



UPPSALA  
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå  
ht 2015

## Faktorer som påverkar dietisters förskrivning av näringsdrycker

– en enkätundersökning

Sara Sjöström  
Anna-Karin Snögren

Institutionen för kostvetenskap  
Box 560  
Besöksadress BMC, Husargatan 3  
751 22 Uppsala



Institutionen för kostvetenskap

Examensarbete C 15 hp/HK C, 15hp Grundnivå

Titel: Faktorer som påverkar dietisters förskrivning av näringsdrycker – en enkätundersökning

Författare: Anna-Karin Snögren och Sara Sjöström

### **Introduktion**

Förskrivning av näringsdryck är en vanlig nutritionsåtgärd till patienter som inte uppfyller sitt energi- och näringsbehov, dock finns inga nationella riktlinjer gällande förskrivning av näringsdryck. Det är oftast dietister som förskriver näringsdryck och som därmed beslutar om vilken produkt som skall förskrivas till patienten.

### **Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka vilka näringsdrycker som dietister vanligast förskriver och vilka faktorer som påverkar valet av näringsdryck. Vidare var syftet att undersöka dietisternas syn på smakvariation relaterat till följsamhet.

### **Metod och material**

En kvantitativ metod med instrumentet enkätundersökning för datainsamlingen, där verksamma dietister i Sverige som förskriver näringsdryck ombeds att delta. Totalt skickades 1480 elektroniska enkäter ut och 133 deltagare besvarade enkäten.

### **Resultat**

Onkologi- och geriatriskpatienterna var de största grupperna som fick näringsdryck förskriven. I genomsnitt gjordes 4-7 förskrivningar av näringsdryck per vecka, och den vanligaste näringsdrycken som förskrevs var extra energirik mjölkliknande näringsdryck (200 kcal/100ml, 9-10 gram protein/100ml). Majoriteten av deltagarna (52 %) ansåg att patientens preferenser är den mest betydelsefulla faktorn för vilken näringsdryck som de förskriver. Majoriteten (83 %) ansåg att variation av smaker påverkar följsamheten till ordinationen. Hälften av deltagarna har ingen eller liten möjlighet att låta patienten provsmaka näringsdryck innan förskrivning.

### **Slutsats**

Den vanligaste förskrivna näringsdrycken var extra energirik mjölkliknande (200 kcal/100ml, 9-10 gram protein/100ml). Påverkande faktorer var främst ”*patientens energi och näringsbehov*”, ”*patientens diagnos*” samt faktorn, som ansågs vara mest betydelsefull, ”*patientens preferenser gällande smak och konsistens*”. En överhängande majoritet ansåg att smakvariation hade betydelse för följsamheten, mer forskning krävs inom området.

### **NYCKELORD**

Oral nutritional supplement (ONS), enteral nutrition, prescribing, sip-feed, registered dietitian, evidence based, nutritional assessment.

**Introduction**

Oral nutritional supplements (ONS) is a common nutritional measure for patients who are unable to meet their energy and nutritional needs. No national guidelines for prescription of ONS exists. Since dietitians are the most common prescriber of ONS they ultimately decides what is prescribed.

**Aim**

The aim with this study is to investigate what type of ONS is most commonly prescribed by dietitians and what factors influence choice of ONS. Further, the aim was also to investigate the dietitians view on taste variety related to compliance.

**Method and material**

A quantitative approach, with data collection through a survey, is selected. Swedish dietitians that prescribe ONS are asked to participate. 1480 web surveys where sent out and 133 participants responded.

**Results**

Oncology and geriatrics patients were the most common to receive ONS.

Average of 4-7 ONS prescriptions was made per week, and the most commonly ONS that was prescribed was extra high energy (200 kcal/100ml, 9-10 g protein/100 ml). 52 % of the participants felt that patient preference is the most important factor which ONS they prescribe. The majority (83 %) felt that the flavor variation affect adherence to prescription. Half of the participants have no or little opportunity to let the patient sample ONS before prescribing.

**Conclusion**

Extra high energy ONS (200 kcal/100ml, 9-10 g protein/100 ml) was most commonly prescribed. Influencing factors were mainly "*the patient's energy and nutrient needs*", the "*patient diagnosis*" and, what was considered the most important, "*the patient's preferences regarding taste and texture*". The majority felt that variation regarding taste was important for adherence, more research is required.

**KEYWORDS**

Oral nutritional supplements (ONS), enteral nutrition, prescribing, sip feed, registered dietitian, evidence based, nutritional assessment.

## Innehållsförteckning

1. Introduktion .....	6
1.2 Näringsdryck .....	7
1.3 Föreskrivning av näringsdryck .....	8
1.4 Faktorer som påverkar föreskrivningen .....	9
1.5 Problemformulering.....	9
2. Syfte och frågeställningar.....	10
3. Metod och material.....	10
3.1 Litteratursökning .....	10
3.2 Urval .....	10
3.3 Databearbetningsmetod .....	10
3.3.2 Utformning av enkät .....	11
3.3.3 Genomförande av undersökning .....	11
3.4 Bortfall.....	12
3.5 Databearbetning och analys .....	12
4. Resultat.....	14
4.1 Deltagare.....	14
4.2 Patientgrupper som får näringsdryck föreskriven .....	14
4.3 Näringsdrycker som föreskrivs .....	15
4.4 Faktorer som har betydelse vid dietisters föreskrivning av näringsdryck .....	16
4.5 Variation på smaker och följsamhet .....	17
5. Diskussion .....	19
5.1 Resultatdiskussion .....	19
5.1.1 Faktorer som påverkar föreskrivningen av näringsdryck.....	20
5.2 Metoddiskussion .....	21
5.2.1 Metodval .....	21
5.2.2 Bortfallsanalys .....	23
5.2.3 Validitet och reliabilitet .....	24
5.3 Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen .....	24
6. Slutsats .....	24
6.1 Förslag på ytterligare studier .....	24

7. Referenser..... 26

Bilaga 1: Arbetsfördelning

Bilaga 2: Missivbrev

Bilaga 3: Enkäten

## 1. Introduktion

Att få sitt energibehov tillgodosatt är en mänsklig rättighet (Förenta Nationerna, 1948). Trots det är sjukdomsrelaterad undernäring vanligt inom hälso- och sjukvården. Enligt en sammanfattning av 25 studier omfattande 5000 patienter i Sverige led 30 % av undernäring (Socialstyrelsen, 2000). Liknande resultat framkommer i en internationell sammanställning av studier, där prevalensen av undernäring hos inneliggande patienter varierade mellan 20-50% (Norman, Pichard, Lochs & Pirlich, 2008). Förekomsten av undernäring är starkt kopplad till hög ålder, förekomst av cancer samt kroniska tillstånd (Correia & Campos, 2003).

Faktorer som kan leda till undernäring är bakomliggande sjukdom, mag- tarm problem, olika typer av behandlingar, mediciner, sväljsvårigheter, allergier, dålig munstatus, funktionella svårigheter samt sociala och kulturella faktorer (Socialstyrelsen, 2011). Undernäring påverkar patienterna negativt och leder till längre vårdtider, ökad risk för komplikationer samt fler återinläggningar vilket i sin tur bidrar till en ökad vårdkonsumtion och därmed ökade kostnader för samhället. Undernäring är även kopplat till ökad mortalitet (Agarwal, Ferguson, Banks, Batterham, Bauer, Capra & Isenring, 2013; Norman et al., 2008; NHS National Institute for health and clinical excellence, 2006).

I Sverige ska alla patienter och vårdtagare inom hälso- och sjukvård få sitt näringstillstånd bedömt. Detta kan antingen göras av läkare, sjuksköterska eller dietist (Socialstyrelsen, 2011). Bedömningen bör baseras på tre faktorer: ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter samt undervikt. Om den sammanlagda bedömningen visar att patienten har en ökad risk för undernäring, bör en ytterligare utredning utföras. Alla vårdenheter bör ha en vårdplan för nutritionsbehandling vid undernäring (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003).

Nutritionsbehandling vid undernäring innebär att man tillför energi och näringsämnen med målet att uppfylla patientens energi- och näringsbehov. Utgångspunkten i behandlingen är alltid en kostbehandling (Socialstyrelsen, 2011). Kostbehandling med eller utan nutritionsstöd i form av kosttillägg kan ge en positiv ökning av kroppssammansättning, ökad handgreppsstyrka samt ökad vikt hos undernärda patienter (Baldwin & Weekes, 2011). För att öka energin i maten bör livsmedelsval, måltidsordning samt matlagningssätt utredas och anpassas till patientens behov. Det är även viktigt att sätta in ätstödande åtgärder om detta behövs. Kostbehandlingen kan också innebära specialkost, anpassad kost, berikad kost eller konsistensanpassad kost.

För många patienter räcker det inte med att anpassa kosten, utan ytterligare stöd behövs för att motverka en försämring av nutritionstillståndet. Då blir det viktigt att komplettera den anpassade kosten (Socialstyrelsen, 2011). Detta kan göras med kosttillägg som exempelvis näringsdrycker, energimoduler eller berikningsprodukter (Jones, 2003; Socialstyrelsen, 2011). Bland kosttillägg är näringsdrycker det mest använda i Sverige. För ett litet antal patienter är förmågan att äta så pass försämrade att de inte räcker till med anpassad kost och kosttillägg. Då bör sjukvårdspersonal utreda patientens behov av artificiell nutrition, som antingen tillförs i magtarmkanalen (enteral nutrition) eller direkt i blodbanan (parenteral nutrition) (Socialstyrelsen, 2011).

Enligt Dietisternas Riksförbund (DRF) är dietistens uppgift att förebygga och lindra sjukdom och symtom med hjälp av nutritionsbehandling, genom oral och/eller enteral alternativt parenteral nutrition. Dietister ska grunda sin behandling på vetenskaplig evidens och beprövad erfarenhet (Dietisternas Riksförbund, 2009). Många dietister använder sig av nutritionsbehandlingsprocessen (NCP), som är en systematisk problemlösande metod för nutritionsbehandling. Den innefattar nutritionsutredning, nutritionsåtgärd, nutritionsdiagnos samt uppföljning och utvärdering. Nutritionsbehandlingsprocessen är cyklisk och syftar till att dietisten ska utvärdera de insatta åtgärderna och vid behov sätta in nya åtgärder och förnya diagnosen (Lacey & Pritchett, 2003).

