

**Högskolan Kristianstad
Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044-20 30 00**

**Fristående kurs (Omv 41-60)
SPS815
C-uppsats, 10 poäng**

**ÄT- OCH NUTRITIONSPROBLEM HOS PATIENTER MED STROKE
En litteraturstudie**

**Examination: 2003-01-10
Författare: Zada Pajalic
Handledare: Albert Westergren
Examinator: Birgitta Höglund**

Högskolan Kristianstad
Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044-20 30 00

Fristående kurs
SPS815 (omv 41-60)
C-uppsats, 10 poäng

TITEL

ÄT- OCH NUTRITIONSPROBLEM HOS PATIENTER MED STROKE

En litteraturstudie

FÖRFATTARE

Zada Pajalic

SAMMANFATTNING

Stroke är en vanligt förekommande sjukdom som drabbar framför allt äldre. Bland de vanligast förekommande symtomen vid stroke är ätproblem. Syftet med litteraturstudien var att beskriva ät- och nutritionsproblem hos patienter med stroke. Litteraturstudien innefattar artiklar av vetenskapligt karaktär. Resultaten från artiklarna analyserades och delades i tre olika teman. I resultaten framkom att tidigare nutritionsstatus var stark överlevnadsindikator och att besvär relaterade till ätproblem ledde till isolering, skamkänslor, hjälpberoende och bristande mat njutning. Ätsvårigheter ledde i vissa fall till komplikationer som luftvägsinfektioner och undernäring. Systematiska observationer och individuellt anpassade korrigeringar vid matintag ledde till att en del patienterna kunde äta mat med normal konsistens.

NYCKELORD:

eating, stroke, nursing, dysphagia, eating difficulties.

INNEHÅLL	sida
BAKGRUND	1
SYFTE	3
METOD	4
RESULTAT	4
Nutritionstatus	4
Komplikationer till ätproblem	5
Upplevelser av ätproblem	6
DISKUSSION	7
Metoddiskussion	7
Resultatdiskussion	8
Slutsats	11
REFERENSLISTA	12
Bilaga 1 Sökschema	
Bilaga 2 Artikelöversikt	

BAKGRUND

Stroke är en vanligt förekommande sjukdom som drabbar framför allt äldre. Åldrandet i sig kan påverka ätandet och om den äldre drabbas av stroke kan det påverkas ytterligare vilket försätter den äldre i risk för att drabbas av undernäring. Termen undernäring betecknar ett tillstånd av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. Den vanligaste formen av undernäring i svensk sjukvård är orsakad av en kombination av energi- och proteinbrist (Socialstyrelsen, 2000:11).

Stroke är den samlade benämningen på hjärnblödningar som kan vara lokaliserade inne i hjärnan eller under en av hjärnhinnorna, och hjärninfarkter. Hjärninfarkt utgör cirka 85% av fallen medan hjärnblödning utgör cirka 15% av fallen. De vanligaste orsaker till stroke är hjärtsjukdomar, högt blodtryck, högt kolesterolvärde, diabetes, rökning, övervikt och stress. Varje år insjuknar i Sverige cirka 35 000 individer i stroke. Andelen insjuknade ökar i takt med stigande ålder. Medelåldern för de som insjuknar är för kvinnor 73 år och för män 71 år. Av dessa avlider cirka 10% i det akuta skedet och cirka 20% behöver längre tids vård och rehabilitering (Socialstyrelsen, 1997:9).

De vanligast förekommande symtomen vid stroke är halvsidig förlamning, känselnedsättning, balansrubbnings, svårigheter med kroppsuppfattning, svårigheter med rumsuppfattning, synnedsättning, ätproblem och afasi. Vanliga ätproblem för patienter med stroke är svårigheter att tugga, vilket kan förorsaka att patient sväljer för stora bitar, hamstring som innebär ansamling av mat i munnen, läckage vid svårighet att sluta läpparna, smärta i munnen av slemhinnesår eller skavande protes, perceptionsstörning (nedsatt förmåga till kroppsuppfattning) som kan beskrivas som att inte se eller känna att man har någon kropp till vänster eller höger om mittlinjen, förändrad smakupplevelse på grund av känselnedsättning, nedstämdhet som kan minska aptiten och lusten att äta och dysfagi (svårighet att svälja) som kan leda till felsväljning (Norrving, 1993). Patienter med stroke är i behov av stöd och hjälp för att delta i den egna återanpassningen till bästa möjliga situation. Patienterna har ofta svårt att överblicka konsekvenserna av hur livet kommer att se ut efter stroke och kan inte alltid förstå de mål eller åtgärder som vidtas (Wressle, Öberg & Henriksson, 1999).

