



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

ÄTA BÖR MAN ANNARS DÖR MAN

- EN LITTERATURSTUDIE OM
SJKSKÖTERS KANS ROLL VID
ÄT SVÅRIGHETER OCH MALNUTRITION
EFTER STROKE

MATS ANDERSSON
EVA WASNIEWSKI

Examensarbete i omvårdnad
46-55 poäng
Sjuksköterskeprogrammet
December 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: info@hs.mah.se

ÄTA BÖR MAN ANNARS DÖR MAN

- EN LITTERATURSTUDIE OM
SJKSKÖTERSANS ROLL VID
ÄTSVÅRIGHETER OCH MALNUTRITION
EFTER STROKE

MATS ANDERSSON
EVA WASNIEWSKI

Andersson, M & Wasniewski, E. Äta bör man annars dö man. – En litteraturstudie om sjuksköterskans roll vid ätsvårigheter och malnutrition efter stroke. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområdet omvårdnad, 2006.

Cirka hälften av de patienter som drabbats av stroke kan få svårigheter med att äta. Det kan bero på att de har drabbats av olika funktionsbortfall som är vanligt efter stroke. Svårigheter med att äta kan i sin tur leda till malnutrition, då det uppstår en obalans mellan energi- och näringsomsättning och energi- och näringsintag. Syftet med den här studien var att belysa sjuksköterskans omvårdnad bland patienter med stroke relaterat till deras nutrition. Teoretisk referensram för studien vara Dorothea Orems omvårdnadsteori. Den valda metoden var en litteraturstudie som bygger på 11 vetenskapliga artiklar. Resultatet visar att sjuksköterskan kunde identifiera ätsvårigheter med hjälp av sväljtest, observation och/eller patientintervju. För att identifiera malnutrition hos patienten använde sjuksköterskorna olika mätinstrument som kombinerades på olika sätt. Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan vidta vid måltid för att undvika malnutrition var flera olika beroende på patienten. Justeringar i omgivningen under måltid, matning, stöd, modifiering av konsistensen på mat och dryck, ge små portioner och mellanmål, avsättning av tid, adekvat sittställning och underlättande av sväljning med hjälp av olika sväljtekniker.

Nyckelord: identifiering, malnutrition, omvårdnad, sjuksköterska, stroke, ätsvårigheter.

EAT YOUR BREAD OR YOU ARE DEAD

**- A LITERATURE REVIEW ABOUT THE
NURSING ROLE OF EATING DIFFICULTIES
AND MALNUTRITION AFTER STROKE**

**MATS ANDERSSON
EVA WASNIEWSKI**

Andersson, M & Wasniewski, E. – A literature review about the nursing role of eating difficulties and malnutrition after stroke. *Degree project in nursing 10 Credit Points*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Approximately half of those who suffer from stroke can get eating difficulties. It may arise from different disabilities which is common after a stroke. Eating difficulties can also lead to malnutrition because of the imbalance between the metabolism and the nutritional intake. The aim of this study was to illustrate the role of the nurse among patients with stroke related to their nutrition. The theoretical frame of reference for the study was the nursing theory of Dorothea Orem. The chosen method was a literature review which was based on 11 scientific articles. The result shows that the nurse could identify eating difficulties with swallow test, observation and/or patient interview. To identify malnutrition of the patient the nurses used different measuring instrument which were combined in different ways. Interventions that the nurse could use during a meal were several depending on the patient. Adjustments of the surroundings during a meal, feeding, support, modification of the consistency of food and drink, giving small portions and snacks, allocate time, adequate sitting position, making the swallowing easier with different swallowing techniques.

Key words: eating difficulties, identification, malnutrition, nurse, nursing, stroke.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	5
Stroke	5
Patofysiologi	6
Nutrition	6
Malnutrition	7
Sjuksköterskans ansvar	7
Strokeenheter	8
Etiska aspekter	8
Teoretisk referensram	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	11
Avgränsningar	11
Artikelsökning	11
Artikelgranskning	12
Databearbetning	13
RESULTAT	13
Sjuksköterskans identifiering av ätsvårigheter	13
Sväljtest	13
Observation	14
Patientintervju	15
Sjuksköterskans identifiering av malnutrition	15
Mätinstrument	15
Omvårdnadsåtgärder vid måltider	15
Omgivning	16
Matning	16
Stöd	16
Modifiering av konsistensen på mat och dryck	17
Små portioner och mellanmål	17
Avsättning av tid	17
Sittställning	17
Underlättande av sväljning	18
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
SLUTSATS	22
Slutord	23
REFERENSER	24
BILAGOR	27
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29

INLEDNING

Ämnet som valdes att undersöka var ätsvårigheter och malnutrition efter stroke. Stroke är den folksjukdom som är den tredje vanligaste orsaken till död i Sverige. Antalet personer som drabbas av stroke är cirka 30 000 per år och av dessa avlider cirka 8000-9000 (Riksförsäkringsverket, 2004). Medelåldern bland de insjuknade under år 2005 var 75 år och fyra av fem var äldre än 65 år, alltså en åldersrelaterad sjukdom. Någon skillnad i antalet insjuknade mellan könen finns inte. Det som skiljer mellan könen är att kvinnorna är i genomsnitt fem år äldre än männen (Riksstroke, 2005). Ungefär hälften av patienter som drabbats av stroke får under den akuta fasen svårigheter med att äta vilket kan vara en komplikation av olika funktionsbortfall. Det är något som ofta sker efter stroke till exempel svälj- och tuggfunktion, förflamning och perception. Det gör att en del patienter som drabbats av stroke har svårigheter med att äta (Perry & McLaren, 2003 a). Ätsvårigheter kan i sin tur leda till att patienterna blir malnutrierade (Finestone, et al 1995). Patienter som är malnutrierade har signifikant längre vårdtid än de patienter som har en adekvat nutritionsstatus (Gariballa, 2003; Poels et al, 2006). Enligt Finestone et al (1996) försämras rehabiliteringen av malnutrition. Ett halvår efter insjuknandet i stroke är dödligheten högre bland de patienter som är malnutrierade än de som är välnutrierade (Gariballa, 2003). Förekomsten av malnutrition ökar i antal, redan efter en vecka efter insjuknandet, bland patienter som ligger inne på sjukhus (Dávalos, et al 1996).

Orsaken till att just detta ämne valts är att en av författarna till denna studie har en närstående som drabbades av stroke vilket ledde till malnutrition. Dessutom drabbades även den andra författaren tidigare av ansiktsförflamning. Vederbörande upplevde hur svårt det var att tugga, dricka, svälja samt vilka svårigheter det var med maten som fastnade inne i munnen. Det berodde på funktionsbortfall av muskulaturen i halva ansiktet, som enligt Hedner (2004) är något som ofta drabbar strokepatienter. Som blivande sjuksköterskor vill författarna få fördjupade kunskaper om identifiering av malnutrierade patienter och vilka omvårdnadsåtgärder som kan vidtas för att förbättra patienternas fortsatta rehabilitering. Dessutom uppmärksamma problematiken kring malnutrition eftersom det inte konkret tas upp i vår sjuksköterskeutbildning.

BAKGRUND

Stroke är en åldersrelaterad sjukdom och fyra av fem som drabbas är äldre än 65 år. Eftersom andelen äldre i Sverige beräknas öka kommer fler personer att drabbas av stroke i framtiden. Denna beräkning görs på att antalet insjuknande i stroke ligger kvar på dagen nivå. Samhällskostnaderna är stora och beräknas till 14 miljarder kronor och kräver ungefär en miljon vård dagar på sjukhus årligen (Riksstroke, 2005). Vid insjuknandet i stroke drabbas ungefär hälften av patienterna av svårigheter med att äta (Larsson & Rundgren, 2003). Efter stroke blir flertalet patienter malnutrierade (Ericson & Ericson, 2002).

Stroke

I detta arbete kommer termen stroke att användas. WHO:s rekommenderade definition av stroke är:

“A focal (or at times global) neurological impairment of sudden onset, and lasting more than 24 hours (or leading to death), and of presumed vascular origin.” (WHO, 2006 sektion 1, s 4).

Socialstyrelsens översättning av WHO:s definition är:

”Hastigt påkommande tecken till fokal eller globala neurologiska bortfallssymtom som varat längre än 24 timmar eller lett till döden dessförinnan med säkerställd eller förmodad vaskulär genes”
(Socialstyrelsen, 1997, s 30).

I denna definition exkluderas TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) som varar mindre än 24 timmar, förgiftning och likvärdiga symtom som orsakats av ett trauma (WHO, 2006). Stroke eller på svenska synonymt med slaganfall är den sjukdom som är mest vårdkrävande i antalet vård dagar på sjukhus räknat (Larsson & Rundgren, 2003). Funktionsbortfallet efter stroke gör att omkring 20 % av de drabbade behöver hjälp med ADL och tillsyn vilket gör stroke till den sjukdom som mest orsakar funktionsnedsättning hos äldre (Region Skåne, 2002).

Socialstyrelsen (2005 b) har gjort en uppskattning i vad samhällskostnaden är för en man respektive kvinna efter en förstagångsstroke under den återstående tiden personen är i livet. För en man uppgick kostnaden till 648 000 kronor i 2000-års prisvärde och för en kvinna var kostnaden 630 000 kronor. I dessa summor var direkta kostnader, som medicinska och sjukvårdskostnader, rehabilitering och ickemedicinska kostnader som hemhjälp och vårdboende och indirekta kostnader medräknade. De indirekta kostnaderna var uppskattade siffror som baserades på kortare sjukperioder av sjukdom, produktionsbortfall på grund av dödsfall och förtidspensioneringar. Socialstyrelsen vill uppmärksamma att livskvaliteten hos den strokedrabbade och dess anhöriga inte är med i summorna. Enligt Riksförsäkringsverket (2004) var sjukdomar i hjärnans kärl de mest kostsamma per enskilt fall i sjukpenningkostnader räknat bland männen. Det var även dessa sjukdomar som var orsaken till det största antalet utbetalda ersättningsdagar i totala antalet sjukdagar. Kostnaden för kvinnor redovisas inte i denna rapport då endast de 25 sjukdomsgrupperna som står för den största andelen av kostnaderna redovisas. De största riskfaktorerna för att drabbas av stroke är hypertoni, rökning, diabetes och förmaksflimmer. Risken att drabbas av stroke ökar med ökad ålder.

Patofysiologi

Det är i hjärnans artärer som det blir ett stopp eller nästan ett stopp, antingen av en emboli, eller en trombos vilket leder till infarkt med vävnadsdöd på grund av syrebrist som följd. Detta utgörs ungefär av 85 % av strokefallen oftast beroende på att blodkärlen är förkalkade så kallad ateroskleros. De övriga 15 % orsakas av blödningar i större eller mindre grad. I 10 % av fallen är det artärväggen i hjärnan som brister och en blödning sker ut i hjärnvävnaden och i de resterande 5 % är blödningar i spindelvävshinnan mellan hjärnhinnan och hjärnan. Blödningen leder även den till vävnadsdöd (Larsson & Rundgren, 2003). Det har betydelse för sjukdomsförloppet var i hjärnan skadan är belägen, hur stor den är och hur skadan utvecklas (Hedner, 2004). Omkring hälften av de personer som drabbas av hjärnblödning dör inom en månad efter insjuknandet och cirka 10 % av de som får en hjärninfarkt är döda inom en månad (Region Skåne, 2002).

