



HÖGSKOLAN
DALARNA

Akademien för hälsa och samhälle
Examensarbete inriktning omvårdnad
Grundnivå II, 15 högskolepoäng
Vt, 2010

ÄTSVÅRIGHETER EFTER STROKE

Upplevelser och stöd

En litteraturstudie

Författare

Linda Ebbegren
Marita Björkman

Handledare

Berit Gesar

Examinator

Ethel Ramfelt



HÖGSKOLAN
DALARNA

EXAMENSARBETE

Högskolan Dalarna
Examensarbete



HÖGSKOLAN
DALARNA

School of Health and Social Sciences
Essay course – Nursing
Undergraduate level II, 15 ECTS - credits
Spring 2010



HÖGSKOLAN
DALARNA

EATING DIFFICULTIES AFTER STROKE
Experience and support
A literature review

Authors

Linda Ebbegren
Marita Björkman

Supervisor

Berit Gesar

Examiner

Ethel Ramfelt



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna
791 88 Falun
Tel 023-77 80 00

SAMMANFATTNING

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa stroke patienters upplevelser av måltidssituationen samt beskriva de vanligaste ätsvårigheter som strokepatienter kan ha samt att undersöka hur vårdpersonal kan hjälpa vid ätsvårigheter. Studien genomfördes som en litteraturstudie som baserades på 12 vetenskapliga artiklar. Artiklarna söktes från Högskolan Dalarnas Bibliotek i sökmotorerna/databaserna Electronic Library Information Navigator (ELIN), PubMed samt Medline. Sökorden som kombinerades var: *dysphagia, eating difficulties, eating situation, nursing, nutrition och stroke*. Artiklarna granskades enligt modifierade granskningmallar. Resultatet av denna litteraturstudie visar att strokedrabbade kunde uppleva sina svårigheter vid måltiden som pinsamma. Patienterna hade en strävan att återgå till det normala. Vanliga ätsvårigheter var att strokepatienterna hade tugg och sväljproblem och att patienterna hade en dålig sittposition under måltiden. Några hade svårt att transportera maten till munnen och hade nedsatt vakenhet under måltiden och smak och luktförändringar var vanligt. Det stöd som vårdpersonalen kunde ge strokepatienterna med sväljsvårigheter var att anpassa konsistensen på mat och dryck. Genom att göra läpp och tungövningar och sväljträning kunde sväljförmågan förbättras för patienter med dysfagi. Resultatet visade att genom utbildning till vårdpersonal fick patienter mer hjälp med ätsvårigheterna. Resultatet visade även att de patienter som vårdats på en rehabiliteringsavdelning hade förbättrad sittposition samt lättare att transportera maten till munnen och mindre påverkade sväljsvårigheter.

Nyckelord: Måltidssituation, Nutrition, Omvårdnad, Stroke, Ätsvårigheter.

Keywords: Eating difficulties, Eating situation, Nursing, Nutrition, Stroke,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING	2
Stroke	2
Ättsvårigheter vid stroke	3
Fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar	3
Stroke och undernäring	4
Måltiden	4
Omvårdnadspersonalens roll	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Frågeställningar	6
METOD	6
Design	6
Urval av litteratur	6
Analys och validering av data	7
Tillvägagångssätt	8
Etisk granskning	8
RESULTAT	8
Tabell 2. Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet	8
Upplevelser av måltidssituationen	10
Vanliga ättsvårigheter efter stroke	12
Stöd av vårdpersonal vid måltidssituationen	12
Rehabiliteringen betydelse	13
Stöd vid måltiden	14
DISKUSSION	15
Sammanfattning av huvudresultat	15
Resultatdiskussion	15
Metodiskussion	17
Slutsats	18
Projektets kliniska betydelse	19
Vidare forskning	19
REFERENSER	20
Bilaga 1	22
Bilaga 2	23

INLEDNING

Kroppen måste tillföras en viss mängd näringsämnen för att människan skall utvecklas och uppleva god hälsa och välbefinnande. Både för mycket och för lite mat kan leda till sjukdom och död (Kristoffersen, 1998). Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för god hälsa och en obalans mellan intag och förbrukning leder till störningar i näringstillståndet. Sjukdom är ofta orsaken till att det blir en obalans mellan intag och förbrukning. Ett av målen med omvårdnad är att förebygga undernäring och vätskebrist. Kosten ska anpassas till patientens behov av energi samt patientens förutsättningar att äta (Socialstyrelsen, 2000).

Att äta är något man ofta tar för givet och stroke är ett av de största sjukdomstillstånden som orsakar svårigheter att äta. Ätsvårigheterna kan bland annat vara problem att hantera maten på tallriken, få maten till munnen, tugga, svälja och ansamla mat i munhålan. Ätsvårigheter kan också relateras till nedsatt energi och att äta maten i en onormal hastighet och kan leda till känslor som skam och beroende (Carlsson, Ehrenberg & Ehnfors, 2004).

Stroke

Stroke är samlingsnamn för hjärninfarkt och hjärnblödning och utgör den vanligaste orsaken till neurologiskt handikapp hos vuxna (personer över 18 år). Årligen drabbas ca 30 000 personer i Sverige och medelåldern av dem som insjuknade under 2008 var 75 år. Någon skillnad mellan könen i antalet drabbade finns inte men det som skiljer är att kvinnor är i genomsnitt 5 år äldre vid insjuknandet (Norrving, B & Terént, A 2001). Symtomen vid stroke varierar från lättare kraftnedsättning till komplett hemipares (halvsidesförlamning) och ibland även medvetslöshet. Karakteristiska symtom för den som drabbats av stroke kan vara illamående, yrsel, pares och känselbortfall. Symtomen bestäms av vilket kärlområde i hjärnan som drabbats och av skadans utbredning samt tidsförloppet. Den vanligaste orsaken till stroke är propp i ett blodkärl (emboli) eller blödning (trombos) som orsakats av att blodkärlen är förkalkade, så kallade ateroskleros. Stroke kan ge olika funktionsnedsättningar beroende på vilken del av hjärnan som är påverkad. Konsekvenserna efter stroke ser olika ut för varje person som insjuknat och funktionsnedsättningarna kan vara både kognitiva och fysiska, synliga och osynliga. Exempel på fysiska funktionsnedsättningar som den sjuke kan drabbas av kan vara halvsidesförlamning, språkstörning (afasi) och sväljsvårigheter (dysfagi) och exempel på dolda handikapp som en följd av stroke är extrem trötthet, depression, koncentrationssvårigheter, synfältsbortfall (neglect) med flera (Ericson & Ericson 2002).

