



**Karolinska
Institutet**

Nutrition och palliativ vård

vid cancer och vid demens

Peter Strang

Professor i palliativ medicin
vetenskaplig ledare

Karolinska institutet och **Palliativt Kunskapscentrum** i Stockholm
(pkc.sll.se)

Ylva Orrevall, leg dietist, med dr

Funktionsområde Klinisk nutrition

Karolinska Universitetssjukhuset



”Äta bör man...”

- Alla kopplar ihop mat och dryck med **hälsa!**
”Du måste äta om du ska bli stor och stark...”
- Vätska och näring är viktigt
 - När man är frisk
 - När man är tillfälligt sjuk
 - När man är svårt sjuk
 - När man är svårt sjuk i relativt sena palliativa stadier....
- MEN – Är det så **att man dör för att man slutar äta...?**
- ... Eller – är det så ***att man slutar äta, för att man är döende?***
... För **att kroppen helt enkelt håller på att förbereda sig för döden?**
- ***Vi behöver olika kostråd i olika faser av en sjukdom!***

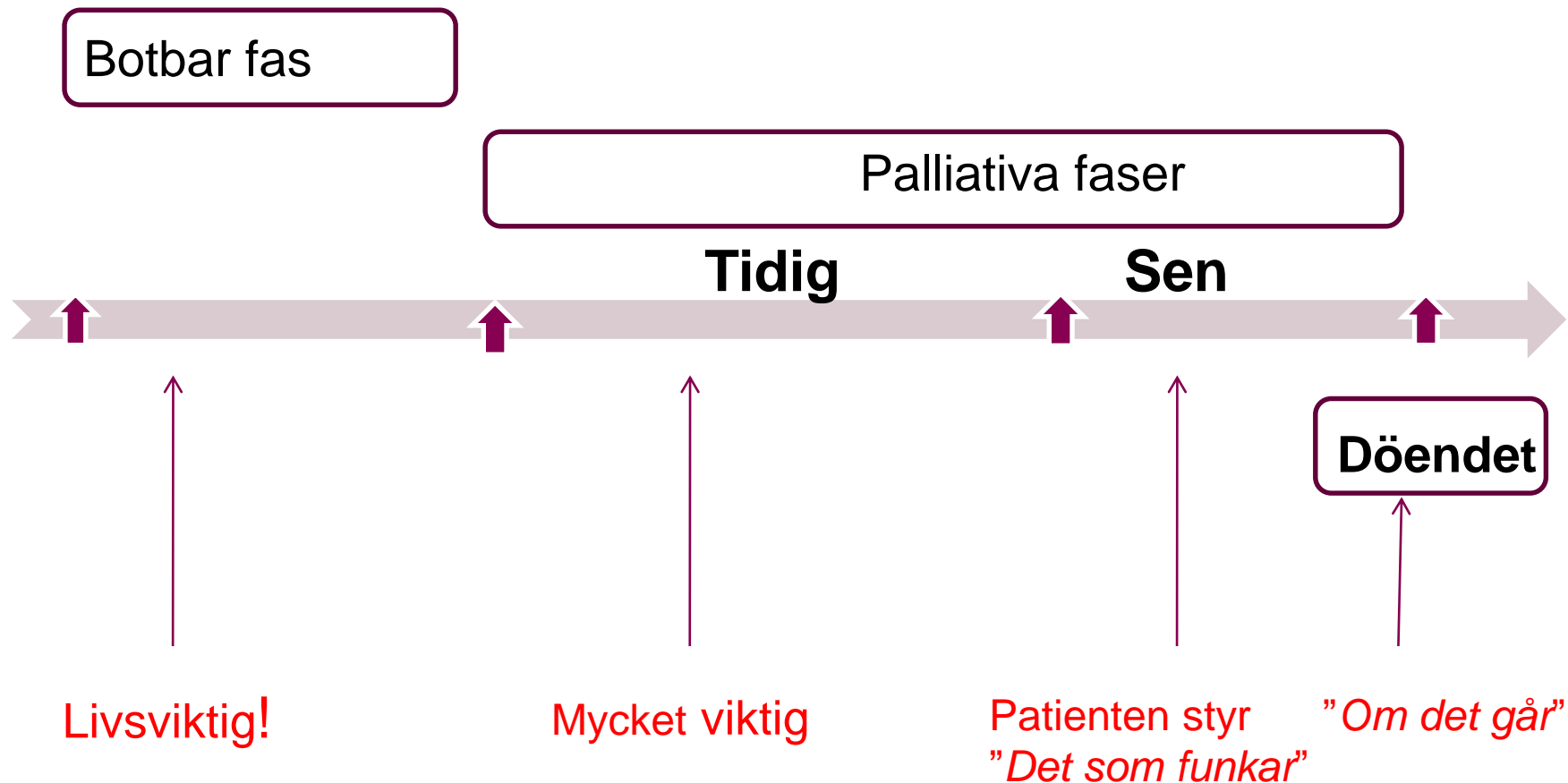


Mat och dryck är viktigt...

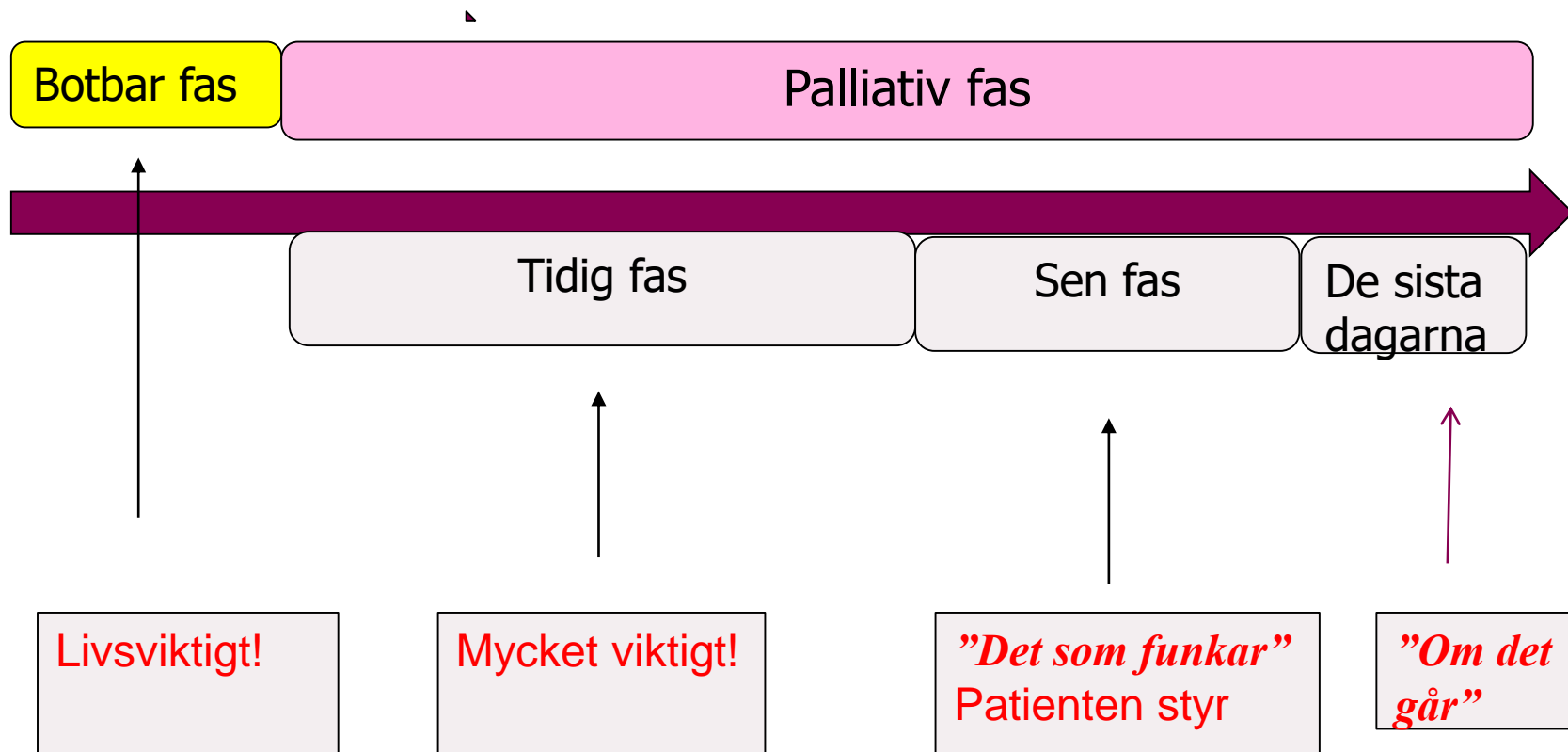
- **Men hur** borde råden om mat och dryck se ut??



