

En modell för analys av ätproblem

Tillämpad på patienter med cerebrovaskulär sjukdom på sjukhus

Karin Axelsson

Astrid Norberg

Kjell Asplund

I flera studier i omvårdnadsforskning från Umeå universitet har olika aspekter av patientens ätproblem fokuserats. I denna artikel redovisas en modell för analys av ätproblem. Modellen är applicerad på patienter med cerebrovaskulär sjukdom, men kan också tillämpas på patienter med andra sjukdomar.

Karin Axelsson är sjuksköterska, vårdlärare och doktorand

Astrid Norberg, sjuksköterska och professor i omvårdnadsforskning

Kjell Asplund, docent i invärtesmedicin

De båda förstnämnda är knutna till Vårdlärarinstitutionen/Omvårdnadsforskning och den senare till Medicinska institutionen, Umeå

Att hjälpa patienten till en adekvat nutrition är en viktig del i omvårdnadsarbetet. Fram till 1950–60-talen tycktes sjuksköterskorna vara ganska väl medvetna om nutritionens betydelse för patientens tillfrisknande. Men under de senaste decennierna har sjuksköterskorna alltmer avhändert sig ansvaret för matutdelningen på vårdavdelningen till sjukvårdsbiträden och undersköterskor med bristfällig utbildning om nutrition (egna observationer och samtal med kollegor). Denna utveckling tycks ha gått parallellt med att näringsfrågor fått en allt mer undanträngd roll inom medicinen (tillgången på antibiotika har t ex minskat intresset för nutritionsstöd för att stimulera det egna immunförsvaret). På senare tid har emellertid kostens betydelse inom vården

uppmärksamats allt mer igen. Också i Sverige är många sjukhuspatienter undernärda (1).

Samtidigt som problemet med undernäring bland sjukhuspatienter började beskrivas så började diskussionen när och under vilka omständigheter det kan vara berättigat att avstå från att ge näring till döende patienter (2).

Det nya intresset för kostfrågor har bl a tagit sig uttryck i att kostutredningar har gjorts på många sjukhus. Fördelning av näring på olika måltider och fördelning av måltider över dygnet är exempel på frågor, som behandlats.

När det gäller problem med att äta finns det för närvarande ingen bra modell för analys av problemen. Däremot finns det en rad studier om ätande hos såväl försöksdjur som människor. Att ätandet kan bli problematiskt vid svår sjukdom hos äldre som cerebrovaskulär sjukdom, demens och Parkinsons sjukdom, är nämnt i litteraturen, men några närmare analys av problemen har inte gjorts (3).

I Umeå och Sundsvall pågår forskning om olika problem med ätande och matning hos patienter med demens, cerebrovaskulär sjukdom samt Parkinsons sjukdom. I projektet om ätproblem hos patienter med akut cerebrovaskulär sjukdom (CVS) har en modell om ätproblem vuxit fram (4). Denna modell är allmän och kan därför tillämpas även vid andra sjukdomstillstånd. I denna artikel vill vi diskutera modellen tillämpad på patienter med cerebrovaskulär sjukdom.

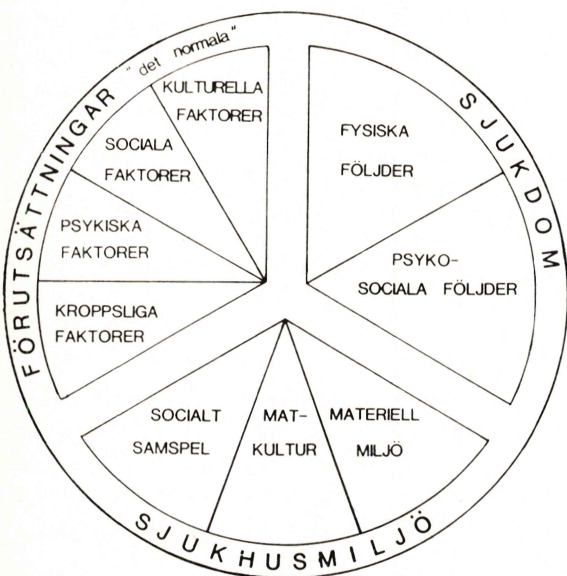
Ätandet är ett komplext beteende som kräver bred kartläggning. Vid ätproblem måste många fak-

