

Uppsala Universitet
Institutionen för hushållsvetenskap

Examensarbete D, 20 p
2006

Malin Wiklund
Gustav III:s väg 66
168 37 Bromma
08-263364
malin.wiklund@chello.se

**Nutritionsbehandling inom onkologi -
vilka möjligheter finns att få det att fungera?
Kvalitativ studie utifrån läkarnas upplevelser.**

Handledare:
Berit Lundmark
Urban Nylén

INNEHÅLL

1. Inledning	1
1.1 <i>Nutritionsbehandling inom onkologi</i>	1
2. Problembeskrivning	2
2.1 <i>Personlig utgångspunkt</i>	2
3. Syfte	3
4. Frågeställningar	3
5. Metod	4
5.1 <i>Litteraturstudie</i>	4
5.2 <i>Intervjuer</i>	4
5.3 <i>Analysmetod</i>	5
5.4 <i>Forskningsfrågor till intervjumaterialet vid analys</i>	6
6. Material	6
6.1 <i>Urval</i>	6
7. Resultat/Analys	8
7.1 <i>Bakgrundsuppgifter</i>	8
7.1.1 <i>Beskrivning av onkologkliniken</i>	8
7.1.2 <i>Kvalitetsmål nutrition</i>	9
7.1.3 <i>Beskrivning av dietisternas verksamhet på onkologkliniken</i>	10
7.1.4 <i>Utbildningar</i>	11
7.2 <i>Resultat av litteraturstudie</i>	12
7.2.1 <i>Studier på läkares attityder och nutritionskunskaper</i>	12
7.2.2 <i>Studier på läkare och sjuksköterskors attityder och nutritionskunskaper</i>	13
7.2.3 <i>Studier på sjuksköterskors attityder och nutritionskunskaper</i>	13
7.3 <i>Resultat av intervjuerna</i>	14
7.3.1 <i>Läkarnas egna beskrivning av begreppet nutritionsbehandling</i>	14
7.3.2 <i>Läkarnas syn på sin egna roll vid nutritionsbehandlingen</i>	15
7.3.3 <i>Huvudtema och underkategorier av läkarnas upplevda problem vid nutritionsbehandlingen</i>	16
7.3.4 <i>Önskemål från läkarna</i>	25
8. Diskussion	25
8.1 <i>Metoddiskussion</i>	25
8.2 <i>Resultatdiskussion</i>	27

9. Slutsats	36
Litteraturförteckning	38
BILAGOR	41

1. Inledning

1.1 Nutritionsbehandling inom onkologi.

Då denna uppsats delvis kommer att handla om ämnet nutritionsbehandling finns en definition till ämnet hämtat från ”Etisk kod för dietister, Dietisternas Riksförbund” (9, bilaga 1). Det finns också förklaringar till andra medicinskt förekommande ord i uppsatsen i en separat del (bilaga 1).

Nutritionsproblem är i många fall vanligt redan innan patienten fått sin cancerdiagnos. Vid de olika onkologiska behandlingarna cytostatikabehandling, strålbehandling och kirurgi kan ytterligare nutritionsproblem uppstå. Exempel på dessa är illamående, kräkningar, smakförändringar, aptitlöshet, inflammation i slemhinnor, diarré, förstoppning, förträngningar i tarmen, sväljningssvårigheter och muntorrhet (23,33).

Vi vet idag bland annat att ett försämrat nutritionsstatus kan förlänga vårdtiden med extra kostnader som följd (19,32). Ett försämrat nutritionsstatus ger sämre livskvalitet, aktivitetsnivå, tumörrespons av behandling, ökar biverkningar av onkologbehandling och minskar överlevnad (5,28,33). Viktförlust kan vara så vanligt som 80 % bland cancerpatienterna (5,32). Viktförlust är också förknippat med sämre livskvalitet, sämre möjlighet att svara på cytostatika behandling och sämre överlevnad hos cancerpatienter (26,27,28,33). Men nutritionssvikt behöver inte vara en accepterad del av onkologbehandling (5).

Genom att hitta riskpatienter för undernäring i ett tidigt skede kan man bäst påverka detta (4,5,8,13,21). Genom att följa patientens vikt kan man snabbare sätta in nutritionsåtgärder och få bättre resultat. Man kan också lättare uppmärksamma viktförändringar hos överviktiga cancerpatienter, lättare se förändringar i vätskebalans samt bedöma rätt dos av cytostatika och medicin (8). Man vet också att det är möjligt för cancerpatienter att öka energiintaget och på så sätt påverka viktutvecklingen (28). Nutritionsinsatser i form av kosttillägg och sondmatning kan påverka patienters resultat (3,5,32).

Nutritionsbehandlingen inom onkologi tyder också mer och mer på att bästa effekt till palliativa cancerpatienter är att kombinera rätt nutrition med vissa läkemedel; indometacin

(antiinflammatoriskt), erythropoietin (ökar röda blodkroppar), aptitstimulerande, interaktiv hormonbehandling och möjligen låg dos palliativ cytostotikabehandling (14). Mer specifika nutritionsterapier är på intågande som en del av den onkologiska behandlingen, t ex EPA (eikosapentaensyra), omega-3-fettsyror med möjlighet att påverka kakexi och stabilisera kroppsvikten hos cancerpatienter (28).

Nutrition påverkar resultatet för cancerpatienter och därför finns behov av tidiga och fortsatta nutritionsåtgärder (5). Nutritionsbehandling ska ses som en del i den medicinska behandlingen med utredning, klara mål, åtgärder, uppföljning, utvärdering och överrapportering till andra vårdgivare (19,30). En bra nutritionsbehandling bygger på att alla yrkeskategorier tar ansvar för sin del av arbetet och förstår betydelsen av detta (13,19,21,30,31,38).

För att det ska vara möjligt att ge en bra nutritionsbehandling inom onkologi så behövs det nödvändig nutritions kunskap inom alla yrkeskategorier nära patienten på onkologkliniken. I nutritionsbehandlingen behöver alla vårddyrkans övriga kunskapsområden som medicin, omvårdnad, fysiologi och psykologi ingå. Det är viktigt att alla delar kommer med för att kunna ge en bra nutritionsbehandling.

2. Problembeskrivning

2.1 Personlig utgångspunkt

I egenskap av yrkesverksam dietist på onkologkliniken har författaren och övriga dietister på onkologkliniken upplevt svårigheter att få till en bra diskussion med läkarna vid nutritionsbehandlingen för gemensamma patienter. Detta har upplevts som en brist då planering och utvärdering av nutritionsbehandlingen behöver delas genom både läkarens och dietistens kunskaper för att utföras på bästa sätt. Ett problem som dietisterna upplevt är till exempel att det behövs mer diskussion angående en patients behov av parenteral nutrition. Läkaren har mer kunskap i sjukdomens prognos, medicinernas och den onkologiska behandlingens effekt och samverkan, kroppens fysiologi, utvärdering av olika labbvärden, salt och vätskebalans. Detta behöver många gånger vägas in i rekommendationen av lämplig parenteral nutrition. I ett fall kan dietistens rekommendation godtas helt utan diskussion och i ett annat kan den godtas men sen inte följas eller ändras utan att någon ytterligare diskussion

tas till varför detta ändrades. Detta gör att dietisterna upplever nutritionsbehandlingen som ofullständig och osäker i dagsläget. Det medför då problem att genomföra, följa upp och utvärdera resultaten. Detta kan också vara till nackdel för patienten då det kan fördröja önskad effekt av nutritionsbehandlingen och ibland även ge oönskade effekter som t ex refeeding syndrom och patienten kan uppleva behandlingen som oklar och förvirrande.

Nu upplevs därför ett behov bland dietisterna att undersöka hur läkarnas nuvarande intresse, upplevelser och problemställningar ser ut vid nutritionsbehandlingen. Detta behövs för att dietisterna ska kunna utvärdera vilka möjligheter som finns att gå vidare med nutritionsarbetet. Vidare också hur de ska kunna göra flera läkare delaktiga i teamarbetet vid nutritionsbehandlingen, så att patienten får den vård den behöver och har rätt till. Övrig vårdpersonal söker mer aktivt information om nutritionsbehandlingen och tar mer del av nutritionsarbetet runt patienten. Nu anser dietisterna att man behöver öka läkarens deltagande i nutritionsbehandlingen. Läkaren är ansvarig för ordination av nutritionsbehandling i olika former; specialkost, kosttillägg, enteral nutrition, parenteral nutrition (20,21,23). Men det upplevs bland dietisterna som en brist att inte läkarna tar ett större ansvar i nutritionsarbetet på kliniken. Läkarna är en viktig samarbetspartner för dietisten och tillsammans med sjuksköterska och undersköterska viktig i teamarbetet runt patientens nutritionsbehandling.

3. Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka vilka problemområden och attityder som finns hos läkare på en onkologklinik, i samband med nutritionsbehandlingen. Avsikten är sen att resultatet utvärderas för att se vilka möjligheter som finns att utveckla och förbättra nutritionsbehandlingen.

4. Frågeställningar

Några av de frågor som behöver ses över är;

- Ser läkarna på nutritionsbehandling som en viktig del i övrig onkologbehandling?
- Förstår man effekterna av nutritionsbehandling till onkologpatienterna?
- Finns det några speciella problemområden inom nutritionsbehandlingen där kunskapen behöver ökas eller arbetssättet förändras?

- Vet man hur man effektivt kan utnyttja dietistens kunskaper och resurser inom detta område?
- Vet man vilka ansvarsområden respektive yrkesgrupp har?

5. Metod

5.1 Litteraturstudie

För att få mer bakgrund till ämnet gjordes en litteraturstudie i området. Detta gjordes genom sökning via PubMed och Medline på sökorden: **physicians, doctors, role, attitude, knowledge, nutrition therapy, nutrition support, malnutrition, oncology, cancer, communication, feelings, intention, motivation, cooperative, nutrition assessment, priorities, dietary services, quality, qualitative, barriers, patient care team**. Sökning inom ämnet skedde också via andra artiklars referenser.

5.2 Intervjuer

Individuella intervjuer på ca 45 min gjordes för att få fram läkarnas problemområden, attityder, nuvarande prioritering av nutritionsområdet och se vilka frågor som man behöver gå vidare med för att förbättra nutritionsbehandlingen på onkologkliniken. Förfrågan skickades till ställföreträdande klinikchef för att få förankring och godkännande att genomföra studien på kliniken. I denna förfrågan gavs också information om studiens syfte, design, hur mycket tid som beräknades behöva tas i anspråk av läkarna vid intervjun och ett uppskattat behov av antal intervjuade läkare (bilaga 2).

Kort information om studien och förfrågan om deltagande i intervjun skickades sen ut via arbetets e-post adress till läkarna (bilaga 3). Telefonkontakt togs efter 1 vecka alternativt ny e-post för att boka in tid och plats för intervjun. En provintervju gjordes även som ingår i materialet då den fungerade tillfredställande. Författaren var intervjuare vid alla intervjuer. Intervjuerna var explorativa; öppna, delvis strukturerade, ställda utifrån ett färre antal frågor i en intervjuguide (bilaga 4). Intervjuaren följde upp personens svar och tankegångar vilket gav nya infallsvinklar till ämnet (15). Alla utgångsfrågor utom en i frågeguiden togs med vid varje intervju. Ordningsföljd och formulering kunde skifta då det var viktigt att öppna för fria kommentarer och inbjuda till ett öppet samtalsklimat för att få fram mer detaljer och djupare material. En fråga i frågeguiden ströks efter två intervjuer då den visade sig vara oklar och

mer förvirra informanten. Syftet med intervjuerna var att samla information och kartlägga problem. Det var inte ett syfte att pröva en hypotes eller att jämföra olika grupper t ex kvinnliga och manliga läkare inom gruppen. Ett uppskattat mål på minst 8 stycken intervjuer var bestämt via handledaren och att ha fått en uppfylld mättnad från inkomna berättelser (34). Med mättnad menas att inget nytt tillförs genom ytterligare intervjuer.

Platsen för intervjuerna var ett konferensrum på onkologkliniken och samma plats i den mån det var möjligt. Intervjuaren valde att bära privat klädsel för att så lite som möjligt påminna om sin yrkesroll som dietist. Före intervjun startade informerades informanten en ytterligare gång om studiens syfte och att intervjun bandades. Personuppgifter efterfrågades som ålder, kön, yrkestitel, sjukhusplacering, yrkesår inom kliniken och inom eventuellt specialistområde. Detta gjordes för att veta att det blev en spridning i informanturvalet. Intervjuerna bandades och skrevs sen ut ordagrant för analys. Under intervjuerna gjordes inga anteckningar men direkt efter varje intervju gjordes kortare anteckningar som sammanfattade intervjuens huvudsakliga intryck och intervjuarens iakttagelser av informantens eventuella osäkerhet, betoningar, kroppsspråk.

5.3 Analysmetod

Jag läste först igenom intervjuutskriften för att skaffa mig en mer eller mindre allmän mening. Sedan gick jag tillbaka och markerade i marginalen samt gjorde understrykningar i texten för återkommande teman för att sen utveckla dess mening och återvända till den helhetliga meningen av intervjun. Tolkningen upphörde då meningarna i olika teman bildade mönster och ingick i en sammanhängande enhet (15).