Karakteristiska drag efter ett akut insjuknande är nedsättning av känsel, afasi och defekter på synfältet. Halvsidig pares förekommer och som en följd kan även sväljreflexen drabbas. Det medför problem med intag av mat och dryck så kallad dysfagi (Hedner, 2004). Vid misstanke om insjuknade i stroke är det av största betydelse viktigt att snabbt komma till sjukhus för vård och diagnos. Vid insjuknade i stroke är det viktigt att en tidig klinisk diagnos ställs på vilken typ av stroke det är, var skadan är belägen och att utesluta eventuella differentialdiagnoser. Det gäller även att bedöma vilka konsekvenser eventuella funktionsnedsättningar och vilka behov i form av rehabilitering som måste sättas in. Vid misstänkt stroke används nästan uteslutande datortomografi för att ställa diagnosen. Datortomografimetoden har fördelar genom att den både är kostnadseffektiv och har visat sig vara mer tillförlitlig än andra diagnostiska metoder (Socialstyrelsen, 2005 b).

Nutrition

I Sverige ger Livsmedelsverket ut näringsrekommendationer på hur intaget av energi, protein, fett, kolhydrater, mineraler och vitaminer bör vara. Rekommendationerna baseras på den senaste forskningen och därför revideras de ofta. Syftet med att ge ut näringsrekommendationer är att ge befolkningen riktlinjer för livsmedels- och näringsintag som en grund för god hälsa. Det är flera olika faktorer som avgör vilket energiintag en individ behöver. Basalmetabolism, (BMB), kroppens inre arbete, är det första som måste förses med energi. En individs BMB beror på kön, kroppsvikt, ålder och muskelmassans storlek. Nästa steg är att tillföra energi till kroppen för att kunna hålla kroppen i rörelse, alltså behovet beror på hur pass aktiv individen är. Av det totala energibehovet går 10-15 % till att bearbeta föda i dess väg genom matspjälkningsorganen (Johansson, 2004). Antalet celler i kroppens organ blir färre med stigande ålder vilket medför att energibehovet minskar. Likaså minskar även den fysiska aktiviteten. Energi- behovet minskar med ca 20-30 % från medelålder och upp till 80-års ålder (Larsson & Rundgren, 1997).

Body Mass Index (BMI) är ett mått för att kunna gradera undervikt, normalvikt och övervikt. För populationer med ålder mellan 20-70 år är BMI-intervallet mellan 20-25 normalgräns. Både kroppsvikten och kroppslängden minskar med ökad ålder, vilket kan leda till att den äldre kan få en ökad BMI trots en viktminskning. I och med detta finns det numera ett förslag om att äldre befolkning över 65 år skall ha ett BMI-intervall mellan 24-29 som normalgräns, och BMI under 22 skall ses som undervikt (Socialstyrelsen, 2000).

Näringsintaget under en måltid är viktigt såväl för en adekvat näringsstatus, som ett stöd för de biokemiska och fysiologiska mekanismerna i kroppen, bättre läkning av vävnad och för ett bättre försvar mot infektioner (Carnevali & Patrick, 1993). Trots att energibehovet minskar hos äldre så är det viktigt att förse den äldre patienten med ett lämpligt näringsintag för att öka förutsättningarna för ett tillfrisknande och därefter rehabilitering (Larsson & Rundgren, 1997).

Malnutrition

Malnutrition definieras enligt Socialstyrelsen (2000) som

”en störning av nutritionsstatus, inkluderat störning orsakat av brist på näringsintag, försvagad näringsomsättning eller övernutrition” (s 15, översatt av författarna).

En annan definition av malnutrition är:

”bristande tillgång i kroppens vävnader på näring/energi i förhållande till behov” (Praktisk medicin, 2005).

En stor del av äldre patienter på sjukhus och inom äldreboenden lider av malnutrition, med en genomsnittlig frekvens på 28 % (Persson, 2002). Livsmedelsverket (2001) belyser olika risker såsom olika sjukdomar, inklusive stroke, svårigheter att tugga och svälja, funktionsnedsättningar och sociala funktioner som kan leda till malnutrition. Oförmåga att äta kan fastställas som ett resultat av något fysiskt eller mentalt tillstånd där individens förmåga att äta är förändrat. Det är relaterat till försämrad mobilitet och kognition, förändrat munstatus eller svälj-svårigheter (Socialstyrelsen, 2000). Enligt Chalela et al (2004) kan även patienter med akuta neurologiska sjukdomar gå in i ett tillstånd av hyperkatabolism. Det innebär att det sker en patologiskt ökad nedbrytning av vävnader i kroppen vilket kräver en ökad tillförsel av näringsämnen (Lindskog, 2004).

Sjuksköterskans ansvar

Att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa lidande och att lindra lidande är de fyra grundläggande ansvarsområdena för en sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2004). Enligt Socialstyrelsen (2000) skall sjuksköterskan ha ansvaret för omvårdnaden av patienten när det gäller näringsintag vilket innefattar att identifiera eventuella problem med både vätske- och födointag. Sjuksköterskan skall även tillsammans med den övriga personalen se till att patienter blir serverad mat på ett aptitligt och trevligt sätt. De patienter som inte kan äta själv skall få hjälp av sjuksköterskan (a a). I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005 a) står det att sjuksköterskan skall ha förmågan att självständigt kunna observera, bedöma, och ställa en omvårdnadsdiagnos för patienten. Sjuksköterskan skall även tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov. Patientens resurser och förmåga till egenvård skall identifieras och bedömas. I samband med vård, sjukdom och behandling gäller det att göra regelbundna uppföljningar av patienten för att kunna identifiera hälsorisker och förebygga eventuella komplikationer som kan uppstå (Socialstyrelsen, 2005 a).

Enligt Sveriges nationella riktlinjer för strokesjukvård (Socialstyrelsen, 2005 b) har behandling av malnutrition en hög prioritet. Det är viktigt att se till att näringsbehovet blir tillgodosett, vilket skall ske på ett säkert sätt.

Riktlinjerna tar även upp patienter med dysfagi och vikten av att ha en modell för att göra en bedömning, eventuell träning och uppföljning vid sväljsvårigheter (Socialstyrelsen, 2005 b). Enligt Larsson & Rundgren (2003) är patientens nutrition- och vätsketillförsel viktigt för fortsatt rehabilitering. Är tugg- och sväljsvårigheterna stora måste dryckens och matens konsistens anpassas. Munhygien är viktig så att inte svampinfektioner uppstår och att mat inte ligger kvar i munnen.

Strokeenheter

Strokeenhet definieras som en:

”organiserad slutenvårdsenhet som helt eller nästan helt tar hand om patienter med stroke och som sköts av ett multidisciplinärt team som är speciellt kunnigt i strokevård” (Socialstyrelsen, 2005 b s 12).

Nästan 80 % av de individer som drabbas av stroke vårdas någon gång under sin sjukdom på en strokeenhet (Riksstroke, 2005). På en strokeenhet arbetar ett multidisciplinärteam bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och logoped. Teamet samarbetar även med dietist och psykolog eller psykiater. Stroketeamet har ett nära samarbete med medlemmarna emellan och vidareutbildas kontinuerligt. Att vårdas på en strokeenhet har visat sig vara av stor betydelse (Socialstyrelsen, 2005 b). Under första veckan efter insjuknandet träffar patienten alla medlemmarna i teamet för en bedömning. En rehabiliteringsplan utarbetas tillsammans med patienten där patientens förväntningar och mål för rehabiliteringen står beskrivet (Region Skåne, 2006). Med gemensamma insatser har det visat sig att dödligheten blivit lägre, funktionsberoende har minskat och till följd av detta har behovet av vårdboende minskat och detta oberoende av kön, ålder och i hur omfattade stroke är. På strokeenheterna finns fastställda program för undersökning och behandling. För att förhindra eventuella komplikationer finns speciella behandlingsprogram där allt registreras. En tidig mobilisering och rehabilitering är även en av huvudprinciperna på en strokeenhet (Socialstyrelsen, 2005 b).

Etiska aspekter

En viktig aspekt i Nationella riktlinjer för strokesjukvård är att vårdgivare skall uppmärksamma patientens rätt till integritet och autonomi. För att kunna skydda patientens integritet bör de patienter som drabbas av stroke och får nedsatt autonomi övertas av personalen inom hälso- och sjukvården. Personalen skall vara stödet som bevarar, försvarar och återupprättar patientens människovärde. Vid vård av patient som inte kan fatta beslut själv eller uttrycka sin egen vilja skall vårdgivare se efter patientens inställning, anhörigas uppfattningar, diskutera med vårdpersonal av olika kategorier, ansvarig läkares beslut med utgångspunkt från medicinska etiska värderingar och även andra väsentliga faktorer för att kunna fatta beslut (Socialstyrelsen, 2005 b).

Kraven på vårdaren ökar då en patient inte kan äta själv och behöver hjälp med matning. Kraven ligger i att patienten får i sig den näring som motsvarar hans behov, vilja och värderingar, även då det förekommer tekniskt svåra situationer som vid dysfagi (Socialstyrelsen, 2000).

År 1953 tog International Council of Nurses (ICN) fram de första etiska koderna för sjuksköterskor som kontinuerligt har uppdaterats. Det finns fyra etiska koder för sjuksköterskan där riktlinjerna för det etiska handlandet sammanfattas. I den första riktlinjen, Sjuksköterskan och allmänheten, betonas det att det vilar ett ansvar på sjuksköterskan att ge vård och att respektera de mänskliga skillnader gällande tro, rättigheter, värderingar och seder som finns till personer i behov av vård. Den andra riktlinjen, Sjuksköterskan och yrkesutövningen, tar bland annat upp att det är genom ett livslångt lärande som gör att yrkeskompetensen upprätthålls. Sjuksköterskan och professionen, som är den tredje riktlinjen, står det att sjuksköterskan skall aktivt utveckla omvårdnad som baseras på evidensbaserad kunskapsgrund. Den fjärde riktlinjen, Sjuksköterskan och medarbetare, belyser vikten av att verka för ett gott samarbete med kollegor (Svensk sjuksköterskeförening, 2004).

Teoretisk referensram

I Dorothea Orems omvårdnadsteori beskrivs målet för sjuksköterskans omvårdnad att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet i sin egenvård. Sjuksköterskans roll fungerar som ett komplement för patienten, för att hjälpa patienten att agera ansvarsfullt för sin hälsorelaterade egenvård då det finns egenvårdsbrister, eller för att upprätthålla eller öka förmågan till egenvård. I sina teorier beskrivs nödvändiga omvårdnadsåtgärder vid olika grader av egenvårdsbrist hos patienten. Orems omvårdnadsteori är indelat i tre teorier; egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (Orem, 1995).