## 1.2 Näringsdryck

Näringsdryck är ett kosttillskott som återfinns under kategorin "Livsmedel för särskilda ändamål" (sär-när). Sådana livsmedel är specifikt sammansatta för att passa olika medicinska diagnoser och är till för personer som behöver en modifierad kost. Sär-när innehåller många olika produktgrupper, varav en är "livsmedel för speciella medicinska ändamål" (FSMP), vilket kosttillskottet näringsdryck tillhör. Dessa livsmedel bör endast användas under medicinsk övervakning (Livsmedelsverket, 2015). Idag finns det ett stort utbud av näringsdrycker och produktutvecklingen har varit intensiv de senaste åren (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg 2010). Under 2012 såldes 3 miljoner liter av kosttillskott för specifika medicinska ändamål (Statens beredning för medicinsk utredning, 2014).

Den övergripande indelningen av näringsdrycker är kompletta, icke- kompletta samt kompletta sjukdomsspecifika näringsdrycker. De kompletta näringsdryckerna har en näringsammansättning som motsvarar kostrekommendationerna för friska individer. De används främst för att komplettera vanlig mat, men kan också användas som enda källa till energi och näring (Socialstyrelsen, 2011; Stratton, Green & Elia, 2003). De kan variera i sin sammansättning av energi och näringsgivande ämnen. Faxén Irving et al. (2010) föreslår följande indelning av de kompletta näringsdryckerna: mjölkliknande kompletta näringsdrycker (100-150 kcal/ 100ml, 3,8-6,3g protein /100ml), protein- och energirika mjölkliknande näringsdrycker (125-150 kcal/ 100 ml, 9,4-10g protein/100ml), samt extra energirika mjölkliknande näringsdrycker (200 kcal/100ml, 9-10g protein /100ml).

De icke- kompletta näringsdryckerna innehåller inget fett och sammansättningen av vitaminer och mineraler motsvarar inte rekommendationerna för friska individer (Socialstyrelsen, 2011). Faxén Irving et al. (2010) definierar dessa som klara saftliknande näringsdrycker (85-150 kcal/ 100ml, 4g protein/100ml). Då dessa näringsdrycker innehållsmässigt inte motsvarar kostrekommendationerna för friska, ska de endast användas som komplement till den vanliga maten, och bör inte användas som enda källa till energi och näring. Med fördel kan den icke kompletta näringsdrycken användas som ett alternativ till energifattig dryck (Socialstyrelsen, 2011).

Kompletta sjukdomsspecifika näringsdrycker är framtagna för att passa behoven vid olika sjukdomstillstånd, och kan delvis eller helt ersätta vanlig mat. Exempelvis så finns sjukdomsspecifik näringsdryck till patienter med njursjukdom, som inte behandlas med dialys. Då är innehållet av protein och vissa elektrolyter reducerat (Cano et al. 2006). Det finns även sjukdomsspecifika näringsdrycker för diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom,

som främst innehåller mindre kolhydrater och hög andel fett (Anker et al., 2006). Dock baseras innehållet i de sjukdomsspecifika näringsdryckerna oftast på ett svagt vetenskapligt underlag (Socialstyrelsen, 2011). Cano et al. (2006) påtalar att det inte finns tillräckligt belegg för att välja komplett sjukdomsspecifik näringsdryck framför komplett näringsdryck vid behandling av patienter med njursvikt som inte går i dialys. Detta framhåller även Anker et al. (2006) angående näringsdrycker anpassade för kronisk obstruktiv lungsjukdom. Socialstyrelsen rekommenderar att man till patienter väljer en näringsdryck som är energität (200 kcal/ 100ml) och har en hög proteintäthet, om det inte finns några specifika kontraindikationer (Socialstyrelsen, 2011).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade en rapport 2014 där nyttan med kosttillskott, inkluderande näringsdrycker, för undernärda äldre inte kunde fastställas. Samtidigt framhåller SBU att positiva effekter av kosttillskott för personer yngre än 70 år har påvisats i andra systematiska litteraturöversikter (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Stratton & Elia (2010) framhåller att det finns faktaunderlag som stödjer användningen av kosttillskott, evidensen är starkast hos akut sjuka, hos äldre (65 år och äldre) samt undernärda patienter. Kosttillskotten har hos dessa patienter visat kliniska fördelar, bland annat en minskning av komplikationerna som trycksår och infektioner samt minskad mortalitet (Stratton et al. 2003; Stratton & Elia, 2007; Stratton et al. 2010). Det finns många riktlinjer och vägledningar som rekommenderar användandet av kosttillskott till patienter i stort och till specifika patientgrupper (Lochs et al. 2006; NHS National Institute for health and clinical excellence, 2006; Socialstyrelsen, 2011).

### **1.3 Förskrivning av näringsdryck**

Hemmaboende patienter som ordinerar näringsdryck, kan idag få dessa förskrivna. Det innebär att de får näringsdryckerna som de blivit ordinerade till ett subventionerat pris, vilket bekostas av respektive landsting (SOU 1999:114), det vill säga billigare än om patienten på eget initiativ köper näringsdryck på apoteket (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Förskrivning av näringsdryck till personer över 16 år, är inte detaljreglerat, utan alla landsting och regioner tar själva fram egna rekommendationer (Socialstyrelsen, 2006). Socialstyrelsen anser att det är verksamhetscheferna som är bäst lämpade för att utse vilken hälso- och sjukvårdspersonal som ska vara behörig att förskriva näringsdryck samt andra kosttillskott. Vidare är det verksamhetschefen som ansvarar för att den personal som ska utföra förskrivningarna har den kompetens som krävs (Socialstyrelsen, 2006). År 2012 utförde Läkemedelsverket en nationell kartläggning på uppdrag av regeringen, där man tittade på subventioneringen av sär-när för personer över 16 år. Där framgick det att det till stor del är dietister som förskriver näringsdryck, men även läkare och sjuksköterskor gör detta i vissa landsting (Läkemedelsverket, 2012).

En uppskattning av användning av kosttillskott, där näringsdrycker är den mest använda produkten, visar att 60 procent av förskrivningarna sker till personer i hemmet (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Vid förskrivning av näringsdryck till patienter i hemmet är det många landsting och regioner som har ett upphandlat sortiment. De som har ett upphandlat sortiment av näringsdrycker, har ett avtal med företagen som producerar produkterna och får dessa till ett reducerat pris (Läkemedelsverket 2012). Läkemedelsverkets rapport visade också att alla landsting och regioner subventionerar, sär-när produkter. Dock



varierar kostnader för individen, vilka produkter som förskrivs samt vilka tillstånd och diagnoser som har möjlighet att utnyttja subventionerna (Läkemedelsverket 2012).

#### **1.4 Faktorer som påverkar förskrivningen**

Precis som vilken behandling som helst är det viktigt att näringsdryck används på ett så effektivt och lämpligt sätt som möjligt. En nutritionsbehandling innehållande näringsdryck ska anpassas till patientens individuella behov, men det är också viktigt att ta hänsyn till individens preferenser angående typ av produkt, hur de vill få leveransen samt hur de vill konsumera produkten (Stratton et al. 2010).

Vilka näringsdrycker som kan förskrivas styrs vanligen av ett upphandlat sortiment inom varje enskilt landsting/region i Sverige (Läkemedelsverket 2012). På vårdinstanser där inga upphandlingar är gjorda är det troligt att valen av näringsdrycker ändå baseras på innehåll och pris (Smith, 2012). Howard et al. (2006) understryker att ett högre pris på produkten inte nödvändigtvis innebär att produkten är bättre än billigare alternativ.

Enligt Läkemedelsverkets (2012) kartläggning kunde landstingen vid val av näringsdryck även utgå från en bilaga i Läkemedelsverkets föreskrifter om förskrivning av vissa livsmedel, (LVFS 1997:13). I föreskriften finns det en bilaga med subventionerade produkter som gäller för vissa av regeringens fastställda sjukdomar. Vidare utgick vissa landsting från leverantörens sortiment, en egen lista, eller så valde de produkt efter patientens behov i första hand (Läkemedelsverket, 2012).

En hög följsamhet till ordinationen är viktigt för att behandlingen med näringsdryck ska fungera. Det finns flera olika faktorer som påverkar följsamheten, men patientens smakacceptans för näringsdrycken är central (Stratton et al. 2010). Studier har visat att om patientens vätskeintag från början är lågt, något som inte är helt ovanligt bland äldre patienter, kan följsamhet vara sämre om mängden som skall förtäras är stor. Vid dessa tillfällen kan en näringstätare dryck med mindre volym vara ett alternativ för patienten. En annan viktig faktor för följsamhet är att tillgodose patientens smakpreferenser (Smith, 2012; Kennelly et al. 2009). Todorovic (2005) menar att användandet av olika typer och smaker av näringsdrycker till en och samma patient troligen är mer effektivt än att använda endast en sort hela tiden, särskilt vid långvarig behandling. Acceptans och följsamhet blir troligen bättre om patienten är med och bestämmer smak, konsistens och hur länge behandlingen skall pågå (Todorovic, 2005).

#### **1.5 Problemformulering**

Sammanfattningsvis finns inga nationella riktlinjer gällande förskrivning, vilket gör att det är mycket upp till dietisterna själva att komponera ihop sin förskrivning till patienter. Idag saknas kunskap om svenska dietisters förskrivningar av näringsdrycker och vidare vad som inverkar på dietistens val av näringsdrycker i en förskrivning. En kartläggning om dietisternas förskrivningar kan vara ett första steg i att ta reda på om nationella riktlinjer nödvändigt för jämlik vård.

## 2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka vilka näringsdrycker som dietister vanligast förskriver och vilka faktorer som påverkar valet av näringsdryck. Vidare var syftet att undersöka dietisternas syn på smakvariation relaterat till följsamhet.

Frågeställningar:

- Vilken typ av näringsdryck är vanligast att förskriva?
- Vilka faktorer har betydelse för dietisters förskrivning av näringsdryck?
- Vilka patientgrupper får näringsdryck förskrivet?
- I vilken grad anser dietisterna att variationen på smaker på näringsdrycken påverkar följsamheten för ordinationen?

