Nutrition för strokepatienter

Revidering sedan föregående version

Förändringar vid denna revidering är att bakgrund och syfte har lagts till samt enstaka mindre förändringar i text

Bakgrund

Många patienter som skrivs in i sjukvården är undernärda och fler kommer att utveckla undernäring under vårdtiden. Orsaker till detta förutom aktuell sjukdom är sjukhusmiljön med en otillfredsställande måltidsmiljö. Undernäring leder till ökad risk för komplikationer, nedsatt ork och ADL-förmåga, ökad dödlighet samt en förlängd vårdtid.

Stroke är en folksjukdom som drabbar 25000-30000 personer årligen i Sverige. Studier visar att ca 16% av strokepatienterna är undernärda vid inskrivningen. Symptom vid stroke som kan påverka nutritionen är pares i en kroppshalva och ev känselnedsättning som påverkar bålbalansen och försvårar sittställningen. Patienter med apraxi får svårighet att hantera bestick och glas. Skador i lillhjärnan ger svårigheter att kunna koordinera sina rörelser. Vid neglect är patienten omedveten om sin förlamade sida. Vid symptom som neglect och synbortfall ser kanske patienten endast halva tallriken. Vid facialispares får patienten svårigheter att stänga munnen och mat och dryck läcker ut. Nedsatt känsel i ansiktshalvan ger risk att bita sig i kinden och oförmåga att känna ansamling av mat i kinden. Trötthet och nedsatt koncentrationsförmåga påverkar också.

Sväljsvårigheter, dysfagi, är också ett vanligt symptom vid stroke och så många som 40-60 % har sväljsvårigheter i akutfasen. Under de första dygnen kan symptomen växla och sväljningen kan vara olika mycket påverkad från måltid till måltid. Vid sväljsvårigheter tar det längre tid för svalgreflexen att utlösas, detta kan ge svårighet att hantera olika konsistenser. Sväljsvårigheter kan ske med eller utan aspiration. Vid tyst aspiration sker en passage av mat eller saliv nedanför stämbanden utan hosta eller andra symptom. Aspiration ökar risken för pneumoni. Patientens munstatus påverkar också risken för pneumoni, ju sämre munstatus desto farligare är det om saliven aspireras.

Eftersom många insjuknar i stroke kräver detta en handlingsplan vid omhändertagandet för att tidigt upptäcka nutritionsproblem och förebygga undernäring och andra komplikationer. En första screening skall göras och bör vara enkel till sin utformning.

Risken för undernäring och sväljsvårigheter hos strokepatienter leder till att en stor del av omvårdnaden bör inriktas på nutritionsfrågor och att bra rutiner skapas. Det är viktigt att upptäcka undernäring och sväljsvårigheter för att snabbt kunna sätta in åtgärder. Undernäring är lättare att förebygga än behandla och komplikationer till sväljsvårigheter kan undvikas om rätt åtgärder sätts in från början. Enligt Socialstyrelsens Nationella Riklinjer för Strokesjukvård skall samtliga strokepatienters sväljningsförmåga bedömas under akutfasens första dygn.

Syfte

Syftet är att ha tydliga rutiner på avdelning 53-54 Strokeenheten, som säkerställer en kvalitetssäker och likvärdig vård för patienterna och som all personal är väl förtrogen med. Detta för att minska risken för undernäring och komplikationer vid sväljsvårigheter genom en tidig bedömning samt insättande av förebyggande åtgärder.

Omvårdnadsdiagnos

Ätsvårigheter och risk för undernäring R/T minskat vätske- och näringsintag pga stroke och sjukhusvistelse**.**

Omvårdnadsmål

Identifiera undernäring och/eller dysfagi. Ge fullvärdig nutrition, individuellt anpassad kost samt upplevelse av trygg måltidssituation för patienten.

