

Måltiden och ätandet bland personer med demens

Ätandets konst

Att äta med kniv och gaffel och att uppträda enligt socialt vedertagna mönster vid måltider är en konst, som vi lär oss tidigt i livet genom att härma de vuxna eller via tillsägelser och uppmaningar från dem. Kraven på hur vi ska uppträda kan växla i olika miljöer och familjer, men det vi har lärt oss blir vårt rätta sätt att göra. Ätandet blir så automatiserat att vi kan genomföra det och samtidigt umgås med andra vid bordet. Måltiden är en social händelse, en gemenskap där vi delar tankar och erfarenheter samtidigt som vi tillfredsställer hungern. För många äldre är måltiden dagens höjdpunkt (1, 2).

Vid demenssjukdom påverkas förmågan att uppträda enligt socialt vedertagna mönster och att hantera bestick och serveringsskålar med mera. Detta sker gradvis i motsatt ordning till hur vi som barn förvärfvar förmågorna (3). Det betyder att förmågan att skicka skålar mellan sig och att komponera sin egen tallrik försvinner före bestickhantering. Förmågan att äta med fingrarna försvinner ännu senare och sist förmågan att suga, vilket var det vi kunde redan som nyfödda. Känslan av social gemenskap, i en familjelig miljö som man känner igen, är enligt flera studier bevarad sent i demensutvecklingen (4–7).

Måltider, matlagning och att upprätthålla vanor

I den äldre generationen är det oftast kvinnan som har haft ansvaret för familjens måltider. Efter ett pars pensionering fortsätter ofta denna arbetsfördelning hos friska äldre (1). En person med begynnande demens får dock ofta svårigheter att handla och laga mat. Maken kan märka att hans hustru har svårt att planera inköp och att veta vad som finns där hemma. Minnesstörningar medför också att den demente får svårt att hålla ordning på matvaror i kylskåpet. Mat blir liggande och riskerar därmed att orsaka magsjuka om den äts. Vid matlagning kan kryddningen glömmas och svårigheter att stänga av plattor eller gas till spisen blir ett säkerhetsproblem. Maken får ”passa sin hustru” och hjälpa henne med att tillaga maten och tillsätta ingredienser. Hjälpmedel för avstängning av elektricitet eller gas kan installeras. Trots svårigheterna bör kvinnan stödjas att fortsätta med det invanda arbetet. Matlagning föregår ätandet och denna rutin är viktig att behålla. Även inom institutionsvård stimuleras ätandet om vanan att förbereda måltiden med matlagning och dukning kan behållas (8).

Demenssjukdom medför förändrade vanor och därmed riskerar den sjuke att förlora många av livets glädjeämnen. Att äta på restaurang kan vara ett glädjeämne och att fortsätta med detta stimulerar till

ätande så länge personen själv njuter och kan tillgodogöra sig maten. Restaurangmiljön innebär ofta att den demenssjuke återgår till sitt invanda sätt i denna miljö och kan genomföra ätandet enligt inlärt mönster (8).

När demenssjukdomen försämras ytterligare blir matfrågan komplicerad, särskilt för ensamboende äldre. Matlagning fungerar inte trots att ingredienser finns (9). Kylskåpet kan fyllas av gammal otjänlig mat och matlådor. Särskilt matlådor som levereras veckovis är ett problem eftersom en dement person ofta öppnar och smakar, men sen ställer tillbaka lådan i kylen. Värmning i mikro kan också vara ett problem, eftersom den äldre personen inte känner igen detta som matlagning och kanske inte har kunskap om mikrons funktion. I många fall är personlig hjälp med maten nödvändig (10) liksom sällskap under måltiden för att maten ska bli uppäten. Studier har dock visat att praktisk träning och undervisning för personer med lättare demens kan förbättra förmågan att till exempel göra i ordning sin frukost (11).

Förändringar av matintag och smak

Ordningen för dagens måltider och mellanmål kan förändras och den demente kan glömma att äta eller äta igen strax efter en måltid. Därigenom påverkas vikten, som vanligen minskar, men den kan också öka om den demenssjuke äter ofta. Till de tidiga förändringarna vid demens hör också att smakupplevelser förändras. Söt mat och dryck blir ofta attraktiv. Det kan medföra att mellanmål med sötsaker, söta drycker och kakor ger ökad vikt och särskilt problematiskt blir det om den demente har diabetes (12). Viktnedgång är dock det stora problemet under senare delen av sjukdomsförloppet eftersom personer med demens då inte känner igen hunger- och törstförmimmelser. Matintaget är ofta bäst under mornar och förmiddagar medan kvällsmåltider kan vara problematiska. Näringsriktigt sammansatta maträtter blir ointressanta för den sjuke, som många gånger föredrar mellanmål och mat som är lätt att äta. Sötare mat på kvällen är ett sätt att öka matintaget vid denna tid (9).