## 3. Metod och material

### 3.1 Litteratursökning

Ämnesförslaget kom från ett företag som tillverkar kosttillskott som ville undersöka förskrivning av näringsdrycker bland svenska dietister. Litteratursökningen skedde under perioden 2015-11-09 till 2015-11-15, i databaserna CINAHL, PubMed, Cochrane, PEN, Scopus samt Svemed+.

Sökord: Oral nutritional supplement (ONS), enteral nutrition, prescribing, sip-feed, registered dietitian, evidencebased, nutritional assesment. Manuell sökning efter rapporter skedde även på Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Läkemedelsverket.

### 3.2 Urval

Inklusionskriterier för att delta i undersökningen var att personen skulle vara legitimerad dietist och förskriva näringsdrycker till patienter. Urvalet bestod av handledare vid den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) för dietister hösten 2015, dietister som fanns med i Dietisternas Riksförbunds (DRF) offentliga arkiv med mailadresser, samt medlemmar som får DRF:s nyhetsbrev. Då urvalet baserades på dietister som fanns tillgängliga är urvalet ett bekvämlighetsurval (Eliasson, 2013). Dietister som inte förskrev näringsdrycker exkluderades från studien genom att informera i missivbrevet att undersökningen riktade sig till dietister som förskriver näringsdryck (se Bilaga 2, Missivbrev).

### 3.3 Datainsamlingsmetod

#### 3.3.1 Val av metod

En kvantitativ studiedesign med en internetbaserad enkätundersökning som instrument valdes då det ansågs passande för att mäta de olika bestämda variablerna i syftet inom den bestämda gruppen (se figur 1). Metoden är också lämplig då avsikten var att undersöka en stor grupp dietister, vilket inte skulle vara genomförbart med en kvalitativ metod (Eliasson, 2013). En kvantitativ undersökning ger svar på var, vad, när och hur men inget svar på varför (Eliasson, 2013; Bell, 2006). En enkätundersökning ansågs passande eftersom den är snabbare och billigare att administrera än strukturerade intervjuer, som också är ett vanligt instrument vid kvantitativa undersökningar. Vidare är en enkät lättare att anpassa till deltagaren, då den kan besvaras då denne har tid och möjlighet. Risken för en intervjuareffekt minskar också avsevärt, men samtidigt kan inga sonderings eller uppföljningsfrågor ställas. Man kan heller

inte veta vem som besvarar enkätfrågorna om enkäten administreras över internet (Bryman, 2011).

### **3.3.2 Utformning av enkät**

Sexton enkätfrågor utformades. De två första frågorna i enkäten bestod av bakgrundsfrågor: i vilket landsting eller region deltagaren arbetade samt inom vilken typ av vårdenheter. Sedan följde en fråga rörande vilka patientgrupper dietisterna förskrev näringsdryck till, svarsalternativen baserades på vilka patientgrupper som ofta får näringsdryck förskrivna (Stratton et al. 2003). Vidare har Faxén Irving (2010) utarbetat en kategorisering av näringsdrycker vilken användes som svarsalternativ för frågan där deltagarna skulle rangordna näringsdrycker som de förskrev mest och minst. Därefter kom frågor om olika faktorer som kan tänkas påverka valet av näringsdryck, svarsalternativen var fasta men det fanns även plats för fritext. Vidare kom avslutande frågor gällande dietistens syn på variation av smaker relaterat till följsamhet av förskrivningen (se bilaga 3, Enkät). För att minska bortfallsrisken innehöll enkäten framförallt slutna frågor, vilket ansåg öka deltagarnas svarsfrekvens. Dock förekom ett öppet alternativ "Annat/ övrigt" på många av frågorna, för att fånga upp alla tänkbara svar (Bryman, 2011). För att ytterligare minska bortfallet utformades enkäten med alla frågor synliga för deltagaren, då risken för bortfall ökar om deltagaren inte vet hur många frågor som är kvar att besvara (Trost, 2012).

Enkäten skapades i Google formulär (Google, 2015), som är ett webbaserat program för att skicka ut elektroniska enkäter. Elektroniska enkäter är tidsbesparande och billiga, då de snabbt når respondenten och snabbt kan skickas tillbaka efter att de besvarats (Bethlehem & Biffignandi, 2012). Via Google formulär sparades resultatet direkt ner i en Excel-fil, vilket också ansågs tidsbesparande. Enkäten gjordes i ett program som inte krävde installation av ny programvara för deltagaren, i enlighet med Trost (2012) som menar att man inte ska använda teknik som inte alla tänkta respondenter har tillgång till. Enkäten skickades ut som en öppen länk utan inloggning, för att det skulle bli så enkelt som möjligt att komma åt enkäten (Bethlehem & Biffignandi, 2012).

### **3.3.3 Genomförande av undersökning**

En pilotstudie genomfördes för att dels testa hur lång tid den tog att besvara enkäten, men också för att se hur deltagarna uppfattade frågorna vilket minskar risken för oklarheter i den slutgiltiga enkäten (Bell, 2006). Pilotenkäten skickades till sex yrkesverksamma dietister, varav hälften arbetade inom primärvård och andra hälften inom slutenvård. Pilottestarna ska om möjligt inte ingå i det urval man gjort i den population man vill undersöka. Istället ska man använda deltagare som på något sätt är jämförbara med den population man vill undersöka (Bryman, 2011). Eftersom enkäten var väldigt yrkesspecifik var det svårt att hitta jämförbara testpersoner, och yrkesverksamma dietister fick därför agera pilottestare. Pilottestarna som deltog i pilotenkäten undanbads att besvara enkäten när den blev utskickad till dem igen. Enkäten granskades även av en sakkunnig inom området.

Enkäten skickades ut i två omgångar. Första utskicket skedde 1 december till DRF:s offentliga mailadresser samt till handledare från VFU 2015. Efter utskick inkom ett mail från en verksamhetschef, som erbjöd sig att skicka ut enkäten till ytterligare 30 dietister inom dennes verksamhet, vilket accepterades. Det andra utskicket skedde den 7 december med

DRF:s nyhetsbrev. Totalt skickades 1480 enkäter ut (se tabell 1). Enkäten skickades i två olika omgångar för att komma igång med datainsamlingen så fort som möjligt. Enkätsvaren behövde vara inne senast den 9 december för att hinna analyseras, men DRF:s nyhetsbrev skickades inte fören den 7 december. Nyhetsbrevet ansågs dock vara ett bra sätt att nå ut till så många respondenter som möjligt.

**Tabell 1.** Beskriver vilka grupper som fått enkäten och antalet utskickade enkäter till respektive grupp.

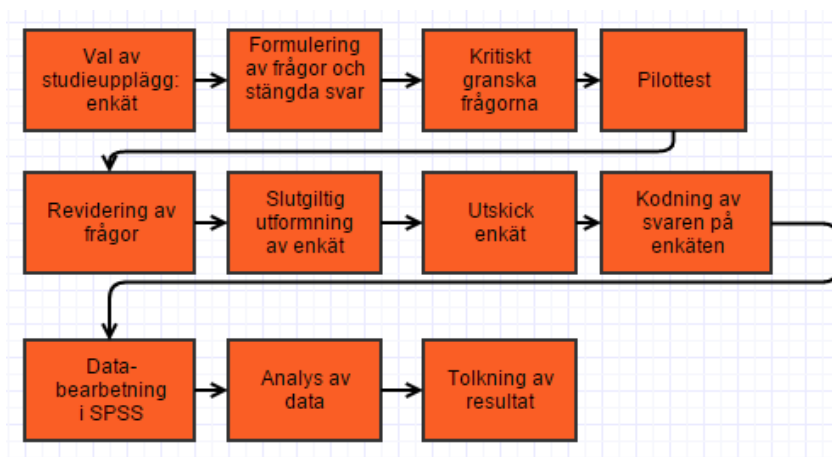
Grupper som fått enkäter	Antal utskickade enkäter
Handledare, VFU	15st
DRF:s offentliga mailadresser	185st + 30st vidarebefordrade
DRF:s nyhetsbrev	1250st
Totalt:	<b>1480st</b>

### 3.4 Bortfall

Den 1 december sändes 200 enkäter ut och 30 vidarebefordrades, vilket resulterade i att 97 enkätsvar inkom innan den 7 december, då nyhetsbrevet med enkäten skickades ut. Av 1250 nyhetsbrev innehållande enkäten inkom 42 enkätsvar innan stoppdatumet 9 december. 1480 utsända enkäter resulterade i 139 deltagare, vilket gav ett totalt externt bortfall på 1350 enkäter. Sex deltagare exkluderades då de endast besvarat de två första frågorna i enkäten. Totalt antal inkluderade deltagare var 133.

### 3.5 Databearbetning

Datan från enkäten bearbetades i Statistical Package for the Social Sciences for Windows 17.0 (SPSS). Datan analyserades sedan ytterligare i Microsoft Office Excel där tabeller och figurer skapades för att få en tydlig bild av resultaten.



**Figur 1.** Flödesschema som beskriver empiriska processen av undersökning.

### **3.6 Etiska aspekter**

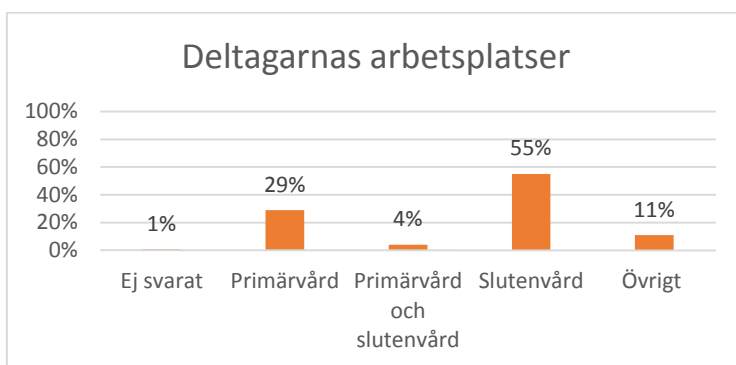
Studiens utformning gör det omöjligt att identifiera deltagarna och inga känsliga uppgifter inhämtades. Resultatet kan inte kopplas ihop med enskilda deltagare, vilket går i linje med konfidentialitetskravet. Informationskravet och samtyckeskravet följs också, då det i missivbrevet informeras om: studiens syfte, vem som står bakom studien, vad som krävs av deltagarna, att medverkan är frivillig, att man kan avbryta sin medverkan, hur lång tid medverkan tar samt vad som händer med de inhämtade svaren (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 1990). De handledare som kontaktades hade inte givit samtycke till att kontaktas i andra syften än för just den kursen. Ett medgivande till att kontaktas för denna undersökning bör ha inhämtats innan enkäten skickades ut till dem, något som inte skedde. Det är ett företag som beställt undersökningen men detta får deltagarna information om, och inga företagsspecifika frågor förekom i enkäten. Vidare ansågs resultatet av undersökningen vara av intresse för dietister och alla företag på marknaden.