Omvårdnadsåtgärder

Medverkan

Ta reda på önskemål angående mat och dryck

Undervisning/Information

- Informera patient och anhöriga om vikten av ett fullvärdigt energi- och näringsintag
- Ge muntlig information till patient och anhörig om sväljningssvårigheter

- Informera om att tunn dryck lätt kan sättas i halsen. Lämplig konsistens på drycken kan vara gräddfilskonsistens.
- Frukt och godis kan vara olämpligt att äta vid sväljningssvårigheter
- Remiss till logoped
- Informera om ät- och sväljningsteknik
- Lämna informationsbladet ”Vid svårighet att äta och drick – dysfagi” på patientens sängbord
- Visa strokeförbundets broschyr ”Att leva med svårigheter att äta och dricka”

Stöd

Vid otrygghet i måltidssituationen ska personal finnas närvarande som stöd.

Miljö

Vila minst 30 min före måltiden

- Lugn miljö vid måltiden (TV och radio avstängda)
- Låt patienten sitta på en vanlig stol vid matbordet, om möjligt
- Patienten ska få sitta enskilt och äta, t ex på rummet om han/hon så önskar, samt vid större sväljningsbesvär.
- Patienten ska ges möjlighet att sitta i matsalen vid måltiderna, när så är lämpligt. Var lyhörd för att vissa patienter behöver enskildhet för att kunna äta. Vid ev. läckage ur mungipa eller att behöva matas, kan vara genant för en del patienter – var lyhörd och låt patienten sitta enskilt.

Skötsel

Efter sväljningsbedömningen anpassas, till de patienter som får nutrieras per os:

- Kost – hel, lättuggat, timbal, gelé eller flytande kost
- Dryck – tunn-, tjock-flytande eller kolsyrad dryck.
- Dryck förtjockas enligt IDSSI enligt logopedens bedömning.
- Dokumentera i journalen vilken kost och konsistens på dryck som valts.

Visa en positiv attityd till maten och servera den aptitligt. Tala om vad det är för mat för de som ser dåligt eller har kognitiva svårigheter.

Vid matning ska samma person mata patienten under hela måltiden. Tala om för patienten vad som serveras och förbered inför varje tugga.

Mata inte en patient som inte är ordentligt vaken.

Nattfastan ska vara högst 11 timmar.

Dokumentera om patienten behöver några hjälpmedel t ex pet-emot-kant, specialbestick, speciella glas/muggar.

Var försiktig med sugrör till patienter med sväljningsbesvär.

Patienter som får dricka ska alltid ha ett glas dryck stående på bordet.

Låt patienter med sväljningsbesvär sitta upp i 20-30 min efter måltid (för att minska risken för aspiration). Detta är särskilt viktigt för patienter som hamstrar mat i kinden, här är det också extra viktigt att göra munvård efter matintag.

För patienter med försämrat munstatus, gör munvård före och efter måltid, ta även ut eventuella tandproteser och rengör.

Träning

Patient som ät-tränar/sväljtränar ska sitta enskilt och konversationen bör vara minimal.

Patient med svårigheter att äta ska tränas klara av att göra så mycket som möjligt själv. Guida vid behov.

Patienten ska hjälpas att följa logopedens instruktioner i samband med måltiden. Kan t ex vara att vrida huvudet åt svaga sidan för att underlätta sväljningen.

Patient med synfältsbortfall ska tränas att vrida över blicken alternativt vrida på tallriken för att se all maten.

Sjuksköterskan ska sväljträna de patienter som endast ska ha några teskedar dryck per os för tränings skull.

Observandum

Mät längd och vikt på alla patienter vid inskrivning på avdelningen. Följ vikten 1-2 gånger per vecka.

Vikten mäts helst på morgonen efter toalettbesök – avdrag görs för kläder. Detta är inte alltid möjligt och det är bättre att få till vikten under dagen i samband med förflyttning än inte alls.

Räkna ut kalori- och vätskebehovet. Generellt räknas 30 kcal/kg kroppsvikt/dygn
med korrigeringsfaktorer:

- Magerlagd +10 %
- Överviktig -10 %
- Ålder >70 år -10 %
- Ålder 18-30 år +10 %
- Feber +10 % per grad

Räkna ut vätskebehovet, 30 ml/kg kroppsvikt/dygn.

BMI kommer automatiskt upp i läkemedelsmodulen om längd och vikt är ifyllt i mätvärden.