För att kunna ge en god omvårdnad vid ätproblem för patienten med stroke krävs att hänsyn tas till dennes sociokulturella bakgrund. Att äta och dricka är viktigt i allas liv och det är enkelt att se biologiska och sociala konsekvenser av ätandet. Själva ätandet och val av föda påverkas av geografiska, sociala, kulturella, psykosociala, religiösa och ekonomiska faktorer. Att äta speciell sorts mat och dricka speciell sorts dryck är en reflektion av social och kulturell identitet. Mat är ett slags medium för att skapa och upprätthålla sociala relationer inom och utanför hushållen (Fieldhouse, 1996). Andra studier har visat att äldre patienter som upplevde att de inte kunde följa särskilda civiliserade bordsregler hade stark känsla av skam och skuld (Sidenvall, Fjällström & Ek, 1994, 1996).

I en avhandling av Westergren (2001) ingick totalt strax under 700 patienter vilka bedömdes med hjälp av strukturerade observationer. Sjuksköterskor genomförde bedömningarna, efter att de hade genomgått utbildning och träning. Det visades att problem med ätande och näringsintag ingick i ett omfattande problemkomplex som inte kunde negligeras i det dagliga vårdarbetet. Till exempel visades med hjälp av faktoranalys att ätandet kunde förstås utifrån tre delar, 1) *intagande av mat*, 2) *sväljningsprocessen* och 3) *energitillgång*. Var och av de tre integrerade delarna karaktäriserades av specifika moment. Vidare var det hos patienterna inom olika rehabiliteringsverksamheter 36 % som erhöll måltidsassistans, 46 % som var i riskzonen förr eller redan hade utvecklat undernäring och 80 % som hade ätproblem. Således var ätproblem vanligt förekommande hos patienter inom rehabilitering och i synnerhet förekom de i hög grad hos dem med stroke. (a.a).

Sväljningen utgör en av de mer komplexa delarna i ätprocessen och innebär att maten överförs från munhålan till matstrupen och från matstrupen till magsäcken. När en tugga är sönderdelad och blandad med saliv pressas den ner mot svalget genom att tungan pressas uppåt och bakåt. Tungans rörelser stimulerar sväljningscentrum i förlängda märgen. Sväljningscentrum styr det komplicerade samspelet mellan muskler som deltar i sväljningsprocessen så att musklerna kontraheras och relaxeras i rätt ögonblick och rätt ordning. Kontraktionerna startar i svalget när innehållet pressas bakåt och ner i matstrupen. Vid sväljningsögonblicket stannar andningen för en kort stund. Struplocket stänger ingången till luftvägarna och maten pressas ner i matstrupen. Vid stroke med dysfagi saknas eller försämras signalöverföringen mellan nerverna och detta stör samspelet mellan musklerna i munhålan och svalget. Sväljningssvårigheter kan skapa flera problem, till exempel, att mjuka gommen inte stänger ingången till näshålan som i sin tur kan leda till att maten hamnar där

under sväljningen eller att struplocket inte täcker ingången till luftstrupen vid sväljningen och maten hamnar i luftvägarna (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud, 1995). Dysfagi kan manifesteras på olika nivåer: oral (mun), faryngeal (svalg) och esofageal (matstrupe). Vanligt förekommande komplikationer vid dysfagi är felsväljning och undernäring. (Axelsson, Norberg, Asplund, Söderberg & Wennergren, 1988).

I omvårdnaden av patienter med stroke krävs det att ätproblem observeras och att adekvata åtgärder sätts in därefter. Det är viktigt att systematiskt observera hur patienten hanterar bestick, glas, kopp, vilken matkonsistens som passar bäst och observera huvudets position vid sväljningen. Metoder som kan användas är att filma patienten medan han/hon äter och sedan studera varje moment noggrant. Dysfagi kan utredas med sväljningsröntgen och ibland kan t.ex. dietist, logoped, mag-tarm läkare eller tandläkare behöva konsulteras (Holm, 1997). Att tillgodose näringsbehovet hos patienten är en viktig del av omvårdnaden och för att det skall fungera krävs både fantasi och extra omsorg. Besvär relaterade till dysfagi kan orsaka känslor som rädsla, skam, osäkerhet och vidare leda till isolering. Under måltiden är det viktigast att patienten blir mätt, känner god smak och upplever trivsel. Patienter med stroke behöver koncentrera sig mycket för att tugga och svälja rätt därför bör man undvika stressande och arbetsamma situationer vid måltiden (Ericson & Ericson, 1996).