I senare stadier försämras förmågan att hantera bestick och mat på tallriken liksom förmågan att föra maten till munnen samt att tugga och svälja den. Då kan det vara lättare att äta med fingrarna och måltiden bör arrangeras så att det är möjligt. Ett sätt kan vara att skära sönder maten i bitar och placera ut bitarna på ett underlag i avvikande färg så att ”finger-portionerna” tydligt syns (13). Näringsrika fyllningar i smörgåsar kan användas (8). Särskild fingermat bör utvecklas och det är ett område för nya initiativ. Också söta soppor kan användas om den sjuke klarar att dricka. Här krävs finurlighet och lyhördhet för varje persons problem och behov. Dessutom krävs att personalen klarar att frånga egna normer för ätandet till förmån för personliga lösningar. Fingerätande ger självständighet vilket är betydelsefullt och söta maträtter som entré kan ge vilja att äta huvudrätten.

Närståendes insatser är betydelsefulla eftersom de lär sig hur de kan stödja den dementes ätande på ett personligt sätt. Tips och råd från professionella är viktiga, men professionella vårdare måste också använda sig av de närståendes kunskaper för att ge stöd och hjälp på rätt sätt när en person med demenssjukdom vårdas på akutsjukhus eller äldreboende. De närstående kan värna om den sjukes person, se till att maten passar och hjälpa till med ätandet på ett personligt sätt. De kan också ha prövat sig fram till specifika maträtter och olika sätt att befrämja ätandet, något som hemtjänstpersonal och andra vårdare kan dra nytta av. Samverkan med dietister och arbetsterapeuter kan också gynna ätandet för den demente.

Tre symptom: agnosi, apraxi och dysfagi

Personer med utvecklad demens i senare stadier av sjukdomen kan ha svårigheter att organisera sina beteenden för att tillgodose sitt behov av vätska även om de känner törst. De känner inte igen vardagliga föremål som glas, kniv och gaffel. Detta tillstånd benämns agnosi (14).

Personer med Alzheimers sjukdom kan ha förmåga att äta och dricka, men ha glömt de viljemässiga stegen i processen att äta och svälja, vilket kallas apraxi. Ideational apraxia (IA) vid Alzheimers sjukdom är en beteendemässig störning på grund av en skada i hjärnbarken (15). IA definieras som förlust av förmågan att tänka ut, planera och genomföra sådana sammansatta motoriska rörelsemönster som behövs när man använder redskap eller olika föremål, trots normal muskelstyrka, sinnesförmåga och koordination. Detta tillstånd misstolkas ofta som mental förvirring inte minst eftersom personen ofta samtidigt har afasi, det vill säga försämrade förmåga att kommunicera.

Svårigheter att svälja, dysfagi, kan förekomma vid flera sjukdomar bland annat alzheimer, demens och vaskulär demens (14, 16). Problem med att svälja förekommer ofta hos äldre personer på grund av minskad salivutsöndring och försämrade muskelfunktion, men diagnostisering av det är avgörande för födo- och vätskeintag. Att svälja består av en viljemässig bearbetning av födan i munnen och transport till svalget varifrån tuggan reflexmässigt passerar svalg och matstrupe på sin väg till magsäcken. Typiska tecken på bearbetningsproblem i munnen är svårighet att svälja drycker och att maten fastnar i halsen. Det kan orsaka hosta, kvävningssymtom och att födan går tillbaka uppåt näsan. Problem i passagen via matstrupen ger smärtor bakom bröstbenet. Problem med dryck kan förbättras om drycken görs mer tjockflytande. Maten behöver tuggas väl innan den sväljs. En ”mjukare” konsistens på mat underlättar också (16).