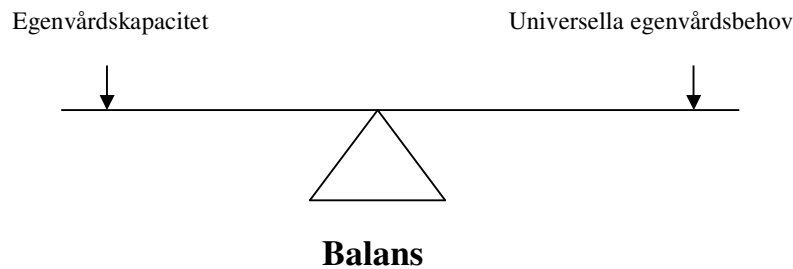
Enligt Kirkevold (2000) är Orems teori om egenvårdsbrist en förklaring och beskrivning av orsaken till varför en individ kan få ett behov av omvårdnad, då patientens egenvårdskrav är större än sin egenvårdskapacitet. Sjuksköterskan skall alltså identifiera olika typer av egenvårdsbrister hos patienterna. Egenvårdskapacitet är en komplex förmåga hos människan för att se till egna kontinuerliga behov av vård som reglerar livsprocesser, främjar integritet, utveckling och även välbefinnande. Egenvårdskapaciteten varierar utifrån var i livet individen är och beror på ålder, kunskap och utveckling, hälsotillstånd, livserfarenhet, kulturtillhörighet och resurser. För att individen skall kunna veta och planera sina egenvårdsbehov krävs egenvårdskapacitet som består av kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter. Egenvårdsbehoven hos en individ delas in i tre grupper: universella egenvårdsbehov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov.

Orem har identifierat åtta universella egenvårdsbehov:

1. *"Upprätthållande av adekvat syreupptagning".*
2. *"Upprätthållande av ett adekvat vätskeintag".*
3. *"Upprätthållande av ett adekvat födointag".*
4. *"Omvårdnad med avseende på eliminationsprocesser och exkrementer".*
5. *"Upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila".*
6. *"Upprätthållande av balans mellan ensamhet och social interaktion".*
7. *"Förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande".*
8. *"Främjande av mänsklig funktion och utveckling inom en social gemenskap, alltefter individens potential, kända mänskliga begränsningar och människans önskan av att vara normal"*

(Kirkevold 2000, s 151).

Hos en frisk individ finns det en balans mellan egenvårdskapaciteten och egenvårdsbehoven (figur 1). Blir det en försvagning i egenvårdskapaciteten på grund av till exempel sjukdom så kan det leda till en obalans mellan individens egenvårdskapacitet och de universella egenvårdsbehoven. Det kan då vara sjuksköterskans uppgift att kompensera för den obalans som kan uppstå. De tre typerna av egenvårdsbehov som är särskilt viktiga är relaterade till förändring av individens fysiska struktur, till förändringar i fysisk funktion samt de som är förknippade med förändringar i beteendet (Aggleton & Chalmers, 2000).



Figur 1. En frisk individ enligt Orem. Ur Kirkevold (2000, s 99).

Hälsorelaterade behov hos individen berör de individer som lider av sjukdomar, skador, funktionshinder eller defekter. Där skall individen bland annat vara medveten om sitt tillstånd och kunna hantera de effekter och resultat av sitt patologiska tillstånd, samt dess konsekvenser för sin egen utveckling. Orem's omvårdnadssystem är interaktionen mellan sjuksköterska och patient i en omvårdnadssituation då det skapas till exempel omvårdnadsåtgärder för den specifika patienten. I teorin finns tre olika system: fullständigt kompenserande, delvis kompenserande eller stödjande/undervisande. Sjuksköterskan skall stärka patientens egen förmåga att utföra sin egenvård, och även ta över de aktiviteter av egenvård som patienten inte kan utföra själv, alltså komplettera egenvården hos patienten (Orem, 1995). Generellt skall sjuksköterskan upprätthålla individens strukturella och funktionella välbefinnande och integritet och arbeta för en normal utveckling för patienten (Kirkevold, 2000).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskans omvårdnad bland patienter som drabbats av stroke relaterat till deras nutrition. Frågeställningar som valts ut för denna uppsats är följande:

1. Hur kan sjuksköterskan identifiera ätsvårigheter hos patienter som drabbats av stroke?
2. Hur kan sjuksköterskan identifiera malnutrition hos patienter som drabbats av stroke?
3. Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan vidta i samband med måltid för att förhindra malnutrition?

METOD

En fördjupande kunskap om malnutrition och stroke inhämtades innan arbetet påbörjades. Denna kunskap söktes i tidigare kurslitteratur och litteratur som fanns tillgänglig i Malmö högskolas bibliotekskatalog Vega. Även Internet användes för att få aktuell uppdatering av ämnena. För att hitta svar på frågeställningarna gjordes en litteraturstudie. Enligt Forsberg & Wengström (2003) definieras en allmän litteraturstudie som en litteraturgenomgång, en forskningsöversikt eller litteraturöversikt. En allmän litteraturstudie utförs sällan på ett systematiskt sätt utan snarare beskriver och analyserar valda studier. I litteraturstudien skall kvalitetsbedömningar göras av de inkluderade artiklarna för att inte riskera att felaktiga slutsatser dras (a a).

Avgränsningar

För att belysa sjuksköterskans roll användes endast vetenskapliga artiklar och litteratur som berörde patienter med stroke och där omvårdnaden utfördes i sjukhusmiljö eller vårdboende. Patienter som behandlades i hemmet exkluderades likaså reviewartiklar. Vetenskapliga artiklar som publicerades innan år 1995 exkluderades även för att finna svaren på frågeställningarna i den aktuella omvårdnadsforskningen.

Artikelsökning

På Karolinska Institutets biblioteks hemsida gjordes sökning med svenska ord för att få fram passande MeSH-term, så att adekvata sökningar kunde göras i PubMed. Databaserna PubMed, ELIN@Malmö, CINAHL och The Cochrane Library användes för att söka efter relevanta vetenskapliga artiklar. Även fria sökningar utan MeSH-termer gjordes i databaserna för att eventuellt hitta användbart material. För att få så aktuell uppdatering av ämnet som möjligt som Polit et al (2001) rekommenderar, bearbetades vetenskapliga artiklar publicerats år 1995 och framåt. Då de olika databaserna hade olika möjligheter att göra begränsningar gjordes detta på ett så konsekvent sätt som möjligt. Artiklarna skulle finnas tillgängliga i databaserna som fulltext, pdf eller finnas i tryckt form på Malmö Högskolas bibliotek. Titeln på artiklarna i sökträffarna avgjorde om abstraktet lästes. Var ett abstrakt intressant för denna studie söktes hela artikeln upp och lästes igenom.

Sökningen började i Pubmed men då ett antal artiklar inte fanns i fulltext i denna databas fortsatte sökningen i ELIN@Malmö. I ELIN@Malmö fanns ingen möjlighet att använda MeSH-termerna men sökningarna gjordes ändå. För att få en bredare datainsamling gjordes även sökningar i CINAHL och The Cochrane Library. De artiklar som inte gav svar på frågeställningarna eller ansågs vara bristfälliga togs bort i detta stadium. Flertalet av artiklarna fanns i mer än en databas och tabell 1 visar vart artiklarna hittades och hämtades ifrån. Artikeln av Hayes (1998) hittades endast som abstrakt i databasen CINAHL (tabell 1). Hela artikeln söktes därför i Hälsa och samhälles tidskriftsbibliotek på Malmö Högskola. Författarna kände till i vilken tidskrift artikeln publicerats samt vilket år, vilket gjorde att artikeln hittades i tryckt form. Jacobssons et al (1996, 1997) båda artiklar letades upp i en avhandling i Vega sedan abstrakten var intressanta för denna studie. Övriga artiklar hittades i fulltext i databaserna. Som tabell 1 visar så hittades inte några relevanta artiklar i The Cochrane Library.

Tabell 1. Artikelsökning i databaser.

Databas	Begränsning	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Använda
Pubmed	English, Abstracts, År 1995-2006, Humans	Cerebrovascular accident AND Malnutrition AND Nursing	1	1	1
Pubmed	English, Abstracts, År 1995-2006, Humans	Malnutrition AND Nursing	51	5	1
Pubmed	English, Abstracts, År 1995-2006, Humans	Malnutrition AND Cerebrovascular accident	26	5	2
ELIN@Malmö	År 1995-2006	Stroke OCH Malnutrition	31	15	2
ELIN@Malmö	År 1995-2006	Stroke OCH Nutrition OCH Nursing	20	4	1
ELIN@Malmö	År 1995- 2006	Nutrition OCH Nurse OCH Assessment	41	4	1
CINAHL		Cerebrovascular accident AND Malnutrition	63	12	1
CINAHL		Stroke AND Malnutrition AND Nursing	172	31	2
The Cochrane Library	Titel, Abstract, Keywords	Cerebrovascular accident AND Malnutrition	5	0	0
The Cochrane Library	Titel, Abstract, Keywords	Cerebrovascular accident AND Nursing	4	0	0
Totalt			414	77	11

Artikelgranskning

Författarna har oberoende av varandra kritiskt granskat 11 artiklar (bilaga 2) genom att använda Willmans et al (2006) protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ och kvantitativ metod. Men hjälp av protokollen har även den vetenskapliga styrkan på respektive forskning bedömts. För att underlätta vid senare granskning användes penna för att markera var i texten bedömningsgrunderna fanns för kvalitetsgranskning. Därefter har protokollen tillsammans jämförts och diskuterats för att få en gemensam sammanfattande bedömning av kvalitet på varje enskild studie. Vid olikheter mellan författarnas granskning diskuterades det fram ett gemensamt svar som båda var överens om. Kvalitetsgraderingen gjordes av författarna med inspiration från Willman et al (2006) och med utgång från kvalitetsbedömningsprotokollen. Författarna valde att betygsgradera varje enskild studie från noll till nio poäng (bilaga 1) där en studie som fick mellan åtta och nio poäng bedömdes som bra och fick studien mellan sex och sju poäng bedömdes den som medel. Ingen av studierna fick poäng mellan noll och fem då de hade bedömts som dålig och i så fall uteslutits. Fem kvalitativa vetenskapliga artiklar användes som ställer frågan: vem, vad, varför, när och var och ger svaren i ord och satser samt sex kvantitativa vetenskapliga artiklar som ställer frågan: hur mycket, hur många hur ofta och i vilken grad. I den kvantitativa forskningen fås reella tal som svar på frågorna (Nyberg, 2000).