Detta skedde genom att varje bandad intervju skrevs ut ordagrant och sedan kategoriserades i olika återkommande teman. Till exempel inom problemområden som läkare beskrivit vid nutritionsbehandlingen, där vissa teman återkom. Dessa teman analyserades sedan vidare i underkategorier (6,34). Ad hoc - analys enligt Kvale användes för att skapa mening i materialet, varav det till största delen användes meningskategorisering och meningskoncentrering (15). Meningskategorisering innebär att intervjun kodades i kategorier. Långa uttalanden reducerades till enkla kategorier. Meningskoncentrering användes genom att långa uttalanden pressades samman i kortare uttalanden, i vilken den väsentliga innebörden av

det som sagts omformulerades i några få ord (15).

5.4 Forskningsfrågor till intervjumaterialet vid analys

- Hur upplever läkaren att nutritionsbehandlingen fungerar?
- Vilka problem upplever läkaren i samband med nutritionsbehandlingen?
- Vad upplever läkaren för hinder för att få nutritionsbehandlingen att fungera?
- Vad skulle kunna underlätta för läkaren vid nutritionsbehandlingen?
- Vad upplever läkaren är sin roll/sitt ansvar vid nutritionsbehandlingen?
- Vilken kunskap har läkaren om dietistens roll, ansvar och kunskaper?
- Hur vill läkaren att det ska fungera vid nutritionsbehandlingen?
- Vad anser läkaren att nutritionsbehandlingen har för nytta?
- Vilken inställning (positiv/negativ) har läkaren till nutritionsbehandling?

6. Material

6.1 Urval

De tillfrågade läkarna hittades via arbetsplatsernas interna telefon- och e-postlistor. Fyrtiotre läkare tillfrågades att delta i intervjuerna av totalt 150 anställda läkare på onkologkliniken, Karolinska universitetssjukhuset, innefattande Radiumhemmet, Södersjukhuset och Danderyds Sjukhus. Av de tillfrågade var 15 st från Radiumhemmet, 24 st från Södersjukhuset och 4 st från Danderyds Sjukhus. Detta skedde under en period mellan den 15 januari och den 7 mars 2006. För att inkluderas till intervjuerna var ett kriterium att de haft patientarbete det senaste året på mottagning eller avdelning. En exkludering skedde för de läkare som intervjuaren ansåg sig haft närmare samarbete med den senaste tiden i sitt arbete som dietist. En spridning söktes inom olika tumörgruppsområden, sjukhusplacering, läkarnas arbetsår inom specialiteten, kliniken, kön och ålder (Tabell 1). Detta för att få en bredare bild av tendenser och åsikter som återkommer. För att få en tillräcklig variation av läkare i mitt material så gjordes urvalet genom ett hjälpmedel för dragning av strategiskt urval enligt Trost (34). Åtta läkare på olika nivåer (ST-läkare, specialistläkare, överläkare) med patientkontakt deltog sedan i intervjuerna; 2 ST-läkare, 3 specialistläkare, 3 biträdande överläkare. Fördelningen, som även kan ses i tabell 1, av läkarnas sjukhusplacering var 2 st på Södersjukhuset, 6 st på Radiumhemmet men ingen från Danderyds Sjukhus.

Könsfördelningen var 4 st kvinnor och 4 st män. Åldersspridning var 30-50 år. En läkare glömde jag dock fråga om ålder. Spridningen inom tumörgruppsområden var Urologisk, Gastrointestinal, Gynekologisk, Bröst, Headneck, Lung och Melanom. Antal arbetsår inom onkologi var inom denna grupp fördelat på 2½ - 12 år. ST-läkarna roterar runt på olika tumörgrupper så därför finns inte de inräknade under tumörgruppsstillhörighet.

Tabell 1. Beskrivning av informanterna som ingick i författarens intervjustudie.

Informant Beskrivning	Antal informanter (n=8)
Ålder	
31-40 år	3
41-50 år	4
40-50 år	4
Kön	
Man	4
kvinnor	4
Titel	
ST-läkare	2
Specialistläkare	3
Biträdande överläkare	3
Sjukhusplacering	
Radiumhemmet	6
Södersjukhuset	2
Danderyds Sjukhus	0
Tumörgruppsområde	
Bröst/Sarkom	1
Gastrointestinal	1
Gynekologisk	1
Head-neck/Lung/Melanom	1
Urologisk	2
ARBETSÅR INOM ONKOLOGI	
2 ½	1
4	1
5	2
6	1
9	1
11	1
12	1

Orsaker som läkarna uppgav till att ej deltaga i intervjuerna var främst tidsbrist men också sjukskrivning och mammaledighet. En övervägande del svarade inte alls trots upprepade förfrågningar via e-mail eller försök till telefonkontakt.

7. Resultat/Analys

7.1. Bakgrundsuppgifter

7.1.1 Beskrivning av onkologkliniken

Sedan 1 januari 2005 är organisationen för onkologkliniken Karolinska gemensam för Radiumhemmet, Södersjukhuset och Danderyds Sjukhus.

Dessa innefattades 2005 av;

- Radiumhemmet: 2 slutenvårdsavdelningar med totalt 30 vårdplatser, 2 polikliniska behandlingsavdelningar, 8 strålbehandlingsrum och 5 mottagningar.
- Södersjukhuset: 1 slutenvårdsavdelning med 22 vårdplatser och 1 poliklinisk behandlingsavdelning, 4 strålbehandlingsrum och 4 mottagningar.
- Danderyds Sjukhus: 1 poliklinisk behandlingsavdelning och 2 mottagningar.

På slutenvårdsavdelningarna finns en överläkare och tre underläkare per avdelning.

Öppenvården är indelad i sektioner för följande tumörgruppsområden:

Sektionen för Bröst- och sarkomtumörer.

Sektionen för tumörer inom Gastrointestinal cancer.

Sektionen för Gynekologisk onkologi.

Sektionen för Urologiska tumörer, Endokrina tumörer och thyroideasjukdomar.

Sektionen för tumörer i Öron- Näsa- Hals och lunga. Malignt melanom, hudtumörer och CNS-tumörer.

Detta kan innebära att de olika sjukhusplaceringarna har olika rutiner och erfarenheter som behöver samordnas, för att kunna ha samma mål för patientens nutritionsbehandling på onkologkliniken Karolinska. Karolinska universitetssjukhuset har också uttalat att de ska ha ett högspecialiserat cancercentrum och föregå som ledande inom cancervård och behandling.

Läkarkontinuiteten för patienten är varierande beroende på tumörgruppssektion, vilket bidrar till att rutiner för att hitta och följa upp riskpatienter med undernäring är extra betydelsefull. Vårdtiden på avdelningen och antalet vårdplatser har minskat. Den mesta patientkontakten sker i nuläget på onkologmottagningarna och inte på vårdavdelningarna. Det resulterar i att läkaren är den som patienten har mest kontakt med och det är vid läkarkontakten som patienten med risk för undernäring kan fångas upp för att förhindra eller fördröja undernäringen i tid.

7.1.2 Kvalitetsmål nutrition

Punktprevalensstudier genomförs en gång per år på Karolinska Universitetssjukhuset för att följa upp kvalitetsmålen inom nutrition (21, 36). Kvalitetsmålen inom nutrition på sjukhuset är att 75 % av alla vuxna patienter ska vara nutritionsbedömda inom 48 timmar från inskrivning/ankomst till vårdavdelning. En komplett nutritionsbedömning innehåller dokumentation av BMI, viktförändring/ej förekomst av viktförändring och ätsvårigheter/ej förekomst av ätsvårigheter. Representanter från omvårdnadsenheten, dietistkliniken samt vårdutvecklingssamordnargruppen har utarbetat en mall för journalgranskning. Vårdavdelningarna granskar därefter om följande parametrar finns dokumenterade i journalerna hos patienter som varit inskrivna 48 timmar eller längre på avdelningen; vikt, längd, BMI (Body Mass Index), viktförändring/ej förekomst av viktförändring, ätsvårigheter/ej förekomst av ätsvårigheter. Även dokumenterade uppgifter på patienter som varit inskrivna kortare tid än 48 timmar registreras. Resultaten av denna visar att nutritionsomhändertagandet på onkologkliniken årligen legat under ställda kvalitetsmål på sjukhuset. Senaste resultat (2005) visar att onkologkliniken låg under i jämförelse med hela sjukhusets resultat i dokumentation inom 48 timmar av parametrarna vikt, längd, BMI och komplett nutritionsbedömning, men högre i parametrarna viktförändring och ätsvårigheter i jämförelse med hela sjukhusets resultat. Onkologklinikens dokumentation av längd, BMI och viktförändring har dock ökat sedan förra året, medan dokumentation av vikt och ätsvårigheter istället har minskat. Detta trots att förra årets mätning gjordes inom 24 timmars inskrivning (31, 36). Men detta kan också betyda att en bredare nutritionsbedömning, innehållande fler parametrar som längd, BMI, viktförändring, ätsvårigheter och vikt nu genomförs.

7.1.3 Beskrivning av dietisternas verksamhet på onkologkliniken

Dietisttjänsterna på onkologkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset är för närvarande totalt 6.3 tjänster varav 4.85 är klinikarbete och 1.45 är konsultverksamhet. Detta är fördelat som 3.8 tjänster på Radiumhemmet, 2.0 tjänster på Södersjukhuset och 0.5 tjänst på Danderyds Sjukhus.

Dietisterna ansvarar självständigt, i samråd med ansvarig läkare, för den individuella nutritionsbehandlingen. Detta ansvar innefattar utredning, behandling, uppföljning och utvärdering samt rekommendation av specifika näringspreparat och speciallivsmedel (9). För patienter med palliativ eller kurativ cancer inriktas behandlingen på ett utifrån förutsättningarna optimalt näringsintag för att öka möjlighet till behandling, lindra symtom, behandlingsbiverkan och eventuellt förbättring efter behandling. Nutritionsbehandlingen kan innefatta allt ifrån vanlig mat till parenteral nutrition. Dietisterna arbetar också med information, föreläsningar och utbildning till såväl allmänheten, patienter, anhöriga, studenter inom vård- och omsorgsutbildningar, samt till olika yrkesgrupper inom kliniken och sjukhuset (9). När det gäller dietisterna på konsultverksamheten innefattar utbildning och information även vissa hemsjukvårdsteam och cancerprofilerade avdelningar utanför sjukhuset. Organisatorisk tillhörighet är dietistkliniken, Karolinska.

Sedan flera år tillbaka har dietisterna inom de olika placeringarna på onkologkliniken haft ett aktivt samarbete beträffande utarbetande av vårdprogram, patientmaterial, utbildningar, egen fortbildning samt arrangerat föreläsningar och nätverk för andra dietister som arbetar med cancerpatienter inom Stockholms län. De har också haft representanter i DRF:s (Dietisternas Riksförbund) referensgrupp, DiO (Dietister inom Onkologi). Dietisterna har under flera års tid kontinuerligt arbetat med att utveckla nutritionsarbetet, bland annat genom nutritionsgruppen på Radiumhemmet som består av främst sjuksköterskor och undersköterskor från avdelningar, mottagningar och strålbehandlingen.

Ett urval på det som gjorts som utvecklingsarbete under åren på Radiumhemmet är;

1. Handlingsplan i nutritionsomhändertagandet på Radiumhemmet (10).
2. Kostrådsmaterial för personalen att dela ut till patienten (10).
3. Mellanmålsprojekt på avdelningen (35), som lett till att mellanmålsansvariga finns på varje avdelning
4. Snabbguide i parenteral nutritionsbehandling på Radiumhemmet, riktat till läkare och sjuksköterskor (25).

7.1.4 Utbildning

Hur mycket nutrition ingår det då i läkarnas grundutbildning? Vilka grundkunskaper har läkarna möjlighet att ha med sig från utbildningen? Sökning av detta på utbildningarnas hemsidor och Läkarpogrammens kursplaner i Uppsala och Stockholm visade att Läkarpogrammet i Uppsala innehåller kursen Energi- och näringsbalans, ca 5 veckor termin 1.

I Stockholm ingår nutrition i kurserna Organsystemets fysiologi och Cellens struktur och funktion, ca 5 veckor fördelat på termin 1 och 3 (11, 37). Detta betyder att en stor del av baskunskapen i klinisk nutrition behöver läkarna inhämta inom respektive verksamhetsområde där man sedan arbetar.