Ättsvårigheter vid stroke

Ätproblem i samband med stroke kan vara tuggsvårigheter, vilket kan leda till att den drabbade sväljer för stora bitar eller hamstring som innebär ansamling av mat i munnen. Läckage kan uppstå vid svårighet att sluta läpparna och smakupplevelsen kan förändras då känseln är nedsatt. Smärta kan påverka matsituationen om det finns sår i munslemhinnan eller om tandproteser skaver. Nedstämdhet kan också inverka på aptiten (Ericson & Ericson 2002). En skada i ena hjärnhalvan vid stroke leder inte till sväljsvårigheter (dysfagi) eftersom den friska sidan då ensam kan sköta den funktionen. Dock kan tryck från en djupt liggande skada föras över till den friska sidan som i sin tur kan leda till dysfagi. Dessa brukar gå tillbaka efter ett par veckor (Norrving & Terént, 2001). En stor del av patienterna som drabbas av stroke får sdysfagi vid insjuknandet men efter 14 dagar har många återfått sväljförmågan (Socialstyrelsen, 2000). Dysfagi kan vara relaterade till det *orala stadiet* där maten tuggas och blandas med saliv för att tryckas bakåt i svalget med tungan för att utlösa sväljreflexen. Patienter med stroke kan ansamla mat på ena sidan av munnen på grund av nedsatt känsel i tungan och som en följd av halvsidesförflamning. Dysfagi kan vara relaterade till *svalget* då födan normalt passerar till matstrupen. Patienter som drabbats av stroke kan ha problem att utlösa sväljreflexen och maten kan fastna i luftvägarna eller kan stötas upp i näsan. Det kan upplevas att maten fastnar i halsen och rösten kan förändras. Dysfagi kan bekräftas genom sväljprov, vilket innebär att patienten får en tesked med vatten att svälja. Sjuksköterskan skall då uppmärksamma eventuell hosta eller röstförändring. Om det fungerar tillfredställande kan man ge patienten mer att dricka från ett glas. Om det förekommer tvivel om att patienten kan svälja säkert skall logoped kontaktas. En komplikation som kan uppkomma vid dysfagi är lunginflammation (Morris, 2006). Hos en del strokedrabbade patienter är förmågan att äta och få i sig tillräckligt med näring otillräcklig. Det kan då bli aktuellt att få näring genom en sond. Sonden kan läggas genom näsan eller genom en anlagd öppning direkt på magen in till magsäcken (Norrving & Terént 2001).

Fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar

Övre delen av hjärnan formulerar tankar till ord och meningar. Hjärnbarkens språkcentrum påverkas då den artär inom det försörjningsområdet ofta är engagerad vid stroke vilket påverkar strokepatienters förmågan att förstå talat språk och uttrycka sig i tal och skrift (Ericson & Ericson, 2002). En skada där kan leda till kraftigt nedsatt språkförståelse och patienten förstår inte tilltal, kan inte skriva eller läsa samt har svårt att förstå vad andra säger, impressiv afasi. Svårighet att uttrycka sig, expressiv afasi blir symtom om vänster hjärnhalva

har påverkats eftersom det där finns ett område som är viktigt för förmågan att bilda meningar och växla mellan språkljud. En skada gör att talet blir ansträngt och det är svårt för personen att hitta nyckelord, vilket är språkets betydelsebärande ord (Norrving & Terént, 2001).

Neglect innebär att man inte uppfattar sin ena sida av kroppen och oftast är det den vänstra som inte uppmärksammas. Patienten kan då uppträda som om vänster sida inte existerar och till exempel lämnar kvar maten på vänster sida av tallriken (Ericson & Ericson, 2002). Det kan vara svårt för den strokedrabbade att sitta bra vid måltiden samt att hantera både besticken och maten (Westergren, Carlsson, Andersson, Ohlsson & Hallberg, 2001).

Stroke och undernäring

Sväljsvårigheter efter att ha drabbats av stroke kan orsaka undernäring. Undernäring kan beskrivas som ett tillstånd av obalans mellan intag och omsättning. Enligt socialstyrelsen är undernäring bland patienter som vårdats på sjukhus ett vanligt problem och studier har visat på samband mellan undernäring och ökad risk för komplikationer i samband med vistelse inom sjukvården. Nutrition betyder näring och innefattar en stor del av omvårdnaden.

Malnutrition betyder felnäring och står för både under- och fel näring (Björkman & Karlsson, 2006). Bakomliggande orsaker till ett otillräckligt näringsintag kan bero på flera orsaker. En förklaring kan vara att portionerna är för stora eller att patienten inte känner sig hungrig eller att maten inte serveras på lämpligt sätt. Andra förklaringar kan vara sjukdom som påverkar munhålan, att patienterna inte kan få upp maten till munnen eller har svårigheter med att tugga och svälja. För vissa handlar det om att det inte finns ork att slutföra måltiden (Edberg & Wijk, 2009). Symtom på undernäring är ofrivillig viktnedgång och försämrat immunförsvar som kan leda till infektioner av olika slag som t.ex. urinvägs- och luftvägsinfektioner. Med infektioner följer ofta aptitlöshet. Den trötthet och inaktivitet som undernäring ger kan leda till muskelsvaghet som i sin tur ökar risken för frakturer och tromboser. Många av de funktionella bortfallen patienterna kan drabbas av vid stroke påverkar den sjukes förmåga att upprätthålla sitt nutritions status (Socialstyrelsen, 2010).

Måltiden

Syftet med måltiden är inte endast att tillfredsställa kroppsliga behov utan även att skapa gemenskap mellan människor, ge psykisk tillfredställelse och underlätta sociala kontakter. Att äta tillsammans med andra kan vara aptitstimulerande och motiverande men kräver också att aktuella normer och värderingar om till exempel bordsbeteende följs. Att spilla vid måltiden och att inte kunna behålla maten i munnen under måltiden är överträdelse mot normen om bordsbeteende i vår kultur. Att ha ett avvikande beteende vid måltiden kan skapa skam och

obehag (Socialstyrelsen, 2000). Miljön och omgivningen har också stor betydelse för aptit, törst, smak och lukt upplevelse. Stroke kan orsaka problem med att äta och problem att äta tillsammans. Det är viktigt att vårdpersonal fungerar stödjande och vidtar bedömningar och åtgärder som är adekvata (Edberg & Wijk, 2009). Kraven på vårdare ökar då en patient inte kan äta själv och behöver hjälp med matning. Kraven ligger då i att patienten måste få i sig den näring som motsvarar hans vilja, behov och värderingar. (Socialstyrelsen, 2000).

