



Näring för KOL-patienter – vårdrekommendation

ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING

Ordföranden

KATJA, HEIKKINEN, HVD, ansvarig för utbildning- och forskning för högre yrkeshögskoleutbildningar, Hälsa och välfärd, Åbo Yrkeshögskola

Medlemmarna

TIINA, KAISTILA, HVM, doktorand, idrottsfysiologi, Birkalands sjukvårdsdistrikt

SARI, KNAAPI-JUNNILA, HVM, Ft, doktorand, projektarbetare, Tammerfors Universitet; forskare, Filha rf.

MERJA, KUKKONEN, sjukskötare, biträdande avdelningsskötare, HUS

ANNE, POHJU, HVM, Ft, legaliserad näringsterapeut, HUS

HANNELE, SILTANEN, HVM, doktorand, forskare, Hotus

Utomstående experterna

TUULA, VASANKARI, MD, specialist i lungsjukdomar, generalsekreterare, professor, Filha rf., Åbo Universitet

ULLA, VETELÄSUO, projektledare, Filha rf.

LILJA-MARITA, KIVIAHO, hälsovårdare, Helsingfors social- och hälsovårdssektor

Erfarenhetsexpert

OIVA LINQVIST

BINDNING: I samband med rekommendationsämnen har medlemmarna i rekommendationsgruppen ingen bindning som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka en rekommendations tillförlitlighet.

Metoderna i denna vådrekommandation beskrivs i vådrekommandationen 'Handledning i egenvård för personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom' (www.hotus.fi).

Inledning

KOL-patienternas vikt och kroppens sammansättning är självständiga faktorer, oberoende av lungfunktionen, som förutspår KOL-patientens mående. Särskilt oavsiktlig viktninskning och förlust av muskelmassa verkar ha ett samband med högre dödlighet samt försämrad fysisk funktionsförmåga¹. Precis som vid andra kroniska sjukdomar, är KOL förknippad med den så kallade fetmaparadoxen: KOL-patienter som är överviktiga (BMI > 25 kg/m²) eller till och med lider av fetma (BMI > 30 kg/m²) har längre livslängd än de med normal vikt eller undernärda². Å andra sidan kan fetma försämra patienternas livskvalitet och har samband med risken för utveckling av många associerade sjukdomar³.

God behandling av KOL omfattar en bedömning av patienternas näringstillstånd. Fungerande bedömningsmetoder är regelbunden mätning av vikten i samband med vårdbesöken eller under perioder av avdelningsvård samt uppföljning av viktutvecklingen. Viktninskning om mer än fem procent under de senast sex månaderna anses kliniskt betydelsefullt¹. I Duodecims rekommendation God medicinsk praxis konstateras att ett viktindex, som understiger 21 kg/m² hos KOL-patienter, redan innebär ett tillstånd av undernäring⁴.

Undernäring innebär brist på, överskott av eller obalans i tillskott av energi, protein och/eller andra näringsämnen, vilket orsakar negativa förändringar i kroppens sammansättning, funktionsförmågan och/eller behandlingsresultatet. Till screeningen av risk för undernäring kan man tillämpa för ändamålet utvecklade mätare (t.ex. NRS-2002 eller MUST).⁵ Om det på vårdenheterna finns möjlighet att mäta patientens kroppssammansättning, är detta att rekommendera, eftersom en minskad mängd muskelmassa ser ut att ha ett samband med försämrad fysisk prestationsförmåga och kortare livslängd¹.

I den här vådrekommendationen avses med intensifierad näringsbehandling medicinska kompletterande näringsprodukter och sondmatning, men även näringshandledning, berikning av maten så att den blir mer energirik samt extra mellanmål. Utöver en ökning av näringsintaget är det viktigt att kartlägga symptom som stör ätandet och så bra behandling som möjligt av dessa.