För att ställa omvårdnadsdiagnos bedöms andra faktorer än de som bedöms vid en medicinsk diagnos, vilken är mera fysiologiskt inriktad, men vi förutsätter att omvårdnadsdiagnostik och medicinsk diagnostik sker parallellt.

torer beaktas och utredas för att få förståelse för varje persons problem och utifrån detta ge den hjälp som krävs.

WHO har under flera år arbetat med ett projekt med syfte att inspirera sjuksköterskor i Europa att planera, genomföra och utvärdera omvårdnaden på ett mer målmedvetet sätt (5). Man har sökt sprida den sk omvårdnadsprocessmodellen (6). Denna modell beskriver hur sjuksköterskan bör göra en systematisk insamling och bearbetning av data om patienten för att kunna ställa en specifik omvårdnadsdiagnos. Arbeta pågår ffa i USA på att utarbeta teorier och metoder som behövs för denna diagnosticeringsprocess (7). För att ställa omvårdnadsdiagnos bedöms andra faktorer än de som bedöms vid en medicinsk diagnos, vilken är mera fysiologiskt inriktad, men vi förutsätter att omvårdnadsdiagnostik och medicinsk diagnostik sker parallellt.

Figur 1. Ätande på sjukhus.



Modellen

Modellen (Figur 1) är en beskrivning av hur ätandet påverkas av olika faktorer. Den kan delas in i tre huvuddelar. Första delen är en beskrivning av individens förutsättningar eller den "normala" situationen före sjukdom eller i den normala miljön. Andra delen beskriver sjukdomens konsekvenser och den tredje delen består av faktorer i sjukhusmiljön som påverkar ätandet.

Målet för vården är att individen ska fungera så självständigt och " normalt " som möjligt. Detta gäller naturligtvis även ätandet. Modellen är tänkt som ett hjälpmedel för sortering av information om patientens ätande för att kunna ställa omvårdnadsdiagnos på ätproblem. Denna omvårdnadsdiagnos ska ligga till grund för åtgärder som syftar till självständigt och " normalt " ätande (8).

Förutsättningar

I strikt vetenskaplig bemärkelse så är "nutrition" och "feeding" kompletterande processer som är av central betydelse för människan. Genom "feeding" tillförs individen näring, som bryts ner till enkla beståndsdelar och genom "nutrition" byggs mer komplicerade molekyler upp – individen skapas (9). En naturlig förutsättning för nutrition är att individen äter. Ätandet ("eating") är en mycket komplicerad process som styrs fysiologiskt på olika nivåer (10). Det är viktigt att ha bakgrundskunskaper om de rent fysiologiska skeenden som styr ätandet men vi går inte in djupare i dessa i denna artikel.

Under individens utveckling är det påtagligt att det lilla barnets ätande till stor del är styrt av reflexer. Men under utvecklingens gång kommer ätandet allt mer att underställas individens medvetna kontroll.

Kontrollen kan emellertid bli mer eller mindre ändamålsenlig. Individen kan lära sig att känna igen kroppens inre signaler som hunger och mättnad. Tidiga erfarenheter kan också medverka till att individen inte lär sig att korrekt identifiera sina inre

Målet för vården är att individen ska fungera så självständigt och " normalt " som möjligt.

signaler. Han kan tex feltolka en känsla av besvikelse som hunger eller han kan inte alls identifiera en känsla av hunger. Resultatet kan bli att individen antingen äter för mycket eller för litet. Han blir alltför beroende av yttre stimuli för sitt ätande (10).

När ätandet ställs under individens medvetna kontroll innebär detta att psykiska, sociala och kulturella faktorer kommer att spela en stor roll för ätandet. Individen lär sig tex att skilja mellan "mat" och "icke-mat" (11). Han lär sig också att tolka maten som ett språk. Vi kommunicerar genom maten (12, 13, 14).

