

Nutritionsmapp SNR

Njurmedicinskt Vårmöte Umeå
2016-05-11
Malin Söderholm
Leg Dietist
Njur och dialysmottagningen

Uppdrag från DRF:s referensgrup nefrologi

- Karin Windahl, leg dietist och fil mag, Danderyds sjukhus, Stockholm
- Sintra Eyre, leg dietist och med lic, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
- Malin Söderholm, leg dietist, Cario Lundby Närsjukhus, Göteborg
- Anna Neymark Wolgast, leg dietist, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Syfte

- Säkerställa att patienter får dietistkontakt
- Möjlighet att kvalitetssäkra nutritionsbehandling regionalt och nationellt
- Jämföra nutritionsparametrar t ex undernäring/risk för undernäring mellan olika enheter och kliniker
- Medverka i SNR's årsrapport – sprida kunskap
- Möjlighet till forskning om nutrition på nationell nivå
- Möjlighet till utvecklingsarbete inom nutritionsområdet

Redan förekommande i SNR, även önskvärt i nutritionsmap

- | | | |
|------------------------|----------|--------------|
| • Vikt | Längd | BMI |
| • Nutritionsstatus SGA | GFR | S-Kreatinin |
| • S-Urea | S-Kalium | S-Fosfat |
| • S-Albumin | CRP | Hb |
| • HbA1c | PTH | S-Kolesterol |
| • HDL | TG | |

Förslag på tillägg specifika för nutritionsmappen



- Dietistkontakt
- Proteinjustering (både proteinreducering och ökat proteinintag)
- Aminosyratillskott (Aminess)
- Vattenlösliga vitaminer
- Parenteral nutrition, enteral nutrition, kosttillägg
- Ureaflöde /nPNA
- Kroppssammansättningsbaserad nutritionsstatusbedömning

5

Varför nPNA?



- För att utvärdera om patienten äter den proteinmängd som är ordinerad
- Ger möjlighet att på gruppnivå utvärdera följsamhet till behandling
- Jämföra med övriga landet om hur det går på vår klinik.
- Ger möjlighet till forskning om samband mellan proteinreducerad kost och andra variabler
- Möjlighet att kvalitetssäkra kostbehandlingen

6

Nutritionstatus – varför betydelsefullt



- Prevalensen av sjukdomsrelaterad undernäring vid njursvikt:
- CKD utan dialys är 15-18%
- HD och PD i genomsnitt 43% (28-81%)

Undernäring korrelerar med:

- ökad morbiditet och mortalitet
- förlängda vårdtider
- försämrad livskvalité
- ökad infektionskänslighet
- ökade vårdkostnader

(Referens: Carrero JJ et al, JREN 2013. 23;2:77-90, Carrero JJ, 2013 http://renal-nutrition.com/details/Karolinska_Renal_Nutrition_News.html, Freijer K et al, Clinical Nutrition 2013, 24;3:136-141)

Kroppssammansättningsbaserad nutritionstatusbedömning



- Metod för mätning av kroppssammansättning samt datum
- Kroppsvikt och längd (finns redan)
- Uppgift om vikt förlust motsvarande $\geq 10\%$ av habituell vikt: ja/nej
- FM
- FFM beräknas automatiskt genom att subtrahera FM från kroppsvikten
- Index för FFM och FM (FFMI och FMI) beräknas automatiskt genom att FM och FFM delas med längden i kvadrat.
- Internationella och nationella diagnoskriterier för tillståndet undernäring finns framtagna för män och kvinnor baserat på FMI och FFMI (Ref: Socialstyrelsen Näring för god vård och omsorg, 2011)
- Diagnos undernäring registreras: ja /nej (ja = vikt förlust på $\geq 10\%$ av habituell vikt samt FMI eller FFMI under Socialstyrelsens gränsvärden).

Registervariabler

- Metod och datum
- Uppgift om viktförlust
- FM = fettmassa
- Diagnos undernäring

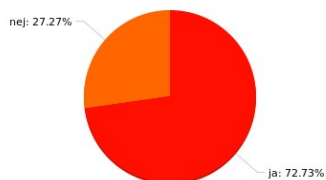
Varför kroppssammansättningsbaserad nutritionsstatusbedömning i nutritionsmap?

- För att diagnostisera malnutrition, vilket inte kan göras idag
- Genom att införa FM och FFM i registret ges möjlighet göra enhetliga sammanställningar av nutritionsstatus på klinikerna.
- På sikt skulle ett referensmaterial för kroppssammansättning och nutritionsstatusbedömning kunna skapas för njursjuka
- Kunna följa ex om patienter tränar och fettmassa omvandlas till muskelmassa
- Ger möjlighet att kvalitetssäkra nutritionsbehandling
- Tekniken är redan tillgänglig på många enheter idag, dokumentation i SNR möjliggör utvärdering regionalt/nationellt

Sammanfattningsvis

- Kost- och nutritionsbehandling jämföras med medicinsk behandling enligt Socialstyrelsen
- Registrering av nutritionsparametrar i SNR möjliggör kvalitetssäkring, forskning och utveckling av området
- Angeläget med standardiserade metoder för nutritionsstatusbedömning
- Planering för genomförande/pilotstudie av nutritionsmappen finns

När SNR kompletteras med en nutritions/dietistmapp, kommer då dietisten att kunna lägga in data där?