Enligt rekommendationen God medicinsk praxis är det särskilt viktigt för KOL-patienter som har bukfetma att gå ned i vikt⁴. Redan en måttlig viktninskning kan minska risken för hjärt-kärlsjukdomar genom att positivt påverka fördelningen av fettvävnad i kroppen. Det finns dock ännu inte evidensbaserad kunskap om viktninskningens inverkan på KOL-patienters fetma, funktionsförmåga eller låggradiga inflammation i kroppen. Viktninskning som en kombination av kost och aerobisk motion ger det bästa resultatet, även om KOL-sjukdomen kan begränsa styrkan i motionsträningen.¹

Rekommendationer

Bedömning av KOL-patientens näringstillstånd

1. Bedöm KOL-patientens näringstillstånd regelbundet, eftersom:

- **undernäring uppenbarligen har ett samband med ökad dödlighet (B).**
 - Ett lågt viktindex och ett så kallat normalt viktindex har samband med ökad dödlighet bland KOL-patienter^{2, 6}. Mellan studierna finns skillnader gällande vilka viktindexvärden som har klassificerats som gränser för undervikt och normalvikt.
 - Viktminskning bland KOL-patienter har samband med ökad dödlighet^{6, 7}.
 - Bland KOL-patienter är mängden fettfri vävnad (FFMI, fat free mass index) i kroppen en självständig indikator på dödlighet. En mindre mängd fettfri vävnad har samband med högre dödlighet^{8, 9}.
 - Mängden fettfri vävnad kan starkare förutspå dödlighet än viktindexet⁸.
 - Bland KOL-patienter som hamnar på sjukhus för vård är undervikt ett vanligt fynd: 22 procent har ett lågt viktindex (<21 kg/m²). Viktindexet var en självständig indikator på den totala dödligheten och dödligheten var högre bland patienter med ett lågt eller normalt viktindex (BMI under 25,1 kg/m²)¹⁰
 - Hos äldre KOL-patienter var energiintaget från kosten under det beräknade behovet of-tare än hos kontrollgruppen¹¹.
 - Även intaget av flera skyddande näringsämnen från kosten var bristfälligt bland italienska KOL-patienter¹¹.

- **undernäring kan ha ett samband med försämrad livskvalitet bland KOL-patienter (D).**
 - Särskilt bland undernärda KOL-patienter kan livskvaliteten höjas med hjälp av intervention med näringsterapi^{12, 13}.

- **fetma verkar ha samband med förekomsten av associerade sjukdomar (C) och en försämring av den fysiska prestationen (C).**
 - Bland KOL-patienter var förekomsten av metabolt syndrom 32 procent och i kontrollgruppen 30 procent (10 studier; n=2 864 KOL-patienter)¹⁴.
 - I jämförelse med friska, BMI-standardiserade kontrollgrupper var metabolt syndrom mera vanligt bland KOL-patienter som led av övervikt eller fetma. Metabolt syndrom hade samband med förekomsten av associerade sjukdomar.¹⁵
 - Jämfört med normalviktiga KOL-patienter och friska normalviktiga personer och personer som lider av fetma hade KOL-patienter som lider av fetma märkbart större förekomst av andnöd (51 % vs. 31%) samt associerade sjukdomar (2,6 % vs. 1,7 %)¹⁶.
 - Övervikt verkar ha samband med försämrad livskvalitet (SGRQ, SF-36), fysisk prestation (6 minuters promenadtest), större förekomst av andnöd samt svåra akuta försämringsfaser (OR 1,57; p=0,007)³
 - Övervikt verkar ha samband med inaktivitet och ökad användning av hälsotjänster¹⁷.

- Om KOL-patienten har anmärkningsvärd bukfetma, finns det skäl för hen att minska i vikt⁴.
- **KOL-patienters övervikt och fetma verkar ha ett samband med längre livslängd jämfört med normalviktiga personer, men forskningsfynden är inte samstämmiga (C).**
 - Övervikt verkar ha samband med lägre dödlighet, men mer forskning behövs för att säkerställa detta samband¹⁸.
 - Bland KOL-patienter som hamnat på sjukhus för vård var dödligheten lägst (34 %) bland överviktiga patienter (BMI 25,1–26,6 kg/m²). Högsta (54 %) dödligheten förekom bland patienter vars BMI understeg 21,6 kg/m².¹⁰

Näringsterapi för undernärda KOL-patienter

2. Bland KOL-patienter i vårdbalans, som är eller riskerar att bli undernärda ökar näringsterapi uppenbarligen vikten (B).