Omvårdnadspersonalens roll

Dorothea Orems (2000) omvårdnadsteori har en grundtanke med målet för omvårdnad att så långt som möjligt hjälpa patienten till självständighet i sin egenvård. Omvårdnadspersonal ska fungera som ett komplement för patienten och vara till för att hjälpa patienten när det finns egenvårdsbrister och för att upprätthålla eller öka förmågan till egenvård (Kirkevold, 2000). Att äta själv kan vara det första steget i rehabiliteringen. Därför är det viktigt att omvårdnadspersonal inte hjälper patienten med något som han klarar själv, utan försöker uppmana honom till att hjälpa sig själv (Kristoffersen, 1998). Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret när det gäller patientens näringsintag. Det innebär bland annat att identifiera problem med mat och vätskeintag. Sjuksköterskan ansvarar tillsammans med övrig personal så att maten serveras på ett trevligt och aptitligt sätt och att de patienter som behöver hjälp med att äta får det (Socialstyrelsen, 2000). Omvårdnaden har stor betydelse för att förhindra och minska utveckling av undernäring samt att behandla de som redan är undernärda. Målet med omvårdnaden är att skapa förutsättningar eller hjälpa patienter att klara aktiviteter som tillfredställer grundläggande behov. Ett grundläggande behov är att få i sig tillräckligt med mat och dryck för att bibehålla eller förbättra näringstillståndet (Socialstyrelsen, 2000). Bedömning av ätproblem kan göras efter en skattningsskala. Ett sådant är Minimal Eating Observation form. Ätandet bedöms utifrån tre delar: intagande av mat där man bedömer förmåga att sitta tillfredsställande vid måltiden, förmågan att dela maten och att föra den till munnen. Vid sväljningsprocessen bedöms förmåga att tugga, hantering av födan i munnen och svälja. Ork och aptit omfattar förmågan att äta en hel måltid, aptiten och orken att genomföra en hel måltid (Edberg & Wijk, 2009). Sjuksköterskan är ansvarig för att patienter får lämplig kost och vätska. Europas riktlinjer framhåller att vanlig mat är förstahandsval för att korrigera och förebygga undernäring (Idvall, 2009) Bedömning av nutritionsstatus kan göras efter Mini Nutritional Assessment (MNA), det görs en initial screening och en följande djupare bedömning, vid fynd som talar för undernäring ska en medicinsk och omvårdnadsmässig orsaksbedömning göras. Vid behov kan logoped,

arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller tandhygienist konsulteras beroende på vilka nutritionsproblem patienten har (Edberg & Wijk, 2009).

Problemformulering

Många av de funktionella bortfallen som patienter kan få i samband med stroke påverkar på förmågan att äta och upprätthålla nutritions status (Socialstyrelsen, 2000) Ett grundläggande omvårdnadsbehov är att få i sig tillräckligt med mat och dryck för att bibehålla eller förbättra näringstillståndet (Socialstyrelsen, 2010). Det är av intresse att veta vilka upplevelser patienter har av måltidssituationen samt ta reda på mer om vilka de vanligaste ätsvårigheterna är och hur vårdpersonalen kan hjälpa strokepatienter under måltidssituationen.

Syfte

Syftet med studien är att belysa strokepatienters upplevelser av måltidssituationen och beskriva de vanligaste ätsvårigheterna samt att undersöka hur vårdpersonal kan hjälpa patienter med ätsvårigheter.

Frågeställningar

Hur upplever patienter som drabbats av stroke måltidssituationen

Vilka är de vanligaste ätsvårigheterna?

Hur kan vårdpersonal hjälpa strokepatienter med ätsvårigheter?

METOD

Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie.

Urval av litteratur

Artiklarna i denna studie söktes i sökmotorerna/databaserna ELIN, PubMed och Medline. Sökord som användes var *dysphagia*, *eating difficulties*, *eating situation*, *nursing*, *nutrition och stroke*. Sökorden söktes utifrån syfte och frågeställningar. Sökorden användes i olika kombinationer (tabell1). Inklusionskriterier för studien var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2001 till 2010 och skrivna på engelska samt vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Exklusionskriterier var studier som inte fanns i fulltext kostnadsfritt samt på andra språk än engelska.

Tabell 1. Översikt av litteratursökningen för litteraturstudien stroke och ätsvårigheter

Databas / Sökmotor	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Använda artiklar
PubMed	Stroke AND eating difficulties AND nursing	11	7	3
PubMed	Eating situation AND stroke	9	2	1
Medline	Stroke AND dysphagia AND nutrition AND nursing	8	4	3
Medline	Nutrition AND eating difficulties AND stroke	6	5	3
Elin	Eating difficulties AND stroke AND nursing	16	3	1
Elin	Nutrition AND stroke AND nursing	23	1	1

Analys och validering av data

Artiklarna har granskats utifrån modifierad granskningsmall av Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006). Granskningsmallen bedömer kvaliteten på artiklarna och säkerställer den vetenskapliga grunden. En av mallarna var anpassad för kvalitativa studier (Bilaga1) och den andra för kvantitativa studier (Bilaga2). Under granskningen av artiklarna besvaras ja och nej frågor och varje fråga som besvarades med ja motsvarar fyra procent. I mallen för kvalitativa studier var max poängen 25 och för den kvantitativa granskningsmallen var maxpoängen 29. Utifrån antalet ja svar bedömdes de olika artiklarnas kvalitet enligt Willman et al., (2006).

Hög 80-100 %

Medel 70-79 %

Låg 60-69 %

De artiklar som ligger till grund för resultatet visas i tabell 2.

Tillvägagångssätt

Författarna har sökt artiklarna var för sig och tillsammans. De artiklar som användes till resultatet har granskats av båda författarna för att minska risken för feltolkning. Författarna intygade genom författardeklarationen att bidra konkret i förberedelse och utformning av uppsatsen. Författarna valde ut artiklar genom att välja ut de artiklar med titel och abstrakt som stämde överens med syfte och/eller frågeställningar. Efter en första granskning valdes 22 artiklar ut. Dessa artiklar lästes abstrakten noga på och några hela artikeln, därefter valdes 10 artiklar bort då författarna ansåg att de inte svarade mot syfte och frågeställningar. Resultatet blev 12 stycken artiklar som använts i resultatet, nio stycken med kvalitativ ansats och tre med kvantitativ ansats (Tabell 2).