## 4. Resultat

### 4.1 Deltagare

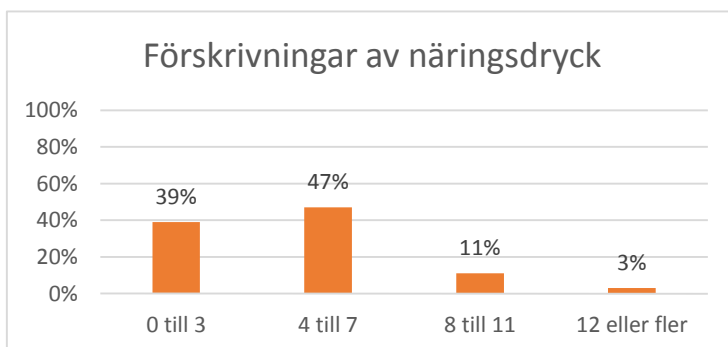
Totalt inkom 133 svar på enkäten från deltagare i olika delar av Sverige. 17 av 21 landsting eller regioner representerades av deltagare. De landsting som representerades av flest deltagare var Stockholms läns landsting (n=27), landstinget Sörmland (n=23), Västra Götalandsregionen (n=15) samt landstinget Västmanland (n=13). De landsting/regioner som ej representerades var landstinget i Kalmar län, landstinget Blekinge, landstinget Dalarna och region Halland.

Deltagarna arbetade inom primärvård (n=39), slutenvård (n=74), både primärvård och slutenvård (n=5), samt övrigt (n=15) (se Figur 2). Kategorin övrigt avser deltagare som arbetade inom habilitering, öppenvård, avancerad sjukvård i hemmet, rehabilitering, specialistvård, samt barnmottagning.



**Figur 2.** Procentuell svarsfördelning över vilken arbetsplats deltagarna arbetade vid (n=133).

Majoriteten av deltagarna svarade att de i genomsnitt gjorde 4-7 förskrivningar av näringsdryck per vecka (n=63), därefter kom 0-3 förskrivningar (n=51) i genomsnitt per vecka (se Figur 3).

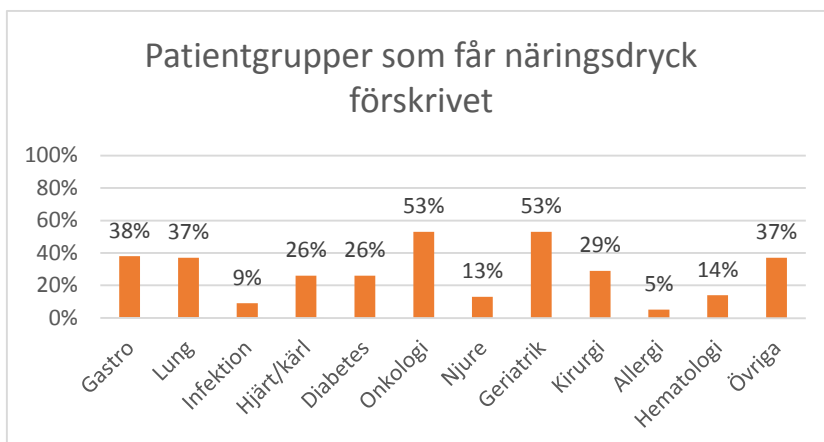


**Figur 3.** Procentuell svarsfördelning för hur många förskrivningar av näringsdryck deltagarna gjorde i genomsnitt per vecka (n=133).

### 4.2 Patientgrupper som får näringsdryck förskrivna

Näringsdrycker förskrevs till de flesta patientgrupperna. Dock var onkologi samt

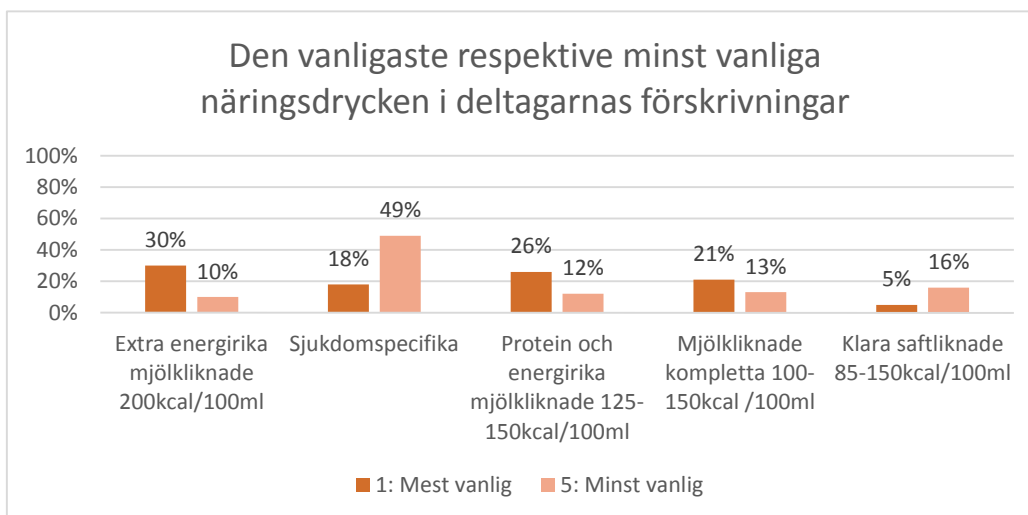
geriatrikpatienter de två största grupperna bland deltagarna (se Figur 4). Övrigt kategorin innefattar deltagarnas fritextsvar som bland annat var pediatrik, habilitering, ätsvårigheter, dysfagi, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, undernäring utan specifik diagnos samt patienter inom psykiatrin. Deltagarna kunde välja mer än en kategori därför överstigs 100 %.



**Figur 4.** Procentuell svarsfördelning för vilka patientgrupper som deltagarna förskrev näringsdryck till (n=133). Fler svarsalternativ var tillåtna, därför överstigs 100%.

#### 4.3 Näringsdrycker som förskrivs

Extra energirika mjölkliknande näringsdrycker (200 kcal/100ml, 9-10g protein /100ml) var den typ av näringsdryck som flest deltagare (n=39) svarade var den vanligaste att förskriva, tätt följd av protein- och energirika mjölkliknande (125-150 kcal/ 100 ml, 9,4-10g protein/100ml) (n=34). De näringsdrycker som majoritet av deltagarna (n=63) svarade var minst vanligast i förskrivningen var sjukdomsspecifika näringsdrycker (se Figur 5).



**Figur 5.** Procentuell svarsfördelning gällande den näringsdryck som var vanligast respektive minst vanlig i deltagarnas förskrivning (n=133).

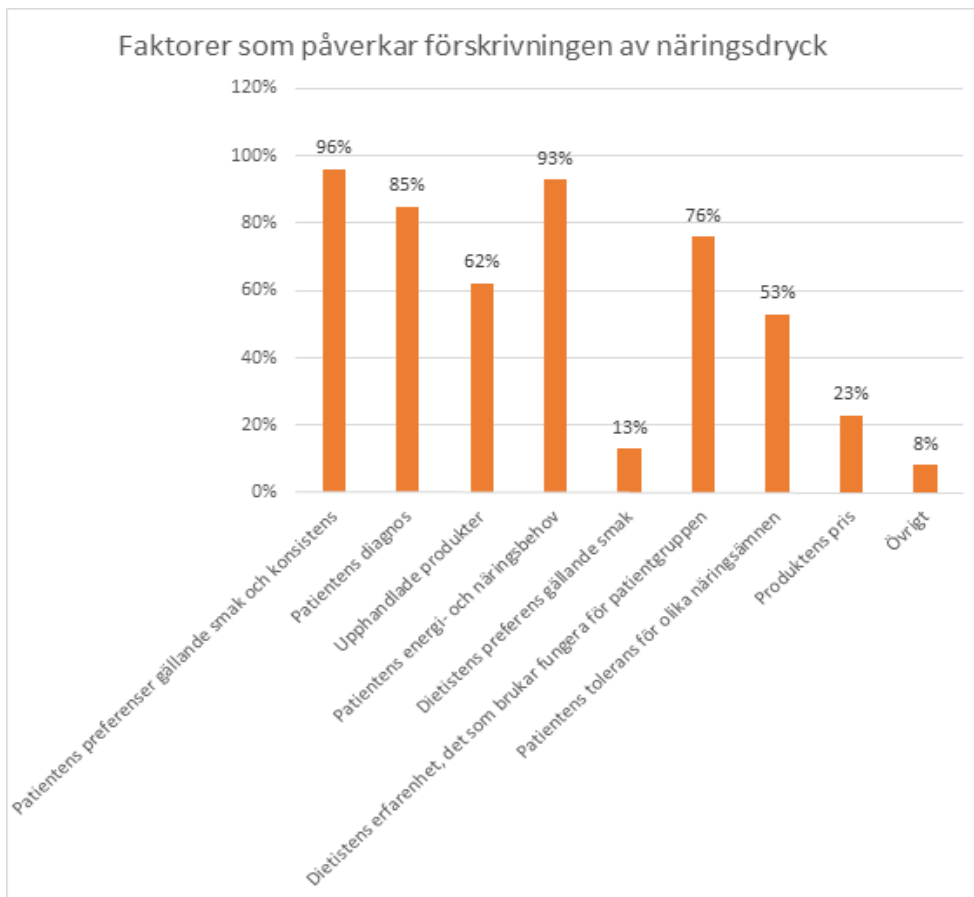
På frågan om i vilken grad deltagarna valde sjukdomsspecifika näringsdrycker om de fanns till patientens diagnos, svarade drygt hälften (57 %, n=75) att dessa valdes i "ganska låg

grad” eller ”inte alls”. Resterande (42 %, n=57) deltagare svarade att de valde sjukdomsspecifika näringsdrycker i ”mycket hög grad” eller ”ganska hög grad”.

