

Klinisk nutrition självklar del av modern sjukvård

Metabol behandling kan minska komplikationer och mortalitet



TORSTEN MOSSBERG, medicinalråd, Socialstyrelsen, Stockholm
torsten.mossberg@socialstyrelsen.se

Metoder för att reducera den morbiditet och mortalitet som associeras med alla svårare patofysiologiska tillstånd genom att förbättra nutritionstillståndet har expanderat oerhört – från den enkla infusionen av isoton koksalt- eller kolhydratlösning till de komplexa och sofistikerade parenterala, enterala och orala näringslösningar som vi idag har tillgång till. Hela denna utveckling har skett på ett 40-tal år.

Idag har den kliniska nutritionen utvecklats så att det i praktiken rör sig om praktiserad biokemi med nya möjligheter till förbättrad överlevnad.

Riktig metabol vård baserad på screening av metabol tillstånd, identifiering av nutritionstillstånd och näringsbehov samt adekvat nutritionsbehandling är lika viktig för patienten som läkemedel, andningshjälp och andra avancerade terapeutiska metoder.

Undernäring

Orsakerna till undernäring i samband med sjukdom – sjukdomsrelaterad undernäring – är multipla och inkluderar otillräckligt näringsintag, försämrad absorption och ökat behov på grund av stora förluster (t ex från såravvärd, malabsorption och katabolism). Otillräckligt näringsintag i relation till behovet är den viktigaste orsaken till sjukdomsrelaterad undernäring.

Sjukdomsrelaterad undernäring i vården förekommer fortfarande i stor utsträckning, vilket Ulla Johansson och medarbetare också mycket riktigt framhåller i en artikel i detta nummer av Läkartidningen.

Prevalensen av protein- och energimalnutrition varierar i olika studier mel-

lan 25 och 66 procent, i genomsnitt brukar siffran 30 procent hos slutenvårdspatienter anges i Sverige. Den högsta prevalensen kan uppmätas hos äldre på äldreboende med hög vårdtyngd (sjukhem) [1]. I en dansk studie som rapporterades 2004 uppmättes en prevalens på 40 procent [2].

Sjukdomsrelaterad undernäring har allvarliga konsekvenser både kliniskt och ekonomiskt. Fysiiska och fysiologiska funktioner påverkas, vilket leder till försämrad livskvalitet och sämre förmåga till återhämtning efter sjukdom och trauma. Dessutom förlängs vårdtiden, och mortaliteten ökar med stora kostnader som följd.

Historik

Sverige har en stolt historia när det gäller nutrition, särskilt intravenös sådan, tack vare Arvid Wretling. År 1962 kunde Arvid Wretling presentera en svensk fettemulsion som kunde ges utan komplikationer. Därmed var den totala intravenösa nutritionen född och kunde göra sitt segertåg över världen. Möjligtvis har den svenska traditionen av total intravenös nutrition med ganska krångliga doseringsprogram gett ett intryck av att näringsstillförelse till den sjuke patienten är något komplicerat.

Klinisk nutrition har kanske också kommit att förknippas med de relativt höga kostnader som intravenös nutrition kan föra med sig.

En mycket liten del av patienterna i sjukvården behandlas dock idag med intravenös nutrition, i Storbritannien 0,7 patienter/100 sjukhussängar [3]. Den övervägande delen av patienterna med behov av nutritionsstöd kan erbjudas oral behandling eller enteral nutrition.

Evidens

Länge har hävdats att evidens saknas för

KOMPLEX
AVANCERAD
SOFISTIKERAD
NÄRING



Modern klinisk nutrition hör hemma i en modern sjukvård. Klinisk nutrition är idag en hel vetenskap och bör ses som en del av patientens medicinska behandling – kanske till och med som en förutsättning för att övrig behandling ska kunna ha avsedd verkan.

Illustration: Helena Lunding

att näringsbehandling av den undernärde patienten har någon betydelse för utgången.

I rapporten »Näringsproblem i vård

SAMMANFATTAT

Sjukdomsrelaterad undernäring har allvarliga konsekvenser både kliniskt och ekonomiskt.

Idag finns övertygande evidens för att nutritionsstöd i samband med medicinsk behandling minskar komplikationer och mortalitet.

Kunskaperna hos personalen om möjligheterna med riktig metabol behandling är bristfälliga och måste förbättras, främst den praktiska tillämpningen.

Klinisk nutrition bör betraktas som en del av den medicinska behandlingen. Verksamhetschefen har ansvar för att rutiner finns för diagnos och behandling av den undernärde patienten.

Rekommendationer för nutritionsbehandling finns. Socialstyrelsen ska inom uppdraget »nationellt stöd för kvalitetsutveckling i måltids- och näringsfrågor inom äldreomsorgen« ta ställning till om mer normerande dokument kan gynna kvaliteten i nutritionsomhändertagandet.

och omsorg» från Socialstyrelsen 2000 värderade vi den då aktuella litteraturen med avseende på nutritionsbehandlings effekter på morbiditet och mortalitet vid sjukdomsrelaterad undernäring. Vi fann att kunskapsunderlaget i många fall var bristfälligt, framför allt inom det internmedicinska och geriatrika området.

