

Nutrition, palliativ vård

Vid avancerad sjukdom är det vanligt med nutritionsrelaterade problem som till exempel aptitlöshet och viktnedgång. Det är viktigt att förebygga undernäring i ett tidigt skede. En bra nutritionsstatus är en förutsättning för bästa möjliga effekt av övrig behandling och god livskvalitet. Det är väsentligt att nutritionen hanteras som en del av den medicinska behandlingen.

Det är lättare att förebygga ett lågt energi- och näringsintag än att bygga upp det som har förlorats. Bristande energi-, närings- och vätskeintag med viktnedgång som följd leder till försämrad livskvalitet, förlust av kroppsprotein och förlorad muskelmassa och somatiska komplikationer.

Diagnostik och utredning

I det tidiga palliativa skedet görs en bedömning av patienters aktuella nutritionsstatus, för att man ska kunna sätta in rätt nutritionsbehandling i rätt tid.

Indelning av nutritionsproblematik

Det är viktigt att vara uppmärksam på att patienterna snabbt kan skifta från en grupp till en annan.

Fas 1: Vid minskad aptit och sjunkande kroppsvikt (tidigt skede)

Kännetecken:

- Man äter 3 huvudmål och ibland mellanmål
- Portionerna av mat har minskat
- Kroppsvikten har börjat sjunka

Fas 2: När det är svårt att äta smörgås

Kännetecken:

- Minskad aptit och sjunkande kroppsvikt
- Man äter få eller inga smörgåsar
- Man har svårigheter med middagsmat

Fas 3: När det är lättast att dricka (sent skede)

Kännetecken:

- Svårigheter med varm mat
- Ingen måltidsrytm
- Drycker går lättast

Bedömning av nutritionsstatus

Nutritionsrelaterade problem. Illamående, nedsatt aptit, förstoppning, dysfagi, passagehinder, malabsorption, smakförändringar, tidig mättnad, diarréer.

Ett formulär som är användbart i det tidiga palliativa skedet är mätinstrumentet Subjective Global Assessment (SGA). Detta instrument används för att identifiera om patienten har risk för undernäring.

Vikt och vikthistoria. Aktuell vikt, vikt för en månad sedan och vikt för sex månader sedan. Utifrån detta beräknas den procentuella viktförlusten, i vissa fall kombinerat med BMI. En patient som har minskat > 5 % under 1-3 månader eller > 10 % under de senaste 6 månaderna har risk för undernäring.

Behandling

Åtgärdsplan

Om patienten har haft en viktnedgång på 5-10 % under de senaste 3-6 månaderna eller om patienten förväntas inta mindre än 60-70 % av sitt energibehov de kommande veckorna bör en individuellt anpassad åtgärdsplan läggas upp i samråd mellan ansvarig läkare, dietist och kontaktsjuksköterska.

Nutritionsmål i ett tidigt palliativt skede

- Må så bra som möjligt
- Minska nedbrytning av muskelmassa och bromsa viktninskning
- Förbättrad återhämtning
- Klara av eventuella behandlingar
- Ha mer ork och kraft
- Öka livskvaliteten
- Minska symtom/nutritionsbesvär av sjukdom
- Minska bieffekter av behandling

Fas 1 - Vid minskad aptit och sjunkande kroppsvikt

Patienten i fas 1 har ofta minskad aptit omedvetet och glömmer bort att äta. Minskat matintag ger också minskade hungerkänslor.

Kostbehandling

Första steget i nutritionsbehandlingen är att ge råd om måltidsordning, livsmedelsval, minska stress och oro vid måltid, underlätta matsituationen genom stödjande åtgärder och hur maten görs energi- och proteinrik. Dietisten bör även ge råd för att lindra besvär, vid till exempel illamående eller förstoppning.

Energiberikning av den vanliga maten, med hjälp av till exempel olja, grädde, crème fraîche, smör, honung eller socker ger ett ökat intag av energi och kan bromsa viktnedgången om det sätts in i ett tidigt skede. Vid illamående bör fettmängden inte överdrivas. Kosttillägg i form av till exempel näringsdrycker

eller berikningspulver kan vara ett alternativ, dessa förskrivs av dietist. Patienten bör få provsmaka näringsdrycker innan förskrivning görs.