Men den psykiska, sociala och kulturella påverkan av ätandet sker också på ett omedvetet plan. Medan det späda barnet diar kommer andra behov att tillfredsställas tillsammans med behovet av föda. Barnet upplever trygghet och gemenskap. Detta kan leda till att ätandet hos den vuxne omedvetet förknippas med upplevelse av trygghet och gemenskap. När det lilla barnet kämpar med att lära sig det riktiga ätbeteendet kommer han att påverkas av sina fostrares reaktioner: "Nu var du duktig. Det gjorde du bra. Det var dåligt." Osv. Ätandet blir också förknippat med behovet av uppskattning. Ätandet är inte ett mål i sig. Vi äter för att kunna genomföra meningsfulla uppgifter, självförverkligande. Om livet ter sig meningslöst, kan det också kännas meningslöst att äta (15). (Jämför med Maslow 16).

Förutsättningarna – kulturella, sociala, psykiska och fysiska – förändras under livet. En förändring av den normala situationen påverkar ätandet men om denna förändring är bestående så kan det leda till en "normalsituation". En långvarig vistelse på sjukhus kan i så fall vara "normal" och utskrivning till hemmet innebär då en förändring som påverkar ätandet med tex andra mattider, andra maträtter och avsaknaden av gemenskap med medpatienterna.

En annan förändring av den normala situationen kan vara förändringar i familjeförhållanden om maken/makan avlider eller blir sjuk och kräver omfattande hjälp hemma eller hamnar på sjukhus så förändras bla måltidsgemenskapen. En förändring sker också när personen inte själv kan tillaga sin mat utan får hjälp av tex hemsamarit. Situationen

Vid intagning på sjukhus eller överflyttning mellan vårdinrättningar är det viktigt att ta reda på och dokumentera patientens förutsättningar och "normala" situation.

kan innebära en förändring av matkulturen föranledd av personens förmåga att iordningställa tillagad mat och att äta eller av att hemsamariten inför andra maträtter och mattider.

Patienten kan ha haft en nedsatt aptit före sjukhusvistelsen och risk finns att den kan försämras ytterligare av sjukdomen. Det är viktigt att klarlägga detta för att kunna gå tillbaka och finna orsaken.

Vid intagning på sjukhus eller överflyttning mellan vårdinrättningar är det viktigt att ta reda på och dokumentera patientens förutsättningar och "normala" situation. Den matlista som under hösten 1984 kommer att införas på Umeå regionsjukhus gör det möjligt att kortfattat göra anteckningar direkt på kostkortet (Figur 2).

Figur 2. Vid medicinska kliniken i Umeå har man goda erfarenheter av detta individuella kostkort som gör det möjligt att bättre tillgodose patientens önskemål.

Kostkort		
Brakar äta hemma "The smörgås"	Brakar inte äta Ej filmjölk Ej kaffe på morgonen	Personens anteckningar Ät inte upp all mat till middag 6/4
Luns Kött fisk, potatis grönsaker smörgås kaffe		
Middags Soppa Lättare måltid Kaffe		Vill ha extra dryck.
Kvällsmat Mjölk, smörgås	Ej kaffe på kvällen	
Tillagare A 4	Namn Sven Svensson	Ålder 19K

Sjukdom

Eftersom ätandet styrs genom komplicerade fysiologiska och psykologiska processer så är det lätt att förstå att många sjukdomar direkt eller indirekt påverkar ätandet. Sjukdomens påverkan på ätandet är densamma oberoende om patienten är hemma eller på sjukhus.

Cerebrovaskulär sjukdom

CVS med bestående symtom kan vara hjärninfarkt (ca 90%) eller hjärnblödning (ca 10%). Infarkten kan uppstå pga trombos eller emboli. Om symtomen försvinner helt inom 24 timmar så benämns tillståndet som transitorisk ischemisk attack (TIA). Dessa utgör ca 10% av alla CVS.