Behovet av nutrition



Behovet av nutrition





Svälter patienter ihjäl??

- **Skilj mellan:**
- **Svält** – p.g.a. att man får i sig för lite föda (men kroppen fungerar!)

Och

- **Kakexi** = kraftig avmagring, med minskad muskelmassa, pga
 - **Rubbning i hela systemet (metabolismen)** –
 - **Kroppen kan inte ta upp** mer än små mängder näring, oavsett hur mycket man öser på!!
 - OM man försöker ge för mycket näring – då blir man illamående och kräks...

Skillnaden mellan svält och kakexi (1)

- **Svälttillstånd** (enkelt uttryckt):
*”Din kropp och din metabolism (=upptag av mat) fungerar.
Men du får i dig för lite mat!!”*





Vanliga hinder som ökar risken för undernäring / "svält" (fr.a. vid cancer)

- Mekaniska hinder
 - Ont i munnen, slemhinnor
 - Stopp i svalg, magsäck,
 - Tarmstopp (ileus)
- Munsvamp
- Dåliga tänder hos äldre
- Kväljningar, illamående, kräkningar
- Förstoppning (!)
- Lukt- och smakförändringar (inte minst vid cytostatikabeh.)
- Smärta
- Nedstämdhet osv.



Skillnaden mellan svält och kakexi (2)

- **Kakexi** (man tappas vikt och fr.a. *muskelmassa*) uppstår pga svår sjukdom som cancer, KOL, hjärtsvikt.
- Kakexi innebär att **metabolismen** (ämnesomsättningen) **rubbas** – **även om man försöker äta så tar inte kroppen upp tillräckligt!**
- Tre stadier:
 - Pre-kakexi
 - Kakexi
 - Refraktär (=behandlingsresistent) kakexi

Klinisk bild vid svår (refraktär) kakexi

- Tappat vikt
- Tappat fett
- Tappat **muskelmassa**
- Man utvecklar en **autonom dysfunktion**
 - Magen, tunntarm står stilla – tidig mättnadskänsla, kväljningar
 - Har hög och ”frekvensstabil” puls, ofta mellan 90—120 (—150)



Att tappa muskelmassa

- **Proteinsyntesen vid kakexi:**
- Muskelmassan **minskar** (ingen återuppbyggnad av proteiner),
- Leverns så kallade "akutfas-proteiner" **ökar** (men albumin minskar)
→ Ger mer svaghet och sjukdomskänsla.

- **Om man tappar muskelmassa (sarkopeni)**
 - Blir svagare
 - Har svårare att klara kirurgiska ingrepp
 - Har mer biverkningar av cytostatika (cellgifter)
 - Har större risk att **dö** i förtid





Undernäring - Inte bara en fråga om näring...

1. För litet intag – och upptag - av näring
2. Förlust av muskler
3. Systemisk *inflammation* i kroppen
 - Man tappar muskler (men tillverkar mer proteiner i levern)
 - Man får sämre effekt av insulin (insulinresistens)
 - Viktig faktor i utvecklingen av kakexi



Vad behövs...?

- Rätt mängd och rätt typ av **mat (näring)**, *men också*:
- Att försöka **eliminera hinder** för intag
 - Smärta i munnen, mekaniska hinder osv
- **Fysisk träning** – för att bromsa förlusten av muskler
- **Behandla inflammationen!**



Vilka råd ger t.ex. ESPEN (och ICPCN)?

