hos patienter på svenska sjukhus har beskrivits sedan länge [1, 2]. Liknande rapporter från övriga Europa resulterade i en resolution från Europarådet år 1999 (reviderad 2003) med riktlinjer för utredning och behandling av sjukdomsrelaterad undernäring inom slutenvården (Fakta 1) [3], då tydliga såväl medicinska som socioekonomiska vinster rapporterats för nutritionsbehandling [4]. I en artikel i Läkartidningen år 2006 belyste vi problemet utifrån en svensk enkätstudie riktad till läkare, sjuksköterskor och dietister inom slutenvården [5]. Studien visade att svenska sjukhus inte levde upp till Europarådets riktlinjer. Vidare påtalades brister i utbildning och otidlighet i ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper, men också ett lågt intresse för ämnet klinisk nutrition. I dag är majoriteten av de inlagda patienterna vid våra sjukhus äldre individer. Vårdtiderna blir allt kortare, och många patienter återgår till sitt boende efter endast några dagars sjukhusvård. Betydelsen av utredning och behandling av undernäring hos äldre vid särskilda boenden kan därför förväntas öka ytterligare.

I syfte att undersöka hur undernäring hos vårdtagare vid särskilda boenden inom kommunal äldreomsorg handläggs genomfördes en enkätstudie bland sjuksköterskor och läkare verksamma inom området. Fokus lades på frågor om rutiner för utredning och behandling av undernäring, ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper samt utbildning och kunskap inom området klinisk nutrition. Avsikten var att med resultaten som grund identifiera eventuella barriärer mot nutritionsbehandling inom särskilda boenden.

METOD

En enkät skickades ut per brev i januari 2008 till 1400 sjuksköterskor verksamma vid särskilda boenden i Sverige. Stick-

provet drogs slumpmässigt bland 5831 medlemmar ur Vårdförbundets medlemsdatabas, som vid tidpunkten för utskicket var registrerade som legitimerade sjuksköterskor, yrkesverksamma vid särskilda boenden. Brevens skickades i samtliga fall till sjuksköterskans hemadress. Då någon databas för läkare verksamma vid särskilda boenden inte fanns att tillgå fick varannan sjuksköterska i stickprovet ytterligare en enkät att distribuera till den läkare som var verksam vid hennes/hans arbetsplats. Påminnelser skickades ut vid två tillfällen.

Enkäten innehöll, förutom bakgrundsvariabler, 54 frågor fördelade inom områdena rutiner för bedömning, behandling och uppföljning av undernäring, ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper, utbildning och kompetens inom området klinisk nutrition, och barriärer mot nutritionsbehandling.

Frågorna var av flervalstyp, där den svarande ombads ta del av påståenden och skatta olika grad av samstämmighet med satserna. Ett exempel på fråga är: »På boendet är det rutin att fortlöpande bedöma om personer når det uppsatta målet för energiantag«, med svarsalternativen »stämmer inte alls«, »stämmer lite«, »stämmer ganska bra«, »stämmer bra«, »stämmer mycket bra«. Två frågor om kunskap och intresse för behandling av personer med undernäring var graderade på en 10-gradig skala, från 1=bristande kunskap/intresse till 10=mycket stor kunskap/mycket stort intresse. Av utrymmesskäl omfattar denna artikel endast ett urval av frågorna. Enkäten kan rekvideras från författarna.

Tabeller, beräkningar och statistiska test är gjorda med SPSS version 12.0.1 för Windows. För korstabellerna gäller χ^2 -analys. Korrelationskoefficienter har räknats ut enligt Spearman och skillnader mellan grupper med Mann-Whitneys U-test. Ett P-värde under 0,05 bedömdes som statistiskt signifikant.

RESULTAT

Totalt erhöles 765 svar från sjuksköterskegruppen, vilket ger en svarsfrekvens på 54,6 procent. Samtliga svar ingår i den

SAMMANFATTAT

Sjukdomsrelaterad undernäring har beskrivits i Europa under flera decennier.

Europarådet antog år 2003 en resolution med rekommendationer till medlemsländerna kring nutritionsbehandling på sjukhus.

En tidigare studie visar att rekommendationerna inte efterlevs inom svensk slutenvård, där flertalet patienter är äldre.

Den aktuella enkätstudien, riktad till sjuksköterskor inom särskilda boenden, på-

visar sjuksköterskornas ansvar för nutritionsprocessen men även brister i både kunskap och utbildning.

Brister har även beskrivits i ansvarsfördelning mellan yrkesgrupper, riktlinjer för nutritionsbehandling och övergripande organisation.