Fysiska följder

Förlamning av ena armen och handen (17), innebär att patienten, under varierande lång period, måste äta med en hand. Att breda smörgås eller skära sönder maten är till en början svårt att utföra med en hand. Om förlamningen drabbar den hand som patienten använder mest, måste precisionen tränas upp i den hand som fungerar. Under den perioden kan det vara svårt att hålla i bestick, få upp maten på besticket och till slut balansera maten på besticket till munnen. Dessa svårigheter finns också under perioden då den förlamade handens funktion förbättras så att den medverkar vid ätandet. Då kan det också förekomma koordinationsproblem. En person med dålig tuggförmåga, som normalt kompenserar detta genom att skära sönder maten noggrant, kan inte göra detta längre vid förlamning.

Vid *facialis pares* (18) sluter munnen inte tätt utan mat rinner ut vid den förlamade mungipan. Det kan vara svårt att dricka ur ett glas därför att det flytande lätt rinner ut. Det kan också bli svårare att hålla proteser på plats. Vid *facialis pares* kan dessutom sensibiliteten vara nedsatt, dels på huden, dels i munnen; patienten torkar inte bort det som rinner på hakan, biter sig i kinden eller känner inte maten som därför samlas i munnen. Mat som ligger kvar i munnen ger slemhinneirritation och till slut sår. Även tuggförmågan kan försämrats.

Svalgpares (19, 20) kan innebära dels att svalgreflexen ej kan utlösas efter stimulering, dels att avsiktlig sväljning ej är möjlig. Den kan också innebära att patienten bara kan svälja efter stor koncentration. Om koncentrationen är fullständig går sväljningen bra, medan patienten "sväljer fel" om koncentrationen ej är tillräcklig. Svalgpares kan också innebära att epiglottis inte sluter tätt så att mat kommer i larynx och utlöser hostreflexen.

Afasi eller dysfasi (21, 22) leder till att det är svårt

Om patienten får mat som symboliserar trygghet så kan maten fylla ett psykologiskt viktigt behov förutom näringsbehovet.

för patienten att uttrycka önskemål om kostens innehåll, smak och konsistens och att förstå vårdaren.

Vid *perceptionsstörning* (23, 24) kan patienten ej tolka sinnesintryck adekvat. Detta kan innebära att patienten inte äter från hela tallriken och inte hittar föremål som är placerade på vissa delar av matbrickan. Patienten har svårt att tolka lukt-, smak- och känselintryck. Perceptionsstörningar kan också innebära förnekande av symtom.

Alla dessa ätproblem kan leda till näringsbrist. Näringsbristen försämrar infektionsförsvaret. Infektioner är vanliga komplikationer efter slaganfall.

Psyko-sociala följder

Depression kan förekomma antingen som följd av grundsjukdomen eller som en del av krisreaktionen (25). Under depressionen förekommer aptitlöshet i varierande grad.

En patient i krissituation är i stort behov av trygghet och gemenskap. Om han får mat som symboliserar trygghet så kan maten fylla ett psykologiskt viktigt behov förutom näringsbehovet.

När vi umgås bjuder vi på mat. Men umgänget är normreglerat så att endast vissa beteenden accepteras. De man accepterar bjuder man på mat. När sjukdomen gör att patienten inte längre klarar det beteende som normerna föreskriver så kan han själv reagera med skamkänslor och dra sig ur gemenskapen. Omgivningen kan reagera med avsmak och stöta ut honom ur gemenskapen. Resultatet blir att den sociala funktionen av ätandet störs och matleda kan följa.

Den åldrande människan som drabbas av CVS har under hela sitt liv vant sig med oral stimulans. Om han inte får mat så upplever han oral deprivation. Denna medvetna eller omedvetna upplevelse kan likna en sorgereaktion (26).

Vid infusion eller tillförsel av näring via sond bryts helt den sociala gemenskapen samtidigt som andra upplevelser av födan faller bort (27). När

Bara det faktum att patienten inte kan äta själv kan göra att han känner sig kränkt eller mindervärdig under matningen.

patienten får hjälp under måltid eller sondmatas är det viktigt att personalen känner till även sin roll som sällskap för att kunna tillfredsställa patientens behov.