Etisk granskning

De artiklar som använts är etiskt granskade och godkända. Författarna avsåg att hålla sig objektiva vid granskning av artiklar som ligger till grund för resultatet. Författarna avsåg att behandla all insamlad litteratur så opartiskt som möjligt. Forskningsetiskt tillstånd krävdes inte då studien är en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008).

RESULTAT

Tabell 2. Sammanställning av artiklar som ligger till grund för resultatet

Författare	Land År	Titel	Design Metod	Deltagare	Kvalitet
Green T McGregor L King K	Canada 2008	Smell and taste dysfunction following minor stroke	Kvalitativ Intervjuer	n=två patienter	Låg 60%
Kumlien S Axelsson K	Sverige 2001	Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care	Kvalitativ Intervjuer	n=fem sjuk- sköterskor	Hög 88%

Lin Li-Chan Shu-Chen Wang Seng Hwa Chen Tyng Guey Shiao-Chi Wu	Taiwan 2002	Efficacy of swallowing training for residents following stroke	Kvantitativ Kvasi experimentell	n=21 kontrollgrupp n=40 försöksgrupp	Medel 70%
Medin J Larsson J Von Arbin M Wredling R Tham K	Sverige 2010	Elderly persons experiende and management of eating situations 6 months after stroke	Kvalitativ Intervju grounded theory studie	n=14 Patienter	Hög 92%
Poels B.J.J Brinkman- Zijlker, H.G Dijkstra P U Postema, K	Holland 2006	Malnutrition, eating difficulties and feeding depen- dence in a stroke rehabilitation centre	Kvantitativ Observations studie	n= 69 Patienter	Medel 70%
Perry L McLaren	England 2002	Coping and adaptation six months after stroke: experiences with eating disabilities	Kvalitativ Cohort	n=113 Patienter	Hög 80%
Perry L & McLaren, S	England 2003	Eating Difficulties after stroke	Kvalitativ Intervju	n=113 Patienter	Hög 80%
Perry L	England 2004	Eating and dietary intake in communication- impaired stroke survivors:a cohort study from acute- stage hospital sdmission to 6 months post-stroke	Kvantitativ Observations Studie	n=36 Patienter	Hög 86%
Rosenvinge, S Starke,I	England 2005	Improving care for patients with dysphagia	Kvalitativ Observations studie	n=31 /54	Medel 86%

Westergren Albert	Sverige 2008	Nutrition and its Relation to Mealtime Preparation, Eating, Fatigue and Mood Among Stroke Survivors After discharge from Hospital	Kvalitativ Intervju	n=89 Patienter	Medel 76%
Westergren A Ohlsson O Hallberg I. R	Sverige 2002	Eating difficulties in relation to gender, length of stay, and discharge to institutional care, among patients in stroke rehabilitation	Kvalitativ Observations Studie	n=108 Patienter	Medel 72%
Westergren A Unosson M Ohlsson O Lorefält B Hallberg I-L	Sverige 2002	Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly patients in hospital rehabilitation	Kvalitativ Observations Studie	n=520 Patienter	Medel 72%

Upplevelser av måltidssituationen

Perry och McLaren (2002) undersökte hur stroke drabbade patienter uppfattade svårigheterna att äta genom att intervjua patienter 6 månader poststroke. Resultatet visade att patienterna hade en strävan till att återgå till det normala. Det fanns också en önskan om att klara äta det som man gjort innan stroke sjukdomstillfället, vilket för några upplevdes vara ett ouppnåeligt mål. Några av patienterna använde handikappanpassade matverktyg för att underlätta måltiden. Av rädsla för att sätta i halsen valdes svårtuggade maträtter bort.

Vid en annan intervju studie av Perry & McLaren (2003) där syftet var att undersöka stroke överlevandes ätsvårigheter 6 månader efter stroke insjuknandet visade resultatet att det som påverkade måltidssituationen var problem med övre extremiteten, tugg och svälj problem samt visuella och kommunikativa problem. Av 206 patienter hade 26 inga problem alls medan 132 hade mildt ätfunktions hinder. Resultatet visade också att 32 var måttligt påverkade och 16 var svårt drabbade. Det vanligaste problemet var problemet med övre extremiteten och då

speciellt med armen som upplevdes vara funktionellt värdelös. Visuella och kommunikativa problem var vanligt och hälften rapporterade problem med att stänga läpparna, tugga och att svälja. Några av deltagarna hade anpassat kosten för att undvika att sätta i halsen och några sa att de regelbundet hade anfall med hosta och kvävningsskänsla. Många beskrev måltiden som en stökig affär vilket ledde till att deltagarnas sociala handikapp förvärrades. Vissa klagade på att smak och lukt förändrades efter att ha drabbats av stroke och några personer hade problem med illamående, kräkning och smärta.

Studien av Medin, Larsson, Von Arbin, Wredling och Tham (2010) hade som syfte att genom intervjuer undersöka strokepatienters erfarenheter och hantering av måltidssituationen 6 månader efter stroke. Resultatet visade på att känslor av pinsamhet och en känsla av nederlag fanns hos patienter som upplevde att de inte behärskade måltidsituationen lika bra som tidigare. Känslor av att inte kunna äta fint eller rätt uttrycktes. De flesta tyckte att det kändes bra att få hjälp under måltiden. För en patient fanns en känsla av trygghet då kända människor som kände till problemen med sväljsvårigheter fanns runt patienten under måltiden för att kunna klappa bak på ryggen om problem uppstod. Strategier som användes var att finna nya sätt att bemästra måltiden genom att öva ätandet och på så sätt lärde de sig så småningom att på egen hand hitta sätt för att förhindra misslyckanden. Att få goda råd av medpatienter eller personal beskrevs som ett bra sätt att behärska måltiden. Det kunde innebära allt från att hantera bestick genom att byta ut gaffel mot sked eller att prova och testa vilka måltider som inte kunde ätas. Ett annat sätt kunde vara att öva på att ta små tuggor för att på så sätt förhindra att sätta i halsen och upptäcka vilken mat denne klarade att äta.