- **ESPEN:** Eur. Society for Clinical Nutrition and Metabolism
ICPCN: International Childrens Palliative Care Network
- ESPEN: i alla palliativa stadier (även i sena skeden) är **förstahands rekommendationen att äta och dricka vanligt**
 - **Enteral nutrition (sond, PEG)** är andrahands rekommendation.
Vanligt t.ex. vid ALS.
 - **Dropp** – bara som sista utväg

ESPEN rekommenderar vid cancer... (1)

- **Screening** (t ex MNA-SF Mini-nutritional Assessment) i tidig fas
- Om "risk för undernäring" (enl. MNA) – **bedömning** av:
 - intag (t ex PG-SGA),
 - fysisk aktivitet
 - Graden av inflammation (CRP>10?)
- **Se till att pat får i sig** cirka 25-30 kcal/kg (basbehov)
 - Om för lite: undernäring (malnutrition)
 - Om för mycket: "over-feeding" – för stor belastning för levern
- **Proteinintag:**1 (-1,5) g/kg
 - Om nedsatt njurfunktion – max 1 g/kg



ESPEN rekommenderar vid cancer... (2)

- **Vitaminer, spårämnen** – enligt "normalt" dagsbehov
- **Avråder** från alla (icke-vetenskapliga) "anti-cancer dieter"
- **Om svårt att hålla vikten**
 - I första hand **kostråd (dietist!!)** + överväg **näringsdryck**
- **Kostråd, näringsdrycker** (i palliativ fas)
 - Lättare att hålla vikten, men
 - Ökar **inte** överlevnaden
(Bl.a. enl en översiktsartikel av 13 studier/1414 pat.
(*Baldwin C et al: Oral nutrition therapy... JNCI 2012; 104:371-385*)

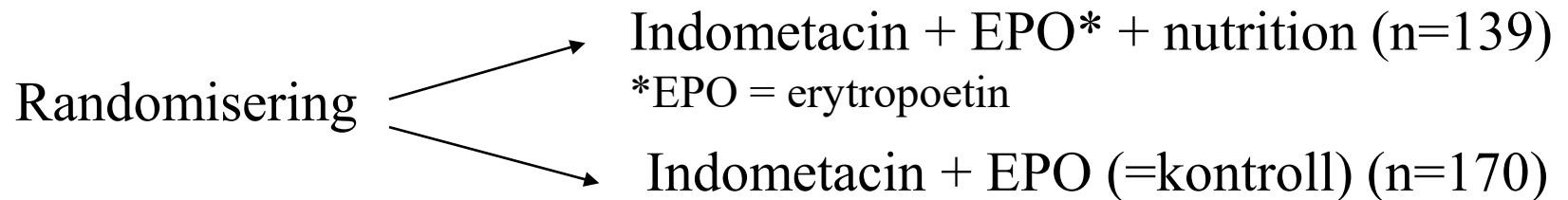




Nutritionstöd vid kakexi

– randomiserad studie

Lundholm et al. Cancer 2004; 100:1967-1977



Resultat: Patienter som fullföljde studien visade skillnad:

- längre överlevnad (median cirka 275 vs. 225 dgr)
- bättre energibalans, mer fett, bättre arbetsprov

Näringsstöd verkar göra nytta.
Oklart hur och oklart om nyttan gäller alla



ESPEN rekommenderar vid cancer... (3)

- OM en patient **fått i sig för lite näring** under längre tid (minst 5 dygn)
 - Öka näringstillförseln **LÅNGSAMT** under de första dagarna!
 - Annars risk för "*re-feeding syndrome*" = överbelastning
 - Initialt bara (ungefär) halva mängden
 - Om mkt lite under mkt lång tid – bara 5-10 kcal/kg initialt!
- **Fysisk aktivitet** – rekommenderas varmt för att bevara **musklerna!**
 - Det pat klarar av. Även en kort promenad/dag är bra!!



När en person är döende...



Är mat och dropp samma sak?

- Nej – mat och dryck är något naturligt
- **Dropp är en medicinsk åtgärd!**
- Dropp **jämställs** i sjukvårdslagstiftningen **med läkemedel** –
 - Det är därför dropp skrivs in på läkemedelslistan
 - Det är därför bara läkare får ordinera och sätta ut dropp
- Varför är det så?
 1. Dropp kan göra medicinsk nytta
 2. Dropp kan också skada och få stora medicinska konsekvenser
 3. Dropp hos en frisk eller hos en medicinskt stabil patient har få risker
 4. Dropp i döendefasen *kan innebära stora risker!*



Dropp – vätska, näring, TPN till döende?

- ESPEN:
- Dropp förlänger inte livet (i döendefasen)
- Dropp gör i de flesta fall inte nytta (i döendefasen)
- Dropp kan i vissa fall skada (i döendefasen)



Målet när vi vårdar döende – livskvalitet!