Praktiska tips:

- Ät små portioner ofta. Ät efter klockan för regelbundna måltider.
- Erbjud önskekost.
- För att minska nattfastan (max 11 h) kan man använda sig av en "förfrukost" och/eller en "sängfösare", se nedan.
- Välj energigivande dryck.
- Energiberika maten med till exempel olja, grädde, crème fraîche, smör, honung eller socker (om illamående förekommer, överdriv inte berikning med fett).
- Lägg gärna till en liten efterrätt.
- Mat med mjuk konsistens kan upplevas lättare, till exempel fisk, färsrätter, pannkaka, omelett och potatismos.
- Uppmana patient att ta till exempel en kopp varm välling, mjölk eller en banan, om hen har svårt att sova på natten.
- Vid illamående och smakförändringar kan det vara svårt med varm mat. Kalla rätter eller soppor är ofta lättare att tolerera.
- Vid muntorrhet kan det vara bra med extra sås eller att dricka till maten. Även sprayer med olja, att suga på isbitar/hårda karameller eller något syrligt kan hjälpa.
- Använd små glas och tallrikar samt lätta bestick.
- Vid behov ska patienten få smärtstillande eller antimetika i god tid före måltid.
- Vila före och efter maten.
- Det är viktigt att främja miljön kring ätandet, till exempel att äta enskilt eller med andra, rofylld matmiljö, undvika matos och se till att patienten har en bra sittställning.
- Se över patientens munstatus.
- Om patienten upplever kosttilläggen som starka kan mjölkbaserade näringsdrycker spädas med mjölk, yoghurt eller glass och klara näringsdrycker med sockerdricka, cider, kolsyrad dryck eller vatten.

Förslag på "förfrukost"

- Ljummen fruktsoppa
- Välling
- Banan
- Kaffe och bulle
- Skorpa och mjölk
- Näringsdryck

- Saft
- Fil

Förslag på "sängfösare"

- Välling
- Varm mjölk/chokladmjölk
- Honungsmjölk/honungsvatten

Artificiell nutrition

Vid förväntad överlevnad på minst 2-3 månader och vid acceptabelt allmäntillstånd är stöttning med enteral eller parenteral nutrition inducerad, om patienten inte kan uppnå adekvat energiintag med hjälp av energi- och proteinrik kost samt kosttillsägg. Patienten ska vara väl informerad om syftet och målet med den artificiella nutritionen. Viktigt med uppföljning och utvärdering för att säkerställa att nutritionsbehandlingen fortfarande är motiverad och för att undvika att patienten blir överbelastad.

Enteral nutrition kan användas om patienten inte kan tillgodose sitt energibehov per os men har en fungerande magtarmkanal och bör alltid övervägas om patienten har sväljningssvårigheter. Enteral nutrition kan ges som enda näringskällan, som ett komplement till intag per os eller till parenteral nutrition. Dietist kan vara behjälplig vid beräkning av energi- och proteinbehov, uppstart, val av sort och mängd sondnäring, komplikationer samt förskrivning.

Parenteral nutrition kan vara motiverad om patienten inte täcker sitt energibehov per os eller via enteral nutrition, har fistlar, kräkningar eller en icke fungerande magtarmkanal. Tidigt insatt parenteral nutrition har i studier visat ge en förbättrad energibalans, ökad fysisk förmåga, förbättrad livskvalité och en förlängd överlevnad. Dock kan det öka risken för infektioner och blödningskomplikationer. Till parenteral tillförsel av näring används med fördel en central infart, vid långvarig parenteral nutrition eller vid parenteral nutrition i hemmet används central infart. Dietist kan fungera som kunskapsstöd kring lämplig energimängd, upptrappning och val av parenteral lösning. Det är den patientansvariga läkaren som ansvarar för ordination av parenteral nutrition samt uppföljande provtagning.

Fas 2 - När det är svårt att äta smörgås

När patienter har svårigheter att äta en smörgås är det oftast ett tecken på nedsatt förmåga och ork att äta.

Alternativ till mjuk smörgås

- Extra matfett, underlättar sväljandet
- Rostat bröd
- Hårt bröd/knäckebröd
- Smörgåstårter
- Våfflor med gräddfil och stenbitsrom/kaviar

- Dubbelt smörgåsrån med matfett och ost
- Digestivekex med brieost
- Pepparkaka med ädelost
- Salta kex med ädelost
- Mariekex med ost och marmelad

Många patienter kan också ha svårt att äta middagsmat. De kan ge upphov till stress hos anhöriga när den sjuke inte klarar av varm mat längre. Det råder en uppfattning om att kvalitén på matintaget beror på hur mycket middagsmat vi orkar äta. Det är viktigt att ha en dialog med anhöriga för att minska besvikelse och frustration.