Westergren (2008) undersökte nutrition, måltidsrelaterade problem och om det fanns ett samband med nedsatt energi och nedstämdhet hos patienter med stroke sex månader efter att de blivit utskrivna från sjukhus. Det som definierades som ätsvårigheter och måltidsrelaterade svårigheter var sväljproblem, intag av mat, om personerna hade energi att äta samt förmågan att handla och laga mat. Nästan alla personerna 93 % hade energi till att äta en hel måltid. Drygt en fjärdedel hade sväljsvårigheter och en femtedel av patienterna behövde hjälp med matintag. Studien visade att drygt hälften av personerna behövde hjälp med att handla och hjälp med att laga maten. Resultatet visade att mer än hälften av personerna kände att de hade lite eller ingen energi alls och att knappt hälften kände sig ledsna eller nedstämda.

En studie av Green, McGregor & King (2008) syftade till att undersöka hur lukt och smak påverkat personer som drabbats av stroke. Studien genomfördes som en experimentell fallstudie där två patienter ingick och där intervjuerna genomfördes åtta månader efter insjuknandet. Båda patienterna beskrev att de direkt efter sin stroke fått kraftig smak och lukt försämring och resultatet visade att de fortfarande inte kunde känna igen vissa lukter och hade problem med att känna igen smaker. Personerna fick lukta på kryddor och man penslade tungan med smaker som surt, salt, sött och beskt. De båda personerna beskrev efter åtta månader hade båda minskat i vikt och smak och lukt nedsättningen påverkade deras livskvalitet.

Vanliga ätsvårigheter efter stroke

Studien av Perry (2004) syftade till att undersöka ätrelaterade funktionshinder hos strokepatienter och se hur de förändrades under sjukhusvistelsen samt 6 månader efter stroke. En forskningssjuksköterska observerade 26 strokepatienter och de problem som lyftes fram var tugg och sväljsvårigheter samt problem med övre extremiteten. Det framkom även att de som var i behov av vård på sjukhuset mer än en månad behövde stöd med att äta under hela sin sjukhusvistelse, samt att det därefter skedde en minimal förbättring efter utskrivning.

Syftet med studien av Westergren, Unosson, Ohlsson, Lorefält & Hallberg (2002) var att undersöka förekomsten av ätsvårigheter bland patienter som vårdades på en rehabiliteringsavdelning. Syftet var också att undersöka samband mellan ätsvårigheter, hjälp med maten och nutritions status hos patienter som är äldre än 65 år på en rehabiliteringsavdelning. Studien inkluderade patienter från stroke, ortoped, hjärt-lung och geriatrisk avdelningar. Resultatet visade att de vanligaste ätsvårigheterna patienterna hade var att hantera maten på tallriken och i munnen, att de åt maten i en onormal hastighet vilket kunde innebära att det gick fort för vissa medan det tog lång tid för andra. Vanliga ätsvårigheter var också svårigheter att transportera maten till munnen, nedsatt vakenhet, dålig sittposition samt att de endast åt upp tre fjärdedelar eller mindre av den upplagda maten. Resultatet visade att de patienter som behövde hjälp med maten var undernärda i större utsträckning än de som åt utan hjälp.

Stöd av vårdpersonal vid måltidssituationen

En studie av Rosenvige och Starke (2005) syftade till att undersöka hur rekommendationer framtagna av logopeden för att underlätta för patienter med dysfagi följdes av vårdpersonalen. Rekommendationerna delades in i sex olika kategorier, nämligen konsistens på dryck och

mat, hur mycket patienten skulle serveras vid varje måltid, sväljstrategier, råd om att patienten skulle sluta äta/dricka om denne visade tecken på aspiration samt rekommendationer om vilken grad av tillsyn patienten behövde. Efter den första observationen fick personalen mer utbildning och alla avdelningarna fick tillgång till färdig dryck som var trögflytande samt att logopeden skrev sina rekommendationer på rött papper istället för vitt. Resultatet därefter visade att följsamheten till rekommendationerna hos personalen förbättrats. Rekommenderad given mängd hade förbättrats från 35 % till 69 % och rekommendationerna om säker sväljning hade förbättrats från 51 % till 90 %. Graden av tillsyn förbättrades från 35 % till 67 % efter den andra observationen.

En studie av Lin, Wang, Chen & Wu (2003) syftade till att undersöka hur sväljträning kunde leda till en förbättring vad det gällde sväljförmågan hos stroke patienter med dysfagi. En jämförelse gjordes mellan strokepatienter som fick träning och hjälp med sväljningen och strokepatienter som inte fick någon träning. Sväljträningen innebar läpp och tung övningar, kompensationer i miljön, munmotoriska övningar och stimulering för att trigga sväljreflexen. Resultatet visade att efter åtta veckor kunde patienterna som fick träning svälja en större mängd jämfört med tidigare, de hade ökat i BMI och överarms mått och de hostade mindre vid sväljning jämfört med innan studien. De patienter som inte fick någon träning hostade däremot mer i samband med måltiden efter åtta veckor än de gjorde innan. Forskarna framhåller att ett syfte med sväljträning kan vara att öka möjligheten att upprätthålla ett gott nutritions status samt att minska risken för komplikationer som kan uppkomma på grund av nedsatt förmåga att svälja.

Rehabiliteringen betydelse

Syftet med en studie av Westergren, Ohlsson & Hallberg (2002) var att beskriva ättsvårigheter från inskrivning till utskrivning i relation till kön, vistelsens längd och graden av självständighet vid utskrivning från rehabilitering. Resultatet visade på att det inte fanns någon skillnad som man och kvinna. Däremot fanns skillnader beroende på ålder vid insjuknande samt att patienter som hade längre rehabiliterings tid var mer beroende av hjälp. Patienter som hade längre rehabilitering gjorde framsteg under hela rehabiliterings perioden. De vanligaste ät svårigheterna som beskrevs var att föra maten till munnen. Alla ätförmågor förbättrades under rehabiliteringen utom vakenheten som var oförändrad. Ät svårigheter som förbättrades under rehabiliterings tiden var sittpositionen, transport av mat till munnen, sväljsvårigheter samt visade resultatet att de som var i behov av specialkost var färre.