Hur ser då läkaredeltagandet från onkologkliniken ut i olika nutritionsutbildningar och föreläsningar som hålls inom kliniken och sjukhuset? Efter att ha sökt svar på detta inom olika utbildningsinstanser på sjukhuset och kliniken så är beskedet från Radiumhemmets Konsultverksamhet att inga data finns men enligt uppskattning ett fåtal läkare som kan räknas på en hand totalt. Karolinska Universitetssjukhuset, Solnas Nutritionsteam svarar även de att inga data finns, men enligt nutritionsteamets uppskattning är det endast ett fåtal läkare. Radiumhemmets utbildningsenhet svarar likadant, endast ett fåtal läkare. Vid eftersökning av nutritionskurser på Karolinska Institutet så visar det sig att inga sådana kurser finns. Med detta som utgångspunkt ställer man sig frågorna som leder till denna uppsats; Upplever läkarna själva detta som ett problem? Finns det något intresse för nutritionsfrågor på kliniken? Har läkarna själva några tankar om hur vi kan förbättra nutritionsbehandlingen? Vilken vilja finns från deras sida angående nutritionsarbetet? Ser de sitt eget ansvar i nutritionsbehandlingen? Vilka föreställningar har de runt olika nutritionsproblem och nytta för patienten? Behov finns av att ta reda på mer om läkarnas egna upplevelser vid nutritionsbehandlingen.

7.2 Resultat av litteraturstudie

Europarådets Ministerråd beslöt 1999 att samla information angående nutritionsprogram på sjukhus och för detta syfte skapades ett nätverk bestående av nationella experter från åtta av medlemsländerna. Syftet var att sammanställa det aktuella läget i Europa gällande tillhandahållandet av sjukhuskost, belysa brister och skapa riktlinjer för att kunna påverka nutritionsbehandlingen och nutritionsstödet till sjukhuspatienterna. Fem huvudproblem fann man vara vanliga; brist på klart definierat ansvar, brist på nödvändig utbildning, brist på påverkan från patienterna, brist på samarbete mellan alla personalgrupper och brist på engagemang från sjukhusledningen. Man kom fram till att för att lösa dessa problem behövdes extra ansats från nationella beslutsfattare och all personal som är involverad i nutritionsbehandling och nutritionsstöd inklusive sjukhusledningen. Där togs också upp att en av riktlinjerna är att sjukhusledning, läkare, sjuksköterskor, dietister och måltidsservice ska arbeta tillsammans mot det gemensamma målet: optimal nutrition till patienten. Sjukhusledningen ska ge prioritet till samarbetet genom att undersöka hur man organisatoriskt ska arbeta för att optimera samarbetet (4).

När det gäller attityder till nutritionsbehandling (12, 17, 18, 29) och nutritionskunskaper bland läkarna (2, 3, 21, 29) så finns det få studier. Däremot finns det ett antal artiklar som tar upp sjuksköterskans attityder (14, 18, 29) och kunskaper (4, 7, 12, 14, 18, 29). Studier i sjuksköterskors attityder och kunskaper har här tagits med då det även kan ge en bild av annan vårdpersonals attityd till nutritionsbehandling och nutritionskunskaper.

7.2.1 Studier av läkares attityder och nutritionskunskaper

En litteraturstudie i området visade att det var en allmän kunskapsbrist i klinisk nutrition hos läkarstudenter i Sverige (2, 3, 21). Liknande kunskapsprov har gjorts med samma resultat i andra länder (29). En studie gjord av australienska allmänläkares attityder visade att läkarna själva ansåg att de största hindren till att de själva inte gav kostråd var brist på kunskap och tid (17). Den enskilt största orsaken till att remittera till dietist var om patienten hade komplicerade nutritionsbehov. Den studien hänvisar också till andra studier både i och utanför Australien som visat att det är många olika faktorer som påverkar läkares beslut till att erbjuda kostrådgivning. Bland dessa faktorer fanns orsaker som att nedlagd arbetsinsats i tid och kostnad inte uppvägde de visade resultaten för patienten, liksom orsaker som var

relaterade till allmänläkarens egna kunskap, yrkesskicklighet och säkerhet (17). Andra studier utomlands har identifierat att begränsad tillgång på dietister och kostsam dietistrådgivning också är hinder till att remittera till dietist (17).

7.2.2 Studier av läkare och sjuksköterskors attityder och nutritionskunskaper

En studie gjordes bland läkare och sjuksköterskor på danska sjukhus för att kartlägga användandet av klinisk nutrition samt kunskaper och attityder till klinisk nutrition. Svaren jämfördes sedan med antagna nutritionsriktlinjer. I den studien framkom att danska sjukhus inte följde antagna nutritionsriktlinjer och att extra kraft behövde läggas på utbildning, speciella bedömningsinstrument, introduktion i riktlinjer för klinisk nutrition samt definition och anvisning av ansvar. Det framkom även en stor diskrepans mellan attityd och genomförandet i praktiken. Alla klinikerna, förutom intensivvårdskliniken, instämde i att nutrition var ett lågprioriterat område. Orsaker som nämndes till sviktande nutrition under sjukhusvistelsen var bristande kunskap, lågt intresse, oklart ansvar, svårigheter att identifiera riskpatienter, tidsåtgång och ingen dokumentation på effekt (29). Även en studie gjord i England visade på kunskapsbrist i nutritionsbedömningar, nutritionsåtgärder och nutritionsbehandling bland vårdpersonalen på ett engelskt universitetssjukhus. I denna studie fick både läkare, sista års medicine studenter, sjuksköterskor, dietister och farmaceuter besvara ett frågeformulär i ämnena nutritionsbedömningar, behov, oral/enteral nutrition och parenteral nutrition. De yrkesgrupper som visade de sämsta kunskaperna i dessa ämnen var läkare och sjuksköterskor (18).

En annan studie gjord på tre sjukhus i Danmark visade att huvudorsakerna till inadekvat nutritionsbehandling var brist på instruktioner i hur man handskas med nutritionsproblem, brist på kunskaper i kostbehov och mer praktiska aspekter vid sjukhusets tillhandahållning av mat (12).

7.2.3 Studier av sjuksköterskors attityder och nutritionskunskaper

En kvalitativ intervjustudie gjord på ett universitetssjukhus i Australien visade att många sjuksköterskor saknade den kunskap som behövs för att kunna ge rätt nutritionsbehandling till sina patienter. Även om sjuksköterskorna ansåg att nutritionen var viktig så hade de på grund av tidsbrist svårigheter att prioritera nutritionen bland alla andra sjuksköterskeuppgifter. Man

fann ett behov av att lyfta upp sjuksköterskors medvetenhet om betydelsen av nutrition för patientens resultat. Man kom även fram till att det behövdes införas ett utbildningsprogram inom tjänsten. Sjuksköterskorna skulle där uppmuntras till reflektion över deras praktiska arbete och diskutera metoder för att kunna påverka patientens nutrition och måltid. Utbildningsprogrammet behövde också innehålla en ”lära genom att göra - process”. Sjuksköterskorna kunde där bli medvetna om problem, identifiera vilken information eller förändring som behövdes göras, erhålla relevant kunskap och skicklighet, genomföra förändringar och kunna reflektera vidare på resultat och nya rutiner (14). I USA gjordes en studie av kunskaper i protein-energi malnutrition hos sjuksköterskor yrkesverksamma inom äldreboenden. Resultatet jämfördes sedan med vad sjuksköterskorna rapporterade att de var intresserade av att veta mer om beträffande nutrition. Man fann där ett glapp mellan sjuksköterskornas nutritionskunskap och deras tro om att deras nutritionsutbildning var tillräcklig. De utbildningsfrågor som de ville ha mer kunskap i visade sig vara de områden där de hade mest kunskap. Slutsatsen i denna studie blev att sjuksköterskorna brast i nödvändig nutritionskunskap för att möta nutritionsbehov hos äldre vårdtagare. Sjuksköterskorna hade inte heller någon möjlighet att se den nödvändiga nyttan av nutritionsutbildning för nutritionsrelaterade åtgärder och kunde inte identifiera svaga områden där de behövde mer kunskap. Det tas även upp i slutsatsen att nutritionsutbildning behöver ökas eller förbättras medan sjuksköterskorna är under utbildning. Efter examen från sjuksköterskeutbildningen bör sjuksköterskorna söka fortsatt tilläggsutbildning eller efterfråga detta på sin arbetsplats (7).

Ovan redovisade studier tyder på att det finns ett behov av att se över läkarnas kunskap, intresse och deras upplevda problemområden i samband med nutritionsbehandlingen även på onkologkliniken. Men också att förbättra den allmänna diskussionen runt nutritionsbehandling bland all vårdpersonal.

7.3 Resultat av intervjuerna

7.3.1 Läkarnas egna beskrivningar av begreppet nutritionsbehandling

Intervjucitaten redovisas här med fiktiva namn på läkarna och till viss del omskrivna citat för en mer läsbar skriftlig form. Som inledning på alla intervjuer ställdes alltid frågan: Vad lägger du i begreppet nutritionsbehandling?

Detta gjordes för att få en klarhet i att vi senare pratade om samma sak i intervjun, men också

för att få en bild av vad läkarna lägger för betydelse i begreppet nutritionsbehandling.

Några exempel på läkarnas beskrivningar: *"...dels är det ett helhetsperspektiv på att det är viktigt för alla cancerpatienter mer eller mindre och att det är viktigt att fokusera på det i ett väldigt tidigt skede... Inom slutet vården är det ju A och O att ständigt vara uppmärksam på patientens nutritionsstatus och om de behöver TPN eller inte, hur mycket och hur mycket vätska och att man håller jämna steg. ... Det handlar också om att ta reda på hur patienterna äter och vad de äter och hur det fungerar. Hur mycket de får i sig och också deras egna uppfattningar om hur de ska äta och så..."*

"Ganska mkt egentligen... ordinera dropp och tänka på vad har de för energibehov och vad har de för egna intag och deras sjukdomssituation... sen handlar det ju jätte mycket om deras perorala kost och kosttillskott, alla de här olika näringstillskotten och så... Men det är nog ett ganska vitt begrepp för mig."

"Äggviteämnen tänker jag först och främst på, som bygger upp patienternas muskler och det framför allt... och så tänker jag på vätskebehandling... Ja det är det som jag tänker på direkt. Sen så kan de vara många andra saker förstås... Hur de mår? Hur välbefinnandet är efter man gjort behandling...?"

En annan läkare beskriver det genom två olika terapiformer: *"Något som man ger när man har svårt att äta på det vanliga sättet. Sondmat och parenteral nutrition."*

Andel läkare av de totala deltagarantalet redovisas här också inom parantes.

Sammanfattningsvis så saknades oftast beskrivning av begreppen uppföljning, utvärdering och fler alternativ av terapiformer som nutritionsbehandlingen även innefattas av.

Andel läkare som tog upp detta var; uppföljning (1/8), utvärdering (2/8) och fler alternativ av terapiformer (4/8). Den terapiform som främst nämndes av läkarna var TPN och Parenteral nutrition (7/8 av det totala deltagarantalet), men även peroral kost (5/8), kosttillskott (5/8) och enteral nutrition nämndes (4/8).

7.3.2 Läkarens syn på sin egna roll vid nutritionsbehandling

Där framkom att de ser sin roll som att i första hand bedöma behov och sen koppla in dietist. Det kommer också fram i intervjuerna att deras åtgärd vid nutritionsbehandling oftast slutar i och med att dietist eller hemsjukvården har kopplats in. Man förlitar sig helt och fullt på att dietisten eller hemsjukvården tar hand om nutritionsproblemet. Det beskrivs av läkare Jesper här: *"Ja vad jag gör först om jag vet att de har försämrad aptit, så ber jag att de småäter så att de istället för tre måltider om dagen har tjugo måltider om dagen och att jag också ber att de inte äter tills dom blir mätta*

utan går ifrån men kommer tillbaks för att sen äta lite till och hela tiden har någonting bredvid sig om de tittar på tv. Så att dom på nåt sätt får upp totala kalorimängden. Och att dom har överseende med pressen vid måltid att sitta med andra och äta. Sen säger jag också till dom att det inte spelar någon roll vad dom äter, det är kalorierna som är viktiga. Och om inte det fungerar, det är sällan att det räcker, så blir nästa instans remiss till dietisten för mer råd och förslag om näringstillskott och därefter brukar den nutritionsdiskussionen sluta.”

Det återkommer också i intervjuerna en önskan om att dietisten tar ett stort och gärna ännu större ansvar än i nuläget vid nutritionsbehandlingen. Läkare Ulla beskriver detta här:

”Det skulle ju vara väldigt skönt om dom - dietisterna - fick ha självständigt ansvar. Det tycker jag nog. Ja och dels så skriva... Om dietisten har haft en lång utbildning och kan nutrition så måste ni ju också kunna ordinera Kabiven tex. till en patient, och skriva det i kardex att det är ni som har ordinerat det. Det ska inte behövas någon doktorsordination på det egentligen. Så om man åtminstone kunde delegera det till dietisten på avdelningen som sen sköter det självständigt, utan att behöva springa till doktorn för att få underskrift varje gång. Ja samma då sondnäringar... skriva i kardex. Det är ju inte nån medicin heller. Det känns ju jättekonstigt! Ja näringsdrycker ja dom behöver vi ju i alla fall inte skriva in. Men sondmaten är ju mat likaväl som vanlig mat. Det behöver ju inte patienterna ordinerats tre gånger om dan heller normalt och varför ska man göra det för att det råkar komma den vägen. Sen att båda kan göra det, men att man då kan ha ett självständigt ansvar som dietist som man kan delegera... det tycker jag borde vara självklart.”