Undernäring och ätproblem hos äldre med stroke har studerats i relativt stor utsträckning inom den slutna vården, men inom kommunal vård och omsorg i mindre omfattning. Vårdarbete fokuserar till stor del på patienters förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet och ätandet är en av dessa aktiviteter. Därför synes det angeläget att i omvårdningsstudier kring nutrition inkludera även ätandet som en viktig del. För att kunna ge en god omvårdnad vid nutritionsproblem krävs kunskaper om dessa problems relation till ätproblem (Westergren, 2001). Ur ett vårdperspektiv är det angeläget att förstå problem som föreligger vid ätandet för att maximalt kunna stödja fullgott näringsintag (Atwod, Carnevali & Partick, 1979).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att få en fördjupad kunskap för ät- och nutritionsproblem hos patienter med stroke.

METOD

Undersökningen gjordes i form av litteraturstudie. Studien omfattade en granskning av tidigare empiriskt material inom området för att få svar på syftet och det innefattar selektivt utvalda fakta som överensstämmer med syftet. Sökningen påbörjades manuellt och i databaserna MEDLINE, PsycINFO, ERIC och CINAHL. Sökresultaten finns sammanställda i ett sökschema (bilaga 1). Sökorden som användes, enskilt och i kombination med varandra, var: eating, stroke, nursing, dysphagia och eating difficulties. De fanns med i artikelns titel, abstract eller i nyckelorden. Kriterierna var att det skulle vara vetenskapliga empiriska artiklar och att de skulle innehålla fakta som överensstämde med syftet. Språket begränsades till engelska och svenska. Vidare kriterier för att inkludera artiklar var att de hade publicerats mellan år 1994-2001. Kombinationen av sökorden resulterade i ett tiotal artiklar via den manuella sökningen och databaserna. Några av de aktuella artiklarna visades vara forskningsöversikter och kunde således ej användas i resultatet. Artiklarna som inte stämde med studiens syfte valdes bort. Slutligen kvarstod tolv relevanta artiklar. Artiklarna genomlästes upprepade gånger. Innehållet i studierna bearbetades och analyserades utifrån undersökningens syfte. Anledningen att ett fåtal författare med flera undersökningar valdes var att deras artiklar fokuserade åt- och nutritions problem hos patienter med stroke. Undersökningen fokuserades på att selektivt välja fakta som överensstämde med syftet (Backman, 1998). Gemensamma faktorer framkom vid bearbetningen av materialet. Artiklarna finns presenterade i en översiktstabell (bilaga 2).

RESULTAT

Efter granskning av artiklarna framkom teman som var relaterade till åt- och nutritionsproblem hos patienter med stroke. Teman var: nutritionsstatus, komplikationer till åtproblem, upplevelsen och typer av åtproblem.

Nutritionsstatus

I en studie av Unosson, Ek, Bjurulf, von Schenck och Larsson (1994) hade bestämningen av kroppssammansättningen stor betydelse för bedömningen av näringstillståndet. Kroppslängd,

kroppsvikt, BMI (Body Mass Index), hudveckens tjocklek och överarmens muskelomfång, funktionellt status användes som indirekta mått på kroppens energi och proteinförråd och därmed också som mått på näringstillståndet. I studien bestämdes nutritionsstatus hos patienter med akut stroke efter två och nio veckor i relation till patientens beroende av assistans vid matintag. Nio veckor efter strokedebuten visade patienter med assistans vid matintag större minskning av cellmassan i kroppen än patienter som inte hade assistans vid måltider. I resultaten kunde utläsas att kroppsfettet bröts ner för att kompensera för energibehovet, oberoende av patientens aktivitetsgrad. Vidare, visades det att kroppscellmassa (protein) minskade på grund av imobilitet (a.a).

I två studier av Gariballa, Parker, Taub och Castleden (1998a, 1998b) visades att koncentrationen av *serumalbumin* var av betydelse för överlevnaden. Dessutom i den första studien (Gariballa et al., 1998a) visades att serumalbuminkoncentrationen var den variabel som visade signifikant negativ korrelation med komplikationer som indikerade behov av längre sjukhusvistelse. Patienter med stroke som hade serumalbumin värde ≤ 34 g/L under sjukhusvistelsen löpte större risk att dö inom de första tre månaderna efter strokeinsjukandet. Patienter med stroke som hade lågt serumalbuminvärde vid ankomst till sjukhus hade ökad risk för komplikationer och därmed svårigheter i rehabiliteringen. I den andra studien (Gariballa et al., 1998b) visades signifikanta skillnader i nutritionsstatus hos patienter som dog, patienter som behövde längre vård på sjukhus och patienter som skrevs ut. Nutritionsstatus hos patienter med stroke påverkades mer negativt om de hade sväljsvårigheter än om de inte hade sådana svårigheter. Under de tre första månaderna var överlevnaden bland patienter med serumalbumin koncentration ≥ 35 g/L bättre än för de som hade ≤ 34 g/L (a.a).