#### 4.4 Faktorer som har betydelse vid dietisters förskrivning av näringsdryck

På frågan om deltagarna utgår från ett upphandlat sortiment svarade 71 % av deltagarna (n=94) att de utgår från ett upphandlat sortiment vid förskrivning av näringsdrycker medan resterande 29 % (n=38) inte utgår från ett upphandlat sortiment. Huvuddelen av deltagarna (84 %, n=111) hade möjlighet att förskriva näringsdrycker som inte var upphandlade medan 16 % (n=21) inte hade den möjligheten.

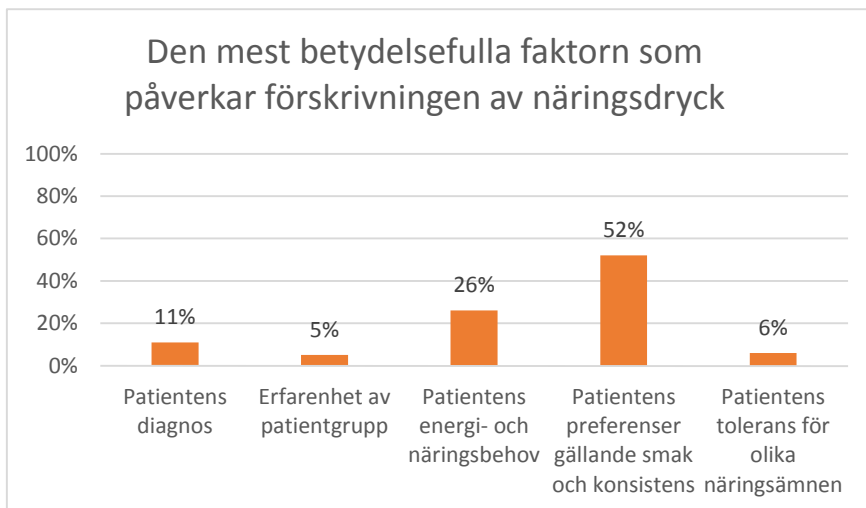
De vanligaste faktorerna för dietistens val av näringsdryck var ”Patientens preferenser gällande smak och konsistens” (96 %), följt av ”Patientens energi och näringsbehov” (93 %) Vidare var det ”Patientens diagnos” (85 %) samt ”Dietistens erfarenhet, det som brukar fungera för patientgruppen” (75 %) (se Figur 6). Övrigt innefattar fritextsvaren: allergi, innehåll av specifika mineraler, det vetenskapliga underlaget för näringsdrycken, tillgängligheten av näringsdrycker på apotek samt landstingets egna lista över rekommenderade produkter för respektive diagnos. Procentsatsen överskrider 100 % då deltagarna kunde välja flera alternativ.



**Figur 6.** Procentuell svarsfördelning av vilka faktorer deltagarna ansåg påverka valet av näringsdryck vid förskrivning. (n=133). Fler svarsalternativ var tillåtna, därför överstigs 100%.

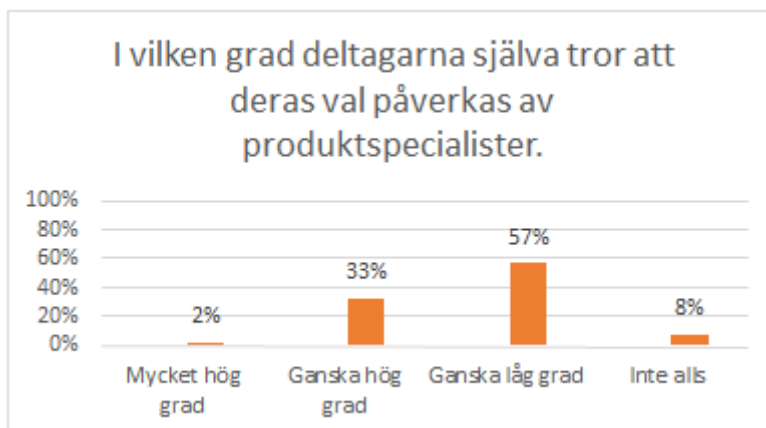


Majoriteten (52 %) av deltagarna ansåg att patientens preferenser gällande smak och konsistens var den mest betydelsefulla faktorn för vilken näringsdryck som de förskrev. Därefter ansåg 26 % att patientens energi och proteinbehov var det mest betydelsefulla. Vidare ansåg 11 % att patientens diagnos var den mest betydelsefulla faktorn (se Figur 7). Det inkom kommentarer (n=5) angående den mest betydelsefulla faktorn och det framgick av dem att det var svårt att endast välja en enskild faktor som var den mest betydelsefulla då kommentarerna innehöll synpunkter om att det är många olika faktorer som avvägs. Vidare var det 22 deltagares svar som exkluderades då de skrivit flera faktorer.



**Figur 7.** Procentuell svarsfördelning av den faktor deltagarna tyckte var den mest betydelsefulla för innehållet i förskrivning av näringsdryck (n=111).

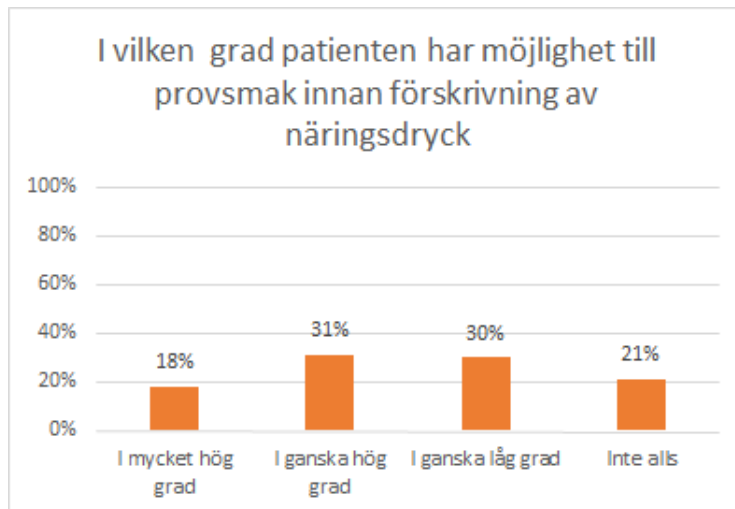
Majoriteten av deltagarna ansåg att produktspecialisters information och närvaro påverkade deras val av näringsdryck i ganska låg grad eller inte alls (n=85). En tredjedel (n=46) av deltagarna ansåg att produktspecialisters information och närvaro påverkade i ganska hög grad eller i mycket hög grad (se Figur 8).



**Figur 8.** Procentuell svarsfördelning angående vilken grad deltagarna ansåg att produktspecialisters närvaro/information påverkade vilka näringsdrycker som de själva förskrev (n=132).

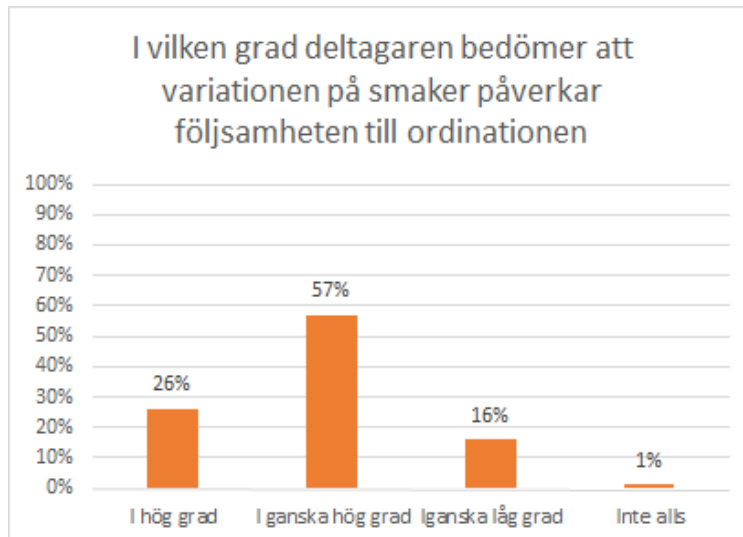
#### 4.5 Variation på smaker och följsamhet

Graden av möjlighet för patienten att provsmaka näringsdrycken innan förskrivningen varierade. Hos merparten (51 %) av deltagarna kunde patienterna i ganska låg grad eller inte alls provsmaka (se Figur 9).



**Figur 9.** Procentuell svarsfördelning angående i vilken grad patienter hade möjlighet att provsmaka näringsdrycker innan förskrivning (n=131).

Majoriteten (57 %) av deltagarna ansåg att variationen på smaker påverkade följsamheten positivt till ordinationen i ganska hög grad, och nästan en tredjedel (26 %) ansåg att det påverkade positivt i mycket hög grad (se Figur 10).



**Figur 10.** Procentuell svarsfördelning angående vilken grad deltagaren bedömde att variationen på smaker påverkar följsamheten till ordinationen av näringsdryck (n=131).

## 5. Diskussion

### 5.1 Resultatdiskussion

Deltagarna hade en stor nationell spridning, dock var inte alla regioner/landsting representerade och vissa regioner/landsting hade fler deltagare än andra. Deltagare från samma arbetsplats eller landsting kan ha samma lokala riktlinjer att följa och kan därför antas svara på liknande sätt. Därför kan en ojämn fördelning av deltagarna ge upphov till ett missvisande resultat.

Resultatet visade att onkologi- och geriatrikpatienterna var de största grupperna som fick näringsdryck förskrivna. Merparten av deltagarna gjorde 4-7 förskrivningar av näringsdryck i genomsnitt per vecka, och den vanligaste näringsdrycken som förskrevs var extra energirik mjölkliknande näringsdryck (200 kcal/100ml, 9-10 gram protein/100ml). Vidare svarade 71 % av deltagarna att de utgår från ett upphandlat sortiment vid förskrivning av näringsdryck. Huvuddelen av deltagarna (84 %) hade möjlighet att förskriva näringsdrycker som inte var upphandlade. Vidare visade resultatet att majoriteten av deltagarna (52 %) ansåg att patientens preferenser är den mest betydelsefulla faktorn för vilken näringsdryck som de förskriver. Övervägande majoriteten (83 %) ansåg att variation av smaker påverkar följsamheten till ordinationen. Hälften av deltagarna svarade dock att patienten inte har någon möjlighet eller har ganska låg grad av möjlighet att provsmaka näringsdrycken innan förskrivning.