3. Näringsterapi verkar även ha andra fördelar, såsom förbättrat näringsintag samt ökning av mängden fettfri vävnad och muskelkraft (C).

- I jämförelse med kontrollgruppen ledde intensifierad näringsterapi, som varade i minst två veckor, för KOL-patienter till en i genomsnitt 1,62–1,8 kg större viktökning jämfört med utgångspunkten^{13, 19}.
- En viktökning på minst 2 kg har samband med en minskning av dödligheten bland KOL-patienter¹⁹.
- Med hjälp av intensifierad näringsterapi ökade KOL-patienternas energi- och proteinintag märkbart¹⁹.
- Bland KOL-patienter ökade mängden fettfri vävnad och fettvävnad i kroppen med hjälp av näringsterapi som varade i minst två veckor^{13, 19}.
- Andningsmuskulernas styrka och kompressionsstyrkan i händerna ökade bland KOL-patienter som fått näringsterapi^{12, 13}. Den ökade kraften hade samband med viktökningen, som uppnåddes med hjälp av näringsterapi¹².
- Den fysiska prestationsförmågan och livskvaliteten kan förbättras hos KOL-patienter som får intensifierad näringsterapi^{12, 13}.
- Näringsterapi har till synes inte någon inverkan på lungornas funktion bland KOL-patienter^{12, 13}.
- Resultaten av intensifierad näringsterapi är inte logiskt samstämmiga bland KOL-patienter som redan befinner sig i ett tillstånd av undernäring. KOL-patienter, som befinner sig i ett tillstånd av undernäring, reagerar inte nödvändigtvis lika positivt på näringsterapi som patienter, som ännu bara löper risk att bli undernärda.²⁰ Med anledning av detta bör man överväga inledning av intensifierad näringsterapi redan bland patienter som löper risk att bli undernärda.
- I den internationella vårdrekommendationen för KOL konstateras det att komplettering av näringsintaget rekommenderas för undernärda KOL-patienter²¹.

Rekommenderad kost för KOL-patienter

4. Mångsidig kost och tillräckligt intag av grönsaker och frukt är till fördel för KOL-patienter, eftersom

- **den här typen av kost verkar vara gynnsam med tanke på lungornas funktion och det verkar även minska risken för ämnesomsättnings- och hjärt-kärlsjukdomar (C).**
 - De finska näringsrekommendationerna²² utgör utgångspunkten för en hälsofrämjande kost även för KOL-patienter. Patientens individuella situation ska dock beaktas i den givna näringshandlingen, eftersom problemet för vissa patienter kan vara viktnedgång och undernäring, medan det för andra patienter kan vara svår fetma och till den associerade sjukdomar.
 - Som stöd för kostval omfattar de finska näringsrekommendationerna matpyramiden och tallriksmodellen. De förtydligar olika livsmedelsgruppers relativa andelar i en hälsofrämjande kost.²²
 - För att uppnå rikligt intag av energi och protein i en intensifierad kost, bör man äta flera små portioner under dygnet. Mängden fett är ofta större än i en kost som stöder hälsan, varvid man bör fästa särskild uppmärksamhet vid fettkvaliteten, så att intaget av mättat fett inte blir för stort. Om man med hjälp av vanliga livsmedel inte lyckas uppfylla näringsbehovet, kan man använda medicinska kompletterande näringsprodukter.¹

Ibruktagande av rekommendationen

Vårdrekommendationen Näring för KOL-patienter förenhetligar innehållet i näringshandledningen för KOL-patienter och möjliggör evidensbaserad handledning i situationer där den yrkesutbildade inom sjukvård möter en KOL-patient.