Komplikationer till ätproblem

I en studie av Westergren, Karlsson, Andersson, Ohlsson och Hallberg (2001a) där patienter med stroke erhöll sjukhusrehabilitering visades det att 80 % av patienterna hade ätproblem och totalt 50 % var beroende av hjälp för att kunna äta. Hälften av patienterna som fick hjälp med att äta var i riskzonen för undernäring eller redan undernärda. Motsvarande siffra för de som åt självständigt var 13 %. De vanligaste ätproblem var att man åt mindre än 3/4 av serverad mat, hade svårigheter att hantera maten på talriken, föra maten till munnen, inta en funktionell sittställning och förlångsammad äthastighet. Dessa problem förekom i 26-60 % av

fallen(a.a). Förutsättningar före insjuknandet liksom slaganfallets svårighetsgrad visades ha betydelse för hur patienterna klarade att äta. I en annan studie av Westergren, Unosson, Ohlsson, Lorefält och Hallberg (2002) visades att förmågan att svälja, mängden uppäten mat, koncentrationsförmåga och äthastighet relaterade till undernäring. Undernäring var i sin tur signifikant relaterat till förekomst av trycksår. Resultaten visar betydelsen av att inte snävt fokusera enbart på sväljningssvårigheter efter stroke. Hela ätprocessen behövde observeras och åtgärder vidtas beroende på iakttagna problem . I svåra fall var befogat stötta patientens näring via sondmatning Keng, Choa och Tow (1998).

I studien av Westergren, Ohlsson och Hallberg (2001b) beskrevs samband mellan ätsvårigheter hos patienter med stroke och konstaterad dysfagi, typer av vårdåtgärder och utveckling av komplikationer tre månader efter insjuknandet i stroke. Det utforskades gemensamma egenskaper hos ätsvårigheter och deras inflytande på patienternas förmåga för att fullfölja måltid. Vårdåtgärder grundades på strukturerade bedömningar och var individuellt anpassade. Tre grupper identifierades: grupp ett kunde inte fullfölja måltider trots aktiv assistans på grund av reducerad möjlighet att medverka på grund av orkeslöshet och försämrad sväljfunktion, grupp två kunde fullfölja måltider trots orkeslöshet med stora svårigheter och grupp tre kunde fullfölja måltid med vissa svårigheter. I resultatet kunde utläsas att de första två grupperna utvecklade komplikationer som luftvägsinfektioner och undernäring medan det i grupp tre var lägre komplikationsfrekvens (a.a.). Dessa resultat stärks av studien inom stroke rehabilitering (Westergren et al., 2001a) i vilken det framgick tydligt vilka ätproblem som var relaterade till undernäring och de var: nedsatt ork att genomföra måltider, sväljningssvårigheter, att patienterna åt $\frac{3}{4}$ eller mindre av serverad mat och avvikande äthastighet (Westergren et al., 2001b). Andra problem som funnits relatera till undernäring är svårigheter att finna maten på andra sidan av talriken på grund av neglekt, att patienterna glömde att äta från den ena stunden till den andra och svårigheter att använda tandprotes på grund av smärta (Kumlien & Axelsson, 2000).

Upplevelser av ätproblem

I Kumliens och Axelsson (2000) studie utforskades ätandet, matning och lämplig vård till patienter med stroke genom beskrivningar och bedömningar utförda av sjuksköterskorna. Det noterades att mer än hälften av patienter som var hjälpberoende vid matintag var hjälpberoende i övriga dagliga aktiviteter också. Det känslomässiga tillståndet beskrevs som apati, gråtmildhet, orolighet och depression. Upplevelsemässiga konsekvenser av ätproblem

har även beskrivits även i en annan studie (Jacobsson, Axelsson, Österlind & Nordberg, 2000) som rädsla att kvävas, obehag i munnen och svalg, törst, skam över eget uppträdande, isolering, skamkänslor, förödmjukande beroende vid matintag och bristande njutning av mat.

I ett flertal studier (Jacobsson, Axelsson, Wenngren & Norberg, 1996; Jacobsson, Axelsson, Asplund, Wenngren & Norberg, 1997; Jacobsson et al., 2000) påvisades att ätproblem utgjorde det mest uppenbara problemet i dagliga livet hos patienter med stroke. Det noterades att tiden för att initiera sväljningen var förlångsammad och att patienter behövde koncentrera sig extra när de åt (a.a). Individuellt anpassade korrigeringar vid matintag ledde till att en tredjedel av patienter kunde övergå till mat med normal konsistens. Upplevelserna var positiva och patienterna sa att maten var god och att det var möjligt att njuta av maten efter genomgången träning (Jakobsson et al., 1996, 1997, 2000 & Keng et al., 1998).