Studien av Poels, Brinkman-Zijlker, Dijkstra & Postema (2006) syftade till att undersöka förekomsten av malnutrition vid inskrivning och efter fyra veckor på en stroke rehabiliteringsavdelning. Syftet var också att undersöka vilka ätsvårigheter som förekom, om patienter var beroende av hjälp vid måltiden och om detta hade ett samband till malnutrition. Resultatet visade att 24 av de 69 nutritionsbedömda patienterna var undernärda vid inskrivningen men efter fyra veckors rehabilitering var endast två patienter undernärda. Nästan hälften (43 %) av patienterna hade en eller flera ätsvårigheter. De vanligaste problemen var att de åt i en onormal hastighet, hamstrade maten i munnen, spillde mat på vägen till munnen, hade läckage från munnen och svårigheter att svälja. Andra problem som förekom var nedsatt vakenhet, dålig passform på tandproteser, att de åt tre fjärdedelar eller mindre av den upplagda maten samt att de inte hade en bra sittposition vid måltiden. Studien visade ett samband mellan två eller flera ätsvårigheter och undernäring. Det fanns ett samband mellan att vara beroende av hjälp vid maten och undernäring. Efter fyra veckors rehabilitering på stroke rehabiliteringsavdelning fanns inte längre detta samband.

Stöd vid måltiden

Kumlien och Axelsson (2002) hade som syfte att undersöka ätsvårigheter samt beskriva metoder som användes för att hjälpa strokepatienter under måltiden. Undersökningen gjordes på ett vårdhem där 5 stycken ansvariga sjuksköterskor studerade 40 patienter med hjälp av bedömningsformuläret Resent assesment instrument för att bedöma patienters hälsotillstånd. Resultatet visade att 80 % hade någon form av ätsvårigheter och att många av dessa också hade någon form av kognitiv funktionsnedsättning. De som var mest beroende av hjälp var också de som hade högst median ålder samt var kvinnor. De som hade stort behov av hjälp med att äta också var starkt beroende av hjälp i andra dagliga aktiviteter. Alla patienter som hade stort hjälpbehov vid intag av föda hade också olika grader av kommunikativ störning och hade svårt att göra sig förstådda eller att förstå andra. Problem som uppstod kunde vara att patienten flyttade runt tallrik och bestick eller glömde bort att äta från ett ögonblick till ett annat. Även tuggproblem relaterat till dåligt tandstatus, avsaknad av tandprotes eller löstagbara broar var vanligt. Dysfagi förekom i olika svårighetsgrader liksom försämrad aptit och hamstring av mat i munnen. De metoder som användes var att patienterna fick olika former av stöd som till exempel genom att hjälpa patienten med matning, sätta besticken i händerna, att påminna, stimulera och justera så att patienten satt bra. Konsistensanpassning av mat och dryck gjordes så att patienterna fick lättare att svälja. Två matningstekniker som

underlättade att svälja var dels att föra skeden långt bak i munnen och att använda sked istället för att dricka ur glas. För att öka patienters aptit kunde patienterna få välja maträtter från en meny, justera tiderna för måltider eller att få små portioner oftare. För de patienter som inte fick i sig tillräckligt med näring vid måltiden användes sondmatning.

DISKUSSION

Sammanfattning av huvudresultat

Resultatet av denna litteraturstudie visar att strokedrabbade kunde uppleva sina svårigheter vid måltiden som pinsamma och en känsla av nederlag (Medin et al., 2010). Patienterna hade en strävan att återgå till det normala och en önskan om att kunna äta samma mat som tidigare men på grund av rädsla för att sätta i halsen valdes svårtuggade maträtter bort. Det som påverkade måltidssituationen var problem med övre extremiteten och speciellt den svagare armen (Perry & McLaren, 2003). Vanliga ätsvårigheter var att strokepatienterna hade tugg och sväljproblem och att patienterna hade en dålig sittposition under måltiden (Perry & McLaren, 2003; Poels, 2006; Westergren et al., 2002). Andra problem som noterades var att de inte åt upp den upplagda maten och att de åt den för långsamt eller för fort. Några hade svårt att transportera maten till munnen och hade nedsatt vakenhet under måltiden (Westergren et al. 2002) Även upplevelser av smak och luktförändringar var vanligt (Green et al. 2008; Perry & McLaren, 2003). Flertalet strokedrabbade var beroende av hjälp i samband med måltiden (Perry & McLaren, 2003; Poels et al. 2006; Westergren, 2008). Det stöd som vårdpersonalen kunde ge var att anpassa konsistensen på mat och dryck (Kumlien & Axelsson, 2002). Genom att göra läpp och tungövningar och sväljträning kunde sväljförmågan förbättras för patienter med dysfagi (Lin et al. 2003). Genom att ge vårdpersonal utbildning och rekommendationer att följa fick patienter mer hjälp med ätsvårigheter (Lin et al. 2003; Rosenvinge & Starke, 2005). De patienter som vårdats på en rehabiliteringsavdelning hade förbättrad sittposition samt lättare att transportera maten till munnen och mindre påverkade sväljsvårigheter (Westergren et al. 2002).

Resultatdiskussion

Stroke är en av största sjukdomar som orsakar ätsvårigheter och som kan leda till negativa känslor som skam och känslan av att vara beroende under måltiden (Carlsson et al. 2004). Patienter som drabbats av stroke vill helst kunna äta mat som de ätit tidigare (Perry & McLaren, 2002) och även lukt och smakupplevelsorna kan bli förändrade vilket kan leda till försämrad livskvalitet för de drabbade (Green et al. 2008). Dysfagi som är vanligt att drabbas

av efter stroke associeras med en ökad risk för dödlighet, malnutrition, uttorkning och lunginflammation (Morris, 2006). Perry och McLaren (2002) beskriver i sin studie att dysfagi kan skapa obehag för patienten vid måltiden genom att uppleva rädsla för att sätta i halsen och kvävas. De beskrev också att patienterna upplevde att de hade anfall av hosta och kvävningsskänslor vid måltiden (Perry & McLaren, 2003). Att ha ett avvikande beteende vid måltiden och att inte kunna följa de normer och värderingar som vanligtvis hör till måltiden kan upplevas som negativt (Socialstyrelsen, 2000). Medin et al. 2010 beskriver i sin studie att patienterna uttryckte känslor om att inte kunna äta rätt och fint vid måltiden.