Syftet med vårdrekommendationen gällande näring är att bland yrkesutbildade inom sjukvård, lärare och studerande samt KOL-patienter och deras anhöriga öka kunskapen om betydelsen av näring i vården av KOL. Ibruktagandet av vårdrekommendationen förutsätter att kunskaperna tryggas med hjälp av utbildning samt att vårdledarna och yrkesutbildade inom hälsovård, som är involverade i handledningen av KOL-patienter, förbinder sig till ibruktagande av en evidensbaserad näringshandledning i sina egna organisationer och arbetsenheter.

Ibruktagandet av vårdrekommendationen kan främjas i organisationen genom att ställa följande frågor:

- Hur bedöms KOL-patienternas näringstillstånd vid min enhet?
- Vilken information om näring ges till dem?
- Vad baseras innehållet i näringshandledningen på?

- Ger vådrekommandationen anledning till att granska praxisen vid den egna enheten noggrannare och behöver praxisen utvecklas?
- Vilken är ansvarsfördelningen mellan sjukvårdens olika personalgrupper gällande näringshandledningen?

Källor

1. Schols AM, Ferreira IM, Franssen FM, et al. Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. *Eur Respir J* 2014; 44: 1504-1520.
2. Cao C, Wang R, Wang J, et al. Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7: e43892.
3. Lambert AA, Putcha N, Drummond MB, et al. Obesity Is Associated With Increased Morbidity in Moderate to Severe COPD. *Chest* 2017; 151: 68-77.
4. Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen keuhkolääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (hämtad 20.01.2018). www.käypähoito.fi.(på finska)
5. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin, www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_nettti_2.painos.pdf (2010, hämtad 23.5. 2018).(på finska)
6. Schols AM, Slangen J, Volovics L, et al. Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 1791-1797.
7. Prescott E, Almdal T, Mikkelsen KL, et al. Prognostic value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Respir J* 2002; 20: 539-544.
8. Schols AM, Broekhuizen R, Weling-Scheepers CA, et al. Body composition and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 53-59.
9. Vestbo J, Prescott E, Almdal T, et al. Body mass, fat-free body mass, and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease from a random population sample: findings from the Copenhagen City Heart Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 79-83.
10. Lainscak M, von Haehling S, Doehner W, et al. Body mass index and prognosis in patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2011; 2: 81-86.
11. Laudisio A, Costanzo L, Di Gioia C, et al. Dietary intake of elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Gerontol Geriatr* 2016; 64: 75-81.
12. Collins PF, Elia M and Stratton RJ. Nutritional support and functional capacity in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Respirology* 2013; 18: 616-629.

13. Ferreira IM, Brooks D, White J, et al. Nutritional supplementation for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: CD000998.
14. Cebon Lipovec N, Beijers RJ, van den Borst B, et al. The Prevalence of Metabolic Syndrome In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *COPD* 2016; 13: 399-406.
15. Breyer MK, Spruit MA, Hanson CK, et al. Prevalence of metabolic syndrome in COPD patients and its consequences. *PLoS One* 2014; 9: e98013.
16. Katz P, Iribarren C, Sanchez G, et al. Obesity and Functioning Among Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *COPD* 2016; 13: 352-359.
17. Vozoris NT and O'Donnell DE. Prevalence, risk factors, activity limitation and health care utilization of an obese, population-based sample with chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J* 2012; 19: e18-24.
18. Guo Y, Zhang T, Wang Z, et al. Body mass index and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: A dose-response meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95: e4225.
19. Collins PF, Stratton RJ and Elia M. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2012; 95: 1385-1395.
20. Akner G and Larsson K. Undernutrition state in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A critical appraisal on diagnostics and treatment. *Respir Med* 2016; 117: 81-91.
21. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 195: 557-582.
22. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_terveytta-ruo-asta_2014_fi_web_v4.pdf.(på finska)