7.3.3 Huvudtema och underkategorier av läkarnas upplevda problem vid nutritionsbehandlingen

Ett återkommande och övergripande tema i alla läkarnas egna beskrivningar av sina upplevelser vid nutritionsbehandlingen på onkologkliniken var *Val & Kval*, som handlar om alla de val och beslut som måste tas och som upplevdes som svåra vid nutritionsbehandlingen. Detta tema, *Val & Kval*, kunde sedan delas in i fem större kategorier som jag här har döpt till; 1. *Jag kan inte!! /Jag vet inte... Gör det någon skillnad??* 2. *Rutiner/Praktiska problem* 3. *TPN/PN* 4. *Här&Nu!* 5. *Strategi/Ambitionsnivå?* (fig 1). Man kunde också se att dessa kategorier påverkade de val som gjordes under beslutsprocessen vid nutritionsbehandlingen. Kategorierna påverkade även varandra under beslutsprocessen.

VAL&KVAL

JAG KAN INTE!! /
JAG VET INTE.....GÖR DET NÅGON SKILLNAD??
RUTINER/PRAKTISKA PROBLEM
TPN/PN
HÄR&NU!
STRATEGI/ AMBITIONSNIVÅ?

BESLUT

Figur 1. Resultat av analys av intervjuer med läkare, angående deras upplevelser av nutritionsbehandlingen på onkologkliniken, Karolinska. Figuren illustrerar det övergripande temat och de fem kategorierna i fallande ordning med det mest återkommande temat högst upp.

En beskrivning av vad dessa kategorier handlade om följer här.

Jag kan inte!!/Jag vet inte.... Gör det någon skillnad??

(8/8 av det totala deltagarantalet)

Detta var den mest återkommande kategorin som på något sätt togs upp av alla intervjuade. Kategorin handlar om okunskap, osäkerhet och likgiltighet. Men också att man medvetet lägger ett stort ansvar på dietisten. Man uppskattar dietistens rekommendationer och hjälp. Det illustreras här i ett citat läkare Anna:

"Jag saknar och jag märker det när jag pratar med dietisterna... jag saknar basal kunskap om metabolismen och allt det här som dom tror att vi kan! Det är flera gånger som dom sagt - men kan inte ni...? Ne ej, det här kan inte jag!! Det kanske jag läst på preklin för 100 år sen, men jag vet inte. Jag har INGET minne av dom där sakerna. Det skulle jag, personligen, vilja ha mer... lite mer kunskap kring och det där katabol, vad är det? Vad som händer konkret!"

Läkare Anna fortsätter sedan också att beskriva sin frustration över sin okunskap i samband med ett patientbesök: *"Jaa. Och dom här patienterna som kommer in i en slags kakexi som inte går att bryta. Varför går det inte att bryta? Varför blir dom... alltså... tunna som skelett och det går aldrig att hämta igen... Vad är det som har hänt för någonting? Hur ska man förklara det för patienten?? För det är ofta ett stort problem för patienten. Dom tar upp det varenda gång! - Ja a, säger dom, jag går INTE upp i vikt och det är omöjligt och jag äter si och så och gör det och de och det är omöjligt. Det går inte. Och då är jag alltid lite ställd. Faktiskt."*

Läkare Anna fortsätter här med att betona brister i utbildningen:

”Jag kan säga under min utbildning, min ST-utbildning så fanns det ju inte någon enda utbildning kring den här problematiken, nutrition. Nej det finns ingenting! Inte under min tid i alla fall. Nu vet jag inte.”

Läkare Åsa beskriver här hur okunskapen även påverkar bristen på strategi och ambitionsnivå. Kategori *Strategi/Ambitionsnivå?* kommer längre fram redovisas som egen kategori i denna uppsats.

”Intervjuare: - Känns det som om man har samma målsättning med patienterna över onkologkliniken när det gäller nutritionsbehandling? Nej det tror jag inte! Ibland vill vi att de ska gå upp i vikt och andra tycker att det räcker med att de håller sin vikt och... (skratt) Jag tror att där kan det skilja ibland. Och en del tycker att nä men det gör väl ingenting om de går ner lite i vikt, det kan väl inte göra så mycket... Ja okunskap! Inget annat.”

Läkare Anna återkommer här med en beskrivning av hur okunskap i nutrition och bristen på diskussioner på kliniken angående nutritionsproblem, påverkar hennes arbetssituation och vilken frustrationen hon upplever i mötet med patienten med aktuella nutritionsproblem:

*”Ja jag kan säga vid varje mottagningsbesök kring alla dom här patienterna så... så är det här... ja kring 80 % ett kvarstående bekymmer. Med tuggförmågan, saliven, maten, sväljningen, vikten. **Intervjuare: - Men är det ingenting som ni pratar om bland läkarna, eftersom det är samma problem som dyker upp?***

Nej faktiskt inte så mycket. (lite förvånat uttryck)... Jag kan känna frustration när jag sitter där med patienten... för jag vet inte hur?? Om jag kan hjälpa dom och hur ska...?? Kan man hjälpa dom och hur ska man hjälpa dom?”

Läkare Jesper beskriver här sin tveksamhet till och okunskap i vilken nytta nutritionen egentligen gör för patienten och upplever en brist på forskning inom området:

”...men som jag ser det i dag så... så jag ser det mer som ett tecken på sjukdomens utveckling... Och jag vet inte... igen så... jag skulle vilja se data som visar vad åtgärderna gör. Kanske är det så att vi sätter in dom för sent? Men det tror jag inte... men det är oklart för mig om det här med vad näringsdryckerna gör och annat... jag vet inte.”

Man kan också se att detta oftast togs upp i samband med kategorien *Här&Nu!* samt i avdelningsarbetet. När denna kategori sedan analyserats vidare har jag hittat vad okunskapen och osäkerheten handlade om.

- Okunskap i resultat av åtgärder/forskning.
- Okunskap i orsak till problemen, vilka åtgärder som kan göras och hur man kan hjälpa patienten.

- Okunskap i basal näringslära, energibehov, energi- och ämnes omsättning, katabolism, fysiologi, cancerkakexi, speciell nutrition för patienter med andra sjukdomar och cancer.
- Okunskap i PN/TPN/EN.
- Okunskap i hemsjukvårdens olika åtgärder och hur dessa åtgärder fungerar för patienten, vad logopeden konkret kan hjälpa till med för patienten.
- Osäkerhet i etiska frågor.

Rutiner/Praktiska problem (7/8 av det totala deltagarantalet)

Detta var den näst mest återkommande kategorin som togs upp av alla utom en av de intervjuade. Det handlar om läkarens behov av att få mycket av och rätt nutritionsrelaterad information i rätt tid för att kunna göra rätt beslut. Läkarna tar upp ett behov av att dokumentation finns på energibehov, vikt och energiintag över både en längre och en kortare tid. Man upplever sviktande rutiner på avdelningen som försvårar deras beslut vid nutritionsbehandlingen. Även praktiska problem runt PN, infarter, PEG, väntetider och inläggningar/utskrivningar på avdelningen. De beskriver svårigheter att samla personalen eller få tag på rätt personer för att kunna genomföra åtgärder. Nutritionsåtgärder genomförs istället i efterhand eller inte alls. De tar upp att det vore bra om alla förstod hur viktigt det är med rutiner för bättre vård. Men de tar också upp att ingen har tid att fylla i listor och att vägning av patienten nu sker mest för att följa vätskebalansen vid olika cytostatikabehandlingar. Det upplevs hos en del av läkarna som att det inte är någon idé med rutiner av nutrition då det är så korta vårdtider. På mottagningen vägs patienten men man vet inte hur man ska följa upp detta viktvärde sedan, och vilka åtgärder det ska leda till. Det framkom även att olika rutiner finns mellan gynekologisk onkologi och allmän onkologi på avdelningen som anses kunna samordnas bättre. Det saknas rutiner vid start av PN och vätskebehandling. Sjuksköterska och undersköterska hinner inte prata med patienterna och läkaren har också kort om tid så nutritionsbehandlingen kommer vid sidan av. Andra problem som tas upp är att det är många nyanställda, ingen överläkare på avdelningen och ovana läkare på avdelningen. Det är ett ständigt påminnande om att patienter ska vägas på avdelningen. Läkare Adam beskriver här bristen på rutiner som ett hinder för att genomföra bra nutritionsbehandling:

“Ja det krävs en hel del rutiner runt patienten för att man ska kunna bedöma nutritionsbehovet också. Det måste fungera med viktregistrering, det måste fungera med vätske- och näringsintag där det behövs. Och där fallerar

det väl ganska ofta och det försvårar ju arbetet på avdelningen. Dels är det en del grundläggande rutiner som inte alltid fungerar som dom ska sen är det väl mera kanske allmänt hur avdelningsarbetet fungerar, att alla är på avdelningen så att säga men aldrig på samma ställe gör att man alltid springer runt och jagar varandra och att det sätter hinder för inte bara den här typen av problem.“

Läkare Adam fortsätter att beskriva detta: *“Det är en ledningsfråga tror jag på avdelningen eller inom slutenvården generellt att alla förstår hur viktigt det är och hur mycket bättre vården blir om man får dom här rutinerna att fungera automatiskt och inte bara när man efterfrågar vissa värden. Inte så att säga försöker få saker gjorda i efterhand utan startar att registrera med en gång när patienten kommer. Det är klart att det är mångfasetterat med att det kräver bemanning och kräver tid och så, men det borde vara mer prioriterat tycker jag”*

En uppfattning i denna kategori som också kom upp var att dietisten skulle ha ett stort och gärna större ansvar i rutiner som bedömning, ordination, uppföljning och dokumentation av nutritionsbehandlingen.

En annan iakttagelse i denna kategori, *Rutiner/praktiska problem*, är att man kan se en risk för brister inom nutritionsbehandlingen genom hela vårdkedjan för patienten. Detta kan inte helt visa att så är fallet för varje patient men man kan se en risk i att så är fallet för allt för många. Det säger inte heller något om patientens upplevelser av detta. Men det säger en del om vad som skulle kunna förbättras i rutinerna för att kunna ge patienten det han/hon egentligen har rätt till. Jag har här försökt illustrera det genom en fiktiv patient med utgångspunkt från en sammanslagning av citat från läkarnas beskrivning av bristande rutiner och förekomst av praktiska problem i vardagen. Den fiktiva patientens vårdförlopp är här skrivet med liten stil. Den fiktiva patientens vårdförlopp varvas med sammanfattningar av de intervjuade läkarnas egna kommenterar genom kursiv liten stil i punktform.

- *”Nutritionen är eftersatt även på andra avdelningar. Det finns behov av ökat stöd innan patienten kommer till onkologkliniken.”*

Här kommer patienten till onkologkliniken från en annan klinik med liknande brister i rutiner, så patients nutritionsbehandling är redan här fördröjd.

- *”Det är bristande rutiner på avdelningen. Registrering bör ske i tid, ej i efterhand. Rutiner för dokumentation, intag, vikt, speciella önskemål, behov och åtgärder behövs för att kunna se förändring över tid oavsett om patienten äter bra eller dåligt. Det är viktigt att få rätt uppgifter för att kunna göra rätt nutritionsbedömning. Vägning av patient ske mest för att bedöma patientens vätskebalans vid cytostatika kur. Det är olika rutiner inom gynekologisk och allmän onkologi vad gäller standard för*

laboratorieprover och parenteral nutrition. Magnesium tas inom gynekologisk onkologi, men inte inom allmän onkologi.”

Patienten läggs sedan in på en avdelning på onkologkliniken. Men vad händer? Ingen bedömning av vikt genom vägning eller energiintag genom kost/kaloriregistrering. Om kostregistrering sätts in påbörjas den ofta sent. Om kostregistrering sedan sätts in så dokumenteras inte kaloriintaget. Om någon frågar om patientens speciella önskemål vid matintag så dokumenteras det dock inte så att det kan rapporteras vidare inom personalgruppen eller till annan vårdgivare. Trots att patienten har diarréer av sin cytostatikabehandling med Cisplatin så tas inga laboratorieprover på magnesium. Det görs det på hennes sänggranne som har gynekologisk cancer och en annan läkare. Även hon har diarréer av sin cytostatikabehandling. Patientens läkare känner sig frustrerad över vad han ska göra med patienten. Ingen vikt finns dokumenterad sen förra kliniken och inte heller nu på avdelningen. Enligt uppgifter från sjuksköterskan har läkaren fått olika bud om patientens matintag och någon beräkning på patientens energiintag finns inte dokumenterat.

- *”Det är personalbrist på avdelningarna och personalen hinner inte prata med patienten på avdelningen. Läkaren hinner inte heller prata om nutritionen. Det är svårt att få all personal samlad på avdelningen.”*

På grund av personalbrist så hinner ingen, varken läkare eller sjuksköterska prata med patienten ordentligt om nutritionen.