Databearbetning

De 11 utvalda artiklarna lästes igenom enskilt och analyserades ett flertal gånger för att få ökad förståelse för varje enskild studie. Utifrån texterna i artiklarna sökte båda författarna var för sig efter svar på frågeställningarna till den här studien. Frågeställningarna numrerades ett till tre för att underlätta vid senare analys. Genom att markera svaren på frågorna med överstrykningspenna i texten var de lättare att finna. När den enskilda genomgången genomförts träffades författarna och tillsammans jämfördes svaren som hittats. Då det fanns olikheter mellan författarnas svar letades det gemensamt i texterna så att inget missats eller missförstått. Efter diskussion enades författarna om vilka svar som fanns i texterna. Svaren från texterna ställdes upp under respektive frågeställning som gjordes om till rubriker: sjuksköterskans identifiering av ätsvårigheter, sjuksköterskans identifiering av malnutrition och omvårdnadsåtgärder vid måltider. Under respektive rubrik noterades resultatet och från vilken artikel respektive svar kom. Varje rubrik behandlades enskilt och författarna letade tillsammans efter likvärdiga svar så att dessa svar kunde delas in teman. Enligt Polit et al (2001) innebär tematisering att upptäcka likheter samt skillnader. Genom att stryka över liknande svar under samma rubrik med en och samma färg med hjälp av datorns överstrykningsfunktion kunde teman urskiljas. De olika svaren under respektive tema diskuterades och jämfördes ytterligare för att försäkra att det enskilda svaret hamnat under rätt tema, vilket båda författarna var överens om. Under rubrik ett kunde sväljtest, observation och patientintervju urskiljas som teman. Endast ett tema identifierades under rubrik två vilket var mätinstrument som kombinerades på olika sätt. Under rubrik tre kunde följande åtta teman identifieras: omgivning, matning, stöd, modifiering av konsistensen på mat och dryck, små portioner och mellanmål, avsättning av tid, sittställning och underlättande av sväljning.

RESULTAT

Resultatet presenteras under respektive frågeställning med de teman som bildades utifrån svaren.

Sjuksköterskans identifiering av ätsvårigheter

För att identifiera ätsvårigheter hos patienter används olika metoder. Följande tre teman hittades: sväljtest, observationer och patientintervjuer.

Sväljtest

För att bedöma om patienten drabbats av dysfagi görs ett sväljtest genom att låta patienten svälja mat och vätska. I Westergrens et al (2001 a) studie gjordes sväljtest på patienterna av en av forskarna med hjälp av 30 ml filmjolk eller/och vatten. Detta test gjordes i genomsnitt 48 timmar efter insjuknandet i stroke för att få en tidig diagnos. Kunskapen om vem som ansvarade för sväljtestet i studien av Hayes (1998) varierade hos de intervjuade sjuksköterskorna. Nästan tre fjärdedelar av sjuksköterskorna trodde att det var läkaren som ansvarade för sväljtestet och 79 % uttryckte att sväljtestet utfördes av sjuksköterskorna eftersom de var bland patienterna dagligen. Kunskapen om hur ett sväljtest går till hade sjuksköterskorna fått från logoped, läkare eller andra sjuksköterskor. Det påpekades även att det var viktigt för sjuksköterskorna att få en formell utbildning eftersom

patienten annars kunde utsättas för onödiga risker om en felbedömning gjordes under sväljtestet (Hayes, 1998). I Perry & McLarens (2003 b) studie jämfördes strokesjukvården innan och efter implementering av evidensbaserade riktlinjer. Innan implementering var det endast läkare som utförde sväljtest. Efter riktlinjerna införts fick även sjuk-sköterskor ansvara för sväljtest vilket gjorde att signifikant fler patienter fick deras sväljförmåga bedömd vid ankomst till sjukhuset. I studien av Lin et al (2003) fick patienterna en kopp med 90 ml kranvatten för att mäta tidsintervallet mellan det första intaget av vattnet till den sista klunken. Om patienterna hade svårigheter att slutföra testet eller började hosta avslutades sväljtestet. Därefter räknade forskarna ut hastigheten, hur stor volym per sekund och sväljvolym patienterna kunde svälja innan och efter sväljträning. Resultatet blev att patienterna som hade fått sväljträning hade förbättrad sväljförmåga än kontrollgruppen.

Observation

Jacobsson et al (1996, 1997) bedömde i deras studier patienternas ättsvårigheter genom direkta observationer och videoinspelningar under en testmåltid. Den strukturerade observationen delades in i fyra domäner: hantering av maten på tallriken, transport av maten från tallriken till munnen, möjlighet att sluta läpparna och tugga, hantering av maten i munnen och sväljning. Skillnaden mellan studierna var att i den från 1996 gjordes flera testmåltider under studiens gång och i studien från 1997 gjordes testmåltider i början och i slutet av studien. För att jämföra resultatet och de fyra domäner betygsattes patienternas prestationer från ett till sex varav ett indikerade på maximala ättsvårigheter och sex var normal.

Westergren et al (2001 b) gjorde observationer på ättsvårigheter med utökade observationer varav nio olika domäner betygsattes. De domäner som skiljde mellan studierna var sittpositionen, vakenhet, avvikande intagshastighet av föda och om patienten åt tre fjärdedelar eller mindre av den serverade maten. En annan skillnad mellan observationerna var att Westergren et al (2001 b) hade olika domäner för hantering av mat i munnen och sväljning. Observationerna utfördes av sjuksköterskorna som var tränade att göra observationer under måltidssituationer.

I den andra studien av Westergren et al (2001 a) gjordes bedömningen genom strukturerade observationer på patienters prestationer under måltider, och då de speciellt koncentrerade sig på sväljning. Forskarna fokuserade på dreglande, hamstring av mat i kinderna, hostande under intag av mat eller vätska, ökad frekvens av sväljning per intag, gurglande eller andra ljud efter en sväljning, oförmåga att äta självständigt och om måltiden varade 20 minuter eller mer. Utifrån observationerna gjordes specifika omvårdnadsåtgärder som var individuellt utformade för varje patient. En viktig faktor som forskarna fick fram genom observationerna var att patienternas energi- och vakenhetsnivån påverkade i stor grad prestationerna under måltider, utvecklandet av komplikationer på sikt och de omvårdnadsåtgärder som kunde användas. Observationer i Christenssons et al (2001) studie berörde fenomen rörande patienternas födointag såsom ättsvårigheter och störande moment i måltidsmiljön. Hur observationerna utfördes presenterades dock inte i studien.

Patientintervju

För att etablera en god relation samt för att kunna bedöma vilka ätsvårigheter patienten hade gjordes intervjuer med både patienter och närstående. Intervjuerna var semistrukturerade och varade mellan 20 till 60 minuter. Frågorna berörde patienternas måltider och upplevelser av att äta. Med hjälp av en intervju kunde ätsvårigheter ses från ett bredare perspektiv och göra patienten mer delaktig i att besluta vilka omvårdnadsåtgärder som var lämpliga (Jacobsson et al, 1996). I Westergren et al (2001 a) används bland annat intervjun som en datainsamlingsmetod för att identifiera patienter med dysfagi. Någon utförlig beskrivning om hur intervjuerna gått till nämns inte i studien mer än att patientintervju använts. Christensson et al (2001) intervjuade patienter, närstående och i vissa fall även personalen om patienters vanor och önskningsar, problem och hur de hanterade sina ätsvårigheter innan de flyttade in på ett vårdboende.

Sjuksköterskans identifiering av malnutrition

Det finns olika sätt att bedöma patientens nutritionsstatus. Ett tema identifierades: mätinstrument, vilka var följande: vikt, BMI, Barthel index, Katz ADL-index, mätning av armmuskelomkrets (AMC = Arm Muscle Circumference) och hudväcksmätning (TSF= triceps skinfold), Subjective Global Assessment (SGA) och Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) som studierna kombinerade på olika sätt.

Mätinstrument

Att väga patienten är en metod att bedöma nutritionstillståndet. I studien av Hayes (1998) vägdes patienterna vid ankomst till sjukhuset och därefter veckovis. Sjuksköterskorna använde även en nutritionschecklista, som bestod av sex frågor rörande kost och vikt för att se om patienten behövde hänvisas till en dietist. En annan metod var att räkna ut patientens BMI. För att dokumentera födointaget användes listor för matregistrering (Hayes, 1998). Förändringar i vikt, BMI och Barthel Index var mätinstrument som användes i studien gjord av Perry & McLaren (2003 b). Samma mätinstrument används i studien av Lin et al (2003), där även överarmens omkrets mättes (MAC = Mid Arm Circumference), för att se om patienten var malnutrierad. Westergren et al (2001 b) räknade ut patienternas BMI och använde medelvärdet tillsammans med medelvärdet av patienternas ålder för att jämföra om det fanns någon signifikant skillnad mellan patientgrupperna i studien. Patienternas nutritionsstatus bedömdes genom Subjective Global Assessment och för att bedöma födointaget användes Katz ADL- index. I studien av Martineau et al (2005) bedömdes patienternas nutritionsstatus genom vikt, BMI och Patient Generated Subjective Global Assessment som är en vidareutveckling av Subjective Global Assessment. För att bedöma patientens nutritionsstatus använde Jacobsson et al (1997) i sin studie BMI, armmuskelomkrets och hudväcksmätning som mätinstrument.

Omvårdnadsåtgärder vid måltider

Vid måltid finns ett antal omvårdnadsåtgärder att beakta. Följande åtta teman identifierades: omgivning, matning, stöd, modifiering av konsistensen på mat och dryck, små portioner och mellanmål, avsättning av tid, sittställning och underlättande av sväljning.

Omgivning

Måltidsmiljön och omgivningen är en viktig del att ta hänsyn till under måltiden. I studien av Kumlien & Axelsson (2002) förmedlas att måltiden kan göras till en trevlig social händelse, om möjligt i en matsal, eller bara tänka på att göra det så bekvämt som möjligt för patienten. Då patienterna kan äta i en matsal har de möjlighet att sitta och prata med andra patienter som de trivs med och måltiden blir till något positivt för patienten. Måltidsmiljön skall vara lugn fri från störande fenomen som till exempel radio eller tv så att patienten kan koncentrera sig på själva ätandet (Christensson, 2001). Enligt Kowanko et al (1999) så ansåg alla intervjuade sjuksköterskor i studien att måltiden blir en trevligare händelse för patienterna om den var mer social i en matsal med möjlighet till konversationer mellan patienterna. En omvårdnadsåtgärd i studien av Jacobsson et al (1997) var att justera måltidsmiljön till exempel störande ljud, för att skapa en lugn och stillsam atmosfär, med möjlighet att konversera. Det finns olika aspekter att se på sitt ätande med andra patienter. I Jacobssons et al (1996) studie fanns det patienter som föredrog att sitta i avskildhet där det sociala värdet var lägre värderat än det psykologiska vinningarna som gjordes då patienten slapp skämmas på grund av sina funktionsbortfall och kände sig mer nöjda med detta. I Kumlien & Axelssons (2002) studie såg de intervjuade sjuksköterskorna en gemensam måltid snarare som ett problem då patienter med uttalade ätsvårigheter kunde påverka de övriga patienter utan dessa problem negativt. En patient som ideligen dreglar, hostar och spiller under en gemensam måltid kan göra att andra patienters aptit påverkas.