8. Om svaret på föregående fråga är nej, vad är orsaken till det?



-Vi har mycket lite dietistkontakt på vår enhet angående dessa patienter. När pat blir svårt njursviktande så återgår de nästan alltid till njurmott SU för dietistkontakt där. De flesta patienter återgår efter transplantationen till sin ordinarie njurmottagning så därför är denna enkät svår att svara på.

-Vet ej om tid finns för det? Behörighet kan ju ges av mig som är administratör så om dietisten tycker sig ha tid för detta borde det fungera.

-Dietist kommer från KS till oss kan möjligen via KS komma åt mappen?

-vi transplanterar patienterna, och om transplantatet inte fungerar och patienten åter hamnar i dialys , återgår patienten till njurmedicin. Därför verkar detta inte vara något vår klinik kommer att bli involverad i. OM man inte ska titta på tex skillnad i kosten innan och efter transplantation? men efter transplantation kan ju vanligtvis patienten äta som alla andra människor.

-Det vet vi inte i dagsläget. Ingen discussion om detta har ännu forts, initiative ligger ju hos er. I dagsläget har inte våra dietister login till eller vana med att registrera i SNR

-Osäker har inte diskuterat det. Frågan är om de har tid. Får höra med dem.

-Det är så oerhört låg dietistbemanning på Hallands sjukhus i allmänhet och dietistresurs på Med klin och Njur-, dialysmottagningen i synnerhet att man måste prioritera slutenvård, sondnäring och akuta konsultbedömningar. Det tidigare goda samarbetet med Njurmedicin och förebyggande arbetet i CKD stadium 3-4 är för tillfället nästan obefintligt. Att tro att dietisten kan sätta av tid, i nuläget, till registrering är orealistiskt.

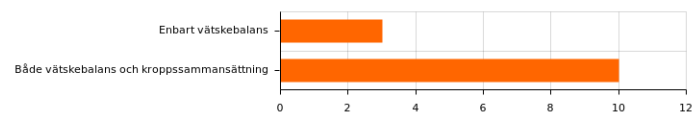
13

Gör ni kroppssammansättningsmätningar med bioimpedansmätare?

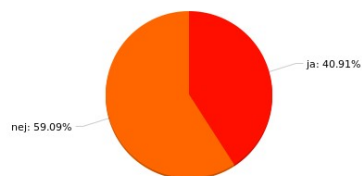


14

Om ni mäter kroppssammansättning med bioimpedans, vad mäter ni?



Om ni för närvarande inte gör kroppssammansättningsmätningar har ni planer på att börja inom den närmsta framtiden (inom 1 år?). *



Eventuella kommentarer på föregående fråga

- Antal deltagare: 13
- Vi gör redan bioimpedansmätningar.
- Har testat mäta men ser inte så stor vinst med det. Vi har ju inte heller så många patienter. vet inte
- Om kroppssammansättning ska mätas bör alla dvs både vätskebalans och kroppssammansättning (fettmassa, fettfri massa) ingå.
- BCM visar hela kroppssammansättningen men vi tittar mest på vätskan. Vår Dietist är inte intresserad. Men hon blir kanske om hon blir inkastad i att mäta skriva in det i SNR.
- Det kommer att äskas pengar till detta under 2017
- Vi mäter ju redan, se ovan
- Gör redan detta. Frågan kunde inte hoppas över.
- Vi har äskat pengar
- Vi mäter kroppssammansättningen sedan en tid tillbaka men måste svara på ovanstående fråga för att komma vidare
- Frågan är felställd om man har svarat ja ovan!
- På mottagningen görs inte BCM konsekvent på alla patienter, utan fr endast på de patienter som deltar i EQUAL-studien (2 ggr/år på varje studiedeltagare). PD-enheten använder BCM, vet dock inte om det görs på samtliga eller med vilken frekvens
- Vi håller redan på.
- Frågan är besvarad?

Har ni några förslag på övriga parametrar att ta med i en dietist/nutritionsmapp?

- Antal deltagare: 7
- Det framkommer ju inte vilka parametrar ni ämnar att ta med- frågan går därmed inte att besvara.
- Nutritiondropp.
- Kommentar till frågan om dietistresurs: detta är en uppskattad procentsats, dom arbetar efter remissinflödet.
- Önskar de parametrar som DRF noursektion tidigare lämnat in.
- För att kunna svara, måste man veta vilka parametrar som är tänkta att ta med. Viktigt att det man inför kan uppnå en god täckningsgrad.
- Det har i flera år funnits möjlighet till att registrera SGA enligt 3-gradig skala. Detta har inte gjorts, då metoden inte finns som en permanent och naturlig del i vården, och då det saknas kunskaper om den metoden på de flesta ställen.
- Kalk-fosfat.
- Proteinreducerad kost.
- Vikt.
- Diabetes
- Informationsblad att dra ut till pre samt dialyspatienter ang kostrekommendationer.
- SGA är under diskussion bland Region Skåne njurdietisterna



Malin Söderholm
malin.soderholm@cario.se
www.cariolundbyrnarsjukhus.se