- De flesta känner **inte hunger** –
→ då behöver man inte mat för hungerns skull
- De flesta känner **inte törst**
→ Då behöver man inte dricka för törstens skull
- OM man låter den döende äta och dricka det han/hon vill:
→ **Enstaka tuggor** av ”favoritmat” med god smak! Sedan känner man sig mätt.
→ **Enstaka klunkar** vatten – sedan känner man sig nöjd



Risker med **vätska** till döende

- **Alt 1. Kroppen klarar inte av att ta hand om vätskan** (p.g.a. lågt albumin och sjunkande njurfunktion)
 - Vätskan blir kvar i kroppen
 - Ansamlas i bukhålan, pleura
 - Kan börja ansamlas i lungorna – hjärtsvikt, ev lungödem.
ANDNÖD!!
- **Alt 2. Kroppen klarar av att kissa ut en del**
- **Släpa upp** den döende på toa? Risk att pat svimmar på toa...
- **Bädda med blöjor** i sängen – vått, fräter huden, inte så uppskattat
- **Sätta kateter** – riskera att den döende förvirrade patienten försöker slita ut katetern - smärta, blödningar....



Hjälper dropp mot törst?

- **Både ESPEN och ICPCN skriver:**
- *”Dropp hjälper ganska dåligt mot törst i döendefasen.”*
 - Munvård med rena slemhinnor
 - Smörja och fukta läpparna
 - Suga på isbitar
 - Små klunkar vatten
 - Kan lindra bättre.



Risker med **näring, TPN** (fr.a. fett, proteiner) till döende

- Metabolismen är nedskruvad
 - Kroppen / levern klarar inte av ”normala” mängder näring
- Kan leda till
 - Kväljningar
 - Illamående
 - Kräkningar
 - Diarréer
- TPN till döende gör **inte** att man känner sig **starkare**



Får ingen döende dropp?

- I de flesta fall bör man avstå från dropp – för patientens skull
- **I några enstaka fall** kan dropp vara motiverat:
- Om man misstänker att den terminala oron beror på dehydrering (intorkning). OM man gör det:
- **Gör en PLAN**
- **Informera** (om möjligt) patient men absolut också anhöriga om planen
- Tala om att oron kan ha flera orsaker. Vi vet inte om dropp kan ha effekt. OM det har det, ser vi effekt inom 12-24 timmar. I så fall fortsätter vi droppet, så klart!
- Om vi inte ser effekt, då riskerar droppet skada och då sätter vi ut det
- **Palliativt förhållningssätt:** även psykologiska, sociala och existentiella aspekter vägs in (enligt ESPEN)!!



ESPENs rekommendationer vid DEMENS



Problem/ hinder för personen med demens (1)

- **Före demensdiagnosen:**
- Begynnande **viktproblem**
- Förändringar i **luktsinnet**, som bidrar till viktminskning
- **Tidig demens (= kognitiva problem):**
- Problem med att **handla** och **laga** mat (pga kognitiv svikt)
- Kosten blir **ensidig**
- **Glömmer** bort att äta



Problem/ hinder för personen med demens (2)

- **Sena stadier** (fr.a. Alzheimers demens)
- Svårigheter att **känna igen maten** (när man ser mat)
→ = **agnosi**
- **Känner inte igen maten i munnen**, kan inte skilja mat från andra föremål i munnen
→ = *Oral-taktil agnosi*
- Klarar inte att äta: ”mat-från tallriken – till – munnen...”
→ = oral **apraxi**
- Sväljningsproblem (fr.a. vid fronto-temporal demens)
→ = **Dysfagi** – risk att svälja fel och få ner mat i lungorna
- **Vägrar** att äta...

Kosten är viktig vid demens!