Matning

De patienter som inte hade förmåga att kunna äta själv på grund av funktionsbortfall behövde assistans med matning. I vissa fall kunde det vara tillräckligt att sätta besticken i händerna på patienten då patienten kunde utföra själva intaget av maten själv (Kumlien & Axelsson, 2002). Det kunde även underlätta för patienten om en lång och smal sked användes vid matning, och att maten placerades långt bak i munnen på patienten (Kumlien & Axelsson, 2002; Christensson, 2001). Enligt Kowanko et al (1999) var alla intervjuade i studien överens om att det är en viktig omvårdnadsåtgärd under måltid var att mata de patienter som inte hade förmåga att göra det själv.

Stöd

Kumlien & Axelsson (2002) såg stimulering för patienten som en viktig aspekt för sjuksköterskan att vidta i samband med måltid. Stimuleringen kunde innebära att sjuksköterskan uppmanade eller påminde patienten om att äta. En av patienterna i studien fick känslomässigt stöd under måltider för att få patienten att våga svälja trots sin rädsla för att aspirera. Vid sondmatning var det extra viktigt med känslomässigt stöd då det fanns risk för att dessa patienter blev försummade eftersom de inte behövde lika mycket uppmärksamhet och assistans som de patienter som behövde hjälp med matning under måltiderna. Westergren et al (2001 a) fann att gruppen med patienter som hade grava ätsvårigheter hade behov av stöd för att kunna slutföra hela måltiden på grund av koncentrationssvårigheter och brist på energi. En av patienterna i Christensson et al (2001) behövde stöd i början av måltiden för att komma igång med att äta. Det var även något som sjuksköterskorna som intervjuades i Kowankos et al (1999) studie föreslog att när patienten inte ville äta kunde den inledande åtgärden vara att uppmuntra för att få patienten till att äta.

Modifiering av konsistensen på mat och dryck

En viktig omvårdnadsåtgärd var att ändra konsistensen på mat och dryck (Kumlien & Axelsson, 2002; Westergren et al, 2001; Jacobsson et al, 1996; Jacobsson et al, 1997; Lin et al, 2003). Att justera konsistensen på mat och dryck kunde vara en omvårdnadsåtgärd för att underlätta för de patienter som hade sväljsvårigheter eller problem med att tugga (Kumlien & Axelsson, 2002). I Westergrens et al (2001 a) studie gavs dryck som var förtjockad och mat med konsistensen puré eller gelé till de patienter som hade stora svårigheter att slutföra en måltid. De patienter som hostade då de drack vätska fick konsistensen justerad till mer trögflytande vätska, vilket ledde till att patienterna hostade mindre när de drack (Jacobsson et al, 1996; Jacobsson et al, 1997).

Små portioner och mellanmål

Att ge patienten små portioner och fler gånger dagligen kan vara lättare för patienten då själva måltiden är en fysisk och psykisk belastning (Christensson et al, 2001; Kowanko et al, 1999). Små portioner som serverades till patienter med dysfagi kunde förbättra rehabiliteringen av sväljförmågan. Det gjorde även att patientens tillfredsställelse ökade då medvetenhet fanns om att patienten själv arbetade för sitt eget tillfrisknande (Hayes, 1998). I Christenssons et al (2001) studie var syftet att nå upp till det kalkylerade energibehovet hos varje individuell patient. Om inte detta energibehov uppnåddes var personalen instruerad att komplettera med mellanmål utöver de ordinarie måltiderna, då i form av soppa och smörgås. Kowanko et al (1999) menade att patienterna ska få vetskap om att de har möjlighet att beställa mellanmål såsom frukt och smörgås.

Avsättning av tid

De patienter som var sängliggande och var illamående behövde i god tid innan måltiden medicineras och även ges möjlighet att i god tid förbereda sig inför måltid. God tid behövdes även under måltiden då patienterna kunde ha olika grad av ätsvårigheter och därför åt långsamt (Kumlien & Axelsson, 2002). En av sjuksköterskorna i studien av Kowanko et al (1999) menade att om det fanns patienter som såg tunna och sköra ut, vägde lite eller inte åt mycket skulle sjuksköterskorna spendera mer tid på dem. Flertalet av sjuksköterskorna ville ha mer tid avsatt att mata patienter med dysfagi, då patienter med sväljsvårigheter krävde mer tid (Hayes, 1998).

Sittställning

Patientens hållning och sittställning i samband med måltid hade stor betydelse för att underlätta patientens möjlighet till att inta en måltid (Kumlien & Axelsson, 2002; Westergren et al, 2001 a; Jacobsson et al, 1996; Jacobsson et al, 1997; Lin et al, 2003). I studien av Westergren et al (2001 a) Kategoriserades patienterna med ätsvårigheter in i tre grupper: patienter som inte kunde slutföra en måltid, Patienter som slutförde måltid med stora svårigheter och patienter som slutförde måltid med mindre svårigheter. I alla tre grupper hade patienterna en omvårdnadsåtgärd att justera sin sittställning och hållning under måltider för att underlätta sitt födointag. Jacobsson, et al (1996) påpekade att patienter som inte hade en bra hållning eller sittställning hade en försämrad förmåga att röra armar och händer. De hade även svårt att hantera maten på tallriken och spillde ofta mat då de förde maten från tallriken till munnen. I studien av Jacobsson et al (1997) fick patienter med ätsvårigheter träning i att få stabilitet i bålen och balans när de sitter upp vilket resulterade i att de spillde mindre och fick därmed in mer mat i munnen.

Underlättande av sväljning

Vissa omvårdnadsåtgärder gjordes även för att underlätta sväljningen för patienten (Westergren et al, 2001 a; Westergren et al, 2001 b; Lin et al, 2003; Jacobsson et al, 1997). Då patienten hostade vid intag av föda eller vätska skulle huvudet böjas framåt för att underlätta sväljningen. Om patienten hade nedsatt kontroll över tungan böjdes istället huvudet bakåt (Westergren et al, 2001 a). I studien av Lin et al (2003) undersöktes om sväljträning efter stroke förbättrade sväljförmågan. Träningen utfördes 30 minuter, sex dagar i veckan under åtta veckor. Resultatet blev att de patienter som hade fått sväljträning hade bättre sväljfunktion hade gått upp mer i vikt i jämförelse med kontrollgruppen. Efter sväljträning var det färre som tappade andan och fick hosta i samband med intag av föda eller vätska. Att lära patienter nya sväljtekniker för att underlätta sväljning var även en omvårdnadsåtgärd i studien av Jacobsson et al (1997). Exempel som togs upp var bland annat att vrida huvudet åt den förlamade sidan under sväljningen och att mellan varje sväljning ta ett djupt andetag (a a). Lämpliga justeringar och assistans under måltider utifrån ett bredare perspektiv gjorde det lättare för patienter med ätsvårigheter att koncentrera sig på själva sväljningen vilket kunde underlätta intaget av föda och vätska (Westergren, et al 2001 b).

DISKUSSION

Författarnas diskussion har delats in i följande underrubriker: metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Detta arbete behandlar ätsvårigheter och malnutrition efter stroke. Vid sökning med passande MeSH-termer med alla tre i kombination fanns det endast en artikel att finna i Pubmed. Därför fick sökningen utökas och endast innefatta två av sökorden i kombination. Detta gav inte heller någon större mängd artiklar som önskats vilket visar att ämnet som valts var väldigt snävt. Av den anledningen söktes även studier gjorda i andra länder runt om i världen, då ambitionen först var att hitta studier gjorda i Europa. Det resulterade i två studier från Australien och en från Taiwan. Det konstaterades snart att det fanns få forskare inom ämnet ätsvårigheter och malnutrition efter stroke då samma författarnamn regelbundet kom fram vid de olika sökningarna. Westergren, et al (2001 a b) och Jacobsson, et al (1996, 1997) har gjort ett flertal olika studier som resulterat i avhandlingar. Eftersom ett flertal studier av dessa författare var lämpliga för att få svar på frågeställningarna, och att det var svenska studier, användes två artiklar från dessa båda författarkonstellationer. Studien gjord av Christensson, et al (2001) som behandlade 11 malnutrierade äldre patienter, var det endast två som hade drabbats av stroke. Trots det uppfattades artikeln som relevant, dels för att stroke är en åldersrelaterad sjukdom och dels för att en person som drabbats av stroke kan ha fler sjukdomar än just stroke. Endast data i artikeln som handlade om två patienter med stroke togs med i resultatet. Det fanns många artiklar i databaserna om dysfagi, men författarna ville inte utgå från att malnutrition efter stroke endast orsakas av dysfagi då patienten även kan drabbas av andra funktionsbortfall som kan påverka nutritionen. Därför valdes att inte söka med något funktionsbortfall som MeSH-term.

Sondmatning är en omvårdnadsåtgärd för patienter som har dysfagi eller är malnutrierade. Eftersom sondmatning är en specifik omvårdnadsåtgärd och ett brett ämne i sig valdes att inte beröra ämnet. Olika former av ämnesspecifik näringsbrist som identifieras med hjälp av biokemiska laboratorieprover var något som inte heller valdes att beröras. Att begränsning gjordes till vård på sjukhus och vårdhem var att det är i dessa båda miljöer som sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden. Artiklar som berörde distriktssköterskors omvårdnad vid hembesök hos patienter med stroke valdes bort. Eftersom utfallet av stroke är lika mellan kvinnor och män och endast medelåldern skiljer könen åt har inte hänsyn tagits till att vissa studier använder mer kvinnor i sina undersökningar och andra har fler män i sina. Kvalitetsbedömningen av artiklarna utgick från Willman et al (2006) mall men gjordes om av författarna tillsammans för att få så likvärdigt bedömningsunderlag på kvalitativa respektive kvantitativa studier som möjligt. Antalet bedömningsfrågor var olika i originalunderlaget men för att få en jämförande kvalitetsbedömning oberoende av studiemetod begränsades frågorna till nio i de olika studiemetoderna så att antal blev lika. Författarna anser att studien har brister då det ansågs nödvändigt att använda studier som inte enbart belyste patienter som drabbats av stroke på grund av den ringa forskningen inom området. Att andrahandsinformation beträffande Orems omvårdnadsteori från Kirkevold (2000) användes då språkbruket i Orems (1995) litteratur var svårbegripligt var även det en brist. Bredden på betygsättningen av studierna blev lite snäv då graderingen som valdes inte gav någon större spridning.

Resultatdiskussion

I sjukvårdsteamet är det sjuksköterskan som ansvarar för omvårdnaden av patientens näringsintag som även innefattar identifiering av nutritionsproblem (Socialstyrelsen 2000). Artiklarna till den här studien har visat olika metoder som sjuksköterskan kan använda för att identifiera ätsvårigheter och malnutrition. De nationella riktlinjerna för strokesjukvård (Socialstyrelsen, 2005 b) betonar vikten av bedömning, eventuell träning och uppföljning vid sväljsvårigheter och artiklarna konstaterar att ett sväljtest kan vara bra sätt att identifiera om patienten har sväljproblem. Med observationer under patientens måltid kan eventuella ätsvårigheter identifieras. Genom att kombinera observationer med patientintervju kan sjuksköterskan även få patientens subjektiva bedömning av sina ätsvårigheter vilket även kan innefatta patientens upplevelser av problemet. Sjuksköterskan kan även under intervjun etablera en god relation till patienten. Enligt Jacobsson et al (1996) kunde en intervju göra att patientens ätsvårigheter kunde ses från ett bredare perspektiv och göra patienten mer delaktig i att besluta vilka omvårdnadsåtgärder som var lämpliga.