Tidigare studier har visat att äldre samt patienter med cancerdiagnoser och kroniska tillstånd har en ökad förekomst av undernäring (Socialstyrelsen, 2000; Correia et al. 2003). Detta var också de patientgrupper som flest deltagare förskrev näringsdrycker till i denna undersökning. En betydande del av deltagarna (47 %) förskrev näringsdryck i genomsnitt 4-7 gånger per vecka, vilket kan översättas till nästan en förskrivning av näringsdryck per arbetsdag. Det indikerar att det är en vanlig åtgärd som deltagarna använder sig av, och det går i linje med Socialstyrelsen (2011) som beskriver åtgärden näringsdryck som en av de vanligaste åtgärderna vid undernäring.

Den vanligaste näringsdrycken som förskrevs var den kompletta extra energirika mjölkliknande näringsdrycken (200 kcal/100ml, 9-10 g protein/100ml). Det tenderar att följa Socialstyrelsen (2011) rekommendation, att en extra energität och proteinrik komplett näringsdryck ska användas, om det inte finns några kontraindikationer. Vidare var den näst vanligaste näringsdrycken som förskrevs den kompletta protein- och energirika mjölkliknande näringsdrycken (125-150kcal/100ml, 9,4 - 10g protein). Valet av näringsdrycken med något längre energiinnehåll följer också till viss del Socialstyrelsens rekommendation, att välja en komplett näringsdryck framför den icke-kompletta klara näringsdrycken. Den kompletta näringsdrycken med något lägre energiinnehåll var i en tidigare studie på Irland den vanligaste förskrivna (Kennely et al. 2009). I studien på Irland var det främst läkare som förskrev näringsdrycken till patienten. Skillnaden i resultat mellan den irländska studien och denna undersökning i vilken näringsdryck som förskrevs mest, kan bero på olika grad av kunskap och utbildning inom nutrition. Vidare skulle skillnader även kunna bero på att patienternas behov skiljer sig åt i undersökningarna.

Sjukdomsspecifika näringsdrycker valdes som den minst vanliga att förskriva av merparten (49 %). Detta kan bero på att dessa näringsdrycker endast finns till ett begränsat antal diagnoser. Det kan även avspegla Socialstyrelsen (2011) uttalande om att sjukdomsspecifika näringsdrycker ofta baseras på ett tunt vetenskapligt underlag. Detta styrks ytterligare av Cano et al. (2006) samt Anker et al. (2006) som anser att det inte finns någon fördel att använda näringsdrycker anpassade för njursjukdom utan dialys respektive kronisk obstruktiv lungsjukdom jämfört med vanliga näringsdrycker.

### 5.1.1 Faktorer som påverkar förskrivningen av näringsdryck

Av de nio faktorer som deltagarna kunde välja bland var det sex faktorer som valdes av över hälften av deltagarna. Dessa var "*Patientens preferenser gällande smak och konsistens*", "*Patientens energi och näringsbehov*", "*Patientens diagnos*", "*Erfarenhet, det dietisterna vet brukar fungera för patientgruppen*", "*Upphandlade produkter*" samt "*Patientens tolerans för olika energi och näringsämnen*". Detta indikerar att det är många faktorer som styr innehållet i förskrivningen. Det förstärks även av svaren på fråga 11, där det var 16 % av deltagarna som skrev mer än en faktor trots att de var ombudade att skriva den enskilt viktigaste. Fem deltagare kommenterade även fråga 11 i den öppna avslutningen och tyckte då att det var svårt att välja en faktor eftersom det enligt dem krävs en sammanvägning av olika faktorer för att välja rätt näringsdryck. Utifrån detta resultat är det svårt att peka på en specifik faktor som är den mest betydelsefulla vid val av näringsdryck till förskrivning. En avvägning av många faktorer som styr valet av näringsdryck vilket också stöds av Stratton et al. (2010) som menar att näringsdrycken både måste anpassas till individens behov och preferens gällande smak och konsistens för att öka följsamheten.

Vidare visade rapporten från Läkemedelsverket (2012) att valet av näringsdryck kan grundas på vilka produkter som finns tillgängliga, vilket vanligen är de upphandlade inom landstinget eller regionen. Majoriteten av deltagarna (71 %) utgick från ett upphandlat sortiment på sin arbetsplats, men utöver det hade 84 % av deltagarna möjlighet att välja näringsdrycker till förskrivning som ej var upphandlade. Det antyder att det upphandlade sortimentet är en påverkande faktor men att den hos de flesta kan bortses från vid behov. Patienterna kan då få tillgång till ett stort utbud av näringsdrycker om dietisten anser att patienten har behov av någon som ej är upphandlad vilket är positivt för behandlingen. Dock kan det bli dyrare för både patienten och landstinget beroende på hur landstingets subventioner ser ut.

Många dietister jobbar efter nutritionsbehandlingsprocessen (NCP), som är en systematisk problemlösningsmetod. Den används för att tänka kritiskt, ta beslut kring nutritionsbehandling samt säkerställa att en säker och effektiv vård ges till patienterna. Metoden i sig stödjer och verkar för en individualiserad vård anpassad för patienterna (Lacey et al. 2003). Resultatet i denna undersökning tenderar att avspegla dietisternas vilja att individualisera nutritionsbehandlingen till patienterna, då de faktorer som flest av deltagarna valde var faktorer som utgår från patienten som individ. Majoriteten av deltagarna valde "*patientens preferenser*" som den mest betydelsefulla faktorn, vilket sannolikt är kopplat till att dietisten vidare vill att patienten ska dricka näringsdrycken enligt ordinationen. Just att tillgodose patientens smakpreferenser är en viktig del för en hög följsamhet (Smith, 2012; Kennelly et al. 2009; Todorovic 2005).

Majoriteten av deltagarna (83 %) ansåg att variation på smaker påverkade följsamheten positivt till ordinationen i ”*mycket hög grad*” och ”*ganska hög grad*”. Deltagarnas tro på att smakvariationen ökar följsamheten skulle eventuellt kunna medföra att förskrivningen innehåller flera olika smaker. Knappt hälften av deltagarna kunde erbjuda patienterna att provsmaka näringsdrycken i hög eller ganska hög grad innan förskrivning. Enkäten mäter dock bara om deltagarna kunde erbjuda patienterna att provsmaka näringsdryck inför förskrivningen, inte om deltagarna faktiskt gör det i praktiken. Då smak visat sig vara en betydelsefull faktor för följsamheten (Smith, 2012; Kennelly et al. 2009), finns det sannolikt ett behov av att låta patienter provsmaka innan de får näringsdrycker förskrivna. Provsmaakning skulle kunna öka följsamheten av ordinationen och därmed öka chansen att få en effektiv nutritionsbehandling, förutsatt att den är adekvat för nutritionsproblemet.

Ett intressant resultat gäller produktspecialisters påverkan på valet av näringsdryck. Drygt en tredjedel av alla deltagarna svarade att produktspecialisters närvaro och information påverkar deras val i ”*ganska hög grad*”. Enligt Faxén Irving et al. (2010) finns det ett stort utbud, och produktutvecklingen har varit stor den senaste tiden. Detta kan bidra till att det blir svårt för dietister att alltid vara fullt uppdaterade inom området. Vidare kan då produktspecialisters kunskap uppskattas och tas i åtanke vid val av näringsdryck. Dock så ska man komma ihåg att de är företagsrepresentanter och livnär sig på att sälja företagets produkter. Liknande resultat återfanns i en studie på läkare i Tyskland där 42 % av läkarna som deltog ansåg att företagsrepresentanter påverkade deras förskrivningar ibland eller ofta. De såg också att de läkare som aktivt undvek kontakt med företag hade mer logisk grund för det läkemedel de valde till förskrivning (Lieb & Scheurich, 2014). En studie gjord i Danmark pekade också i riktning mot att representanter påverkar förskrivningsvanorna hos läkare. Läkemedlet fick en större marknadsandel hos de mottagningar som fått information om läkemedlet till skillnad från de som inte fått någon information (Søndergaard, Vach, Kragstrup & Andersen, 2009).

## **5.2 Metoddiskussion**

### **5.2.1 Metodval**

Kvantitativ metod valdes då ett större antal dietister skulle undersökas inom ett stort geografiskt område. Utifrån syftet ansågs metoden lämplig, för att mäta de bestämda variablerna i den bestämda gruppen (Eliasson, 2013). Urvalet var ett bekvämlighetsurval, då det grundades på dietister som vi hade mailadresser till samt de som fick DRF:s nyhetsbrev. I större studier bör man välja ett stickprov som är representativt för populationen man vill undersöka, för att kunna dra slutsatser och generalisera resultatet (Bell, 2006). I planeringen ligger denna undersökning nära en totalundersökning, vilket skulle kunna vara minst lika bra som ett representativt stickprov, men med tanke på den låga svarsfrekvensen så kan man inte generalisera resultatet i det här fallet (Eliasson, 2013). Utan det går enbart att beskriva hur det såg ut bland deltagarna som besvarat enkäten.

En webbaserad enkät valdes som datainsamlingsmetod, för att nå ut till så många som möjligt inom den begränsade tidsramen. Enkäter ger en liten belastning på deltagarna, är billiga och ger möjlighet att ställa identiska frågor till alla deltagare, och ingen påverkan från intervjuare

finns (Bryman, 2011). Nackdelen med en enkät är att man inte kan ställa uppföljningsfrågor för att fördjupa deltagarnas svar och man kan heller inte vara säker på att det är rätt person som svarat på enkäten (Bryman, 2011).