Följ mat- och vätskeregistreringslista på alla patienter med sväljsvårigheter eller de som har ett ofullständigt intag i två dagar.

Om patienten får i sig mindre än 90 % av sitt energibehov – sätt in nutritionsåtgärder och följ vikten:

- Energi- och proteinrik kost (EP-kost)
- Två näringsdrinkar/näringspuddingar per dygn
- Mjölk 3% kan ges till måltiderna, undvik vatten
- Tänk på att ge grädde på kräm eller en extra smörklick på maten

Om patienten har lågt BMI (<20 om under 65 år, <24 om över 65 år) så ge två näringsdrinkar/näringspuddingar per dygn.

För diabetiker: Näringsdrink för diabetiker, gärna med fibrer i.

I samband med måltid observeras:

- Äter patienten själv eller behövs assistans/tillsyn/guidning?
- Hur hanterar patienten bestick och glas vid måltiden?
- Äter patienten för fort eller för långsamt?
- Observera om patienten persevererar eller inte verkar ha mättnadskänsla
- Uppfattar patienten hela tallriken?
- Samlar patienten mat i munnen?
- Tuggar patienten maten?

- Hostar/harklar sig patienten? Kontakta logoped.
- **Observera att utebliven hostreflex inte innebär att patienten har normal sväljning!**
- Har patienten flera eftersväljningar?

Tänk på att om rösten blir hes, grötig eller gurglande efter sväljning så ska patienten inte nutrieras per os. Informera sjuksköterskan som kontaktar logoped eftersom detta är tecken på att sväljnings-förmågan är försämrad.

Observera tecken på aspirationspneumoni genom att mäta temperaturen dagligen på de patienter som har svårt att svälja.

Inspektion av munhålan sker med Riskbedömningsinstrumentet ROAG och dokumenteras i journalen.

Speciell omvårdnad

Anamnes och status görs och dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Sjuksköterskan eller undersköterska som är van vid uppgiften ska testa sväljningsförmågan enligt rutin, vid ankomst till avdelningen. Observera att detta kan behöva göras upprepade gånger beroende på patientens tillstånd.

- Går det helt bra, får patienten äta och dricka tunn dryck
- Klarar patienten förtjockad dryck med ev huvudvridning, anpassa kost och dryck samt kontakta logoped
- Om ofullständig sväljningsfunktion, avvakta instruktioner från logopeden – **Ge inget per os!**

Om patienten har ofullständig sväljningsfunktion och därför inte kan nutrieras per os, bör diskussion angående i första hand enteral nutrition tas upp snarast, senast inom tre dygn, alternativt parenteral nutrition.

Upprätta vårdplan för nutrition på de patienter som har något problem med nutritionen/sväljningen.

Läkemedelshantering

Anpassa administreringssätt av läkemedel efter behov.

Måste tabletter krossas, kontrollera att det är tillåtet (se apotekets broschyr ”Sväljes hela altrnativt ”Skånes App eller webbsida – stöd vid läkemedelshantering”). Tänk på att blanda ”smulorna” med ex yoghurt/kräm/sylt, hälls det bara ovanpå en sked är risken stor för aspiration, dessutom kan de smaka mycket illa.

Observera eventuella biverkningar av mediciner, såsom aptitlöshet, muntorrhet, illamående, förstoppning eller diarré

Samordning

Dietistkontakt – för att få hjälp med uträkning av behov samt förslag på val av sondnäring. Viktigt med kontakt igen inför utskrivning för ordination av sondnäring

Vårdplanering inför utskrivning – tag upp eventuella nutritionsproblem och åtgärder.

Omvårdnadsepikris. Beskriv eventuella sväljningsbesvär och åtgärder såsom kost och näringstillskott. Ange också aktuell vikt, och eventuell viktförändring samt längd och BMI. Uppföljning och av vem.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurologi-stroke

Innehållsansvar: Ann-Loise Lindström, (annli7), Sjuksköterska

Godkänd av: Jeanette Faeder, (jeafa2), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10118-83671035-59

Version: 4.0

Giltig från: 2026-08-14

Giltig till: 2028-08-14