(ESPEN rekommendationer)

- Viktminskning i tidiga stadier talar för dålig prognos
- Viktigt med kost, att försöka behålla vikten
- ESPEN rekommenderar **screening** för undernäring
 - MNA-SF (6 frågor, ganska lätta att svara på)
- **Specifik screening vid demens**
 - EBS (Eating behavior Scale)
 - Bedömer möjligheten att äta självständigt
 - AFBI (Adverse Feeding behavior inventory) eller "Blandford scale"
 - Fr.a. vid svårare demens
 - EdFED-Q (Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire)





Rekommendationer enligt ESPEN

(European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)

- Trevlig, hemlik **miljö!**
 - Var äter man? Möblering? Dofter? Portionsstorlek? Ljust?
- Att **äta med andra** ökar aptiten!
- **Porslin** med tydliga **kontraster** och färger
- Gärna varierad ”medelhavskost” – men med hänsyn till individen
 - ”medelhavskost” = grönsaker, frukt, fibrer, gärna fisk...

Vad minskar risk för undernäring vid **tidig** demens (= **tidig** palliativ fas)?

- Munproblem
- Sväljproblem
- Muntorrhet
- Minskad rörlighet
- Oro, nedstämdhet
- Smärta (= ingen matlust!)
- Munvård, proteser mm
- Bedöma sväljförmågan
- Munvård. Kolla läkemedel som ger muntorrhet?
- Hjälpa med att handla, laga mat
- Matsällskap, trevlig omgivning, ev se över medicinering
- Smärtbehandling!!





Vad underlättar vid **senare stadier av demens?**

- Glömmer att äta
- Glömmer bort hur man "gör" när man äter
- Svårt att få i sig tillräckligt
- Matsällskap
- Undervisa, visa, uppmuntra
- "Energität" mat



Näringsdrycker och näringstillskott (Enl. ESPEN)

- Näringsdrycker gör att man **håller vikten bättre**, men...
- Påverkar **inte** den **kognitiva funktionen**
- Påverkar (enl studier) **inte fysiska funktionen**

- **Näringstillskott (B-vitamin, folat, omega-3, E-vitamin, selen osv)**
 - Rekommenderas bara **vid påvisad brist**



Sondmat, dropp....

(Enligt ESPEN)

- **Rekommenderas bara tillfälligt**, t ex om en person legat på sjukhuset och inte fått i sig tillräckligt med näring
 - Fr.a. om sjukhusinläggningen beror på **en åkomma som går att åtgärda** och (viss) förbättring är väntad
- **I sen palliativ fas (livets slutskede)**
 - **Ingen överlevnadsvinst** har påvisats
 - **Inte** bättre **kognitiv** funktion
 - **Inte** färre **trycksår**
 - **Inte** bättre **livskvalitet**
 - **Sondmat**: *risk för aspirationspneumoni (pga backflöde)*



Hur vet man att en person med demens är i livets absoluta slutskede?

- Demens under **många** år: fr.a. kognitiva problem
- Tecken på att man är i livets slutskede (**månader**):
Tydliga tecken på **motorisk** (muskelfunktions)**nedläggning!**



Demens – hospicekriterier i USA (= mindre än 6 mån förväntad överlevnad)

- **FAST = 7 + minst en komplikation**
(FAST= Functional Assessment Staging)
- **FAST = 7 a-f**
 - Högst 1-6 begripliga **ord**/ dag (a-b)
 - Att inte kunna **röra sig** utan hjälp (c)
 - Att inte kunna **sitta upp** utan stöd (d)
 - Att inte kunna **le** längre (e)
 - Att inte kunna **lyfta på huvudet** (f)
- **Minst en av följande komplikationer:**
 - Aspirationspneumoni. Övre UVI. Kvarstående feber. Sepsis. Trycksår grad 3-4. Viktnedgång >10% på 6 mån.



Vad ska vi ge för kostråd i palliativ vård?

Strategi I (*tidig fas*)

- Kostrådgivning om:
 - energi- och proteinrik kost
 - kosttillskott
 - små mål ofta

Strategi II (*sen fas*)

- Råd om att:
 - ät vad du vill
 - ät det som går bra
 - minska kostrestriktioner
 - ät det som ökar livskvaliteten
 - det är inte nödvändigt att äta
- **Förklara förändringen för patient och närstående!!**

Ref: J Hopkinson, Supp Care Cancer, 2010

Nutrition utbildning (web) på PKC!



Hitta mera på pkc.sll.se

- På pkc.sll.se hittar du:
- **Webprogram** – bl.a. om nutritionsbehandling!
- **Undervisningsvideon**
- **Nyhetsbrev/ kunskapsbrev** med olika teman

TACK för er uppmärksamhet!