En förändrad struktur efterlyses inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Såväl läkare, dietister, sjuksköterskor som undersköterskor bör vara aktiva i nutritionsprocessen vid särskilda boenden.

»Betydelsen av utredning och behandling av undernäring hos äldre vid särskilda boenden kan därför förväntas öka ytterligare.«

redovisade analysen. Från läkargruppen kom det in 92 enkäter, motsvarande 13,1 procent. En så låg svarsfrekvens bedömdes inte meningsfull att analysera, varför den fortsatta resultatredovisningen enbart handlar om sjuksköterskegruppen.

Bakgrundsvariabler bland de svarande har jämförts med hela populationen sjuksköterskor verksamma inom särskilda boenden enligt Vårdförbundets medlemsregister. Jämförelsen visar att färre män, fler äldre sjuksköterskor och färre med sent genomgången utbildning ($P < 0,05$ för samtliga) har besvarat enkäten, satt i relation till populationen. Den geografiska spridningen på svaren var jämförbar med den i hela populationen.

Av de svarande som genom urvalskriterierna hade sin arbetsplats vid särskilda boenden arbetade 72 procent vid något av de föreslagna alternativen – sjukhem, servicehus, gruppboende eller ålderdomshem – medan 28 procent uppgav »annat« särskilt boende som sin arbetsplats. En femtedel hade specialistutbildning med relevans för arbete med äldre patienter, och 21 procent uppgav att de, utöver grundutbildningen, hade särskild utbildning inom området nutrition. Antalet kurser ökade med den tid som förflutit från grundutbildningen, vilket var statistiskt signifikant, $P < 0,001$.

Rutiner. Av Tabell I framgår att bedömning av ät- och sväljförmåga, värdering av näringstillstånd samt vägning var rutin för majoriteten av sjuksköterskorna när en ny person flyttade in. En betydligt lägre andel registrerade rutinmässigt energiintag på personer som var i riskzonen för undernäring.

Två tredjedelar ansåg att 19 procent eller färre av de boende var undernärda. Åsikterna gick delvis isär om när nutritionsterapi ska sättas in. En knapp tredjedel ansåg att gränsen går vid en viktförlust på 5 procent, medan en fjärdedel ansåg att en viktminskning på 5–10 procent ska föreligga. 16 procent av de svarande bedömde att det krävdes en viktförlust på >10

FAKTA 1

Europarådets resolution i förkortad form

Europarådets riktlinjer för nutritionsbehandling publicerades i reviderad form 2003. Här ges en starkt förkortad sammanfattning med utgångspunkt i den aktuella artikeln.

- Alla patienter som läggs in på sjukhus ska screenas med avseende på risk för undernäring.

- Patienter i riskzonen för undernäring ska utredas.
- Malnutrierade patienters näringsbehov ska beräknas.
- En individuell nutritionsplan ska upprättas för malnutrierade patienter.
- Nutritionsplanen ska dokumenteras i journalen, följas upp och överrapporteras till mottagande vårdinstans.

procent innan åtgärder sattes in, medan 20 procent inte hade någon åsikt om var gränsen går för behandling av undernäring. Av Tabell II framgår hur stor andel av sjuksköterskorna som veckan innan de besvarat enkäten gett näringsdryck, ordinerat kostanpassning eller administrerat enteral respektive parenteral nutrition till personer på boendet. Endast ett fåtal av de svarande hade aldrig ordinerat kostanpassning eller näringsdryck, 8 procent hade aldrig administrerat enteral nutrition och 22 procent hade aldrig gett parenteral nutrition.

Ansvarsfördelning. Närmare 90 procent av sjuksköterskorna ansåg att de själva bär det största ansvaret för att bedöma nutritionsstatus, endast 6 procent tyckte att uppgiften faller på läkarna. Synen på ansvarsfördelning mellan de tre yrkesgrupperna, sjuksköterskor, undersköterskor och läkare, speglas i Tabell III. Sjuksköterskorna tog i stor utsträckning på sig ansvaret såväl för att bedöma nutritionsstatus som för att till-

TABELL I. Rutiner för bedömning av näringstillstånd vid inflyttning till särskilt boende. Svaranden ställdes inför påståenden om metoder och fick skatta överensstämmelser på en 5-gradig skala. Exempel på påståenden som »stämmer bra eller mycket bra« redovisas i procent av samtliga svar.