DISKUSSION

Denna studie visar på metoder för att bedöma undernäring och deras koppling till prognosen efter stroke. Bland annat framkom att serumalbumin, längd och vikt är viktiga att observera och att värdet på serumalbumin är en bra prognostisk indikator. Vidare, framkom ätproblemens betydelse för utveckling av undernäring. Framför allt visades att orken att genomföra måltider, dysfagi, mängden mat som åts upp och äthastigheten hade starka kopplingar till undernäring. Det framkom också vilka upplevelsemässiga konsekvenser ätproblemen fick såsom rädsla, skam, nedstämdhet och isolering.

Metoddiskussion

Vid sökningen på CINAHL och MEDLINE påträffades relevant material med hänsyn till litteraturstudiens syfte. Sökningen påbörjades med sökorden eating disorders, nursing diagnosis, stroke och training of eating. Under sökningens gång framkom andra lämpliga sökord som dysphagia, eating difficulties och nursing. Sökstrategin som användes i undersökningen gav i en del kombinationer inget utfall i andra kombinationer gav det ett stort utfall. Vid bearbetningen av de utvalda artiklarna återfanns ett antal studier gjorda tidigare än år 1994. Svårigheterna vid sökningarna var att veta om studien var av vetenskaplig karaktär.

Ett antal titlar och sammanfattningar av intresse beställdes och efter att ha rekvirerat hela artikeln var den inte alltid av vetenskaplig karaktär eller av typen reviewartikel.

Resultatdiskussion

I studien framkom att näringstillståndet kan bestämmas utifrån antropometriska, hematologiska (blodets sammansättning) och biokemiska (kemiska processer i kroppen) data (Gariballa et al., 1998a). Antropometriska data omfattade kroppslängd, kroppsvikt, BMI, hudveckens tjocklek och överarmens omfång (Unosson et al., 1994). Hematologiska och biokemiska data grundades i bestämning av serumalbumin (Gariballa et al., 1998a). Vidare visades att kroppscellmassa (protein) var i beroende av patienternas mobilitet. Inaktiva och hjälpberoende patienter vid matintag löpte större risk att förlora kroppsmassa (Unosson et al., 1994) och patienter som hade låga serumalbumin värdena hade ökad risk för utveckling av komplikationer (Gariballa et al., 1998b). Bestämning av nutritionsstatus hos patienter med stroke är utifrån ovanstående resultat en viktig uppgift för sjuksköterskor. Det är av stor vikt att sjuksköterskor ser till att inhämta uppgifter om längd och vikt för att sedan beräkna body mass index och kontrollera att serumalbumin har tagits. Utöver dessa uppgifter kan det vara av betydelse hur patientens viktutveckling var före insjuknandet (Socialstyrelsen, 2000).

Förutom att observera nutritionsstatus behövs kännedom om patientens ätproblem. Vad gäller orkeslöshet hos patienten med dysfagi i samband med stroke försvårar den ätandet mer än om patienten hade haft bra ork. Hos patienter med nedsatt funktionsförmåga förelåg dessutom försämrad immunkompetens (Unosson et al., 1994). Stress i samband med stroke stimulerar kroppen att använda endogena reserver av proteiner och fett. Dessutom reduceras den aktiva kroppscellmassan vid inaktivitet och svälttillstånd. I ovan nämnda undersökning befanns de patienter som hade funktionell nedsättning och behövde hjälp att äta ha förlorat mer av kroppsmassan två månader efter insjuknandet än de som kunnat äta själva. En slutsats av undersökningen är att patienter med nedsatt funktionsförmåga behöver tillräcklig mängd näringsriktig kost samt träning för att kunna bibehålla kroppscellmassan (Unosson et al., 1994). Men för att kunna ombesörja detta krävs det att ätproblemen upptäcks och en metod för detta är testmåltider. Under testmåltider prövas olika momentet i ätprocessen som anpassning av matkonsistens och vätskekonsistens och användning av olika matningstekniker som att föra matsked långt i bakdelen av munnen och att ge vätska med sked (Kumlien & Axelsson, 2000). Måltiden kan bestå av tunnflytande (till exempel äppeljuice), tjockflytande

(till exempel filmjök), föda som tuggas (till exempel banan, hårt bröd) och föda som kan ätas med kniv och gaffel (i testsyfte till exempel banan). Således finns det lämpliga metoder att använda för att bedöma nutritionsstatus och för att observera ätproblem.