- *”Det finns ingen strategi. Nutritionsarbetet både på mottagningen och avdelningen är mycket individberoende. Det är oklarhet om vilka åtgärder som görs eller ska göras vid viktnedgång på mottagning och strålbehandling.”*

Läkaren känner oklarhet i vad man ska göra och vad gör det för skillnad egentligen om man gör den ena åtgärden eller den andra. När läkaren tar upp sin patients nutritionsproblem till diskussion med de andra läkarna på avdelningen så har alla olika åsikter och svarar lite flyktigt. Läkaren känner sig ändå mer frustrerad. Läkaren sätter in en ordination på parenteral nutrition. Eftersom patienten ser mager ut och förlorar mycket vätska är det nog bäst att sätta in ordentligt med energi och vätska. Läkaren ordinerar den parenterala näringslösningen med mest energi. Det är lika bra att passa på att ge medan patienten är här så har man ändå gjort något. Han skriver också en remiss till SAH. Patienten börjar efter detta bli illamående och andfädd. Det tar väldigt lång tid med näringsdroppet och patienten känner sig bunden.

- *”Matledan är svår att behandla. Det är svårt för patienten att dricka näringsdryckerna. Diskussion med patient försvåras mycket då de ligger på en fyra sängs sal. Det är svårt få rätt information från patienten.”*
- *”Här & Nu! Platsbristen på avdelningen och väntetiderna på SAH. Man blundar för vad som händer när patienten kommer hem.”*

SAH svarar att de inte har några platser. Man vet inte hur lång tid det tar och läkaren måste hitta en annan lösning tills vidare. Sökandet efter en rehabiliteringsplats innan hemgång fortsätter. Läget ändrar sig och SAH lyckas få tid att ta emot patienten hemma. Då patienten kommer hem så får hon näringsdroppet bara 2-3 gånger/vecka. De dagar hon fått droppet fortsätter hon må illa. Dokumentationen i övrigt vad gäller patientens nutrition saknas till stora delar så SAH får börja om med detta. SAH har inte heller tillräcklig kunskap i nutritionsbehandling så det är inte säkert att de gör någon åtgärd.

TPN/PN (7/8 av det totala deltagarantalet)

Denna kategori handlar inte bara om näringen man ger via TPN/PN. Med detta följer också andra problem som att patienten inte har någon infart att ge näringen i, väntetider till SAH och brist på vårdplatser på avdelningen som också är avgörande för om patienten kan få näring via PN eller inte. Här kommer det också upp en viss oklarhet till vilken nytta det gör med TPN och PN. Etiska frågor som kommer upp är om det förlänger lidandet för patienten och frågor som hur mycket man ska satsa på näringen i olika skeden av sjukdomen. Hur mycket parenteral näring som ska ges, hur snabbt man ska trappa upp, om man ska vätska upp patienten först och vilka mängder vätska man då ska ge är andra frågeställningar. Ett problem är också att patienten har för kort tid inläggandes på avdelningen för att hinna se effekt av TPN/PN. Man överlåter istället till SAH eller gör inget på grund av för kort tid inläggande. Det är oklarheter om rätt energimängd till patienten, man har olika åsikter bland läkarna på kliniken och även i jämförelse med SAH angående hur mycket ge, när man ska ge eller inte ge och hur ofta ge PN. Läkare Åsa beskriver detta här:

”Akuta nutritionen! Någon som kommer in och är rehydrerad och ska ha både näringsdropp och vätska. Hur snabbt kan man börja ge Kabiven? Hur mycket måste man vätska upp innan? Och vilken mängd? Och såna där saker... Det är det ofta diskussioner om naturligtvis. Ofta har vi nästan sänkt patienten om man sätter in 2 liter så där... (skratt). Det är jätte mycket på en som är väldigt intorkad, va...

***Intervjuare:** - mm, men där är det ändå diskussioner då? Där. Det är det jag menar det är då man kommer in i de här diskussionerna hur mycket ska man ha? Hur mycket ska man vätska upp? Och att alla har lite olika åsikter.”*

Ett annat problem som en läkare tog upp var att man kan uppleva ett behov för PN men då det “bara” är nutritionsproblem och inte patienten är så sjuk i övrigt att man tycker den behöver hemsjukvård så förbises nutritionsproblemet och man hoppas på att det snart går över. Att koppla in hemsjukvård endast för PN görs inte. Det kom också upp en upplevelse av att det fanns olika skolor mellan gynekologisk onkologi och allmän onkologi i hur man gav med elektrolyter och kontrollerade laborativärderna.

Svårigheter med PN och EN beskrivs också när man ska gå över till det ena eller andra alternativet. Det är väntetider för att få centrala infarter och PEG så man kan ge PN eller EN.

Det upplevs fungera dåligt med PN i SAH. Det är där oklart för läkarna vad för sorts PN och hur SAH ger nutritionsbehandlingen. Det är oklart vid den akuta nutritionen som dehydrering, vilka mängder näring och vätska som ska ges, samt vilken hastighet. Problem som upplevs med PN är; då patienten mår illa och patienten känner sig bunden vid droppet, att det tar längre tid att ge PN än planerat på grund av att rätt hastighet inte ställts in och att patienten kan vara borta mycket från avdelning på grund av andra undersökningar, att det blir stopp i infarterna och att det är okunskap bland personalen som sätter PN. Patienten kanske inte har central infart, den perifera infusionen slaggar igen, det gör ont för patienten, blir tromboflebit och patienten får problem efter sina nålar. PN är också lägesberoende att ge.

Här & Nu! (5/8 av det totala deltagarantalet)

Här handlade det om att tidsperspektivet kunde vara ett hinder vid planering och genomförande av nutritionsbehandlingen. Det togs upp att det var väntetider på PAC-, PEG-inläggning och anslutning till SAH, som ofta behövdes för att kunna planera och ge nutritionsbehandlingen. Det togs också upp som problem att det var korta vårdtider och inte fanns några vårdplatser, vilket gjorde att det var svårt att lägga in patienter för nutritionsbehandling och även att skriva ut patienter för hemgång eller annat boende. Det tog tid med uppstartning av sondmatning innan patient kunde skrivas ut. Osäkerhet i vilken tid som fanns för att pröva och utvärdera olika alternativ ledde till att man gjorde det som var lättast för stunden. Detta kunde vara beroende av anhörigas och patientens önskemål eller vilken person man själv var och ens egna värderingar, erfarenheter och kunskaper. Man kunde ibland se att man blundade för vad som hände utanför sjukhusets fyra väggar och vad som hände när patienten kom hem. Läkare Stig beskriver detta här:

”...använder man PI så tänker man att; ska vi sätta nål och det dröjer ett tag och patienten kanske går hem eller han vill inte ha AsiH eller... Det är så många faktorer som ska fixas inom väldigt kort tid, det som man önskar är att... då deras sjukdom och sjukdomsfas behöver mycket palliation och... Då behöver de mycket mera stöd och snabbt och direkt... Nej den här tidspressen ibland känns väldigt stor... Ett hinder ja, att man inte kan fixa det direkt och man skickar remiss till den här pac att man gör det snabbare!”

Läkare David beskriver det också här: *” När man lägger in PEG så måste man se att patienterna sköter det på rätt sätt och volym och allting. Och då behöver man ha patienterna inneliggande några dagar för att se att allt går rätt och för en onkologläkare som alltid är pressad vad gäller platser... dom där två dagarna känns tunga.”*

Strategi/ambitionsnivå? (4/8 av det totala deltagarantalet)

Denna kategori handlade om läkarnas upplevelser av att ingen strategi fanns vid nutritionsbehandlingen. Det togs upp att det fanns en avsaknad av strategier och gemensamma diskussioner om vilken ambitionsnivå man skulle ha för patientens nutritionsbehandling. Vilket då ledde till att det blev mycket varierande hur man gjorde. Mycket som gjordes var mer slumpmässigt och beroende av läkarens egna intresse. Bedömningen var beroende av vilka som jobbade just då och deras erfarenheter. Man gjorde lite som man själv tyckte och det som var lättast för stunden. Det fanns inga diskussioner mellan kollegor på mottagning angående patientens nutrition, men på avdelning fanns diskussioner både mellan läkarna och med annan vårdpersonal. Men även om diskussioner fanns på avdelningen så hade alla lite olika åsikter. Man hänvisade till att det kunde bero på att det var varierande hur intresserad man var av nutritionen, olika synsätt, kunskap eller att man inte hade jobbat med den patientgruppen tidigare. Man upplevde att man inte alltid var på samma nivå angående vilken strategi man skulle ha med nutritionsbehandlingen. Man kunde ibland också ha olika syn på mottagning och avdelning.

En del av detta härrör från ren okunskap och nämns också ofta i anknytning till okunskap i temat *Jag kan inte!!/ Jag vet inte... Gör det någon skillnad??*

Om man delade upp vad *Strategi/ambitionsnivå?* handlade om så var det även här behov av kunskap och rutiner. Det illustreras här med ett citat från intervju med läkare Adam:

"Inte så mkt diskussion generellt är det väl kanske inte... Det man diskuterar är kanske... vad man ska göra om det är en lösning för en kortare period, vilken nivå man ska lägga sig på, vad som är vettigt. Om man startar... ska man gå in med parenteral nutrition om man kan förutse att det bara är under en kortare period eller ska man försöka med någonting annat?"

Intervjuare: - planeringen lite eller planeringen runt om eller?

Jaa vad gäller planering och kanske tid. Vad det finns tid för att pröva så att säga och vad patienten kan tjäna på att man prövar. Och lite hur hårt ska man gå fram kanske. Ska man försöka komma in med parenteral nutrition fullt ut för att se om det finns en möjlighet att höja status hos patient eller ska man vara försiktig å trappa upp det?? Och då kanske man inte hinner komma upp på någon dag bara.

Intervjuare: - Det är ju i alla fall något som diskuteras.

Jaa alltså... men det är ju också något som saknas tror jag, alltså det diskuteras men det saknas kunskap tror jag om vilken ambitionsnivå man egentligen ska ha vad som är bäst för patienten i olika situationer. Ska man försöka vara mer aktiv eller ska man... ja hmm jag tror att hos oss så saknas det rätt mycket diskussioner kring det, att man gör lite som man brukar göra..."

7.3.4 Önskemål från läkarna

Detta togs upp som en fråga vid varje intervju. De önskemål som oftast återkom var;

- *Ansvar*; Stort ansvar önskas läggas på dietisten i nutritionsbehandlingen. Önskar att dietist kunde ta ansvar att ordinera PN/EN. Önskar ansvar av dietist att ta initiativ till att hjälpa, då ser behov under rond. Önskar att dietist ansvarar för att se över nutritionsrutiner. Önskar att dietist ansvarar för dokumentation av energiintag, vikt, energibehov och behov av åtgärd. Önskar att kunna se dietistjournal som dokumentation i datorn. Önskar närvaro av dietist vid beslut och rond.”
- *Rutiner*; Förbättras främst på avdelningen, en stor del handlar om bättre dokumentation.
- *Kunskap*; Förbättras för alla yrkesgrupper inklusive läkarna.
- *Strategi/Mål*; Mer övergripande diskussion på kliniken runt ambitionsnivå för olika patienter.
- *Här & Nu*; Fler vårdplatser, kortare väntetider för Pac, PEG och SAH.

Men några tog också upp önskemål om detta;

- *Information*; Mer basal nutritionsinformation till patienten från läkare och övrig vårdpersonal om vad som kan göras samt att dietist finns att tillgå. Samt mer allmän information till patient från dietist om vad som är förebyggande för undernäring.
- *Fler dietister*; Så att dietisterna kan ta ett större ansvar i nutritionsbehandlingen. Samt att behovet är större än tillgången i nuläget.
- *Forskning*; Mer forskning på vad olika nutritionsterapier ger för effekt och på orsaker till kakexi. Nya läkemedel som kan påverka aptitlösheten. Men också mer information om den forskning som redan nu finns i området.
- *Prevention av fetma/sekundär prevention av cancer*; mer överviktsbehandling av fetma hos friska och fetma hos kurativt behandlade bröstcancerpatienter.
- *Måltidsmiljön på avdelning*; Trevligare måltidsmiljö för patienten på avdelningen.

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Det kan vara så att det finns få tillfällen för läkaren att sitta ner och enbart ha fokus på nutritionen i en diskussion. Delvis därför valdes den kvalitativa intervjumetoden, då den

bedömdes kunna stimulera till detta. Genom tid för diskussion föds ofta nya tankar, kunskaper och reflexioner till ämnet, vilket också kan leda till ökat intresse och självkänedom. En enkät hade aldrig kunna bidra till detta och inte heller ett strukturerat frågeformulär. Det är också lättare att få in ett större material via intervjuer än via enkäter. Genom den kvalitativa intervjumetoden kan man också få fram ett djupare resultat och en mer nyanserad bild av problemet än en enkät kan ge. Metoden kunde bidra till att få insikt i hur läkarens problemställningar ser ut vid nutritionsbehandlingen av onkologpatienter. Finns det hinder som man kan komma runt och som man som dietist inte ser och därför inte heller förstår läkarnas svårigheter vid nutritionsbehandlingen? Det påverkar i så fall även dietisterna i allra högsta grad, samt läkarens och dietistens samarbete vid patientens nutritionsbehandling. Alltså var denna öppna fria form av intervju bäst lämpad.