Påstående	Stämmer bra eller mycket bra
Bedömning av möjlighet att äta och svälja är rutin vid inflyttning	66
Vägning är rutin vid inflyttningen	84
Bedömning av näringstillstånd är rutin vid inflyttningen	57
Registrering av energiintag hos inflyttade i riskzonen för undernäring är rutin	36

TABELL II. Andelen sjuksköterskor, i procent, som gett olika typer av nutritionsbehandling till personer inom särskilda boenden veckan innan enkäten besvarades.

Typ av behandling	Andel sjuksköterskor
Kosttillägg (näringsdrycker)	58
Berikning och/eller anpassning av maten	44
Enteral nutrition	26
Parenteral nutrition	8

TABELL III. Exempel på enkätfrågor som speglar sjuksköterskornas syn på ansvarsfördelningen mellan olika yrkesgrupper. Siffror anges i procent av antalet svarande.

Fråga	Sjuksköterskor	Undersköterskor	Läkare	»Vet ej«
Vilken personalgrupp på boendet fokuserar mest på nutritionsproblem?	58	40	0	2
Vem har största ansvaret för att bedöma nutritionsstatus?	88	5	6	1
Vem har största ansvaret för att boendepersonen får sitt energi- och näringsbehov tillgodosett?	62	35	2	1
Vem har största ansvaret för att det utarbetas en individuell behandlingsplan?	92	2	4	2
Vem har den bästa överblicken över boendepersonens kostintag?	9	91	0	0

TABELL IV. Exempel på enkätfrågor kring utbildning och kompetens i nutritionsfrågor. Andelen, i procent, som svarade att påståendena »stämmer bra eller mycket bra« i relation till det totala antalet svar.

Påstående	Stämmer bra eller mycket bra
Jag har via min utbildning tillräckligt med kunskap för att besluta kring patienters nutritionsbehandling	39
Jag kan beräkna boendepersonens energibehov	38
Jag kan lägga upp en plan för nutritionsbehandling	36
Jag har god vana i att hantera enteral nutrition	63
Jag har god vana i att hantera parenteral nutrition	48

TABELL V. Frågor kring relevans, intresse och kunskap avseende behandling av undernäring på särskilda boenden. Andelen, i procent, av dem som skattat 8–10 på en 10-gradig skala (där 1 = ej relevant/lågt intresse/bristande kunskap och 10 = mycket relevant/stort intresse/mycket stor kunskap) i relation till det totala antalet svar.

Fråga	Andel som skattat 8–10
Hur relevant anser du att det är för dig att kunna något om behandling av patienter med undernäring?	80
Hur stort intresse har du för behandling av patienter med undernäring?	54
Hur stor kunskap har du om behandling av patienter med undernäring?	23

godose personens energi- och näringsbehov och utarbeta en individuell behandlingsplan för nutritionstillförsel. Mer än 80 procent av de svarande ansåg att det är sjuksköterskor som beslutar om specialkost och näringsdrycker. Dietist fanns tillgänglig för konsultation vid drygt hälften av boendena. Tydliga riktlinjer för ansvarsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor i nutritionsfrågor fanns, enligt en fjärdedel av dem som besvarat enkäten.

Utbildning och kompetens. Knappt 40 procent av sjuksköterskorna ansåg att grundutbildningen gett dem tillräcklig kunskap för att kunna besluta om patienters nutritionsbehandling (Tabell IV). Medan 92 procent påtog sig det största ansvaret bland de inblandade yrkesgrupperna för att upprätta en individuell plan för nutritionsbehandling (Tabell III), ansåg sig endast en dryg tredjedel kunna lägga upp en sådan plan (Tabell IV). Endast 38 procent tyckte att de på ett bra sätt kunde beräkna en persons energibehov (Tabell IV).

Relevans, intresse och kunskap avseende behandling av undernäring vid särskilda boenden skattades i enkäten. Hela 80 procent beskrev det som relevant, 54 procent uttryckte ett stort intresse, men endast 23 procent skattade sin egen kunskap som »stor eller mycket stor« (Tabell V).

Sjuksköterskor som utöver grundutbildningen hade särskild utbildning i nutrition skattade högre avseende kunskap ($6,7 \pm 1,8$, medelvärde \pm standarddeviation) och intresse ($8 \pm 1,8$) kring behandling av undernärda än de som enbart var grundutbildade ($5,6 \pm 1,8$ för kunskap, $7,3 \pm 1,9$ för intresse) ($P < 0,001$).