Enkäten granskades av en sakkunnig på området och en pilotstudie genomfördes innan enkäten skickades ut. Detta för att undersöka om frågorna fungerade bra och om svaren på frågorna verkligen behandlade syftet i studien (Bryman, 2011). Efter pilotstudien bearbetades vissa frågor för att öka förståelsen. Pilottestarna exkluderades ur den faktiska studien, då de ingick i populationen som skulle undersökas. Pilottestarna valdes ur populationen då enkäten ansågs vara så pass yrkesspecifik att det hade varit svårt för en icke insatt att komma med förändringsförslag. Det fanns en möjlighet att pilottestarna var medlemmar i DRF och de därför skulle kunna få enkäten via dem. För att undvika pilottestarnas deltagande i den faktiska undersökningen skickades ett mail där de ombedes att ej delta i enkäten som kom ut med nyhetsbrevet. Detta gick dock inte att kontrollera då enkäten inte krävde en särskild inloggning. Att förse enkäten med inloggning ansågs dock påverka svarsfrekvensen negativt.

Det är svårt att utforma en enkät (Bryman, 2011) och detta fall var inget undantag. Att göra en lättbegriplig enkät som samtidigt uppfyller syftet var en utmaning. I efterhand är det några frågor som hade behövt ytterligare bearbetning. Det var framförallt fråga 11, där deltagarna skulle välja en faktor som de tycker påverkade valet av näringsdryck mest. Meningen var att deltagarna skulle välja från alternativen i fråga 10, och skriva en enda faktor. Dock var det många (n=22) som besvarade frågan med fler faktorer. En tydligare fråga och ett stängt svar hade med stor sannolikhet gett fler svar med endast en faktor.

I fråga 5 skulle deltagarna rangordna näringsdryckerna efter vilken de vanligtvis förskrev till patienterna. Denna fråga besvarades på ett korrekt sätt av deltagarna, men i databearbetningen var den svår att sammanställa. Sedan inkom kommentarer (n=6) på fråga 11, som undrade om deltagarna skulle kunna välja en icke-komplett sjukdomsspecifik näringsdryck med god compliance till förskrivning om det fanns en sådan tillgänglig. Det framkom att det var en hypotetisk fråga och svårtolkad, vilket inte bör finnas med i enkäter (Bryman 2011) frågan hade behövts omformuleras.

Fråga 12 hade behövt ytterligare bearbetning då den innehöll två frågor, både produktspecialisters närvaro och information. Det hade blivit ett tydligare resultat om man delat upp frågan i två olika. Även ett svarsalternativ på fråga 10 innehöll två olika variabler ”*smak och konsistens*” dessa variabler hade behövt ett varsitt svarsalternativ.

I fråga 1 “Vilken är din arbetsplats?” svarade flera deltagare att de arbetade med öppenvård i fritexten. Alternativet sjukhus skulle därför ha funnits med i stället för alternativet slutenvård, då dietister på sjukhus inte per automatik arbetar med slutenvård utan även kan arbeta med öppenvård. Fråga 14 gällande i vilken grad variationen av smaker på näringsdrycken påverkar följsamheten till ordinationen, bör ha preciserats. I den befintliga frågan finns inte någon definition på hur följsamheten påverkas. Dock har deltagarna med hög sannolikhet den kunskap som behövs för att tolka frågan på det sätt som var meningen. Det vill säga om variationen på smaker har en positiv påverkan på följsamheten. Svaren på frågan går också i

linje med tidigare forskning som pekar på att variationen påverkar följsamheten positivt (Todorovic, 2005) vilket styrker att deltagarna uppfattade frågan på ett korrekt sätt.

I graderingsfrågorna i enkäten (fråga 6, 12, 13, 14, 15) var det en obalans mellan svarsalternativen. Att inkludera ”i mycket låg grad” hade resulterat i lika många positiva och negativa svarsalternativ och givit en bättre balans. Frågorna 7, 8, 9 borde även ha alternativet ”vet ej”.

### 5.2.2 Bortfallsanalys

Risken för skevhet i resultatet ökar med ett stort bortfall om man inte har möjlighet att visa att de som inte svarat på enkäten inte skiljer sig från de som besvarat enkäten. Vid ett bekvämlighetsurval som i denna studie är ett stort bortfall av mindre vikt, då urvalet ändå inte är representativt för population om alla deltagare svarat (Bryman, 2011). Ett bortfall kan vara externt bestående av ej besvarade enkäter, eller internt, där enkäterna inte fyllts i korrekt eller fullständigt.

Svarsfrekvensen hos dietister som fått personliga mail med enkäten eller fått den vidarebefordrad från sin verksamhetschef var 52 %. De hade 9 dagar att besvara enkäten, men alla svar inkom under de första 3 dagarna. Dock uppstod ett problem vid utskick av enkäten till de offentliga mailadresserna. Enkäten stoppades av skräppostfiltret vid det första utskicket då det var för många mottagande adresser. Detta medförde att enkäten fick skickas ut på nytt men då till nio adresser i taget. Att enkäter blir stoppade på grund av effektiva skräppostfilter tar Trost (2012) upp som en tänkbar orsak till eventuellt bortfall. Det bör uppmärksammas att de som fanns med på den offentliga maillistan från DRF:s hemsida, själva valt att finnas med där, och till viss del uppskattar att bli kontaktade i olika frågor, vilket i sig kan ge bias.

Svarsfrekvensen för enkäterna som skickats med DRF:s nyhetsbrev var 3,4 %. Det externa bortfallet på 1208 enkäter kan bero på att nyhetsbrevet från DRF hade många andra punkter i nyhetsbrevet, samt att det går ut till många samtidigt vilket kan upplevas opersonligt. Det kan även bero på att vissa medlemmarna var studenter, inte arbetade med patienter, inte hade tid, inte vara intresserade eller att de inte sett informationen för enkäten i nyhetsbrevet. Svarstiden var begränsad till 2 dagar, då nyhetsbrevet kom ut väldigt sent i datainsamlingen. Detta framgick inte i informationen, vilket det borde ha gjort (Bryman, 2011). En annan möjlig orsak till att enkäten inte nådde respondenterna via nyhetsbrevet, är att vissa mailtjänster som exempelvis Gmail sorterar nyhetsbrev till en ickeprimär inkorg. I efterhand hade DRF:s nyhetsbrev kunnat uteslutas då deltagarna inte fick en ärlig chans att hinna svara på enkäten och att svarsfrekvensen inte var särskilt hög.

Bortfallet kan vara mycket avgörande för resultatet, om alla respondenter som inte besvarade enkäten har haft samma skäl till att inte besvara enkäten och om de dietister som inte nåtts av enkäten skiljer sig från dem som deltagit kan detta leda till fel och skevheter i resultatet. Då bortfallet är stort i denna undersökning och det saknas information om hur bortfallet ser ut är resultatet i denna undersökning endast applicerbart på deltagarna i denna undersökning. Det vill säga inte representativt för Sveriges dietister (Bryman, 2011).

Enkäten skickades ut från flera olika håll, för att få in så många svar som möjligt på kortast möjliga tid. Detta medför att en del dietister riskerat att få enkäten flera gånger, vilket kan ha skapat skevhet i resultatet om de valt att svara mer än en gång (Bryman, 2011).

### 5.2.3 Validitet och reliabilitet

Det är viktigt att enkätfrågorna mäter det dem avser att mäta, det vill säga att dem har hög validitet. Enkäten innehöll främst slutna svarsalternativ, men öppna svarsalternativ togs med för att öka validiteten då det ger utrymme för ovanliga eller oförutsedda svar (Bryman, 2011). För att ytterligare öka validiteten på frågorna hade enkäten även kunnat innehålla flera frågor som mäter samma sak (Eliasson, 2013). En pilotstudie med 6 deltagare utfördes, och enkäten granskades av sakkunnig inom förskrivning av näringsdryck samt enkätstudier, vilket styrker enkätens validitet samt reliabilitet (Bryman, 2011). Reliabilitet gäller undersökningens pålitlighet, det vill säga om undersökningen går att upprepa och då ge samma resultat (Eliasson, 2013).

## 5.3 Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen

Undersökningen visar att förskrivningen av näringsdryck är en vanlig åtgärd för dietister, vilket Socialstyrelsen (2011) även påtalar. Det innebär att det är något många dietister kommer i kontakt med i sin yrkesutövning. Förutom det vetenskapliga underlaget för näringsdryckens sammansättning bör valet av näringsdryck baseras på patientens individuella energi- och näringsbehov samt smak och konsistens preferenser för en god följsamhet. Att arbeta enligt nutritionsvårdprocessen, kan vara till stor hjälp för att hitta en näringsdryck som patienten vill dricka, eftersom att arbetssättet inkluderar avstämningar med patienten, då man arbetar cykliskt och utvärderar de insatta åtgärderna.

## 6. Slutsats

Den vanligaste förskrivna näringsdrycken var extra energirik mjölkliknande (200 kcal/100ml, 9-10 gram protein/100ml). Faktorer som påverkade valet av näringsdryck var många men främst *"patientens preferenser gällande smak och konsistens"*, *"patientens energi och näringsbehov"*, samt *"patientens diagnos"*. Utifrån detta resultat är det svårt att peka på en specifik faktor som är den mest betydelsefulla vid val av näringsdryck till förskrivning. Utan det är en avvägning av många faktorer som styr valet av näringsdryck. Den faktor som ändå ansågs vara den mest betydelsefulla faktorn av mer än hälften av deltagarna var *"patientens preferens gällande smak och konsistens"*. Vilket sannolikt är kopplat till att dietisten vill att patienten ska dricka näringsdrycken enligt ordinationen, då en överhängande majoritet ansåg att smakvariation hade betydelse för följsamheten, men mer forskning krävs inom området.

### 6.1 Förslag på ytterligare studier

För att fördjupa kunskapen om vilka faktorer som styr samt hur de påverkar innehållet i förskrivningen, kan en kvalitativ undersökning genomföras som inkluderar både patienter och dietister. Då finns det bättre möjligheter till att ställa kompletterande frågor på faktorer man vill ha djupare förståelse för, som enkäter missar. Denna undersökning har endast kartlagt vilka faktorer som kan påverka. Vidare vore det intressant att se hur det påverkar och vilka avvägningar dietister behöver göra vid förskrivning av näringsdryck. En aspekt att ta med i ytterligare studier är människors rätt till jämlik vård och om lokala riktlinjer och subventioner



av näringsdryck bidrar till att vården blir jämlik eller inte. En ekonomisk aspekt har ej berörts i den här undersökningen men är av vikt i framtida studier, exempelvis kostnader för förskrivna näringsdrycker som inte dricks av patienten.