Om patienten har svårt att svälja så kan han uppleva ångest att svälja fel och kvävas. Då blir ätandet ångestladdat och paniken ligger nära. Bara det faktum att han inte kan äta själv kan göra att han känner sig kränkt eller mindervärdig under matningen.

Sjukhusmiljö

Om sjukdomen innebär vård på sjukhus så minskar avsevärt den enskilda individens möjlighet att välja den mat som är mest smaklig för tillfället. Samtidigt sker en konfrontation med en främmande miljö och främmande människor – både vårdare och medpatienter.

Materiell miljö

Matens utseende, lukt, uppläggning, dukning och måltidsmiljön påverkar individens förmåga och lust att äta (28,29). Med endast små förändringar i måltidsrutiner och måltidsmiljö kan patienternas ätande förändras (30).

Matkultur

För invandrare kan matkulturen på sjukhus eller andra institutioner vara en stor kontrast till deras egen matkultur. Islam och judendomen har mycket strikta regler kring måltiden och om dessa regler inte följs så kan det omöjliggöra allt ätande (14).

Men även svenskar kan ha svårt att acceptera matkulturen på sjukhus. Äldre kan vara vana att äta en helt annan mat än den som serveras på institutionen. Tex äldre norrlänningar har lingonsylt som tillhör till maten medan de unga har ketchup. För många är måltidsordningen på sjukhus annorlunda än hemma. För vissa är grötfrukost omöjlig att äta före kl 9.00, andra äter däremot grötfrukosten kl

7.30 med förtjusning men kan inte äta lunchen i stället (egna observationer). Många kan acceptera, anpassa sig till eller kompensera en annan matkultur, men några kan det inte. Det kan vara så att patienter med svårigheter att äta p g a andra faktorer är speciellt känsliga för att matkulturen ska vara rätt.

Socialt samspel

Det kan finnas många skäl varför en patient föredrar att äta ensam på salen i stället för att gå till matsalen och äta tillsammans med de andra patienterna. Ett skäl kan vara ett annorlunda ätbetende och ett annat kan vara svårigheter att tolerera någon eller några medpatienter. Naturligtvis skall ingen patient påtvingas social gemenskap under måltid. En person som är van att äta ensam vill kanske göra det även på sjukhus.

Vårdarens förhållningssätt när han hjälper en patient att äta kan mildra eller förstärka patientens eventuella känsla av kränkning eller mindervärde under matningen. En vårdare som grimaserar under matning överför en negativ upplevelse till patienten och patienten upplever maten eller ätandet negativt.

Helheten

Den presenterade modellen behöver utvecklas ytterligare genom syntes av litteratur om ätande men också kompletteras genom analys av konkreta ätproblem genom forskning. Den är menad att vara ett hjälpmedel vid omvårdnadsdiagnostik genom att påminna om viktiga aspekter av ätandet. Det är emellertid viktigt att detaljanalysen görs på ett sådant sätt att helhetsbilden bevaras. Helheten av patientens ätproblem är mer än summan av dess delar. Det är inte Jönssons mage som är hungrig och som behöver mättas. Utan det är Jönsson med CVS som i 40 år har bott med sin fru och som nu är trött och lätt deprimerad som är hungrig och som behöver mat, psykologiskt stöd, social gemenskap i en

För invandrare kan matkulturen på sjukhus eller andra institutioner vara en stor kontrast till deras egen matkultur.

Helheten av patientens ätproblem är mer än
summan av dess delar.

miljö där han kan känna trygghet och mening med sitt liv.

För att ställa en adekvat omvårdnadsdiagnos behöver sjuksköterskan analytisk förmåga (vetenskaplig skolning) men hon behöver också förmåga att omedelbart gripa helheter (intuition). Omvårdnad är både vetenskap och konst.