Måltidsmiljön

Särskilda krav bör ställas på måltidsmiljön när personer med demenssjukdom ska äta. Ätandet stimuleras om matsalsmiljön utgörs av ett litet och lugnt rum och om dukningen känns igen från de äldres tidigare familjeliv (5, 17). Såväl äldre som yngre studier visar att självbe-

stämmandet är positivt och att intaget av mat ökar om den äldre själv kan göra val och komponera sin måltid. Det kan ske genom karottservering eller via portionering vid borden (5, 18). Färg och belysning har stor betydelse för att urskilja mat från andra saker på bordet och studier visar att matintaget förbättras när maten läggs upp på starkt röda eller i andra hand blå tallrikar (19). Klassisk musik, som spelas under måltider har också visat sig ge en lugnare måltidsmiljö. De äldres sätt att äta visade sig bli bättre och de åt också mer, samtidigt som personalen serverade mer mat. De äldre satt också kvar längre vid borden och oroliga personer, som tidigare brukade lämna bordet, satt kvar i högre utsträckning. De nämnda åtgärderna underlättade också matning (20–24).

Personer med demenssjukdom, som reser sig och vandrar i samband med måltider eller har svårighet att genomföra ätandet behöver särskilda insatser. Här har ett vänligt, uppmuntrande bemötande och fysisk kontakt i form av beröring stort värde eftersom det kan stimulera till ätande och få personen att sitta kvar vid bordet (25). För personer, som har svårt att genomföra själva ätandet, kan härmning vara till hjälp och i vårt land är det vanligt att personalen sitter till bords och äter för att vara modell och hjälpa till vid bordet. Ett annat sätt är att använda verbala instruktioner åtföljda av positiv förstärkning. Det kan göras vid ett mindre bord till flera personer samtidigt. Men här krävs att den sjuke har förmåga att följa instruktioner. Exempelvis kan personalen säga: ”ta upp gaffeln, sätt fast potatis på gaffeln, för gaffeln till munnen, tugga, svälj” och efter att den sjuke gjort varje steg ge positiv förstärkning: ”det är rätt” eller ”bra”. Denna metod kan också användas till ”vandrare” (26, 27).

Vid måltider på äldreboenden och i vården har personalen en avgörande betydelse för utfallet av måltiden. Personalens önskan att ha kontroll över måltidsarbetet kan förhindra individuella åtgärder, som skulle kunna ge ett självständigt ätande. I stället uppstår ett beroende. Serveringen kan utvecklas till en rutin, så att personliga önskemål och behov inte kommer fram (28, 29). Det kan också vara enklare att mata än att hjälpa en dement person att äta på det sätt hon eller han önskar och kan (12). Ett sätt att förbättra detta är att införa en organisation med en primär vårdare för den demenssjuke, en vårdare som tar ansvar för att diagnostisera ätproblemen, planera och utvärdera hur vården fungerar (30).

Diagnostik av ätproblem

Diagnostik bör vara utgångspunkten för måltider och ätande inom vård och omsorg. Flera metoder att diagnostisera ätproblem finns, men de används sällan i Sverige, varför detta är ett område som kan utvecklas. De diagnostiska instrument som presenteras nedan har föregåtts av noggranna litteraturgenomgångar och studier har genomförts där instrumenten prövats. Det mest använda instrumentet är bedömnings-skalan Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia, förkortat EdFED

(31–34). Den omfattar de vanligaste ätbeteendena hos personer med demens och bedömningen omfattar lättare till svårare problem. De tio frågorna är:

- Behöver patienten tillsyn?
- Behöver patienten fysisk hjälp med att äta?
- Förekommer spill?
- Lämnar patienten mat?
- Vägrar patienten äta?
- Vänder patienten bort huvudet vid matning?
- Vägrar patienten öppna munnen?
- Spottar patienten ut maten?
- Lämnar patienten munnen öppen så att mat faller ut?
- Sväljer patienten inte?

Frågorna besvaras med ”aldrig”, ”ibland” och ”ofta”. Till sist ska omvårdnadsåtgärder bestämmas i relation till de brister som bedömningens tio frågor visar. Åtgärderna kan vara stödjande, undervisande, eller delvis eller helt kompensatoriska. EdFED kan användas såväl i hemmiljö som i sjukhusmiljö för att diagnostisera ätproblem och bedöma effekten av omvårdnadsåtgärder. Bedömningsskalan är lätt att använda. EdFED har utvecklats och förfinats i omgångar och kan användas även utanför sjukhusmiljö för att bedöma effekten av vårdåtgärder (10). Detta är viktigt eftersom personalen kan tendera att ge för mycket hjälp, till exempel mata, även om den sjuke kan äta själv.