Förutom de problem som framkom i resultatet kan det finnas andra problem som påverkar ätandet t.ex. problem med munhälsan. För att förebygga och upptäcka sjukliga förändringar i munhåla och svalg bör en noggrann inspektion göras regelbundet varje dag. På grund av facialispares, oral perceptionstörning och oral apraxi kan strokepatienten få stora problem att använda sin tandprotes. Avmagring efter slaganfallet bidrar ofta till att proteser passar dåligt. En rätt utförd munvård bör dessutom göras på patienter som är oförmögna att sköta sin munhygien på ett tillfredställande sätt (Jacobsson et al., 2000).

När väl ätproblemen observerats är det viktigt att vidta anpassade åtgärder för att underlätta ätandet. Måltidssituationen bör vara individuellt anpassad med beaktande av sittställning, passande kost och adekvata hjälpmedel. Måltiden skall vara en lugn och trevlig stund för patienten. Det är viktigt med en symmetrisk sittställning och om möjligt skall patienten sitta i vanlig stol och om det går i matsalen. Om någon sitter hos patienten vid måltiden eller matar den sjuka bör man placeras sig så att ögonkontakt skapas och att patienten inte får någon känsla av stress (Holm, 1997). För att patienten bättre ska klara av matsituationen är det lämpligt att patienten vilar innan maten. Det är av vikt med en lugn atmosfär och att inte ha bråttom vid måltiden och att ej samtala mycket med patienten under måltiden (Ericson & Ericson, 1996).

Förutom att ombesörja rent fysiska behov krävs också att patienten stöttas emotionellt. Insjuknande i stroke kommer i regel utan förvarning och får ofta stora konsekvenser för den drabbade och anhöriga. Hela livssituationen förändras totalt. Förutom de rent kroppsliga symtomen innebär insjuknandet ett psykiskt trauma, en omedelbar livskris. Som sjuksköterska skall man skapa trygghet och värme. Kroppskontakt är värdefull för en mera symbolisk innebörd av omhändertagande och trygghet. Det är av vikt att prata om vad har skett, att lyssna och stödja patienten, hjälpa patienten att fritt uttrycka sina känslor och att visa på patientens egna resurser det vill säga hjälp till självhjälp (Wressle, Öberg & Henriksson, 1999) och det gäller även i matsituationen. Mer än var tredje patient drabbas av egentlig depression under det första året efter stroke. Symtom vid en egentlig depression är håglöshet, nedstämdhet med förlust av glädje, lust och intresse för sådant som tidigare kunnat engagera

personen. Irritation och agitation är andra karakteristiska symtom. Andra symtom som kan vara uttryck för en depression är apati, trötthet, initiativlöshet, dålig aptit, sömnstörningar, koncentrationssvårigheter och kognitiv svikt. Således är det viktigt för sjuksköterskan att vara observant på om patienten visar tecken på depression eftersom den kan påverka ätandet negativt. Sjuksköterskan sammanfattar vårdtagarens problem och behov i form av omvårdnadsdiagnoser och ansvarar att mål för omvårdnaden formuleras. Omvårdnadsåtgärder är också att samtala och att vara tillgängligt för samtal för vårdtagaren och dennes närstående. Syftet med samtalen kan vara att skapa kontakt, ge stöd, uppmuntran och information samt förmedla trygghet (Ericson & Ericson, 1996).

Studierna indikerar att komplikationer vid dysfagi såsom aspirationspneumoni och undernäring kan undvikas genom träning och rätt behandling. Dessutom kan patienter med dysfagi som sondmatas slippa sondmatningen om de erhåller intensiv träning (Kongs et al., 1998). Det finns således betydande vinster som kan uppnås för såväl vården som patienten om strukturerad bedömning, träning och behandling införs. Sjuksköterskan har en viktig funktion att fylla i detta arbete, vilket inte minst belystes i studierna av Jakobsson et al. (2000) och Westergren et al. (2001a).

Men sjuksköterskan behöver arbeta i ett team kring patienten med stroke. Sjuksköterskan har ett övergripande ansvar i planeringen för varje patient, ansvar för patient och anhöriginformation, ansvar för kontakt med olika delar av vårdkedjan. Det är viktigt att även problem som relaterar till undernäring och ätproblem kommuniceras. Omvårdnaden har en mycket framträdande roll i vården av strokepatienter då sjukdomen ofta leder till att patienten riskerar att förlora delar av sin personliga integritet för en längre och kortare tid. Omvårdnad kräver ett nära samarbete mellan patient, anhöriga, sjuksköterska, undersköterska, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och kurator. Ibland kan det finnas behov av att även psykolog eller psykiater konsulteras. Alla i vårdteamet deltar i vården, var och en med sin specialitet (Kumlien & Axelsson, 2000).