I boken »Disease-related malnutrition, an evidence-based approach to treatment« har författarna gjort en grundlig genomgång av litteraturen, vars omfång nu ökat betydligt. De har koncentrerat sig på framför allt enteralt eller oralt nutritionsstöd [4]. Författarna visar på övertygande stöd för att närings-tillförsel till den undernärde patienten ger avsevärd reduktion av mortalitet och komplikationer, men detta förutsätter att man väljer rätt patienter, dvs kan identifiera dem som har behov av nutritionsstöd. Med nutritionsstöd minskar t ex mortaliteten i kombinerade patientgrupper på sjukhus (kirurgi, ortopedi, malignitet, brännskada, trauma) från 22 till 11 procent. I samma grupper minskar komplikationsfrekvensen från 48 procent till 33 procent.

Det vore anmärkningsvärt om svensk hälso- och sjukvård inte tog till sig den förbättringsmöjligheten.

Riktlinjer

Idag finns en rad dokument som tjänar som riktlinjer för den svenska sjukvården: »Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg« från Livsmedelsverket [5], »Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling« från Socialstyrelsen [1], »Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg« från en svensk samarbetsgrupp i nutritionsfrågor [6]. Dessa dokument har kompletterats med vårdprogram i flera landsting [7].

Dokumentet representerar vad som idag kan betraktas som aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet inom området.

I detta nummer av Läkartidningen efterlyser Ulla Johansson och medarbetare fler övergripande riktlinjer på såväl nationell som lokal nivå samt en nationell handlingsplan på området.

Mina egna erfarenheter är att den svenska sjukvården inte följer de redan existerande svenska rekommendationerna ovan och att man bör fråga sig om nya riktlinjer skulle kunna ändra på detta faktum. Sannolikt behövs en mer övergripande ansats.

Ett första steg i en sådan är »Uppdrag om nationellt stöd för kvalitetsutveckling i måltids- och näringsfrågor inom äldreomsorgen«, ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen 2005. I uppdraget in-

går att »överväga om utvecklingen av kvalitet och säkerhet i mathållningen kan stödjas genom föreskrifter för exempelvis kost och näring inom vård och omsorg för äldre«. Uppdraget ska redovisas i en delrapport den 1 april 2006 och slutredovisas den 1 april 2007.

När uppdraget slutrapporteras kommer således Socialstyrelsen att ha tagit ställning till om ytterligare riktningsskivande/normerande dokument, föreskrifter eller andra åtgärder är nödvändiga för att klinisk nutrition ska kunna hålla samma standard som övriga rutiner för diagnostik och behandling i hälso- och sjukvården. I regeringsuppdraget kommer naturligtvis Europarådets resolution, som nämns i Ulla Johanssons och medarbetares artikel, att vara ett värdefullt underlag [8].

Utbildning

En viktig anledning till att den kliniska nutritionen fortfarande behandlas så styvmoderligt är okunskap om vad en riktig metabol behandling kan åstadkomma.

Under den teoretiska delen av läkarutbildningen får studenterna en grundläggande metabol kunskap, men diskrepansen mellan den och den kliniska praktiken är stor. Under den kliniska utbildningen måste studenterna lära sig hur man praktiskt tillämpar den metabola kunskapen genom att stöda patienten med näringssubstrat under olika faser av sjukdomen.

Givetvis måste utbildningen inriktas på ett samarbete mellan samtliga de yrkesgrupper som har kompetens på området så att den samlade kunskapen utnyttjas för bästa kvalitet i vården av patienten.

Ansvarsfördelning

Det är ofta oklart hur man ska se på den kliniska nutritionen: Är den en del av den medicinska behandlingen, eller är den bara en del av hotellservicen på sjukhuset eller äldreboendet? Den kliniska nutritionen bör betraktas som en del av den medicinska behandlingen – eller kanske till och med som en förutsättning för att den medicinska behandlingen/kirurgiska åtgärden ska kunna ha avsedd verkan.

Eftersom klinisk nutrition ingår som en del av den medicinska behandlingen måste fördelningen av ansvaret för näringstillförseln följa gällande regelverk för hälso- och sjukvården. Det väsentliga i en riktig nutritionsbehandling är att följa de rutiner som används vid all annan medicinsk verksamhet: Ställa diagnos, behandla, följa upp och utvärdera

behandlingen, dvs ha kvalitet i processen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska vårdgivaren fastställa övergripande mål och ge direktiv för det systematiska kvalitetsarbetet, och verksamhetschefen ska inom ramen för ledningssystemet ta fram och fastställa dokumenterade rutiner för detta. Bland annat ingår här rutiner för diagnostik, vård och behandling, vilka metoder som ska användas, hur dessa tillämpas och hur resultatet följs upp.

Det är således verksamhetschefen som måste bestämma hur den kliniska nutritionen ska bedrivas inom verksamheten och uppdraga till dem som har kompetens på området att genomföra behandlingen i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. SoS-rapport 2000:11.
2. 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.
3. Elia M. Hunger disease. Clin Nutr. 2000;19:379-86.
4. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition, an evidence-based approach to treatment. Cambridge, MA: CABI Publishing; 2003.
5. Council of Europe. Resolution ResAP (2003) on food and nutritional care in hospitals. <http://book.coe.int>

Nytt på vår webbplats

Läsarkommentar – på www.lakartidningen.se kan du ge dina kommentarer i direkt anslutning till våra artiklar.

Läkartidningen

Utmanande saklig