## 7. Referenser

- Agarwal, E., Ferguson, M., Banks, M., Batterham, M., Bauer, J., Capra, S., & Isenring, E. (2013). Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clinical Nutrition*, 32(5), 737–745. doi.org/10.1016/j.clnu.2012.11.021
- Anker, S.D., John, M., Pedersen, P.U., Raguso, C., Cicoira, M., Dardai, E., ... A. Laviano. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Cardiology and Pulmonology. *Clinical Nutrition*, 25, 311-318.
- Baldwin C, Weekes C.E. (2011). Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, 9. Art. No.: CD002008. doi: 10.1002/14651858.CD002008.pub4.
- Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bethlehem, J., & Biffignandi, S. (2012). *Handbook of web surveys*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber AB.
- Cano, N., Fiaccadori, E., Tesinsky, P., Toigo, G., Druml, W., Kuhlmann, M., ... Hörl, W.H. (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Adult renal failure. *Clinical Nutrition*, 25, 295-310.
- Correia, M.I.T.D., Campos, A.C.L. (2003). Prevalence of Hospital Malnutrition in Latin America: The Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 19(10), 823–825. doi: 10.1016/S0899-9007(03)00168-0
- Dietisternas Riksförbund (DRF) (2009). *Etisk kod för dietister*. Nacka: Dietisternas Riksförbund
- Eliasson, A. (2013) *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Faxén Irving, G., Karlström, B., & Rothenberg, E. (2010). *Geriatrisk Nutrition*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Förenta Nationerna (1948). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna, artikel nr 25*. Bryssel: UNRIC
- Google. (2015). *Google formulär*. Hämtad 2015-11-15, från <https://www.google.se/intl/sv/forms/about/>
- Howard, P., Jonkers-Schuitema, C., Furniss, L., Kyle, U., Muehlebach, S., Ödlund-Olin, A., Page, M.,... Wheatley, C. (2006). Managing the patient journey through enteral nutritional care. *Clinical Nutrition*, (825), 187-195. doi:10.1016/j.clnu.2006.01.013

- Jones, J. (2003). Tackling undernutrition through appropriate supplement prescribing. *British Journal of Community Nursing*, 8(8), 343-52.
- Kennelly, S., Kennedy N.P., Flanagan Rughobur G., Glennon Slattery C., Sugrue S. (2009) The use of oral nutritional supplements in an Irish community setting. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 22, 511-520 doi:10.1111/j.1356-277X.2009.00981.x
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [http://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](http://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)
- Lacey, K., Pritchett, E. (2003). Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(8), 1061-1072.
- Lieb K, Scheurich A (2014) Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits. *PLoS ONE* 9(10): e110130. doi:10.1371/journal.pone.0110130
- Livsmedelsverket. (2015). *Livsmedel för speciella medicinska ändamål*. Hämtad 2015-11-13, från <http://www.livsmedelsverket.se/produktion-handel--kontroll/produktion-av-livsmedel/sarskilda-naringsandamal/produktgrupper-sar-nar/livsmedel-for-speciella-medicinska-andamal/>
- Lochs, H., Valentini, L., Schütz, T., Allison S.P., Howard, P., Pichard, C., ... Wheatley, C. (2006). ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 25, 177-360.
- LVFS 1997:13. *Läkemedelsverkets föreskrifter om förskrivning av vissa livsmedel*. Uppsala: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket. (2012). *Speciallivsmedel, rapport från läkemedelsverket*. Uppsala: Läkemedelsverket.
- NHS National Institute for health and clinical excellence (NICE). (2006). Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition 2006 (clinical Guideline 32). Hämtad 2015-12-11, från <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/Introduction>
- Norman, K., Pichard, C., Lochs, H., Pirlich, M. (2008), Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27(1), 5-15. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.007
- Smith, A. (2012). Nutrition support: appropriate use of sip feeds. *Nursing & Residential Care*. 14(11), 584-588.

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg, prevention och behandling*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Utredning av vilka regler som skall gälla inom hälso- och sjukvården för ordination av speciallivsmedel och andra nutritionsprodukter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1999:114 *Mat som medicin*. Stockholm: Norstedt.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2014). *Kosttillägg för undernärda äldre. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Stratton, R. J., & Elia, M. (2007). a review of reviews: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements*, 2, 5-23. doi:10.1016/j.clnu.2007.04.004

Stratton, R. J., & Elia, M. (2010). Symposium 2: The skeleton in the closet: malnutrition in the community. Encouraging appropriate, evidence-based use of oral nutritional supplements. *Proceedings of the Nutrition Society*, 69, 477-487. doi: 10.1017/S0029665110001977

Stratton, R. J., Green, C.J, Elia, M. (2003) *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*. Wallingford: Cabi publishing

Søndergaard, J., Vach, K., Kragstrup, J., Andersen, M.(2009).Impact of pharmaceutical representative visits on GPs' drug preferences. *Family Practice*, 26(3), 204-209. doi: 10.1093/fampra/cmp010

Todorovic, V. (2005). Evidence-based strategies for the use of oral nutritional supplements. *British Journal of Community Nursing*, 10(4), 158-164.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB

Vetenskapsrådet. (1990). Forskningsetiska principer, inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2016-01-18, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

### **Bilaga 1. Arbetsfördelning**

Fördelningen av arbetet har varit 50/50 för samtliga moment

- Planering av studien och uppsatsarbetet
- Litteratursökning
- Datainsamling
- Analys
- Skrivandet av uppsatsen

## Bilaga 2. Missivbrevet

Hej dietist!

Förskriver du näringsdrycker? Då är det dig vi söker!

Vi heter Anna-Karin och Sara, vi läser sista terminen på dietistprogrammet vid Uppsala universitet. Just nu skriver vi vårt examensarbete där vi ska göra en undersökning bland Sveriges dietister gällande förskrivning av näringsdrycker. Undersökningen sker genom en elektronisk enkät, och det är vi studenter som har tagit fram frågor till enkäten.

Ämnesförslaget till undersökningen kommer från ett företag som säljer kosttillskott, frågorna är inte företagsspecifika och resultatet bedöms kunna vara av intresse för dietister och alla företag på marknaden. Resultatet och vårt arbete kommer du kunna hitta i digitala vetenskapliga arkivet, Diva.

**Vi skulle bli väldigt glada och tacksamma om just du har tid att fylla i vår enkät.**

Du kommer vara helt anonym och du kan när som helst avbryta din medverkan. Enkäten tar cirka 5 minuter att genomföra.

Har du några frågor så kan du kontakta oss på:

[ssjostroms@gmail.com](mailto:ssjostroms@gmail.com)

Stort tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Anna-Karin Snögren och Sara Sjöström

Dietistprogrammet Uppsala Universitet.

## Bilaga 3. Enkäten.

# Förskrivning av näringsdryck

Tack för att du tar dig tid att svara, ditt svar betyder mycket för oss!

### 1. Vilken är din arbetsplats?

- Slutenvård
- Primärvård
- Kommun
- Övrigt:

### 2. Vilken kommun/ landsting arbetar du inom?

### 3. Hur många förskrivningar av näringsdryck gör du i genomsnitt per vecka? Kryssa i det svar som passar bäst.

- 0-3
- 4-7
- 8-11
- 12 eller fler

### 4. Vilka patientgrupper förskriver du näringsdrycker till? (Ange alla som stämmer).

- Gastro
- Lung
- Infektion
- Hjärt/kärl
- Diabetes
- Onkologi
- Njure
- Geriatrik

- Kirurgi
- Allergi
- Hematologi
- Övrigt:

**5. Rangordna svaren efter vilka näringsdrycker du vanligtvis skriver ut. 1 är den vanligaste och 5 är den minst vanliga.**

	1	2	3	4	5
Klara, saftliknande näringsdrycker (85-150 kcal/100ml, 4g protein/100ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mjölkliknande kompletta näringsdrycker (100-150 kcal/100ml, 3,8-6,3g protein /100ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protein- och energirika mjölkliknande näringsdrycker (125-150 kcal/100 ml, 9,4-10g protein/100ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extra energirika mjölkliknande näringsdrycker (200 kcal/100ml, 9-10g protein /100ml)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukdomspecifika näringsdrycker exempelvis näringsdryckerna Renal, Diben, Diasip, Renilon,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**6. I vilken grad väljer du sjukdomsspecifika näringsdrycker till diagnoser där sådana finns?  
Exempelvis näringsdryckerna Renal, Diben, Diasip, Renilon, Respifor, Nutrifriend.**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- I ganska låg grad
- Inte alls

**7. Utgår ni på er arbetsplats utifrån ett upphandlat sortiment vid förskrivning av näringsdryck?**

- Ja
- Nej

**8. Kan ni på er arbetsplats förskriva näringsdrycker som ej är upphandlade?**

- Ja
- Nej

**9. Finns det lokala riktlinjer gällande vilka patienter som är berättigad förskrivning?**

- Ja
- Nej

**10. Vilka faktorer styr ditt val av näringsdryck som du förskriver? (Ange alla som stämmer).**

- Patientens preferenser gällande smak och konsistens.
- Patientens diagnos
- Upphandlade produkter inom landstinget/regionen.
- Patientens energi och näringsbehov
- Din egen preferens gällande smak

- Erfarenhet, det du vet brukar fungera för patientgruppen.
- Patientens tolerans för olika energi och näringsämnen
- Produktens pris
- Övrigt:

**11. Utifrån fråga 10, Vilken är den mest betydelsefulla faktorn som styr ditt val vid förskrivning?**

**12. I vilken grad tror du att produktspecialisters närvaro/information påverkar vilka näringsdrycker som du förskriver?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- I ganska låg grad
- Inte alls

**13. Har patienter möjlighet att provsmaka näringsdrycken innan förskrivning?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- I ganska låg grad
- Inte alls

**14. I vilken grad bedömer du att variationen på smaker av näringsdrycker påverkar följsamheten till ordinationen?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- I ganska låg grad
- Inte alls

**15. Om det fanns en sjukdomsspecifik icke fullvärdig näringsdryck med dokumenterad effekt och god compliance, skulle du som dietist förskriva denna?**

- I mycket hög grad
- I ganska hög grad
- I ganska låg grad
- Inte alls

**16. Vilka ytterligare synpunkter har du på denna undersökning och dess frågor?**