Barriärer. På frågan om vilken den största barriären är mot att en boende ska få i sig tillräckligt med näring ansåg 60 procent att det största hindret är boendepersonen själv. Bristande aptit bedömdes vara den dominerande orsaken i nästan hälften av fallen, bristande motivation i 10 procent av fallen. En dryg femtedel angav bristande kunskap hos vårdgivaren som det tyngsta skälet, knappt 10 procent uppgav bristande intresse. Tekniska orsaker och kostnader rankades lågt som betydelsefulla faktorer.

DISKUSSION

Det här är den första svenska enkätstudien som beskriver rutiner för utredning och behandling av undernäring vid särskilda boenden. Undersökningen visar tydliga brister i omhändertagandet av våra äldre ur ett nutritionsperspektiv, liksom brister i utbildning och kunskap i klinisk nutrition.

Urval. Enkäten riktade sig ursprungligen till både läkare och sjuksköterskor verksamma inom särskilda boenden. Läkargruppens svar kunde dock inte utvärderas på grund av låg svarsfrekvens. Om andelen svarande läkare var låg (13 procent) var i stället svarsfrekvensen i sjuksköterskegruppen högre än i vår enkätstudie avseende rutiner för nutritionsbehandling i slutenvården (45 procent i den tidigare studien och 55 procent i den aktuella studien) trots att båda enkäterna var omfattande [5]. Ett högre deltagande i den aktuella undersökningen skulle kunna förklaras med att sjuksköterskorna känner engagemang inför nutritionsproblemet men samtidigt frustration över att deras kunskap inte står i proportion till ansvaret.

En variation i svarsfrekvensen har noterats mellan olika enkätstudier, och flera strategier har identifierats för att öka svarsfrekvensen [6]. I den aktuella studien skickade vi ut påminnelsebrev vid två tillfällen.

Man kan spekulera över huruvida bortfallet i den aktuella studien påverkar resultatet olika för olika frågor. Om man antar att de mest intresserade och välutbildade sjuksköterskorna inom nutritionsfältet i högre grad besvarar enkäten skulle till exempel frågor om värdering av den egna kompetensen ha fått en ännu lägre skattning om fler hade svarat.

Det kan finnas olika förklaringar till läkarnas låga svarsfrekvens. I den tidigare enkäten för slutenvården svarade 29 procent av läkarna [5]. Bortfallsanalysen i den undersökningen påvisade ett ointresse för nutritionsfrågor i läkargruppen. Utöver detta kan den låga svarsfrekvensen i den aktuella studien sannolikt också tillskrivas det faktum att strukturen för

FAKTA 2

Indikationer för nutritionsbehandling vid sjukdomsrelaterad undernäring

- sjukdom som lett till undernäring
- sjukdom som medför risk för att undernäring ska utvecklas (till exempel svårigheter att svälja, nedsatt aptit, påverkat mentalt status)

Underlag för nutritionsvårdplan

- nutritionsstatus

- registrerat kostintag
- skattat behov av energi

Nutritionsvårdplanens innehåll

- mål
- ordination om adekvat tillförsel av energi, protein, vätska, vitaminer/mineraler
- planerad tillförselväg
- resultat
- utvärdering
- rapport

läkares arbete ser helt olika ut när man jämför slutenvården med särskilda boenden.

Inom slutenvården är landstinget sjukvårdshuvudman medan organisationen kan variera för särskilda boenden: ibland primärvård, ibland privat vård, i vissa fall en kombination. Vid särskilda boenden har läkarna ofta mycket kort tid att sätta sig in i många patienters medicinska problem, oaktat organisation. Generellt vilar därför ansvaret för nutritionsfrågor i större utsträckning på sjuksköterskor, vilket bekräftas i den här studien. Det är också möjligt att enkäterna inte har nått fram till de läkare som ansvarar för patienter vid särskilda boenden, då vi adresserat dem via sjuksköterskorna.

Rutiner, ansvar och kompetens. Sjuksköterskor vid särskilda boenden tar på sig ett stort ansvar för att utreda och behandla undernäring, cirka 90 procent beskriver sig som huvudansvariga för nutritionsfrågor. Samtidigt framkommer brister i såväl bedömning som behandling av undernäring. Exempelvis vägs relativt många personer vid inskrivningen (84 procent), men få i riskzonen för undernäring (36 procent) genomgår energiberäkning. Resultat av gjorda fynd analyseras inte alltid så att de kan omsättas i praktiken. Just beräkning av energiintag hos riskpatienter är enligt Europarådets resolution en del i underlaget för en individuell nutritionsplan (Fakta 1) [3]. Att så få registrerar energiintag på riskpatienter trots att de upprättar en nutritionsplan indikerar kvalitativa brister.