REFERENSER

1. Asplund K, Normark M and Pettersson V: Nutritional assessment of psychogeriatric patients. *Age and Ageing* 10: 87-94, 1981.
2. Creighton H: Decisions on food and fluid in life-sustaining measures. *Nursing Management* 15(6): 47-49, 1984.
3. Wainwright H: Feeding problems in elderly disabled patients. *Nursing Times* 30: 542-543, 1978.
4. Axelsson K, Norberg A, Asplund K S: Eating after stroke - towards an integrated view. *International Journal of Nursing Studies* 21(2): 93-99, 1984.
5. W H O. Final report on the workshop on the nursing process. Copenhagen 11-22 jan 1982.
6. LaMonica E L: The nursing process. A humanistic Approach. Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, California, 1979.
7. Griffith J W, Christensen P J: Nursing process. Application of theories, frameworks, and models. The C V Mosby Company, St Louis, Missouri, 1982.
8. Orem D E: Nursing: concepts of practice. McGraw-Hill Book Company, New York, 1980.
9. Cordon F: Progress in food and nutrition science. Introduction to biological basis of feeding. Pergamon Press, Oxford, 1980.
10. Lytle L D: Control of eating behavior in: *Nutrition and the brain*. (Eds Wurtman R J and Wurtman J J) Vol 2, Raven Press, New York, 1977.
11. Rozin P and Fallon A: The psychological categorization of foods and non-foods: A preliminary taxonomy of food rejections. *Appetite* 1: 193-201, 1980.
12. Andersson S: Matens roller. Sociologisk gastronomi. Almqvist & Wiksell AB, Stockholm 1980.
13. Moore H B: The meaning of food. *American Journal of Clinical Nutrition*. 5(1): 77-82, 1957.
14. Cavling U-L, Chekol J-M, Hamilton-Malmros I, Norberg A, Nord E, Olsén K, Pöde A och Stöten C: Religion och sjukhuskost - kan behoven tillfredsställas? *Läkartidningen* 77(47): 4372-4373, 1980.
15. Frost R O, Goolkasian G A, Ely R J and Blanchard F A: Depression, restraint and eating behavior. *Behavioral Research and Therapy* 20: 113-121, 1982.
16. Maslow A H: Motivation and personality. Harper & Row, New York, second edition, 1970.
17. Hamrin E and Wholin A: Evaluation of the functional capacity of stroke patients through an activity index. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 14: 93-100, 1982.
18. Myco F: Nursing care of the hemiplegic stroke patient. Harper & Row, London, 1983.
19. Halligan F: Frank's story. *Canadian Nurse* 75(3): 26-31, 1979.
20. Silverman L H, Elfant J E: Dysphagia: An evaluation and treatment program for the adult. *The American Journal of Occupational Therapy* 33(6): 382-392, 1979.
21. Borenstein P, Hjelmquist E: Afasi. Utrednings- och rehabiliteringsaspekter. Almqvist & Wiksell Förlag AB, Stockholm 1980.
22. Kertesz A: Aphasia and associated disorders. Taxonomi, localization and recovery. Grune & Stratton, New York 1979.
23. Hart G: Perceptual distortion. *Canadian Nurse* 76, 1980.
24. Brown J W: Aphasia, apraxia and agnosia. Clinical and Theoretical Aspects. Charles C Thomas Springfield, Third printing 1979.
25. Ottosson J-O: Psykiatri. Almqvist & Wiksell Förlag AB, Uppsala 1983.
26. Perl M, Hall R C W, Dudrick S J, Englert D A M, Stickney S K and Gardner E R: Psychological aspects of long-term home hyperalimentation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 4(6): 554-560, 1980.
27. Bayer L M, Bauers C M and Kapp S R: Psychological aspects of nutritional support. *Nursing Clinics of North America* 1(1): 119-128, 1983.
28. Belliste F: Human feeding behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 3: 163-169, 1979.
29. Rodin J and Marcus J: Psychological factors in human feeding. *Pharmacological Therapy* 16: 447-468, 1982.
30. Melin L and Götestam G: The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis* 14(1): 47-51, 1981.