Samhället i dagens Sverige är mångkulturellt med människor från många olika kulturer och med skiftande bakgrund. Det är en sak som sjuksköterskan måste ha i åtanke i samband med omvårdnaden av patienter. Språkbarriärer kan göra att patientintervjun som metod för att identifiera ätsvårigheter kan bli problematisk eller att patient och sjuksköterska missförstår varandra. En god relation kan säkert skapas trots språkförbistring men patientens önskningar och vanor kanske kan bli svåra att tolka och tillgodose. Här gäller det att sjuksköterskan följer ICN och de två första etiska koderna som behandlar mänskliga skillnader i tro och seder och att hela tiden få lärdom av patienter från en annan kultur så att yrkeskompetensen skall stärkas.

Sjuksköterskan kan använda olika mätinstrument för att bedöma patientens nutritionsstatus och identifiera eventuell malnutrition. Någon standardiserad mätmetod som avgjorde när en patient var malnutrierad fanns inte utan kombinerades på olika sätt i de olika studierna vilket gjorde det svårt att jämföra studierna med varandra. Studierna visade att mätmetoderna kunde kombineras på olika sätt men belyste inte vilken kombination som gav mest tillförlitlighet till att patienten i fråga var malnutrierad. Variationen mellan de olika studierna visade även att bedömningen av hur många som var malnutrierade varierade beroende på vilken mätmetod som användes.

Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan utföra under måltider för att undvika malnutrition är något som måste anpassas till den enskilda patienten då problematiken kring ätandet är så komplex. Då patienter med stroke kan drabbas av olika funktionsbortfall är det viktigt att måltidsmiljön justeras så att intag av både mat och dryck kan underlättas. Omgivningen under måltiden kan lätt bli till ett störande moment för patienten så sjuksköterskan måste tänka på att till exempel eliminera störande ljud och synintryck (Jacobsson et al, 1997).

En måltid har även ett psykologiskt och socialt perspektiv vilket ofta glöms bort inom vården (Andrén, 2000). Genom att låta patienter sitta tillsammans och äta låter sjuksköterskan patienterna medverka i en social situation vilket kan uppfattas som något positivt för patienterna. Sjuksköterskan måste dock vara uppmärksam på att vissa patienter kanske föredrar att äta enskilt (Jacobsson et al, 1996). Måltiden kan bli till ett stressmoment för patienten dels för att hinna med att äta upp maten inom de tider som gäller för måltid och dels för att patienten kan känna att han tar tid från andra patienter som också har behov av assistans. Patienten måste få möjlighet till att slutföra sin måltid speciellt då funktionsbortfall gör det svårt för patienten att äta. Därför ska sjuksköterskan ge god tid för patienten. Om patienten är trött och behöver god tid på sig att slutföra en måltid kan det vara bättre att ge patienten små portioner fler gånger per dag. Det kan göra att den fysiska såväl som den psykiska belastningen minskar för patienten (Christensson et al, 2001; Kowanko et al, 1999). Patientens hållning och sittställning kan påverka förmågan att inta mat då en felaktig sittställning kan leda till att stora delar av maten spills. Om då sjuksköterskan hjälper patienten att justera sin sittställning blir det både bekvämare för patienten och även lättare att äta. I studien av Jacobsson et al (1997) fick patienterna även träning i balans och stabilitet vilket medförde att patienterna spillde mat i mindre grad.

Maten varierar mellan olika kulturer och som Lin et al (2003) skriver i sin studie är det inte alla patienter som tycker om västvärldens förtjockningsmedel för att underlätta vid måltid. Studien visade att en traditionell puré gjord på ris var mer uppskattad vid sväljträning än det förtjockningsmedel som används i väst-världen för de bofasta i studien. Det går inte att ta för givet att det är just den på avdelningen rekommenderade metod för att modifiera mat alltid är den riktiga för just den patienten. I studien av Jacobsson et al (1996) var det inte bara konsistensen på födan som gjorde det lättare för en av patienterna att svälja. Var det stark smak och maten inte för varm underlättade detta för honom att börja svälja. För en annan person i studien hjälpte det att massera överläppen eller att få i sig kall tunn vätska under måltiden.

Resultatet av den här studien visar att känslomässigt stöd är en viktig del av rehabiliteringen av stroke eftersom många av patienterna känner rädsla och även skam på grund av sina ätsvårigheter. Känslomässigt stöd behöver inte bara vara verbalt. En blick, ett leende en nickning eller bara närvaro och uppmärksamhet kan även vara tillräckligt för att patienten skall känna att stöd finns från sjuksköterskan. Det handlar om förtroende och respekt mellan patienten och sjuksköterskan. Att ge känslomässigt stöd är något som artiklarna berör (Kumlien & Axelsson, 2002; Westergren et al, 2001 a; Kowanko et al, 1999; Christensson et al, 2001). Patienten kan känna rädsla för att svälja när det finns risk för aspiration eller kvävning. En av patienterna i studien av Christensson et al (2001) behövde stöd i början av måltiden på grund av att hon hade rädsla för att få diarré av maten då patienten var multisjuk.

Matning är en viktig del av omvårdnadsarbetet då patienten har ätsvårigheter. Flertalet av strokepatienter kan drabbas av dysfagi vilket kan göra det tekniskt svårt att inta föda. Det framkommer i artiklarna att det finns olika tekniker som sjuksköterskan kan hjälpa patienten med för att underlätta sväljningen, till exempel att vrida huvudet åt den förlamade sidan när patienten sväljer. Författarna anser att sjuksköterskor som arbetar bland patienter med stroke bör få ökad kunskap och utbildning om olika tekniker för patienten. Sjuksköterskor kan då koncentrera sig på att mata patienter med dysfagi och undersköterskor kan ansvara för matning av de patienterna med lättare funktionsbortfall. En av sjuksköterskorna som intervjuades i en av de använda artiklarna (Hayes, 1998) tog upp en viktig etisk aspekt om matning av patienter. En sjuksköterska skall mata patienter för att undvika svält och malnutrition samtidigt som respekt måste visas för de patienter som inte har någon önskan att äta. Enligt Socialstyrelsen (2000) har sjuksköterskan krav på sig att patienten får i sig den näring som motsvarar näringsbehovet. Näringsintaget ska dock även motsvara patientens egen vilja och värderingar vilket kan sätta sjuksköterskan i en svår situation då patienten inte vill äta. Sjuksköterskan kan då tvingas välja mellan patientens autonomi eller eventuell ohälsa hos patienten då risk finns för malnutrition.

Det är sjuksköterskan som är med patienten dagligen och har därmed stor möjlighet till att identifiera olika problem hos patienten. Sjuksköterskan behöver dock ha ett gott samarbete med andra yrkeskategorier inom sjukvården för att patienten skall få bästa möjliga rehabilitering, vilket den fjärde riktlinjen i de etiska koderna belyser. Patienter som drabbats av stroke kan få många olika komplikationer, som bland annat lunginflammation, trycksår, förstoppning, fallskada, dehydrering, depression med mera (Socialstyrelsen, 2006) som kräver ett samarbete mellan sjuksköterska och bland annat logoped, sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare. Den bästa förutsättningen för patienten är därför ett multidisciplinärt sjukvårdsteam där rehabiliteringen kan ske effektivt.

Malnutrition och ätsvårigheter utifrån Orems omvårdnadsteori

Patienter som har ätsvårigheter och har drabbats av malnutrition har större egenvårdskrav än vad de har egenvårdskapacitet vilket leder till att patienterna får egenvårdsbrist. Orsakerna till att de har blivit malnutrierade efter stroke kan vara olika men det är sjuksköterskans uppgift att identifiera vilka egenvårdsbrister som patienten har. Genom att använda sig av strukturerade observationer under måltider kan sjuksköterskan se om problemet handlar om ätsvårigheter och är orsakat av ett eller flera funktionsbortfall. Utifrån observationerna kan lämpliga omvårdnadsåtgärder sättas in.

Att kombinera observationer med patientintervju kan sjuksköterskan även få patientens subjektiva åsikter om sina egenvårdsbehov och egenvårdsbrister. Patienten kanske är deprimerad på grund av sin nya situation som kan göra att patienten inte känner någon glädje i att äta eller har aptitlöshet. Kombinationen av intervju och observation kan även göra att egenvårdsbrister identifieras som patienten själv inte var medveten om. Två av de åtta universella egenvårdsbehoven är upprätthållande av ett adekvat födointag och upprättande av ett adekvat vätskeintag som båda är grundläggande förutsättningar för att patienten inte ska drabbas av malnutrition (Kirkevold, 2000). Ett annat universellt egenvårdsbehov är balansen mellan social interaktion och ensamhet ska upprätthållas vilket är en annan aspekt på vad sjuksköterskan bör tänka på. Under måltider till exempel, att patienterna skall få möjlighet till att sitta tillsammans och konversera med varandra, samtidigt som sjuksköterskan måste respektera viljan hos de patienter som vill sitta enskilt och äta sin måltid. De patienter med ätsvårigheter som skäms för sitt nya beteende under måltider kan riskeras att bli isolerade då de hela tiden väljer att äta enskilt. Sjuksköterskan måste då kunna se om det finns obalans mellan ensamheten och det sociala för att kunna ge patienten det känslomässiga stöd och assistans som krävs för att patienten skall känna sig säker och bekväm under en gemensam måltid.

Orems omvårdnadssystem, interaktionen mellan patient och sjuksköterska då det till exempel skapas specifika omvårdnadsåtgärder för patienten, kan vara fullständigt kompenserande, delvis kompenserade eller stödjande (Orem, 1995). Resultaten i denna studie visar även att typen omvårdnadsåtgärder skiljde sig mellan patienterna. Komplexiteten i patienternas ätsvårigheter och problemet att få ett adekvat näringsintag är viktiga aspekter att ta hänsyn till. En individuell bedömning av patientens egenvårdsbrister är därför grundläggande för att kunna utföra de bäst lämpade omvårdnadsåtgärder. Enligt Orem skall sjuksköterskan upprätthålla patientens välbefinnande och integritet och arbeta för en normal utveckling för patienten vilket är något som nationella riktlinjer för strokesjukvård belyser. Personalen inom sjukvården skall skydda integriteten hos patienter som drabbats av stroke och får nedsatt autonomi för att bevara patientens människovärde (Socialstyrelsen, 2005 b).