»En påtaglig barriär mot god nutritionsvård vid särskilda boenden i Sverige är gapet mellan ansvar och kompetens«

En tydlig diskrepans finns mellan tidigare redovisade prevalenssiffror för undernäring i särskilda boenden (70 procent) [7] och sjuksköterskornas skattning att 19 procent eller färre var undernärda. Uppfattningen om när undernäring ska behandlas varierar också mellan sjuksköterskorna. Till skillnad från sjuksköterskor inom slutenvården [5] beskriver relativt få god vana att använda enteral och parenteral nutrition, och riktlinjer för dessa behandlingar finns inte alltid.

Bristen på kompetens återspeglas också i en fråga kring relevans, intresse och kunskap om nutrition. De svarande skattar relevansen av att kunna behandla undernäring högt, intresset lite lägre och kunskapen allra lägst. Knappt 40 procent anser att de i sin utbildning fått tillräcklig kunskap för att hantera nutritionsfrågor.

Kan då utbildning jämföras med kunskap? Ett visst positivt samband ses mellan utbildning och attityd till problemet, dock är få sjuksköterskor i den aktuella studien vidareutbildade i klinisk nutrition efter grundutbildningen. Utbildning har betydelse för kunskap, men sett i ljuset av exempelvis det faktum att endast 38 procent av de svarande kan energiberäkna de boendes näringsintag – en viktig och definierad kvalitetsparameter – trots utbildning och tillgång till resurspersoner på arbetsplatsen, måste slutsatsen bli att utbildning inte alltid

ger tillräcklig kunskap. Utbildning behöver kvalitetssäkras och är dessutom en färskvara.

Barriärer. En påtaglig barriär mot god nutritionsvård vid särskilda boenden i Sverige är gapet mellan ansvar och kompetens. Problemet med undernäring underskattas och bland dem som i dag axlar huvudansvaret, sjuksköterskorna, saknar flertalet både överblick och kunskap.

Kvalitetssäkrad, fortlöpande utbildning kan delvis lösa det problemet, men också andra barriärer finns. I den tidigare publicerade rapporten om attityder och rutin i nutritionsfrågor hos personer verksamma inom slutenvården beskrevs hinder bland annat i form av organisation, avsaknad av riktlinjer lokalt och nationellt samt en tydlig ansvarsfördelning mellan inblandade yrkesgrupper [5]. Detta äger i varierande grad relevans också för behandling av undernäring vid särskilda boenden.

I den aktuella undersökningen lyfts ytterligare en fråga fram som den mest betydelsefulla barriären mot bra nutrition vid särskilt boende. Hela 60 procent av de svarande sjuksköterskorna uppfattade bristande aptit och motivation hos de boende själva som det främsta hindret för nutrition. Detta understryker vikten av att diskutera nutrition ur ett multidisciplinärt perspektiv. En del av dem som uppvisar bristande aptit och motivation att äta lider sannolikt av sjukdom eller medicineffekter till följd av sjukdom som påverkar matlusten. Även om aptitförlust till följd av medicinering är något som kan upptäckas till exempel vid farmaceutledda läkemedelsgenomgångar måste undernäring alltid sättas in i sitt medicinska sammanhang. För detta behövs läkare som har kunskap om och tid att sätta sig in i problemet.

När sjukdom leder till undernäring och aptitförlust kan näringsstatus och allmäntillstånd förbättras om sjukdomen och malnutritionen går att behandla. För helhetsbedömningen är det nödvändigt att värdera undernäringens relation till sjukdom och medicinering. I processen ska självklart också nutritionella aspekter beaktas. För det perspektivet besitter dietisten en yrkesspecifik kompetens som var tillgänglig endast vid hälften av de arbetsplatser där den aktuella studien genomfördes. Det är tidigare visat att enheter som har dietist knuten till sig uppvisar bättre följsamhet till nutritionsrutiner [8].

Av resultatdelen framgår att åsikterna går isär bland sjuksköterskorna om när man ska uppfatta en patient som undernär, och när åtgärder ska sättas in. Vad är då rätt eller fel i dessa avseenden? Enligt ESPEN:s (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) riktlinjer är vikt nedgång – oaktat storlek – ett symptom som alltid måste relateras till befintlig sjukdom och behandlas parallellt med den medicinska terapin. Av detta följer att en individuell bedömning alltid måste göras utifrån sjukdomens prognos (inbegripet etiska värderingar och patientens önskemål) och att sjuksköterskan inte själv kan bära ansvaret för nutritionsprocessen.