Carlsson et al., (2004) skriver att vanliga ätsvårigheter hos personer som drabbats av stroke var att hantera maten på tallriken och i munnen, och hade nedsatt energi som kunde påverka intaget av mat samt att patienterna äter för fort eller långsamt. Westergren et al., (2001) tar upp att en dålig sittposition och problem med att hantera besticken kan vara en anledning till ätsvårigheter. Resultatet av flera av studierna beskriver ätsvårigheterna som att patienterna åt i en onormal hastighet, hade tugg och sväljsvårigheter, läckage från munnen, att de hamstrade mat i munhålan, hade dåliga tandproteser eller inga alls. Andra ätsvårigheter var att hantera maten både på tallriken och i munnen samt att transportera maten till munnen och att de satt dåligt vid måltiden, vilket kunde bero på svaghet eller förlamning i ena sidan samt (Kumlien & Axelsson, 2002; Westergren et al, 2002; Poels et al., 2000) Studierna visade att det fanns ett samband mellan ätsvårigheter och malnutrition samt att patienter som var beroende av hjälp vid måltiden också löpte större risk för malnutrition (Poels, 2006; Westergren et al., 2002).

Då stroke kan påverka förmågan att äta är det viktigt att vårdpersonalen hjälper och stödjer patienten med svårigheterna, samt vidtar åtgärder som är adekvata (Edberg & Wijk, 2009) Det är viktigt för vårdpersonalen att tänka på hur patienterna sitter vid måltiden, att patienterna får anpassad kost som pure´ eller näringsberikad kost samt att vårdpersonalen vidtar adekvata åtgärder i samband med sväljsvårigheter. Vårdpersonalens uppgift blir att hjälpa strokepatienterna att uppnå ett gott nutritionsstatus (Kumlien & Axelsson, 2002; Poels et al. 2006; Westergren et al., 2002). Flera av studierna handlade om rehabiliteringens betydelse för att förbättra framtidsutsikterna gällande matsituationen. Resultatet visade att rehabiliteringsprocessen hade en positiv inverkan på de svårigheter som stroke patienterna hade under måltiden (Perry & McLaren, 2003; Poels et al. 2006; Westergren et al. 2002). Rehabiliteringen förbättrade för de patienter där det fanns ett samband mellan att ha hjälp med

maten och risken för undernäring samt att det efter utskrivning skedde en minimal förbättring (Perry & McLaren, 2003). Resultatet av en studie visade att när patienter med dysfagi fick sväljträning resulterade det att patienterna kunde svälja större mängd, ökade i BMI samt hostade mindre jämfört med tidigare (Lin et al. 2003). Resultatet visade också att utbildning och råd till vårdpersonalen är viktigt för att hjälpa patienter med stroke vid måltiden, det kan vara tydligare rekommendationer och nya tekniker i samband med stöd vid matintag (Kumlien & Axelsson, 2002; Medin et al, 2010; Rosenvinge & Starke, 2005).

Författarna anser att det är viktigt att vårdpersonalen får utbildning om vilka åtgärder som kan vidtas för att underlätta och hjälpa strokepatienterna med ätsvårigheter. Vi tycker att det är av största vikt att patienter som drabbats av stroke med svälj och ätsvårigheter får möjlighet till rehabilitering. Det är viktigt att veta att rehabiliteringen kan ta tid. Det kan krävas ett stort teamarbete mellan olika yrkeskategorier bland annat logoped, arbetsterapeut, undersköterska, sjuksköterska och sjukgymnast för att uppnå ett bra resultat av rehabiliteringen. Vår åsikt är att det är av betydelse att sätta in åtgärder snabbt för patienter med dysfagi och ätsvårigheter. Det kan vara att konsultera logoped som kan ta fram lämpliga metoder och riktlinjer till vårdpersonalen för att undvika hosta och aspiration hos patienter med dysfagi i samband med måltiden.

Metodiskussion

Artikelsökningen till litteraturstudien gjordes efter kombinationer av sökorden *dysphagia*, *eating difficulties*, *eating situation*, *nutrition*, *nursing*, *stroke*. Sökningen gjordes via Högskolan Dalarnas bibliotek och författarna använde sökmotorn ELIN samt databaserna PubMed och medline. Sökorden var från början *eating difficulties*, *nursing*, *stroke* men då sökningen gav för få artiklar som svarade mot syftet fick fler sökord läggas till. Under sökningen kom samma artiklar upp flertalet gånger. Artiklarna som togs fram skulle vara publicerade mellan åren 2001-2010. Artiklarna granskades enligt modifierade granskningsmallar av Forsberg & Wengström (2008) samt Willman et al. (2006).

Granskningsmallarna har använts för första gången och vi anser att de är svårtolkade och många av frågorna tycker vi går in i varandra vilket kan ha påverkat granskningen och senare även resultatet. Men att använda granskningsmallarna gjorde att vi kunde anse att artiklarna var relevanta att använda. Nästan alla artiklarna som granskades hade hög eller medelhög kvalitet enligt granskningsmallarna. En av artiklarna hade låg kvalitet men författarna valde att ta med den i resultatet då den lyfter fram ett ämne som inte tagits fram tidigare och är något

som i allra största grad kan påverka måltidssituationen. Artiklarna som författarna använt kommer från olika länder. Det kan ses som en styrka då flertalet studier visar på samma resultat oavsett vilket land den är gjord. Inklusionskriterierna var från början att artiklarna skulle vara från år 2004 då författarna hade avsikten att söka aktuella forskningsartiklar inom området. Men sökningen gav inte så många artiklar som vi önskade då många av de nya artiklarna inte riktigt verkade vara relevanta för syftet eller att de inte gick att få fram gratis i fulltext. Därför utökades inklusionskriterierna att artikeln skulle vara från 2001-2010. Frågeställningarna har ändrats under skrivandets gång då artiklarna som valdes ut inte riktigt svarade på tidigare frågeställningar. Författarna valde även att ta med ätsvårigheter i resultatet trots att det tas upp i inledningen. Många av de funna artiklarna tar upp ätsvårigheterna och vi anser att det är viktigt att lyfta fram vilka de vanligaste ätsvårigheterna stroke patienter kan ha samtidigt som detta till viss del bekräftades av introduktionen. För att underlätta presentationen av artiklarna valdes frågeställningarna som rubriker där stöd av personal vid måltidssituationen fick två underrubriker då författarna anser att det tydligare förklarar omvårdnadspersonalens roll vid måltiden. Av språkliga skäl söktes artiklar skrivna på engelska eller svenska. Det kan innebära att författarna missat artiklar skrivna på annat språk som varit värdefull för resultatet. Alla artiklarna som granskats är skrivna på engelska vilket kan innebära att de tolkats eller översatts fel. Författarna har försökt motverka detta genom att granska alla artiklarna var för sig först och sedan tillsammans. Uppsats författarna har en förförståelse för strokepatienter och dess problematik då vi arbetar på en rehabiliterings avdelning och möter denna patientgrupp i det dagliga arbetet, vilket också kan ha inverkat i tolkning av lästa artiklar.