SLUTSATS

En tillfredsställande nutrition, mat och ätandet är grundläggande förutsättningar för en individs fysiska och psykiska hälsa. Har individen drabbats av stroke och har ohälsa är det extra viktigt att nutritionen är bra för att rehabiliteringen skall kunna utföras på bästa sätt. Om patienten har behovet av en komplex omvårdnad får sjuksköterskan inte negligera patientens nutrition för att ha tid med andra viktiga omvårdnadsåtgärder. Sjuksköterskor med olika inriktningar måste alla bli mer medvetna om hur vikten av en bra nutrition för patienters tillfrisknande är och att återfå sin hälsa. Ätsvårigheter efter stroke är ett komplext fenomen som kan uppstå på grund av olika orsaker. Sjuksköterskan måste därför utgå från varje enskild patients ätsvårigheter för att göra en bedömning och vidare kunna planera passande omvårdnadsåtgärder. Snabb diagnostisering, vård på en strokeenhet och tidigt insatt rehabilitering och med samarbete av de olika yrkeskategorierna i stroketeamet är en förutsättning för att minska vårdtiden och lidandet för patienten.

Evidensbaserad omvårdnad med ständig vidareutbildning och utbyte av erfarenheter för att alltid vara uppdaterad i vilka metoder som är mest lämpliga i de olika omvårdnadssituationer som uppstår tjänar både patient och samhället på. Patienten utsätts för en stor påfrestning både fysiskt och psykiskt samband med insjuknandet i stroke. Då är det av oerhörd stor vikt att detta tillgodoses och att förtroendet mellan patient och vårdpersonal finns för att gemensamt försöka minimera hjälpbehovet och eventuella följsjukdomar som kan uppstå.

Slutord

Författarna har lärt sig mycket genom att skriva detta arbete och inser att det ligger stora krav i den framtida yrkesrollen. Att hålla sig uppdaterad med den senaste forskning och att ett samarbete kolleger emellan är en förutsättning för att kunna göra ett bra arbete. Att hela tiden reflektera och var uppmärksam på förändringar i det dagliga arbetet i relation till kolleger och patienter stärker yrkesrollen och yrkeskompetensen. En empirisk studie för att se sjuksköterskans bedömning och omvårdnad av malnutrierade patienter med stroke hade så här i efterhand varit intressant att göra. För att se vilka metoder som sjuksköterskan grundar sina bedömningar på. Tiden som avsatts för detta arbete gjorde att vi valde bort en empirisk studie, som kanske hade gett oss mer förståelse för hur svår bedömning och sammanhanget mellan en adekvat nutrition och stroke är. Sjuksköterskan har en central roll i omvårdnadsprocessen och att vårda malnutrierade patienter med stroke är komplext. Därför behövs vidare forskning specifikt inriktad på sjuksköterskans omvårdnad av strokepatienter med malnutrition.

REFERENSER

- Aggleton, P & Chalmers, H (2000) *Nursing Models and Nursing Practice*. Houndmills: Palgrave.
- Andrén, M et al (2000) *Äldre Kost i Malmö: en studie av kostintaget på äldreboenden samt kvalitetskraven på äldrekosten i Malmö*. Malmö: Geriatriskt utvecklingscentrum, Universitetssjukhuset MAS, 2000
- Carnevali, D & Patrick, M (1993) *Nursing management for the elderly*. Pennsylvania: J B Lippincott Company.
- Chalela, J A et al (2004) Acute stroke patients are being underfed: a nitrogen balance study, *Neurocritical Care*, 2004;1(3):283-5.
- Christensson, L et al (2001) Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study, *Journal of Clinical Nursing*, 10, 491-502.
- Dávalos, A et al (1996) Effect of Malnutrition After Acute Stroke on Clinical Outcome, *Stroke Journal of The American Heart Association*. 1996;27:1028-1032.
- Ericson, E & Ericson, T (2002) *Medicinska sjukdomar Specifik omvårdnad Medicinsk behandling Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Finestone, H M et al (1995) Malnutrition in Stroke Patients on the Rehabilitation Service and Follow-Up: Prevalence and Predictors, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1995;76(4) 310-316.
- Finestone, H M et al (1996) Prolonged Length of Stay and Reduced Functional Improvements Rate in Malnourished Stroke Rehabilitation Patients, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1996;77(4) 340-345.
- Forsberg, C & Wengström, Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gariballa, S (2003) Poor Nutritional Status on Admission Predicts Poor Outcomes After Stroke, *Stroke Journal of The American Heart Association*, 2003;34:1450-1455.
- Hayes, J C (1998) Current feeding policies for patients with stroke, *British Journal of Nursing*, 1998, Vol 7, No 10.
- Hedner, L P (red) (2004) *Invärtesmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsson, C et al (1996) Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating, *Journal of Clinical Nursing*, 1996; 5: 23-31.
- Jacobsson, C et al (1997) Outcomes of individualized interventions in patients with severe eating difficulties, *Clinical Nursing Research*, 1997; 6, 25-44.

- Johansson, U (2004) *Näring och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kowanko, I et al (1999) Nutritional care of the patient: nurses` knowledge and attitudes in an acute care setting, *Journal of Clinical Nursing*, 8, 217-224.
- Kumlien, S & Axelsson, K (2002) Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care, *Journal of Clinical Nursing*, 2002;11: 498-509.
- Larsson, M & Rundgren, Å (1997) *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, M & Rundgren, Å (2003) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lin, L-C et al (2003) Efficacy of swallowing training for residents following stroke, *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 44(5), 469-478.
- Lindskog, B I (2004) *Medicinsk miniordbok*. Stockholm: Bengt I Lindskog och Nordiska Bokhandelns Förlag.
- Livsmedelsverket (2001) *Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Martineau, J et al (2005) Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients, *Clinical Nutrition*, 2005, 24: 1073-1077.
- Nyberg, R (2000) *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Orem, D E (1995) *Concepts of Practice. Fifth edition*. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Perry, L & McLaren, S (2003 a) Eating difficulties after stroke, *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 360-369.
- Perry, L & McLaren, S (2003 b) Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines, *Clinical Nutrition*, 2003, 22(3): 283-293.
- Persson, M (2002) *Aspects of nutrition in geriatric patients: especially dietary assessment, intake and requirements*. Lund University: Department of Community Medicine.
- Poels, B J J et al (2006) Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre, *Disability and Rehabilitation*, 2006;28(10): 637-643.

- Polit, D F et al (2001) *Essentials of Nursing research: Methods, appraisal and utilization (5:th ed)*. Philadelphia: Lippincott.
- Praktisk medicin (2005) www.praktiskmedicin.se/sjukdom.asp?sjukdid=846 (2006-12-05).
- Region Skåne (2002) Hälso- och sjukvårdsprogram stroke.
www.skane.se/upload/Webbplatser/Hälso%20och%20sjukvårdsprogram/Dok_Stroke_web.pdf (2006-12-05)
- Region Skåne (2006), Universitetssjukhuset i Lund Stroke och skador/sjukdomar inom rörelse- och cirkulationsapparaten – rehabilitering.
www.skane.se/templates/page.aspx?id=126795 (2006-11-30).
- Riksstroke analyserande rapport (2005)
www.riksstroke.org/files/analyser/Rapport05.pdf (2006-10-26).
- Riksförsäkringsverket (2004) Vad kostar sjukdomarna för kvinnor och män – sjukpenningkostnader fördelade efter kön och sjukskrivningsdiagnos.
www.fk.se/filer/publikationer/pdf/red0405.pdf (2006-11-28).
- Socialstyrelsen (1997), Boken om stroke. Kvalitet i alla led.
Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000) Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. (Artikelnr 2000-03-011).
- Socialstyrelsen (2005 a) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Artikelnr 2005-105-1).
- Socialstyrelsen (2005b) Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005. (Artikelnr 2006-102-1).
- Svensk Sjuksköterskeförening (2004) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Westergren, A et al (2001 a) Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three month after a stroke, *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 416-426.
- Westergren, A et al (2001 b) Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation, *Journal of Clinical Nursing*, 2001; 10: 257-269.
- Willman, A et al (2006) *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (2006) WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization.
www.who.int/chp/steps/Manual.pdf (2006-11-24).

BILAGOR

Bilaga 1: Bedömningsformulär

Bilaga 2: Artikelsammanfattning.

Bilaga 1

Bedömningsformulär inspirerat av Willman et al (2006).
Modifierat av författarna

Ja = 1 poäng

Nej = 0 poäng

Kvalitativ studie

1. Är syftet tydligt beskrivet?	Ja	Nej
2. Är urvalet beskrivet?	Ja	Nej
3. Är metoden beskriven?	Ja	Nej
4. Är bortfallet beskrivet?	Ja	Nej
5. Etiskt resonemang?	Ja	Nej
6. Är datainsamlingen tydligt beskriven?	Ja	Nej
7. Är analysen tydligt beskriven?	Ja	Nej
8. Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej
9. Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej

Kvantitativ studie

1. Är syftet tydligt beskrivet?	Ja	Nej
2. Är urvalet beskrivet?	Ja	Nej
3. Är metoden beskriven?	Ja	Nej
4. Är datainsamlingen beskriven?	Ja	Nej
5. Är bortfallet beskrivet?	Ja	Nej
6. Etiskt resonemang?	Ja	Nej
7. Används en adekvat statistisk metod?	Ja	Nej
8. Är resultatet tillförlitligt?	Ja	Nej
9. Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej

0-5 poäng = Dålig

6-7 poäng = Medel

8-9 poäng = Bra

Bilaga 2

Sammanfattning av kritiskt granskade artiklar med kvalitetsgradering utifrån författarnas bedömningsformulär (bilaga 1).

Titel: Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care.

Författare: Kumlien S & Axelsson. K.

Publicerad: Journal of Clinical Nursing 2002; 11: 498-509.

Ursprungsland: Sverige.

Syfte: Att undersöka ätandet, matningen och nutritionen på vårdboenden bland patienter som drabbats av stroke.

Urval: 40 patienter som drabbats av stroke valdes ut. De skulle alla ha bott på vårdboendet minst ett år. Patienter som hade en diagnostiserad demens exkluderades. Därefter valdes 30 sjuksköterskor ut av dem som var ansvariga för de 40 patienterna.

Metod: Intervjuer med sjuksköterskorna utfördes med frågor rörande patienternas hälsostatus, omvårdnadsbehov, omvårdnadsåtgärder och förändringar i hälsostatus. Instrument användes därefter för att bedöma patienternas hälsostatus.

Resultat: Genom en manifest innehållsanalys kunde forskarna hitta tre olika teman. Dessa var; 1. beroende under måltid relaterat till att kunna kommunicera, kognition, ADL och olika hälsorubbningar, 2. Bedömningar och sjuksköterskornas skildringar av ätsvårigheter och relaterad omvårdnad, 3. bedömning av sjuksköterskornas skildringar av nutrition och relaterad omvårdnad.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke.

Författare: Westergren, A et al.

Publicerad: Journal of Advanced Nursing, 2001.

Ursprungsland: Sverige

Syfte: Beskriva ätsvårigheter och speciellt sväljsvårigheter hos patienter med dysfagi inom de två första veckorna efter en stroke och undersöka vilka ätsvårigheter som påverkar förmågan att slutföra en måltid. Syftet var även att beskriva olika typer av omvårdnadsåtgärder och utvecklandet av komplikationer tre månader fram.