I vårdkedjan är sjuksköterskans roll att registrera och rapportera. I samråd med läkare tolkas dessa resultat i relation till

befintlig sjukdom. I samråd med dietist utformas en plan för nutritionen. Vad en sådan plan kan innehålla framgår av Fakta 2. Det multidisciplinära synsättet bör prägla utredning och behandling av sjukdomsrelaterad undernäring på samma självklara sätt som vid utredning och behandling av sjukdom. En framgångsrik nutritionsbehandling bör vila på att de olika yrkeskategorierna bidrar med sina respektive perspektiv; läkaren med det medicinska, sjuksköterskor och undersköterskor med omvårdnad och dietisten med nutritionell kompetens.

Slutsatser och framtidsperspektiv

Sammanfattningsvis finns ett gap mellan attityder till och rutiner för nutritionsomhändertagandet vid särskilda boenden i Sverige. Trots Socialstyrelsens rapport från år 2000, där vikten av att det medicinska omhändertagandet går hand i hand med det nutritionella understryks [9], tycks nutritionsbehandling i omhändertagandet av våra äldre fortfarande vara ett delvis bortglömt perspektiv.

Det är viktigt att inte skuldbelägga någon yrkesgrupp för den aktuella situationen. I jämförelse med slutenvården, föreligger en rollförskjutning av nutritionsfrågor som inte kan lastas någon enskild yrkesgrupp. Strukturen är av tradition annorlunda, och alla gör sitt bästa utifrån givna förutsättningar.

Inom äldreomsorgen förskjuts nutritionsomhändertagandet i första hand mot undersköterskor, som har överblicken men inte ansvaret, i andra hand mot sjuksköterskor, som har ansvaret men inte överblicken och som har otillräcklig kompetens i relation till det ansvar de bär. Undersköterskorna ser aptitlösheten tydligt, och sjuksköterskorna är medvetna om den, men detta analyseras inte vidare. Är aptitlöshet ett uttryck för sjukdom eller en effekt av medicinering? Läkarna, vars ansvar det borde vara att besvara denna fråga, finns långt bort i organisationen och har inte tid avsatt för nutritionsfrågor.

Dietist finns i många fall inte tillgänglig för konsultation vid särskilda boenden. Under åren 2007 och 2008 har åtskilliga kommuner med hjälp av Socialstyrelsens stimulanspengar projektanställt dietister, vilket leder till en bättre struktur. Viktigt är dock att det blir något beständigt kvar när projektmedlen är slut, vilket ännu är för tidigt att utvärdera.

En förändring av strukturen, så att såväl läkare, dietister, sjuksköterskor och undersköterskor blir aktiva i nutritionsvårdsprocessen vid särskilda boenden, är ett nödvändigt krav som i första hand måste ställas på hela hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Inom EU är »The NutritionDay in European hospitals« ett exempel på ett årligt inslag som riktar fokus mot betydelsen av att utreda och behandla sjukdomsrelaterad undernäring [10]. Motsvarande initiativ efterlyses också i Sverige, inte minst för våra äldre med boende inom kommunal omsorg.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

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

REFERENSER

- Isaksson B, Hultén B, Nilsson U, Sandström B, Warnold I. Undernäring på sjukhus: Läkaren måste öka sitt intresse för patientens näringstillstånd och kostvanor. *Läkartidningen*. 1985;82(7):498-501.
- 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.
- Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Council of Europe – Committee of Ministers. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
- Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition, an evidence-based approach to treatment. Cambridge (MA): CABI Publishing; 2003.
- Johansson U, Larsson J, Rothenberg E, Stene C, Unosson M, Bosaesus I. Nutritionsbehandling inom slutenvården. Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen*. 2006;21-22(103):1718-24.
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGiuseppi, Pratap S, Wentz R, et al. Increasing response rate to postal questionnaires: systematic review. *BMJ*. 2002;324:1183-92.
- Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm: Karolinska institutet; 2007.
- Thoresen L, Rothenberg E, Beck AM, Irtun O. Doctors and nurses on wards with greater access to clinical dieticians have better focus on clinical nutrition. *J Hum Nutr Diet*. 2008;21:239-47.
- Mossberg T. Rapport från Socialstyrelsens Nutritionsbehandling måste likställas med annan medicinsk behandling. *Läkartidningen*. 2001;98:4724-5.
- nutritionDay in hospitals worldwide. <http://www.nutritionDay.org>