Teamets observationer har stor betydelse för planering av omvårdnadsåtgärder vid ät- och nutritionsproblem och det är viktigt att dessa observationer dokumenteras. Sjuksköterskan är ansvarig för kvalitetskontroll och kvalitetsutveckling av omvårdnadsarbetet för att säkerställa att vårdtagaren får en omvårdnad med hög säkerhet och kvalitet. Samverkan mellan kommun och landsting i form av vårdplanering är ett viktigt instrument för att kartlägga och bedöma

fortsatt behov av vård och omsorg även vad gäller ät- och nutritionsproblem. Vårdplaneringen skall ge underlag för planering av de vårdbehov som den enskilde kommer att behöva i hemmet utifrån både social och medicinskt perspektiv (Socialstyrelsen, 2000). Sjuksköterskan har således en central roll i bedömning, planering, samordning av åtgärder relaterade till ät- och nutritionsproblem. Dessa åtgärder kan förbättra patientens situation på olika sätt genom att förekomsten av komplikationer minskar, rehabiliteringen fortskrider snabbare och livskvaliteten kan förbättras.

SLUTSATS

I den här studien framkom att nutritionssvårigheter kan vara framträdande hos patienter med stroke. Rätt form av stöd och hjälp kan påverka patientens möjligheter att bemästra situation och medverka till att uppnå eller upprätthålla en god livskvalitet. Vidare undersökning och utveckling av nutritionsstöd hos strokepatienter med sväljsvårigheter inom det kommunala vården kan ses som ett förslag till framtida studier.

REFERENSLISTA

Atwood, J., Carnevali, D. L., & Patrick, M. (1979). *Cardiovascular problems, nursing management for the elderly*. Philadelphia J. B. Lippincott Company.

Axelsson, K., Norberg, A., Asplund, K., Söderberg, O., & Wennergren, B.I. (1988). Training of Eating After a Stroke in a Patient with Dysphagia of Pharyngeal Type. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2, 4-9.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E., & Ericson, T. (1996). *Medicinsk vård och specifikomvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Fieldhouse, P. (1996). *Food and Nutrition. Customs and Culture*. Stanley Thomas (Publishers) Ltd, Cheltenham.

Gariballa, S.E., Parker, S.G., Taub, N., & Castleden, M. C. (1998). Nutritional status of hospitalised acute stroke patients. *Birmingham Journal Nutrition*, 6, 481-7.

Gariballa, S.E., Parker, S. G., Taub, N., & Castleden, M. C. (1998). Influence of nutritional status on clinical outcome after acute stroke. *Amerikan Journal of Clinical Nutrition*, 68, 275-81.

Haug, E., Sand, O., Sjaastad Ö. V., & Toverud K.C. (1995). *Människornas Fysiologi*. Stockholm: Liber Utbildning.

Holm, A.(1997). Dysfagi projekt vid landstingets rehabilitering i Östergötland. *Vård*, 1, 108.

Jacobsson, K., Axelsson, K., Wennergren, B. I., & Norberg, A. (1996). Eating despite severe difficulties assessment of post stroke eating. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 23-31.

Jacobsson, C., Axelsson, K., Asplund, K., Norberg, A., & Wennergren, B.I. (1997). Outcomes of individualised Interventions in Patients With Severe Eating Difficulties. *Clinical Nursing Research*, 6, 25-44.

Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P.O., & Nordberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 255-64.

Kong, K-H., Chua, K.S.G., & Tow, A.P. (1998). Clinical Characteristics and Functional Outcome of Stroke Patients 75 Years and Older. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79, 1535-9.

Kumlien, S., & Axelsson, K. (2000). The nursing care of stroke patients in nursing homes. Nurses descriptions and experiences relating to cognition and mood. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 489-97.

Norrving, B. (1993). Mekanismer och syndrom vid stroke. Orsaken avgör prognos och behandlingseffekt. *Läkartidningen*, 90, 2131-2134.

Sidenvall, B., Fjällström, C., & Ek, A-K. (1994). The meal situation in geriatric care Intentions and experiences. *Journal of advanced nursing*, 20, 613-21.

Sidenvall, B., Fjällström C., & Ek A-K. (1996). Ritualized practices among care giving at meals in geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 53-61.

Socialstyrelsen 1997:9. Boken om stroke, kvalitet i alla led. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2000. Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2000:11. Näringsproblem i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.

Unosson, M., Ek, A.C., Bjurulf, P., von Schenck, H., & Larsson, J. (1994). Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke*, 2, 366-71.

Westergren, A.(2001). *Eating difficulties in elderly focusing on patients with stroke*. (avhandling för doktorsexamen, Lunds University).

Westergren, A., Karlsson, S., Andersson, P., Ohlsson, O., & Hallberg, I.R. (2001a). Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 257-269.

Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B., & Hallberg, I.R.(2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (≥ 65 years) patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 341-351.

Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I.R. (2001b). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal Advanced Nursing*, 3, 416-26.