Urval: För att identifiera patienter med dysfagi gjordes intervjuer, observationer och sväljtest. Forskarna identifierade 24 patienter med dysfagi.

Metod: Genom strukturerade standardiserade observationer bedömdes bl a patienternas ADL, måltidssituation, speciellt sväljfunktionen, undersökning av neurologiska skador, nutritionsstatus och respiratoriska infektioner under en 3-månadersperiod.

Resultat: Nio av patienterna kunde inte slutföra måltider, fem kunde slutföra måltider med omfattande svårigheter och 10 patienter hade smärre svårigheter att slutföra måltider. Omvårdnadsåtgärder för ätsvårigheter var att justera patientens sittställning, modifiering av konsistensen på mat och dryck, böja huvudet framåt eller luta huvudet åt den förlamade sidan för att underlätta sväljningen.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study.

Författare: Christensson, L et al.

Publicerad: Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 491-502

Ursprungsland: Sverige

Syfte: Att uppfylla patienternas individuella näringsbehov, beräknat i energi, genom att konstruera en näringsplan baserade på patientens problem, önskemål och resurser.

Urval: Efter flera exklusioner valdes åtta kvinnor och tre män ut, som alla genomförde hela studien. Medelåldern låg på 84 år.

Metod: Studien utfördes med en singelfall A-B-C design. I fas A (2-3 veckor) blev personalen instruerade hur de skulle använda en förkodad bok för matregistrering och under en vecka registrerades patienternas födointag. Under fas B utfördes omvårdnadsåtgärder under 12 veckor utifrån patienternas individuella problem vid födointag. Fas C var uppföljningsfasen då ett nutritionsprogram introducerades som en del av omvårdnaden.

Resultat: Efter studien ökade deltagarna signifikant i vikt, armmuskelomkrets, och koncentrationen av serum albumin och transthyretin, ökad mobilitet och grad av ADL.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Nutritional care of the patient: nurses` knowledge and attitudes in an acute care setting.

Författare: Kowanko, I et al.

Publicerad: Journal of Clinical Nursing 1999; 8: 217-224.

Ursprungsland: Australien

Syfte: Att se sjuksköterskors attityder till och kunskap om nutrition och försörjning av mat till patienter på sjukhus.

Urval: Sju sjuksköterskor valdes ut efter förfrågning på ett sjukhus i Australien.

Metod: Semistrukturerade intervjuer utfördes utifrån en intervjuguide.

Resultat: Data kom fram utifrån tre teman: Kunskap om nutritionsprinciper, organisering av matservice och måltider, sjuksköterskors attityder till deras roll till patienternas måltider och nutrition. Utifrån dessa teman fick de fram subteman.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Current feeding policies for people with stroke.

Författare: Hayes, J C.

Publicerad: British Journal of Nursing; 1998, 7, 580-588

Ursprungsland: Storbritannien.

Syfte: Att undersöka de rådande matningsstrategier för patienter med stroke på två sjukhus.

Urval: 19 sjuksköterskor valdes ut från tre avdelningar från respektive sjukhus.

Metod: Semistrukturerade intervjuer utfördes och tre huvudfrågor som användes var nedskrivna på papper som tilldelades alla som blev intervjuade. Intervjuerna varade cirka 25 minuter vardera och svaren skrevs ner på papper.

Resultat: Författarna fick svar på frågor om nutritionsbedömning, sväljbedömning, sväljreflex, mata överviktiga patienter som drabbats av stroke, sjuksköterskans omvårdnad under måltider och sondmatning.

Kritisk granskning: 8 poäng, Bra.

Titel: Eating despite severe difficulties: assessment of poststroke eating.

Författare: Jacobsson, C et al.

Publicerad: Journal of Clinical Nursing, 2006.

Ursprungsland: Sverige.

Syfte: Beskriva ett program för bedömning och omvårdnadsdiagnostisering för ätsvårigheter hos strokepatienter.

Urval: Fem strokepatienter valdes ut. Bedömning av Katz index av ADL visade att en patient var självständig (A), två behövde hjälp vid en aktivitet (B), en behövde hjälp vid fyra aktiviteter (E) och en behövde hjälp vid fem aktiviteter. Patienterna bestod av fyra män och en kvinna.

Metod: Semistrukturerade intervjuer gjordes som blev inspelade på band och senare översatta skriftligt. Det gjordes observationer/videoinspelning på patienternas måltidsmiljö. Tester gjordes också på patienterna för att se över deras motoriska funktioner, nutritionsstatus och sväljförmåga. För vissa undersökningar användes en kontrollgrupp med äldre friska personer mot en grupp patienter med akut stroke.

Resultat: Patienternas motivation att delta i programmet varierade dem emellan. Tre patienter hade dålig ställning när de satt upp, två använde bara en hand för att äta, två hade ett avvikande grepp om besticken och fyra patienter använde tekniska hjälpmedel vid måltiden. Alla patienter hade problem med att sluta läpparna och hade få eller inga tuggrorelser. De behövde längre tid på sig att kunna svälja och oftast behövde de svälja flera gånger för varje sked. Alla behövde stor koncentration för att äta. Fyra patienter hostade när de drack, men efter att de fått mer trögflytande dricka så minskade hostandet.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation.

Författare: Westergren, A et al.

Publicerad: Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 257-269.

Ursprungsland: Sverige

Syfte: Att beskriva de olika typerna av och omfattningen av ätsvårigheter, behovet av hjälp under måltid, nutritionsstatus och trycksår hos patienter under strokerehabilitering under en period av ett år.

Urval: 162 patienter som drabbats av stroke och var inlagda för strokerehabilitering valdes ut.

Metod: Patienternas ADL bedömdes med hjälp av Katz ADL-index.

Strukturerade observationer utifrån ett observationsschema utfördes under testmåltider. Patienternas nutritionsstatus bedömdes utifrån the Subjective Global Assessment (SGA). Vikt och längd mättes för att räkna ut patienternas BMI. Dysfagi bedömdes genom observationer och bedömning under måltid eller sväljtest och patientintervjuer utförda av sjuksköterskorna.

Resultat: Ätsvårigheter efter stroke är komplexa och problem förekommer hos både patienter som behöver matas och de som äter självständigt. Patienter som är inlagda för strokerehabilitering måste bli systematiskt bedömda för att se om de har ätsvårigheter. Åtgärder måste vidtas för att underlätta födointag speciellt då patienter med ätsvårigheter riskerar att bli malnutrierade och vidare riskerar att utveckla trycksår.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Malnutrition determined by the patient-generated subjective global assessment is associated with poor outcomes in acute stroke patients.

Författare: Martineau, J et al.

Publicerat i: Clinical Nutrition (2005) 24, 1073-1077.

Ursprungsland: Australien.

Syfte: Att bedöma nutritionsstatus på patienter som drabbats av stroke vid ankomst till sjukhus och jämföra tillfrisknandet hos de patienter som var malnutrierade respektive välnutrierade.

Urval: 73 patienter som varit inlagda på en stroke-enhet under en period längre än 48 timmar inkluderades i studien.

Metod: Allmän information om patienterna samlades in från deras journaler. En erfaren dietist bedömde alla patienter utifrån PG-SGA. Patienterna klassificerades sedan som antingen välnutrierad, måttligt eller misstänkt malnutrierad, eller svårt malnutrierad.

Resultat: 59 av patienterna bedömdes, med mätinstrumentet PG-SGA, som välnutrierade, 12 var måttligt malnutrierade och 2 var svårt malnutrierade. De malnutrierade patienterna hade längre sjukhusvistelse, större förekomst av dysfagi och fler komplikationer än de patienter som var välnutrierade.

Kritisk granskning: 8 poäng, Bra.

Titel: Efficacy of swallowing training for residents following stroke.

Författare: Lin, L-C et al.

Publicerad i: Journal of Advanced Nursing, 44(5), 469-478.

Ursprungsland: Taiwan.

Syfte: Att implementera ett interdisciplinärt sväljterapiprotokoll som ska användas av vältränade sjuksköterskor för patienter med stroke och mild dysfagi. Därefter undersöktes patientens utveckling av sväljfunktion och nutritionsstatus

Urval: 40 patienter med stroke valdes ut som skulle få sväljträning och 21 patienter valdes ut till kontrollgruppen.

Metod: De 40 patienterna fick sväljträning 30 minuter per dag, sex dagar i veckan, under åtta veckor utifrån sväljterapiprotokollet. Kontrollgruppen fick ingen sväljterapi. För att se sväljterapiens effekt gjordes en jämförelse pre- och post-test mellan grupperna.

Resultat: Patienterna som genomfört sväljterapien hade en förbättrad sväljförmåga, både volym per sekund och volym per sväljning. De hade post-test signifikant större överarmsomkrets, högre BMI, och vägde mer jämfört med pre-test. Patienterna fick bättre sväljfunktion, hostade mindre och större viktökning än kontrollgruppen.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines.

Författare: Perry L & McLaren, S.

Publicerad i: Clinical Nutrition (2003) 22(3): 283-293.

Ursprungsland: Storbritannien.

Syfte: Att utveckla och implementera evidensbaserade, multiprofessionella konsensusriktlinjer för nutritionsstöd efter en akut stroke.

Urval: 200 patienter

Metod: Riktlinjer implementerades. Ett utbildningsprogram om riskbedömning, sväljscreening, och insättning av näringssond genomfördes för läkare och sjuksköterskor. Data rörande patienterna samlades in för att kunna bedöma om det blev en signifikant förbättring hos patienterna rörande nutritionen.

Resultat: Signifikanta förbättringar kunde ses efter implementering av riktlinjerna såsom screeningaktiviteter med undantaget vägning. Fler patienter fick göra sväljtest vid ankomst till sjukhusen, sjuksköterskorna fick sätta näringssond på patienterna och nutritionsriskysscreening utfördes inom fem dagar från patienternas inskrivning. Patienterna visade dock inga signifikanta förbättringar vid utskrivning. Det var ingen skillnad på vårdtiden men incidensen av urinvägsinfektion och trycksår var mindre.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.

Titel: Outcomes of individualized interventions in patients with severe eating difficulties.

Författare: Jacobsson, C et al .

Publicerad: Clinical Nursing Research, 1997.

Ursprungsland: Sverige

Syfte: Beskriva resultaten av individuella interventioner för patienter med grava ätsvårigheter.

Urval: 18 patienter valdes först ut, men då uppföljningsintervjun var ofullständig hos tre av dessa, då de utfördes per telefon, så exkluderades de från studien.

Metod: Strukturerade och standardiserade observationer och videospelning utfördes av patienternas prestationer under en måltid. Efter interventionerna gjordes samma sak. Semistrukturerade intervjuer gjordes också, innan och efter interventionerna.

Resultat: Förbättringar hos patienterna sågs speciellt under måltider, och förbättrade munrörelser och nutritionsstatus. Patienterna ansåg att de var mer nöjda med sin måltidssituation efter träningen.

Kritisk granskning: 9 poäng, Bra.