Praktiska tips

- Servera frukostmat, till exempel kräm med mjölk, mannagrynsgröt.
- Varm slät soppa.
- Neutral mat, till exempel gröt i olika former, risgrynsplättar, potatisbullar och lingonsylt, raggmunk, gratinerat potatismos, pannkaka.
- Kalla rätter som inte luktar, till exempel ostkaka, potatis och gräddfil, kokt ägg och sillsallad, keso med bärsås, kex och ost, oliver, avokado och finfördelad skagenröra/keso.
- Erbjud mjölk och mjölkprodukter då de ger oss nästan alla näringsämnen vi behöver samt fullvärdigt protein. Servera gärna mjölkdrinkar som mellanmål. Kan dock upplevas som svårt om patienten har besvär med slem.
- Efterrätter, till exempel pudding med grädde, fruktsoppa, gräddglass eller fromage.
- Kosttillägg.

Fas 3 - När det är lättast att dricka

I livets slutskede är mat, dryck och artificiell nutrition inte längre till för att tillgodose patientens fysiska behov av energi och näring. Däremot kan nutritionen ha sociala, kulturella och emotionella dimensioner. Det tillhör det naturliga döendet att patientens intag av mat och dryck successivt minskar och till slut upphör helt. Detta behöver inte vara förenat med att patienten upplever obehag i form av hunger eller törst.

För patienter med kort beräknad överlevnad är nutritionsbehandling med parenteral eller enteral nutrition sällan aktuellt. I vissa fall, till exempel vid en viktig permission, bemärkelsedag eller liknande kan nutritionsstöd vara motiverat.

För patienter som är i sent palliativt skede görs en individuell bedömning huruvida nutritionsbehandling är aktuellt. I detta skede kan kroppen ha svårt att ta emot näring. Det är speciellt viktigt att beakta om patienten får artificiell nutrition. För stora mängder näring kan göra mer skada än nytta för patienten. Vid refraktär

kakexi kan större mängder fett och proteiner leda till illamående och i sämsta fall kräkningar. Kroppen har lättast att omsätta kolhydrater vilket kan vara att föredra. Det finns också risk för att tillförd vätska kan leda till övervätskning, ödem och andnöd.

Det är väsentligt att alla som träffar patienter i livets slutskede är införstådda med att det inte fyller någon funktion att rekommendera näringsdrycker eller att ge dessa patienter energi genom sond eller intravenöst. Vid livets slut ändras fokus från att försöka tillgodose den sjukes energibehov genom att servera energirik mat, till att istället servera den mat som patienten fördrar och önskar, exempelvis soppa, yoghurt, kräm, gröt eller välling.

Den sjukes matportion måste anpassas efter patientens önskan och förmåga att äta. Det kan vara mycket stressande för den sjuke om familj och vårdpersonal uttrycker förväntningar om att patienten ska försöka äta. Därför är det av största vikt att både patienten och familjen informeras om att kroppen inte längre klarar av att ta emot samma mängder och samma typ av mat som tidigare. Även för patienter som är i livets slutskede kan dock den sociala delen av måltiden ha en viktig funktion och det kan därför vara viktigt att få delta. Det är olämpligt att väga sent palliativa patienter. Målsättningen med nutritionsstöd för patienter i livets slutskede är alltid bästa möjliga livskvalitet.

Praktiska tips

- För patienter i sent palliativt skede är det oftast lättast att dricka. Uppmuntra till klunkdrickande.
- Erbjud gärna patienten energigivande dryck, som kan ge små kolhydratkickar.
- Kan pipmugg, tjockt sugrör, ljummen dryck eller lite tjockare konsistens underlätta för patienten?
- Erbjud gärna flera alternativ

Mer information

- Onkologisk omvårdnad – Patient – problem – åtgärd, Anne Marie Reitan, Tore Kr Schjölberg, 2003.
- Nutritionsvård av patienter med cancer i palliativt skede, DIO, 2015.
- Näring för god vård och omsorg, Socialstyrelsen, 2011.
- Den viktiga maten – Praktisk nutritionsbehandling vid cancersjukdom, Ylva Orrevall Granberg, 1995.
- Nationellt vårdprogram "Esofagus- och ventrikelcancer"
- Ätglädje vid minskad aptit, Gun-Britt Fhager, 2012.
- Se Energidrinkar, Palliativa vårdenheten Jönköping under relaterad information.