Tänkbara svagheter med metoden:

- De läkare som är intresserad av nutrition är de som ställer upp på intervju.
- Författaren och intervjuaren arbetar på Radiumhemmet och är ej helt obekant för läkargruppen.
- Intervjuarens egenskap som dietist kan ses som ett hot vid intervju inom detta område, så alla åsikter inte kommer fram.
- Intervjuaren var enda intervjuaren.
- Intervjuarens egenskap som dietist kan omedvetet ha påverkat läkarens svar till att vara mer positiva till dietister och nutritionsbehandling.
- Att intervjuaren i egenskap av författare och dietist kan lägga in sina egna åsikter i material och tolkning.

Under arbetet med uppsatsen har författaren varit medveten om dessa möjligheter till påverkan och försökt beakta dem vid tolkningen. För att motverka eventuell intervjuarbias hade önskemålet varit att fördela intervjuerna på flera intervjuare. Även vid tolkning hade reliabilitet och validitet stärkts genom flera tolkare av samma text. Men det har inte varit möjligt i detta fall. Validiteten stärks av att liknande resultat har visats i andra studier (12, 17, 18, 29). Det viktigaste i det här fallet är också validiteten för denna grupp, då uppsatsen är menad att användas för kvalitetsutveckling på just denna onkologiklinik.

En fördel kan vara att författaren tidigare gjort kvalitativa intervjuer i en C-uppsats. Som

kliniskt arbetande dietist är författaren van vid "intervjusituationer" i patientsamtalet, dock inte helt jämförbart med dessa intervjuer. Samtalet är en intressant och berikande forskningsmetod där man som intervjuare är delaktig i processen att få fram okänt material. Styrkan med denna metod är att författaren har med sig en förförståelse från området, vilket kan underlätta för att hitta nyanser i de meningar som kommer till uttryck och i de olika sammanhang som meningarna kan ingå (15).

Det visade sig vara svårare att få intervjuer med läkare på Södersjukhuset och Danderyds Sjukhus. Det kan bero på att man där övergått till att skicka förfrågan via e-post, eftersom det visade sig vara tidsödande och svårt att få telefonkontakt med läkarna. Andra möjliga orsaker kan vara en större tidsbrist hos dessa läkare, att författaren/intervjuaren var en helt obekant person för dessa eller att det var färre läkare på dessa arbetsplatser.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna uppsats har varit att undersöka läkarnas problemställningar vid nutritionsbehandlingen på just denna onkologiklinik. Den här uppsatsens resultat visar genom de återkommande kategorierna; *Jag kan inte!!/Jag vet inte... Gör det någon skillnad??, Rutiner/Praktiska problem, TPN/PN, Här & Nu!, Strategi/Ambitionsnivå?*, att de intervjuade läkarnas problemställningar vid nutritionsbehandlingen handlade om okunskap i nutrition, oklarheter över resultatet av nutritionsbehandlingen för patienterna, icke fungerande rutiner på avdelningarna, praktiska svårigheter och okunskaper vid TPN/PN, brist på tid och vårdplatser samt frånvaro av gemensamma strategier och oklar ambitionsnivå för den enskilda patienten på kliniken. Detta medförde i sin tur till svårigheter i läkarens beslutsprocess vid nutritionsbehandlingen.

Liknande upplevelser som läkarna beskrivit i den här uppsatsen med brister i nutritionskunskap, brist på tid och en oklarhet över resultatet av nutritionsbehandlingen stöds också genom att ha framkommit i tidigare studier av läkare och nutritionsbehandling (2, 3, 17, 21, 29). I en tidigare studie av läkare och nutritionsbehandling har det framkommit att andra orsaker till sviktande nutrition kan vara oklart ansvar, lågt intresse och svårigheter att identifiera riskpatienter hos läkare (29). Detta har även tagits upp av läkarna i den här uppsatsen. Den här gruppen läkare uttalade sig dock positiva till nutritionsbehandling för

cancerpatienterna, men uttalade att ”andra” läkare på kliniken kanske inte är lika intresserade. I den punktprevalensstudie som gjorts av nutritionsbedömningar på detta sjukhusets avdelningar, visade också att det brister i dokumentationen av kompletta nutritionsbedömningar av cancerpatienterna (36). Detta kan vara ett tecken på ett ojämnt intresse bland läkarna av nutritionsbehandling.

Jag kan inte!!/Jag vet inte... Gör det någon skillnad??

Upplevelserna bland läkarna att man inte har kunskaper i nutrition kan bero på att det saknas kurser i klinisk nutrition i slutet av läkarutbildningen. Då det även saknas enskilda nutritionskurser på Karolinska Institutet finns inte möjlighet att välja till det som en senare tilläggskurs. Europarådets Ministerråd framhåller i resolutionen ”Food and Nutritional care in hospital” att klinisk nutrition ska inkluderas i grund- och vidare utbildning av läkare (30). Trots läkarnas egna upplevelser av okunskap i nutrition så verkar det som att deltagandet av läkare i kurser och föreläsningar i nutrition på denna onkologklinik och sjukhus är lågt. Man kan fråga sig om det beror på tid, intresse, prioritet eller om det är en organisations- och ledningsfråga. Det finns inte heller någon onkolog som varit föregångare inom nutritionsarbetet, vilket också kan vara en av orsakerna till att det inte finns någon uttalad strategi eller ambitionsnivå för nutritionsbehandling på onkologkliniken. Detta kan i sin tur leda till att nutritionsbehandlingen inte prioriteras, trots den uttalade bristen på kunskap, rutiner, strategier och ambitionsnivå bland dessa läkare. Att det var få förekommande diskussioner på mottagningen runt patientens nutrition kan också vara ett tecken på att läkarna saknar tillräckliga kunskaper inom nutritionsområdet. En av orsakerna till svårigheten för dietisterna att få till mer konkreta diskussioner med läkare vid nutritionsbehandlingen på onkologkliniken kan vara kunskapsbrist.

Rutiner/Praktiska problem

Kategori *Rutiner/praktiska problem* kan bero på deras pressade situation vad gäller tid, *Här&Nu!*, deras upplevelser av kunskapsbrist i nutrition, *Jag kan inte!! /Jag vet inte... Gör det någon skillnad??* och brist på uttalad *Strategi/ Ambitionsnivå?* för patienten. Läkarnas upplevelser att det fungerar bra med nutritionsrutiner och nutritionsbehandlingen på mottagningen kan också vara en spegling av att läkarna inte tar samma deltagande nutritionsansvar på mottagningen, i jämförelse med på avdelningen. Det verkar i dessa

intervjuer som att det är först på avdelningen läkaren upptäcker och förstår effekten och vidden av nutritionsproblematiken för patienten. Det är också där det blir mer påtagligt för läkaren sitt egna ansvar i nutritionsbehandlingen och då upplever läkarna sina egna bristande kunskaper, organisationens brister i rutiner, gemensam strategi och komplexiteten och svårigheten i val och beslut vid nutritionsbehandling. Detta tacklas i dessa intervjuer genom att någon annan får ta tag i detta, det är någon annans ansvar, känslor av frustration, otillräcklighet och försvar genom att hänvisa till osäkerhet i effekt och vetenskap.

När det gäller rutiner så finns det dokumenterat i "Nutritionsguiden KS" att: "*God omvårdnad kräver rutinmässig dokumentation av patientens omvårdnadsproblem, vidtagna åtgärder och effekter av åtgärder samt överföring av information mellan olika vårdformer*" (20). Även i socialstyrelsens rapport "Näringsproblem i vård & omsorg - prevention och behandling" är man tydlig med att: "*Professionell omvårdnad kräver systematisk bedömning av patientens problem. Bedömning av patientens förmåga att klara ätandet, upplevelse av att äta, kostvanor, munstatus, mentalt status, vätske- och energiintag är därför en förutsättning för lämpliga och individuellt anpassade åtgärder. I omvårdnadsarbetet förekommer tillfällen där patientens situation är mycket komplex. Det finns inte alltid några generella lösningar utan problem måste lösas genom individuella åtgärder. Detta förutsätter ett resonemang där man ur ett etiskt perspektiv värderar vad som är rätt och gott för den enskilda. Åtgärderna ska också grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet*" (21). Bra rutiner leder i sig till ökad kunskap genom de erfarenheter man kan få genom att sätta in och utvärdera effekten av sina åtgärder. Men ökad kunskap behövs också för att kunna få en förståelse av nyttan med och motivation till att följa rutiner.

TPN/PN

Problemställningar i samband med *TPN/PN* lyftes också upp speciellt av läkarna i denna studie, vilket inte har gjorts i de andra studierna i litteraturstudien. Detta kan bero på att det är vanligt förekommande med *TPN/PN* på onkologkliniken. En fundering här är om det egentligen används mer än vad som finns behov av. Det skulle också kunna vara så att EN skulle kunna användas mer än det görs i nuläget och att det också skulle kunna minska de problem som läkaren upplever vid *TPN/PN*. EN är mer lämpligt fysiologiskt och rekommenderas att användas som första handsval, om möjligt, vid behov av nutritionsstöd

(33). Nutritionsbehandling i form av kosttillägg och EN har vetenskapligt bevisats påverka patientens nutritionsstatus (32). EN är också möjligt för patienten att sköta själv i hemmet utan behov av SAH, vilket ökar patientens delaktighet i behandlingen. Det är också en mer kostnadseffektiv nutritionsbehandling.

Resultatet av läkarnas upplevelser av svårigheter i kategori *TPN/PN* kan bli att patienten kan få en olämplig nutritionsbehandling och ibland ingen alls, även om behov finns. Detta kan försämra nutritionsstatus ytterligare och försvåra andra åtgärder och resultatet av den onkologiska-, sjukgymnastiska-, psykosociala-, arbetsterapeutiska behandlingen samt nutritionsbehandlingen och även en nutritionsbehandling i ett senare skede. Det kan också fördröja tiden som patienten är inneliggandes eller öka ytterligare inskrivning för patienten på avdelningen. En studie av sjuksköterskors kunskaper i nutrition har visat att de inte kunde identifiera sina svagaste kunskapsområden inom nutrition där de behövde mer kunskap (7). Detta kanske även gäller den här gruppen läkare, eftersom få av dem tog upp problem med EN.

Här&Nu!

Resultatet av kategori *Här&Nu!* kan bli att ingen åtgärd vidtages, fel bedömningar sker och åtgärder sätts in utan egentligt syfte. Man missar också kunskapen i effekterna av sina åtgärder, då ingen utvärdering av åtgärderna görs. Det kan leda till att man fortsätter att sätta in åtgärder utan någon vetskap om man får den förväntade effekten. Detta behöver ses över då all vård ska arbeta för att vara mer evidensbaserad. Att göra det som synes vara lättast för stunden är inte alltid heller kostnadseffektivt i det långa loppet. Att följa patientens och anhörigas önskan är inte heller alltid det mest etiska eller livskvalitethöjande för patienten i ett längre förlopp. För att patienten ska veta vad hans/hennes önskan leder till bör han/hon också ha rätt till all nödvändig information och kunskap via sin läkare inför ett beslut angående till exempel olika typer av nutritionsbehandling.

Strategi/Ambitionsnivå?

Avsaknad av strategi och ambitionsnivå togs upp av läkarna i denna uppsats som en frustration och svårighet i deras beslutsprocess. Detta var ett nytt fynd som inte på samma sätt framkommit i andra studier. Den kvalitativa intervjuemetoden kan ha bidragit till att nya resultat har framkommit här. Inte heller förekom det några diskussioner mellan läkarna runt

vilka strategier man skulle ha med nutritionsbehandlingen. Det var enligt dessa läkarna mer något som diskuterades när patienterna kom in akut på avdelningen. Om inte dessa diskussioner är med under hela patientens vårdförlopp, så kan det vara svårt att få en gemensam och förankrad strategi för vad man vill åstadkomma med nutritionsbehandlingen för patienten. Dietisternas yrkesetik tar upp att: *”Dietisten ger sin behandling och information i en miljö som kräver samverkan och respekt mellan olika yrkesgrupper och där alla arbetar för ett gemensamt mål ”* (9). Om det ska vara möjligt att arbeta mot samma mål, så krävs det att man har en aktiv diskussion vad det gemensamma målet är. För att olika yrkesgrupper ska kunna delta i den diskussionen krävs det att alla har kunskaper i ämnet klinisk nutrition.