Slutsats

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hur strokedrabbade upplevde måltiden samt vilka ätsvårigheter som kan finnas och hur vårdpersonalen kan hjälpa strokedrabbade med ätsvårigheter. Resultatet av litteraturstudien beskrev att patienterna upplevde att ätsvårigheterna gjorde att de kände skam och pinsamhet under måltiden samt att de upplevde att vara beroende av hjälp. Resultatet beskrev också att strokedrabbade kan uppleva rädsla för att bland annat sätta i halsen på grund av ätsvårigheterna. Samt att ätsvårigheterna kunde innebära bland annat svårt att hantera maten både på tallriken och i munnen, sitta bra, äta i en normal hastighet och att äta upp den serverade maten. Resultatet av studien visade också att den hjälp som vårdpersonalen kan bistå med kan vara bland annat ge anpassad mat och dryck,

samt sväljträning. Att få vistas på en stroke rehabiliteringsavdelning innebar varaktiga förbättringar för patienter med ätsvårigheter.

Projektets kliniska betydelse

Det är viktigt att vårdpersonal får förståelse hur stokedrabbade kan uppleva måltiden och vilka ätsvårigheter som kan förekomma för att ge dem rätt stöd och hjälp.

Föreliggande studies resultat visar att vårdpersonal kan vidta åtgärder i omvårdnadsarbetet som kan hjälpa och stödja strokepatienter med ätsvårigheter och vid måltiden.

Vidare forskning

För att vårdpersonalen ska få större kunskap om hur ätsvårigheterna upplevs av strokepatienterna behövs fler studier som beskriver detta. Genom att intervjua patienter som har eller har haft ätsvårigheter kan upplevelserna beskrivas. Genom att observera patienter vid måltiden samt genom intervjuer och användande av mätinstrument kan vårdpersonal få kunskap om hur ätsvårigheter kan upplevas. Förslag till fler studier som syftar till att ta fram enkla åtgärder för att underlätta för strokepatienter med ätsvårigheter genom att jämföra patienter som får olika former av stöd och hjälp och utvärdera patienternas upplevelser.

REFERENSER

- Björkman, E. & Karlsson, K. (2006). *Kliniskt vårdarbete för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlsson, C., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2004). Stroke and eating difficulties: long term experiences. *Journal of clinical nursing*, 13, 825-834.
- Edberg, A.K., & Wijk, H. (2009). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E.T. (2002). *Medicinska Sjukdomar: Specifik omvårdnad, Medicinsk behandling, Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008) *Att göra en systematisk litteraturstudie: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Idvall, E. (2009). *Kvalitetsindikationer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia förlag.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen ,N. (1998). *Allmän omvårdnad 3*. Stockholm: Liber AB.
- Kumlien, S., & Axelsson, K. (2002), Stoke patients in nursing home: eating, feeding, nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing* 11, 498-509.
- Lin, L., Wang, S., Chen, S., Wang, T., Chen, M. & Wu, S. (2003). Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 469-478.
- Medin, J., Larsson, J., Von Arbin, M., Wredling, R., & Tham, K. (2010). Elderly persons experience and management of eating situations 6 months after stroke. *Disability & Rehabilitation*. E-publicerad 15 feb, 2010. [DOI:FULL/10.3109/09638280903514747](https://doi.org/10.3109/09638280903514747).
- Morris,H. (2006). Dysphagia in the elderly: a management challenge for nurses. *British journal of nursing* 15(10), 558-562.
- Norrving,B. & Terént, A. (2001). NHR och strokeriksförbundet , Strokeboken.
- Poels, J.J., Brinkman-Zijlker, H.G., Dijkstra, P.U., & Postema, K. (2005). Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disability and Rehabilitation* 28 (10), 637-643.
- Perry, L. & McLaren, S. (2002). Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities. *International Journal of Nursing Studies* 40, 185-195.
- Perry, L., & McLaren, S. (2003) Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 43(4), 360-369.
- Perry, L. (2004). Eating and dietary intake in communication-impaired stroke survivors: a cohort study

from acute –stage hospital admission to 6 months post-stroke. *Clinical Nutrition* 23, 1333-1343.

Rosenvinge, S. & Starke, I. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and ageing* 34, 587-593.

Socialstyrelsen (2010)

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforstrokesjukvard/sokiriktlinjerna/misstankttiaellerstrokeefterla> (2010-02-09 kl 12:05).

SOU 2000:11. *Näringsproblem i vård och omsorg: Prevention och behandling*. Stockholm: Modin-Tryck.

Westergren, A. (2008). Nutrition and its relation to mealtime preparation, eating, fatigue and mood among stroke survivors after discharge from hospital- a pilot study. *The open nursing journal* 2, 15-20.

Westergren, A., Karlsson, S., Andersson, P., Ohlsson, O. & Hallberg, I.R. (2001). Eating difficulties: need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. *Journal of clinical nursing* 10, 257-269.

Westergren, A., Ohlsson, O., Hallberg, I.R. (2002), Eating difficulties in relation to gender, length of stay, and discharge to institutional care, among patients in stroke rehabilitation. *Disability and rehabilitation* 24, 523-533.

Westergren, A., Unosson, M., Ohlsson, O., Lorefält, B., & Hallberg, I.R. (2002). Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly patients in hospital rehabilitation. *International Journal of Nursing Studies* 39, 341-351.

Bilaga 1

Granskningsmallar för Kvalitetsbedömning Kvalitativ studie

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syfte?		
8	Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterierna beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningagruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15	Anges vart studien genomfördes		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vals datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenterats hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25
Erhållen poäng
Kvalitet:

Bilaga 2

Granskningsmallar för kvalitetsbedömning Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7	Är designen relevant utifrån syfte?		
8	Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterierna beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Finns populationen beskriven?		
15	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16	Anges bortfallets storlek?		
17	Kan bortfallet accepteras?		
18	Anges vart studien genomfördes?		
19	Anges när studien genomfördes?		
20	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23	Presenteras hur data bearbetas statistiskt och analyserats?		
24	Besvaras studiens frågeställningar?		
25	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
27	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
29	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 29

Erhållen poäng:

Kvalitet: