



ATT FÖLJA VIKTEN – VIKTIGT EFTER STROKE

Ann-Cathrin Jönsson

Leg. sjuksköterska, Fil.Mag. Med. Dr.

Malmö högskola

Fakulteten för Hälsa och samhälle

[2008-05-30]

Att följa vikten – viktigt efter stroke

Forskning har visat att viktnedgång efter stroke kan vara relaterat till sväljsvårigheter, depression, aspiration, att man äter mindre t.ex. på grund av nedsatt aptit, eller på grund av att man drabbats av andra problem i ätsituationen. Med aspiration menas att vätska eller mat hamnar i luftstrupen i stället för i matstrupen, vilket brukar bero på just sväljsvårigheter. Vanligtvis brukar aspiration leda till kraftiga hostningar, men även s.k. tyst aspiration kan förekomma, vilket kan innebära att det inte uppmärksammas att något är fel.

Begreppet malnutrition eller felnäring innebär felaktigt sammansatt eller otillräcklig kost. Detta kan i sin tur innebära att man får i sig för många kalorier och går upp i vikt, men brukar vanligtvis användas om avmagring och bristtillstånd, även kallat undernäring. Internationellt sett har forskningen använt olika begrepp för att definiera undernäring. Man har talat om oavsiktlig viktnedgång eller lågt BMI (BMI under 18 för personer under 65 års ålder och under 22 för personer som är 65 eller äldre. Ibland har även BMI under 20,5 använts som riskgräns för undernäring. Det har konstaterats att låga proteinvärden i blodet (albumin och prealbumin, även kallat transtyrelin) har varit relaterade till undernäring, funktionshinder, dåligt allmäntillstånd och dödlighet, speciellt bland äldre människor. Att vara kommen till åren och skör och kanske omedveten om att man går ner i vikt kan innebära ytterligare hälsorisker. Flera vetenskapliga studier som undersökt hur det går med mathållningen efter stroke har utförts på rehabiliteringsenheter, äldreboenden eller andra utvalda grupper, dvs resultaten från dessa studier gäller inte generellt för dem som drabbats av stroke. Därför har en nutritionsstudie genomförts i en större befolkningsbaserad grupp personer med stroke. Samtliga var boende i upptagningsområdet för Lunds universitetssjukhus omfattande åtta kommuner. Alla som insjuknade i stroke för första gången under ett års tid inkluderades i studien. Av dessa följdes 305 personer upp efter ca 4 månader och ett år senare för att undersöka hur många som gick ner i vikt och vilka faktorer som hör ihop med viktnedgång över 3 kg.

Över 3 kg som riskgräns har angetts i ett formulär som har använts i många studier för att undersöka om patientgrupperna hade risk att bli undernärda. Den engelska benämningen på detta instrument är Mini Nutritional Assessment (MNA), vilket alltså betyder Mini Närings-Bedömning. Instrumentet finns här: <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1578/2113/3243.pdf?objectId=6211> Även om detta formulär går förhållandevis snabbt och enkelt att använda för vårdpersonal, så har det visat sig svårt att genomföra att alla som drabbats av stroke blir bedömda enligt detta formulär. Därför var avsikten med studien i Lund att undersöka om viktnedgång över 3 kg utgör en speciell riskgräns för att lättare finna de personer som sedan behöver utredas närmare med avseende på risk för undernäring. En mycket enkel åtgärd är givetvis att alla som fått stroke väger sig regelbundet, och att vårdpersonalen i sjukvården och på äldreboenden hjälper vårdtagarna med detta vid behov.

I Lunda-studien vägdes alltså 305 patienter vid tre olika tillfällen. I samband med inskrivningen i Lund Stroke Register noterades ålder, kön, stroke-typ, livssituation (ensam eller samboende), eget boende eller äldreboende, om man deltog i sociala aktiviteter, och om man hade diabetes. Det gjordes också en gradering av hur funktionshindrad man var, och vikt/längd noterades. Ett blodprov togs som visar hur blodsockret hade legat de senaste tre månaderna och proteiner i blodet analyserades. Allt detta gjordes även vid uppföljningarna, förutom långtidsblodsocker som endast togs vid andra uppföljningen. Vid andra uppföljningen fick patienterna också besvara frågor enligt ett särskilt formulär (Geriatric Depression Scale – GDS-20) för att undersöka om de var deprimerade. Om deltagarna angav att de åt

mindre än tidigare på grund av nedsatt aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljsvårigheter registrerades detta som ätproblem enligt definitionen i MNA.

Första uppföljningen

Deltagarna delades upp i två grupper, 74 (24%) personer som hade gått ner över 3 kg (viktnedgång -3,1 till -30,2 kg) och övriga 231 personer (viktnedgång -2,9 till uppgång +9,1 kg). Bland de 74 personer som hade gått ner mer än 3 kg angav 49 (66%) att de hade börjat äta mindre på grund av ätproblem, vilket endast rapporterades bland 21 (9%) i den andra gruppen. Med hjälp av statistiska analyser fann vi sedan ett samband med viktnedgång över 3 kg och stroketypen hjärnblödning, större funktionshinder, att bo ensam, mindre fysisk aktivitet, mindre sociala aktiviteter, låga proteiner i blodet och ätproblem. Allra starkast var sambandet mellan viktnedgång över 3 kg och ätproblem, prealbumin under gränsvärdet och svårare funktionshinder.

Andra uppföljningen

Ett år senare hade 79 personer (26%) gått ner -3,3 till -23,8 kg och hos de övriga 226 personerna var viktskillnaden -3,0 till +18,1 kg. Den här gången förelåg ett starkt samband mellan viktnedgång över 3 kg och stroketyp hjärnblödning, depression, ätproblem och protein i blodet under gränsvärden.

Slutsatser

Eftersom viktnedgång över 3 kg visade sig ha starkt samband med kända riskfaktorer för undernäring som större funktionshinder, låga proteinvärden i blodet och framför allt ätproblem kan det konstateras att viktnedgång över 3 kg kan betraktas som en riskmarkör för de personer som behöver ytterligare utredning avseende felnäring.

Vad bör vi tänka på i sjukvården och äldreomsorgen när det gäller näringstillförsel?



Man behöver naturligtvis inte väga sig var och varannan vecka, men åtminstone en gång i månaden om inget speciellt inträffat. Om ny sjukdom tillstött eller någon komplikation efter stroke uppstått bör naturligtvis vikten kontrolleras en gång extra. Det är också viktigt att se till att det finns sittvåg på alla rehabiliteringsenheter och äldreboenden, eftersom det är svårt för många stroke-patienter att stå stabilt på en våg där mätningen ska ske i stående. Det är en självklar utgångspunkt att det finns sittvåg på alla sjukhusens vårdavdelningar. Det bör även finnas tillgång till en våglift eller sängvåg som är avsedd för dem som inte kan sitta utan måste vägas i liggande. Både sittvåg och sängvåg är investeringar som lönar sig sett ur såväl patientens hälsoperspektiv, som ur ett ekonomiskt perspektiv inom vård och omsorg, eftersom det möjliggör att upptäcka undernäring och undvika komplikationer i ett stadium när förebyggande interventioner kan ske.

Generellt om faktorer relaterade till ätande

När det gäller personer som har drabbats av stroke eller andra tillstånd som leder till sämre förmåga att äta normalt är det synnerligen viktigt för personalen att vara observant. Det handlar om att lägga märke till hur personen äter, att miljön är positiv, maten trevligt upplagd och att det råder en stimulerande atmosfär runt matbordet. Enkla saker som att duka på ett trevligt sätt och att ta upp samtalsämnen där alla

kan vara delaktiga är faktorer där personalen kan ha stort positivt inflytande. Man bör också tänka på munhygien, där en person efter stroke kan ha svårt att ha full kontroll, särskilt om det föreligger sidoskillnad. Dels kan det behövas kontroll av tandläkare eller tandhygienist, för att undersöka om en protes passar optimalt efter uppkomna sidoskillnader relaterat till stroke, dels kan det behövas assistans med den dagliga rengöringen av tänder och munhåla eller protes. Detta är viktigt både för att inte skapa grogrund för infektioner och även för att stimulera smaksinnet – ytterligare en viktig förutsättning för att maten ska smaka så bra som möjligt. Efter stroke, och ofta generellt hos äldre personer, kan det vara svårt att ha en korrekt känsla för hur mycket som är normalt att äta och då kan personalen bistå med att hålla reda på hur mycket som läggs upp och hur mycket som blir kvar på tallriken. Det finns väl beprövade bedömningsformulär på svenska som kan ge en god analys av sväljningsförmågan (Instrument för undersökning av sväljningsförmåga / Standardised bedside Swallowing Assessment SSA ©Albert Westergren) och problem i ätsituationen (Observation av måltid / MEOF – Minimal Eating Observation Form ©Albert Westergren).

En viktnedgång relaterad till nedsatt aptit eller andra faktorer kan också uppstå tillfälligt i samband med en infektion eller något annat hälsoproblem. Då är det givetvis också viktigt att personalen sätter in åtgärder som exempelvis näringsberikad kost eller näringsdryck alltefter behov.

Depression

Det är känt att förekomsten av depression påverkar aptiten och därmed näringsintaget. Depression är inte enbart ett tillstånd av nedstämdhet, utan påverkar också sinnena rent allmänt, hela livssituationen blir utslätad. Om luktsinnet och smaksinnet försämras kanske måltiden inte känns som något man ser fram mot, utan kan snarare ses som något som bara förorsakar besvär. I sådana fall är det viktigt att tänka på att göra allt för att skapa en positiv måltidsmiljö, men även att ta upp frågan om ev. medicinering mot depression om inte övriga stimulerande miljöfaktorer leder till positiva resultat.

Social samvaro – en hälsofrämjande faktor

För de personer som har funktionshinder kan måltiderna och mellanmålen vara höjdpunkten på dagen. S.k. pedagogiska måltider där personalen deltar och uppmuntrar initiativ eller tar initiativ där det behövs och ev. dämpar oroshärdar där så behövs kan ha en stor hälsofrämjande betydelse för vårdtagare. Likaså att ordna något extra när det är helg eller födelsedag i gruppen förstärker samhörigheten och gläder alla. Se exempel:

<http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?nodeid=4008&pageversion=1>

Några viktiga punkter

- Vägning minst en gång i månaden på morgonen
- Viktnedgång över 3 kg är en riskmarkör – kontrollera vad som ligger bakom
- Kontrollpunkter kan exempelvis vara munhälsa, tugg-/sväljsvårigheter, smärta, infektion, ändrade matvanor, nedsatt aptit, depression, oro, nedsatt kroppsuppfattning, nedsatt kognitiv förmåga, neglekt
- Kontrollera hela ätsituationen – med hjälp av bedömningsformulär
- I ett äldreboende, reflektera över hur vårdtagarna som sitter och äter tillsammans umgås. Det finns kanske anledning att ta initiativ till förändringar.

Referenser

- Boockvar KS, Meier DE. Palliative care for frail older adults: "There are things I can't do anymore that I wish I could." *JAMA*. 2006;296:2245-2253
- Christensson L, Unosson M, Ek AC. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56:810-818
- Davalos A, Ricart W, Gonzalez-Huix F, Soler S, Marrugat J, Molins A, Suner R, Genis D. Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. *Stroke*. 1996;27:1028-1032
- Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ*. 2003;169:1041-1044
- Gariballa SE, Parker SG, Taub N, Castleden CM. Influence of nutritional status on clinical outcome after acute stroke. *Am J Clin Nutr*. 1998a;68:275-281
- Gariballa SE, Parker SG, Taub N, Castleden M. Nutritional status of hospitalized acute stroke patients. *Br J Nutr*. 1998b;79:481-487
- Jönsson AC, Lindgren I, Norrving B, Lindgren A. Weight loss after stroke: a population-based study from the Lund Stroke Register. *Stroke*. 2008 Mar;39(3):918-23.
- Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22:415-421
- Kumlien S, Axelsson K. Stroke patients in nursing homes: Eating, feeding, nutrition and related care. *J Clin Nurs*. 2002;11:498-509
- Perry L, McLaren S. An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. *Health Soc Care Community*. 2004;12:288-297
- Poels BJ, Brinkman-Zijlker HG, Dijkstra PU, Postema K. Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disabil Rehabil*. 2006;28:637-643
- Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF, Morris J. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*. 1997;12:188-193
- Unosson M, Ek AC, Bjurulf P, von Schenck H, Larsson J. Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke*. 1994;25:366-371
- Westergren A, Karlsson S, Andersson P, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *J Clin Nurs*. 2001;10:257-269

Bedömningsformulär

Standardised bedside Swallowing Assessment. Översatt och delvis modifierat från Perry, *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10:463-473 och 474-481, samt från Ellul, Watkins, Barer 2001. Reviderad 2006-08-24. Albert Westergren.

Vidareutveckling av "Observation av måltid – enligt Axelsson". Albert Westergren, Centralsjukhuset i Kristianstad, Forsknings- och Vårdutvecklingsfunktionen 2006-05-19.

Kontakt

E-post: ann-c.jonsson@mah.se

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddat och får inte användas i kommersiellt syfte. Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Jönsson, A-C. (2008). Att följa vikten – viktigt vid stroke. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.

Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.