Ansvarsfördelning

Läkarnas synpunkter om dietistens ansvar, kunskaper och arbete som framkom i denna uppsats har inte framkommit i tidigare studier. Detta var inget som efterfrågades i intervjuerna men kan ha tagits upp av läkarna på grund av vetskapen att intervjuaren var dietist. Detta bidrog dock till att få fram hur de såg på sin egen och dietistens ansvarsdel i nutritionsbehandlingen, vilket var av intresse för denna studie. Det verkar i intervjuerna som att läkarna med en remiss till dietist avsägar sig sitt egna ansvar i nutritionsbehandlingen. Läkaren har också ett eget ansvar att följa upp och utvärdera åtgärd och ordination. Upplevelser av att inte veta vilken effekt olika åtgärder har, *Jag kan inte!!/Jag vet inte... Gör det någon skillnad??*, speglar också brist på uppföljning och utvärdering av åtgärd. Resultatet av kategori *Jag kan inte!!/Jag vet inte... Gör det någon skillnad??* kan bli att läkaren inte tar hela sitt ansvar vid nutritionsbehandlingen på grund av okunskap i nutrition. Man kunde se att hela processen vid en nutritionsbehandling oftast saknades vid läkarnas egna beskrivning av begreppet nutritionsbehandling. Speciellt uppföljning och utvärdering som bara nämns av en läkare. Det är intressant då det verkar vara så att den delen också fattas vid läkarens syn på sin egna roll vid nutritionsbehandling, som också diskuterades vid intervjun. Det ska också nämnas att det tidigare funnits diskussioner bland dietisterna själva nationellt, angående innehållet i begreppet nutritionsbehandling, då detta historiskt sett är ett relativt nytt begrepp inom vården.

Vad det gäller läkarnas syn på sin egna roll i nutritionsbehandlingen så har man sett liknande resultat, som i denna uppsats, i en intervjustudie av cancerpatienters upplevelser före start av

HPN (24). Där framkom att både patienter och närstående upplevt att patientens ätproblem och viktförändring inte togs upp vid läkarbesöken på sjukhuset. Patienter och närstående säger där att de flesta läkare inte frågat om viktförändring. Inte heller när patient och familj själva tagit upp viktförlusten hade läkaren reagerat. En del av dessa patienter hade också varit på sjukhus precis före introduktion av HPN och rapporterade då att deras mat- och vätskeintag registrerats, men trots det hade ingen reagerat och åtgärdat det låga intaget. Ett antal patienter och närstående uttryckte också att rutinerna, måltidsförberedelserna och matserveringssystemet på sjukhuset bidrog till deras undernäring (24).

Om man tittar på socialstyrelsens beskrivning av ansvarsfördelning så säger den att:

”Verksamhetschefen svarar för att den personal som skall utföra olika arbetsuppgifter har erforderlig kompetens för detta (SOSFS 1997:8). Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för rutiner och kvalitetssystem, vilket inkluderar nutritionsområdet (SOSFS 1996:24)” (38).

Och även Socialstyrelsens rapport “Näringsproblem i vård och omsorg prevention och behandling” uttalar att förutsättningen för att vårdgivaren ska kunna axla ansvaret är att en klar ansvarsfördelning mellan de olika kompetenserna definieras (21). Vidare står också att läsa; *”Patientansvarig **läkare** har det övergripande ansvaret, vilket omfattar medicinskt huvudansvar för utredning som leder till ordination av rätt behandling. Läkaren tar ställning till om avmagring eller pågående viktförlust orsakas av medicinska faktorer som behöver utredas eller kan motverkas genom specifik medicinsk behandling. I samråd med annan personal som sjuksköterska, dietist, logoped och undersköterska ordinerar läkaren lämplig nutritionsbehandling”*. Nutritionsbedömningen bör upprepas kontinuerligt hos patienter med tillstånd som ofta är förenade med undernäring - vilket cancer är ett exempel på. Enligt *”Kvalitetsmålen för nutrition på Karolinska”* bör detta ske minst var 3:e månad, eller anpassat till patientens sjukdomstillstånd. Vid cancer borde detta vara minst en gång per månad eller vid varje läkarbesök (31).

”Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret när det gäller patientens näring. Det omfattar bland annat att identifiera eventuella problem med mat- och vätskeintag, att se till att patienten får näring enligt fastlagd ordning och givna ordinationer. Tillsammans med övrig

personal ansvarar sjuksköterskan också för att mat serveras på ett trevligt och aptitligt sätt och att de som behöver får hjälp med att äta.

Dietisten ansvarar i samråd med patientansvarig läkare för individuell nutritionsbehandling. Dietisten har huvudansvaret för att utarbeta och följa upp behandlingen samt att tillsammans med omvårdnadsansvarig sjuksköterska dokumentera behandlingen och ta initiativ till justeringar av nutritionsbehandlingen.

Läkare, sjuksköterska, dietist har ett gemensamt ansvar för att bedöma patientens nutritionstillstånd, liksom man gemensamt ansvarar för att relevanta uppgifter avseende patientens näringsproblem dokumenteras och vidarebefordras till nästa vårdgivare”(38).

Dietisternas yrkesetik tar också upp att: ”Nutritionsbehandling betraktas som en del av den medicinska behandlingen (SOS 2000:11). Inom vården kan nutrition ses ur olika perspektiv. För dietisten är huvudperspektivet nutritionsbehandling av patienten. Läkarens medicinska- och sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv innefattar också ett perspektiv på nutrition. Gränserna mellan de olika perspektiven är ibland oklara och överlappande”(9). För att göra gränserna tydligare vad som är varje enskild yrkesgrupps ansvar och vad som är allas ansvar krävs det även där att man lyfter upp nutritionsfrågan till diskussion, men också på en högre nivå inom klinikledningen och sjukhusledningen så det blir tydliggjort för alla parter. På så sätt kan man få förutsättningar att arbeta med nutritionsbehandling på ett konstruktivt sätt, liknande den medicinska behandlingen, både för personalen och för patienten (30).

Det framkom i intervjuerna att läkarna hade ett önskemål att dietisterna tog ett stort och gärna större ansvar för nutritionsbehandlingen. Problemet är att dietisten inte har någon ordinationsrätt utan det är läkaren som ansvarar för och ordinerar nutritionsbehandlingen i alla de olika formerna; specialkost, EN, PN och kosttillskott. Men i praktiken är det dietisten som utför större delen av detta arbete. Vid PN sker ofta en rekommendation av dietisten för lämplig sort, volym och energinivå, men då PN klassas som läkemedel så måste läkaren ordinaera detta via läkemedelslistan. Detta komplicerar till viss del ansvarsfördelningen mellan dietist och läkare. Dietisterna har nyligen fått legitimation men det verkar inte än som det kommer påverka ordinationsrätten för nutritionsbehandlingen. Även om det skulle bli så att

dietisten får ordinationsrätt för olika typer av nutritionsbehandling så behövs läkarens övriga kunskaper vid ordinationen. Man kan fundera över om det skulle underlätta dietistens arbete med ett tydligt ansvar även med ordinationsrätt för nutritionsbehandlingen. Kanske skulle dietistens kunskaper och roll inom nutritionsbehandlingen då kunna lyftas upp och användas bättre än i nuläget. Alternativt, som en av läkarna tog upp, att det fanns möjlighet att delegera detta till vissa dietister som har mer kunskaper inom området EN och PN. Dietister skulle då ha ett behov av flera poängkurser inom detta området, för mer specialisering inom EN och PN.

”Någon annan” t ex SAH får åtgärda nutritionsproblemet. Men om man ej känner till att det är ett nutritionsproblem hos patienten hur kan då detta överrapporteras, eller utförs det helt enkelt inte? Effekten kan bli att patienten kan ha många kontakter på avdelning, medicinsk behandling, mottagning och SAH men ingen tar ansvar för nutritionsproblemet. Det framkom också att det finns en okunskap hos läkarna vilka dietistresurser som finns inom SAH, vilka är väldigt få. Ändå tror man att detta handhas bäst inom SAH. Men många patienter med nutritionsproblem har ingen SAH-kontakt. Man kan likna nutritionsbehandling utan strategi med att ge onkologbehandling utan att utvärdera. Att endast åtgärda då det är ett rent akut nutritionsbehov och oftast i ett sent skede av malnutrition ger dålig effekt av nutritionsbehandlingen. Varför är det då ej självklart att fråga om patientens nutrition, väga och åtgärda nutritionsbrister då patienten ligger inne på avdelning? Kanske är det egentligen extra viktigt på avdelningen med blandade diagnoser att fånga upp dessa problem. På avdelningen borde det vara mer effektivt med fungerande rutiner, inarbetade nutritionsbehandlings- och åtgärdsstrategier då det ofta är korta vårdtider och många byten av läkare. Många ST-läkare får också sina kunskaper och rutiner i nutritionsbehandling på avdelningen. Istället visar det sig här att alla gör på sitt eget sätt, vilket kan vara orätt mot patienten. Om ingen strategi finns så är det lättare att skjuta över problemet till nästa vårdgivare, eller inte gör någon åtgärd alls.

Kunskapen om att nutritionen till patienterna är viktig vid den onkologiska behandlingen verkar finnas hos läkarna på mottagningen - men vad händer på avdelningen?

Problemställningar som läkarna i denna grupp beskriver handlar i första hand om avdelningsarbetet. Detta bekräftas också via den årliga punktprevalensstudien som görs för att utvärdera nutritionsbedömningar på avdelningarna. Punktprevalensstudien visar att

avdelningarna på onkologkliniken ligger under de ställda kvalitetsmålen inom nutrition (36). Detta bekräftar läkarnas uttalanden om att det brister i rutiner som dokumentation av nutritionsparametrar, att dessa utförs för sent efter inskrivning på avdelningen eller inte alls. Man ser dock en tendens till en bredare och mer komplett nutritionsbedömning i den senaste punktprevalensstudien på onkologkliniken. Men dokumentation för vikt och ätsvårigheter hade då minskat. Dessa är viktiga parametrar att utgå ifrån vid uppföljning och utvärdering av patientens nutrition. Den minskade dokumentationen av vikt och ätsvårigheter kan även stödja läkarnas beskrivning av att det saknas en strategi och ambitionsnivå för nutritionsbehandlingen. Om man inte vet vilket mål man har för patienten så kan det påverka motivation och förståelse för uppföljning, utvärdering och dokumentation av parametrarna vikt och ätsvårigheter. Skulle kvalitetsmålen kunna uppnås bättre genom förbättrade nutritionskunskaper, gemensamma mål, strategier och rutiner för patienterna på kliniken? Patienter som i nuläget skrivs in på avdelning har ofta många problem varav nutritionsproblem oftast är ett av dessa. Patienterna kan också redan ha väntat länge med sina nutritionsproblem innan de kommer in akut. Hur länge ska vi vänta innan vi vidtar åtgärder på avdelningen? Vad vill vi ha för kvalitet på nutritionsbehandlingen på avdelningen, vilken plan ska vi ha för detta?

Intervjuerna i denna uppsats tyder på att det beror på läkarens egna intresse av nutrition och vilka nutritionsåtgärder som sätts in för den enskilda patienten. Är det god vård att ge nutritionsbehandling utifrån dessa grunder på onkologavdelningarna på Karolinska? Om man beslutar sig för att det inte finns tid eller värde i att bedöma, åtgärda och utvärdera nutritionsproblem på onkologkliniken, så är det likvärdigt med att besluta att nutritionsbehandling inte är viktigt för cancerpatienterna och onkologbehandlingen. Det sätt som nutritionsbehandlingen i nuläget utförs på, kan innebära oekonomiskt användande av pengar och resurser, utan någon möjlighet till att ge önskad effekt. Det finns inte heller någon möjlighet att arbeta evidensbaserat med detta som grund. Cancerpatienter kommer kanske inte ha någon chans att få den vård de behöver och egentligen borde kunna få. Om patientens nutritionen inte fungerar vet vi att det blir svårigheter att ge onkologbehandlingen (5, 26, 27, 28, 33). Detta kommer påverka patientens livskvalitet, vilket är starkt kopplad till god nutritionsstatus och aktivitetsförmåga (5, 28, 33). Det finns ett behov av att arbeta vidare med dessa frågor inom onkologkliniken för att kunna ge patienten den bästa vården.

Forskning

Författaren kan också genom resultaten i denna uppsats, se ett behov av initiativ från onkologklinikens sida till ökat deltagande i både större och mindre studier, samt initierande och drivande av forskning inom området nutritionsbehandling till cancerpatienter. På det sättet skulle man få en nutritionsbehandling med mer vetenskaplig och evidensbaserad grund än nu. Studierna och forskningen bör också bedrivas tvärprofessionellt och patientnära på klinik. Nutritionsbehandling kan bli mer evidensbaserad genom att följas upp och utvärderas mer kontinuerligt, för att då lättare kunna se var behov av förändringar är nödvändiga. Man skulle kunna undersöka mer runt t ex kombinationen aptitstimulerande läkemedel och nutritionsbehandling, nutritionsbehandling i form av PN och dess påverkan på nutritionsstatus, diagnostisera kakexi för att sätta in rätt åtgärder i rätt skede och följa upp speciella malnutritionsmarkörer genom laboratoriesvar. Det här skulle kunna vara ett område i framtiden där läkare och dietist skulle kunna mötas och leda till ett ökat samarbete mot ett gemensamt mål, utifrån bådats kunskapsbaser. Samarbetet borde också i sig kunna öka kunskaperna för läkarna inom nutrition.