Wressle, E., Öberg, B., & Henriksson, C. (1999). The rehabilitation process for the geriatric stroke patient an exploratory study of goal setting and interventions. *Disability, Rehabililty*, 21, 80-87.

Sökschema för sökningar

Bilaga 1

Sökning/ År/datum	Huvudsökord och undersökord	Antal träffar i Medline / PsycINFO	Antal träffar i Cinahl / ERIC	Abstract	Beställda
Sökning 1. 020901	Dysfagia #1 and stroke	6012 0	732 5	Medline 36 Cinahl 12 PsycINFO 0 ERIC 1	6
Sökning 2. 020914 020915	#1 and #2 nursing #1 and #2 eating	167 0 98 0	141 3 54 2	Medline 6 Cinahl 23 PsycINFO 0 ERIC 1	2 1
020916	#1 and #2 eating difficulties	12 0 6 0	47 1 8 1	Medline 12 Cinahl 4 PsycINFO 0 ERIC 1	2
Sökning 3. 020916 020916	#1 dysfagia # 2eating #1 and #2 stroke and #3 nursing	3 0 2 0	6 1 5 2	Medline 3 Cinahl 4 PsycINFO 0 ERIC 1	1
020916	#1 and #2 stroke	6 0	9 1	Medline 9 Cinahl 7 PsycINFO 0 ERIC 1	3
020916	#1 and #2 stroke #3 nursing	61 0	56 1	Medline 54 Cinahl 25 PsycINFO 0 ERIC 1	9 1

Bilaga 2

ARTIKELÖVERSIKT

	Fröfattare (år)	Övergripande syfte	Antal personer, kontext / metod	Resultat
Nutritionstatus	Unosson m.fl. (1994)	Matning beroende och nutritionstatus efter akut stroke.	N=50, patienter med stroke / observationer	Förlusten av cellmassan var relaterad till patientens aktivitet och beroende av matintag.
	Gariballa m.fl. (1998a)	Nutritionstatusens inverkan på överlevnad efter akut stroke.	N=225 patienters nutritionstatus undersöktes efter 48 timmar, två- och fyra veckor. / observationer / datainsamling genom olika mätningar	Patienter som hade serumalbumin värde ≥ 36 g/L hade högre överlevnads frekvens.
	Gariballa m.fl. (1998b)	Nutritionstatus hos patienter efter akut stroke.	N=201 med akut stroke./ observationer/ datainsamling genom olika mätningar	Överlevnad bland patienter med stroke inom första tre månader var lägre vid serumalbuminvärdena ≤ 34 g/L.
Upplevelser av ätproblem	Kumlien m.fl. (2000)	Undersökningar av ätandet, matning och relaterad vård till patienter med stroke.	N=40 patienter med stroke./ beskrivningar och bedömningar utförda av sjuksköterskor	80 % av patienter med stroke hade någon typ av hjälpberoende.
	Jacobsson m.fl. (1996)	Ätproblem i strokepatienternas dagliga liv.	N=5 patienter med stroke och ätproblem./ observationer under måltider/ intervjuer/ orala test	Ätproblem ledde till isolering, skamkänslor, hjälpberoendekänslor och bristande matnjutning.
	Jacobsson m.fl. (1997)	Individuellt anpassade åtgärder för patienter med svåra ätproblem efter stroke.	N=15 patienter med svåra ätproblem efter stroke./ observationer under måltider	Individuellt anpassade åtgärder ledde till att 9 patienter kunde äta peroralt.
	Jacobsson m.fl. (2000)	Observationer under testmåltider, intervjuer och test av orala funktioner.	N=30 / observationer under testmåltider / intervjuer/ orala tester	21 av 30 patienter hade svårigheter att äta, huvudsakligen att förbereda och transportera maten till munnen och svälja.
	Keng m.fl. (1998)	Medicinska komplikationer efter akut stroke.	N=59 / observationer	Svår dysfagi krävde sondmatning i vissa fall.
	Westergren m.fl. (2002)	Sväljning och matintag och dess beroende på ork.	N= 520/ observationer	Patienternas ork och aktiv träning vid måltider gav bättre resultat.
Komplikationer till ätproblem	Westergren m.fl. (2001a)	Ätproblemens relation till undernäring	N=162, strokerehabilitering / observationer	Ork, dysfagi, äta $\leq 3/4$ av serverad mat och åthastighet hade samband med undernäring.
	Westergren m.fl. (2001b)	Utveckling av undernäring och luftvägsinfektioner	N=24, patienter med akut stroke/ observationer och dysfagi / observationer	Trötthet i kombination med dysfagi ökar risken för utveckling av komplikationer och har betydelse för vilka åtgärder som sätts (kan sättas) in.