9. Slutsats

Kunskapen i nutrition måste förbättras övergripande både genom läkarutbildningen men också kontinuerligt inom aktuellt verksamhetsområde för läkarna. En kontinuerlig nutritionsutbildning för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom onkologkliniken behöver vara obligatorisk då utbildning utan deltagare inte tjänar sitt syfte för kliniken. Det bör också finnas en möjlighet till utbildning i detta genom att konsultverksamheten på kliniken även arbetar mer in mot kliniken. Ett behov av mer kunskap i nutrition finns nu inom kliniken. Behov finns av en uttalad gemensam strategi och målsättning på flera nivåer för nutritionsbehandling inom onkologkliniken, Karolinska. Detta skulle kunna underlätta beslutsprocessen och arbetssituationen för läkarna, men även samarbetet och arbetssituationen mellan alla yrkesgrupper som deltar i nutritionsbehandlingen. När alla har kunskap om vilken ambitionsnivå och strategi man bör ha för cancerpatientens nutrition i olika skeden av sin sjukdom så kan det också öka motivationen och förståelsen av att ha och använda rutiner vid nutritionsbehandlingen. Detta kan sedan i sin tur kunna leda till bättre kvalitet på nutritionsbehandlingen och vården för den enskilda patienten. Det borde finnas möjlighet att påverka detta genom att lyfta upp detta till en större diskussion på alla tumörgruppssektioner,

mottagningar och avdelningar inom onkologkliniken.

Viljan till att förbättra nutritionsomhändertagandet ser ut att finnas hos denna grupp läkare, som också själva kom med konstruktiva förslag. Förutsättningarna för det fortsatta nutritionsarbetet på kliniken måste dock sättas av sjukhusledning och klinikledning, med bland annat fler vårdplatser på onkologkliniken, tid för personalutbildning, införande av förbättrade rutiner, samt klart uttalade strategier, för att uppnå de uppsatta mål som kliniken behöver sätta för nutritionsbehandlingen till patienterna på onkologkliniken.

Litteraturförteckning

1. Akner G et al. Nutritionsrelaterade moment under läkarutbildningen vid KI. Läkartidningen 1997; 94:1733-9.
2. Akner G et al. Diagnostiskt prov i klinisk nutrition för läkarstuderande. Provresultat visar att utbildningen i klinisk nutrition måste förbättras. Läkartidningen 2001; 98: 2604-10.
3. Baldwin C et al. Dietary advice for illness-related malnutrition in adults (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 4.
4. Beck AM et al. Food and nutritional care in hospitals: how to present undernutrition - report and guidelines from the Council of Europe. Clinical Nutrition 2001; 20, 5: 455-460.
5. Capra S et al. Cancer: impact of nutrition intervention outcome - nutrition issues for patients. Nutrition 2001; 17: 769-772.
6. Carlsson, B. Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap. 1:a upplagan. Almqvist & Wiksell Förlag AB, 1991.
7. Crogan, Neva L et al. Comparing nutrition knowledge exam scores with reported nutrition topics of interest among nursing home nurses. Journal for Nurses in Staff Development 2000; 16, 6: 277-281.
8. Elia M et al. To Screen or not to screen for adult malnutrition? (Review). Clinical Nutrition 2005; 24, 6: 867-884.
9. ”Etisk kod för dietister”. Dietisternas Riksförbund (DRF) 2005.
10. ”Handlingsplan i nutritionsomhändertagandet på Radiumhemmet”. Nutritionsgruppen Radiumhemmet 2003.
11. Karolinska Institutet. 21 augusti 2006.
<http://courses.ki.se/utbildningsprogram/Lakare/termin1/kurser>
12. Kondrup J et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clinical Nutrition 2002; 21, 6: 461-468.
13. Kondrup J et al. Espen Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clinical Nutrition 2003; 22, 4: 415-421.
14. Kowanko I et al. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. Journal of Clinical Nursing 1999; 8: 217-224.
15. Kvale, S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur, 1997.
16. Lundholm K et al. Palliative nutritional intervention in addition to Cyclooxygenase and Erythropoietin treatment for patients with malignant disease: Effects on survival,

- metabolism and funktion. A randomized prospective study. American Cancer Society, 2004; 100: 1967-77.
17. Nicolas LG et al. Dietitian-general practitioner interface: A-pilot study on what influences the provision of effektive nutrition. Am J Clin Nutr 2003; 77 (suppl): 1039S-42S.
 18. Nightingale, JM et al. Knowledge about the assessment and management of undernutrition: a pilot questionnaire in a UK teaching hospital. Clinical Nutrition 1999; 18, 1: 23-7.
 19. ”Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg”. SNUS - Samarbetsgruppen för nutritionens utveckling i Sverige.
 20. ”Nutritionsguiden KS”. Nutritionsteamet Karolinska 2005.
 21. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Socialstyrelsen. SoS-rapport; 2000: 11.
 22. Olsson H & Sörensen S. Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Liber AB, 2001.
 23. Orrevall Granberg Y. Den viktiga maten – Praktisk nutritionsbehandling vid cancersjukdom. Cancerfondens Förlagsverksamhet, 1995.
 24. Orrevall Y et al. The path from oral nutrition to home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. Clinical Nutrition 2004; 23, 6: 1280-1287.
 25. ”Snabbguide - Parenteral nutritionsbehandling på Radiumhemmet”. Nutritionsgruppen Radiumhemmet 2005.
 26. Persson CR et al. A randomized study of Nutritional support in patients with colorectal and gastrit cancer. Nutr Cancer 2002; 42, 1: 48-58.
 27. Persson C et al. The relevance of weight loss for survival and quality of life in patients with advanced gastrointestinal cancer treated with palliative chemotherapy. Anticancer Res 2002 Nov-Dec; 22, 6B: 3661-8.
 28. Persson C. Improved Nutritional Support in Cancer Patients” Institutionen för onkologi, radiologi och klinisk immunologi (Doktors avhandling). Uppsala: Institutionen för Onkologi, Radiologi och Klinisk Immunologi vid Uppsala universitet, 2002.
 29. Rasmussen HH et al. Clinical nutrition in Danish hospitals: a questionnaire-based investigation among doctors and nurses. Clinical Nutrition 1999; 18, 3: 153-158.
 30. Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Council of Europe,

Committee of ministers. URL: <https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>

31. ”Riktlinjer för kvalitetsarbete vid Karolinska Universitetssjukhuset Mål 2005”
32. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CAB International, 2003.
33. Sobotka L ed. Basics in Clinical Nutrition. Third edition. Galén, 2004.
34. Trost J. Kvalitativa intervjuer. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur, 2005.
35. Wikman K. Nutritionsbehandling till cancerpatienter. OMSORG - nordisk tidskrift for Palliativ Medisin 2002; 19, 4: 27-28.
36. Uppföljning av kvalitetsindikatorer nutrition 2005. Karolinska Universitetssjukhuset, Omvårdnadsenheten, Ann Ödlund Olin Vårdutvecklingsledare Med dr.
37. Uppsala Universitet. Läkarprogrammet Stadium 1. Version: 8/3 2006. 21 augusti 2006
<http://www.uu.se>, <http://kurswebb.medfarm.uu.se>
38. Regionalt Vårdprogram. Nutrition med inriktning undernäring. Medicinskt programarbete. FORUM för Kunskap och gemensam Utveckling, Stockholms läns landsting 2005.

Bilagor

- Bilaga 1.** Definitioner
- Bilaga 2.** Förfrågan till klinikchefen om genomförandet av studien på onkologkliniken.
- Bilaga 3.** Förfrågan till läkare om studiedeltagande.
- Bilaga 4.** Frågeområden/intervjuguide.

Bilaga 1.

Definitioner

Definition till ämnet hämtat från ”Etisk kod för dietister, Dietisternas Riksförbund” (9).

Malnutrition *Ett tillstånd av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen som medför ett tillstånd av ökad sjuklighet. Den vanligaste formen av undernäring i svensk sjukvård är orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist, protein- energi malnutrition (PEM).*

Nutrition *Läran om energiomsättning och näringsämnen samt deras funktion i kroppen. Nutrition innefattar också näringsbehov, livsmedelskonsumtion och kostvanor samt sambandet mellan kost och sjukdom. Vidare ingår de åtgärder som dietisten vidtar utifrån denna kunskap.*

Nutritionsbehandling *(Se figur 2 och 3) Begreppet nutritionsbehandling innefattar många olika aspekter och dimensioner. I figur 2 illustreras schematiskt själva processen samt ordningen för dem i de ingående delarna. I figur 3 beskrivs övergripande de olika terapiformer som nutritionsbehandlingen kan innehålla.*

Utredning, bedömning ⇒ Åtgärd, ordination ⇔ Uppföljning, utvärdering

Figur 2. Processen vid nutritionsbehandling och ordningen för de olika delarna som ingår i denna.

<u>Terapiformer</u>	
⇓	⇓
<u>Oral nutrition</u>	<u>Artificiell nutrition</u>
Kost enligt SNR	Enteral nutrition
Specialkost	Parenteral nutrition
Anpassad kost	
Kosttillägg	
Kosttillskott	

Figur 3. Olika terapiformer inom nutritionsbehandling. **Källa:** Etisk kod för dietister, Dietisternas Riksförbund.

Enteral nutrition (EN) I denna terminologi definieras EN som artificiell näringstillförsel via mag-tarmkanalen (nasogastrisk sond, gastrostomi och jejunostomi). EN kan även användas i en vidare bemärkelse och inkludera oralt intag.

Parenteral nutrition (PN) Tillförsel av näring via perifer/central ven. Kan variera med avseende på substrat och innehålla allt från enbart glukos till mer fullständig näringstillförsel inkluderande även amino- och/eller fettsyror.

Total parenteral nutrition (TPN) Patientens fullständiga energi- och näringsbehov är tillfredsställt via nutrition i perifer/central ven.

Näringsdryck Se kosttillägg. Ordet näringsdryck används även för egentillverkade drycker.

Kosttillägg Produkter som används som ett komplement till den vanliga maten när den inte räcker till för att tillfredsställa behovet av energi och/eller näring. Orden flytande kosttillägg och näringsdryck används ofta synonymt (9).

Medicinska termer

BMI, Body Mass Index Vikt i kg/längd i m², ett mått på vikten i relation till längden.

Dehydrering Uttorkning

EPA, eikosapentaensyra En omega-3-fettsyra.

HPN Hem parenteral nutrition.

Kakexi Ett syndrom av kraftigt ökad viktförlust, aptitlöshet, onormal muskelförlust, blodbrist

och onormal ämnesomsättning av protein, fett och kolhydrater.

Kurativ Botande.

Onkologi Vetenskapen om tumörsjukdomar.

Palliativ Lindring av symtom.

Pac, Port a cath Kirurgiskt placerad dosa under huden vid nyckelbenet, för att kunna ge medicin i en större ven.

Refeeding syndrom Symtom vid övernutriering.

SAH Sjukhusansluten Avancerad Hemsjukvård.

Sondmatning Tillförsel av artificiell näringslösning via en sond till mag-tarmkanalen.

Tromboflebit Inflammation i venvägg tillsammans med blodpropp

Bilaga 3

Uppsala Universitet, IHV 2006-02-02

Hej

Jag arbetar som dietist på onkologkliniken sen flera år tillbaka och kommer att genomföra en studie på onkologkliniken, Karolinska för min magisteruppsats. Syftet med studien är att undersöka vilka problemställningar och attityder som finns bland läkarna gällande nutritionsbehandlingen. Detta för att se vilka möjligheter som finns att gå vidare och förbättra nutritionsbehandlingen för cancerpatienterna och öka stödåtgärderna till läkarkåren inom detta område.

För detta syfte kommer individuella kvalitativa bandande intervjuer genomföras á 45 min. Studiedeltagandet kommer att hanteras konfidentiellt. Studiens genomförande på onkologkliniken har godkänts av ställföreträdande verksamhetschef Margareta Randén.

Min önskan är att Du skulle ha möjlighet att delta i detta. Ditt bidrag och erfarenhet är viktigt för att detta ska kunna resultera i mer stöd till läkarna vid nutritionsbehandlingen och förbättringar för patienten. Jag kommer eftersträva en stor spridning av urvalet, så alla läkares synpunkter och erfarenheter är välkomna! Om några dagar kommer jag åter kontakta Er via telefon för att informera närmare och boka tid och plats för intervjun.

Vänliga hälsningar

Malin Wiklund, Dietist

Tel: 08-5177 3639 arbetet

E-mail: malin.viklund@karolinska.se

Handledare:

Urban Nylén, Öl. Med.Dr. Utvärderingsenheten. Radiumhemmet, Karolinska
Universitetssjukhuset. Berit Lundmark, lektor. IHV, Uppsala Universitet.

Bilaga 4

Frågeområden/intervjuguide

Vad lägger du i begreppet nutritionsbehandling?

Ser du undernärda patienter i ditt arbete? Berätta hur du hittar dem och vad du gör?

Hur ser du på din roll inom nutritionsbehandlingen? Berätta! Beskriv!

Beskriv hur du tycker det fungerar inom nutritionsbehandlingen till dina patienter?

Vilka diskussioner finns vid nutritionsbehandlingen inom läkarkåren/mellan kollegor på kliniken?

Beskriv tillfällen när det inte är aktuellt med nutritionsbehandling?

Obs! Den sista frågan togs bort efter provintervju.