Det finns också en bedömningsskala som är speciellt inriktad på apraxi i samband med Alzheimers sjukdom (35). Bedömningen omfattar komplexa och enkla moment i ätandet till exempel ”personen plockar upp mat med bestick” respektive ”personen plockar upp gaffeln”. Varje moment bedöms i form av ja eller nej. Bedömningen görs under två dagar. Testet genomförs med hjälp av observation efter det att en matbricka placerats framför patienten. Om denne börjar äta och genomför måltiden är förmågan att använda bestick oskadad och bedömningen är klar. Men om inget händer fortsätter bedömningen stegvis. En uppmaning att äta ges och om denna uppmaning följs behöver personen inte matas. Tanken är att personens förmåga att äta självständigt ska bevaras med minsta möjliga stöd. Men om förmågan att initiera och bygga upp handlingarna saknas presenteras ett födoämne och ett bestick och om ingenting händer ges instruktioner steg för steg. Om detta inte fungerar provas imitation tillsammans med verbala instruktioner och till sist matning. Bestämningen sker således stegvis tills de kvarvarande förmågorna kan bestämmas.

Ett annat bedömningsinstrument är ”The Feeding Behavior Inventory”, förkortat FBI (36). Det är speciellt inriktat på äldre i institutionsvård, särskilt de som drabbats av Alzheimers sjukdom. Instrumentet

innehåller 33 ätbeteenden grupperade i fyra avsnitt. Tretton beteenden splittrar och hindrar ätande, åtta beskriver avvikande användning av bestick, porslin och tillbehör, sju beskriver avvikande sätt att äta mat och att dricka samt fem bearbetning i munnen. Varje område observeras och för varje ätproblem markeras om det förekommer eller inte.

Till dessa fyra delar knyts användbara omvårdnadsåtgärder, som föreslagits av skickliga sjuksköterskor. Med hjälp av dessa material har undervisningsprogram genomförts vid flera vårdinrättningar. Efter undervisningen visar uppföljningar att de äldres intag av näring med högre näringsvärde ökat (36).

Måltid och ätande bland personer med demens – en utmaning

Demensutveckling medför en gradvis försämring av konsten att äta, men med förståelse för problemets art kan hjälp till ätande ges på olika sätt. Diagnostik kan hjälpa till att förstå vad som fattas och i professionell vård på äldreboenden och sjukhus borde en strukturerad metod att diagnostisera användas, så att hjälpen blir den rätta. Här bör också närståendes kunskaper och erfarenheter av ätandet och måltiden tas till vara. En partner som följt sin hustru eller man under sjukdomstiden har mycket att lära personalen och kan också finnas med och stödja ätandet på äldreboenden eller i vården. Det ger trygghet för den sjuke vilket är avgörande. Trygghet skapas också genom att samma personal så långt möjligt hjälper den sjuke, ger uppmuntran till självständigt ätande och förenklar måltidssituationen så att onödiga stimuli inte stör. Flera metoder att underlätta ätandet som att använda starka färger och god belysning gör det lättare att urskilja maten och en lugn miljö med musik, som spelas svagt stimulerar födointaget. Även om förmågan att äta försämras är en person med demens förmögen att känna gemenskap långt fram i sjukdomsförloppet. Måltiden kan fortsätta att vara en höjdpunkt på dagen om bristande förmågor och fingerätande accepteras i en liten gemenskap. Det är en utmaning att ordna detta.

Referenser

1. Sidenvall, B., Nydahl, M. & Fjellström, C. 2000. The Meal as a Gift - The Meaning of Cooking Among Retired Women. *Journal of Applied Gerontology*, (19), 4, 405-423.
2. Gustafsson, K & Sidenvall, B. 2002. Food-related health perceptions and food habits among older women. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 164-173.
3. Athlin E, Norberg A. 1987. Caregivers' attitudes to and interpretations of the behaviour of severely demented patients during feeding in a patient assignment care system. *Int J Nurs Stud*. 24(2):145-53.
4. Melin, L & Götestam, G, 1981, The Effects of Rearranging Ward Routines on Communication and Eating Behaviours of Psychogeriatric Patients *Journal of Applied behaviour Analysis*, 14, (1) 47-5.

5. Elmståhl, S. Blabolil, G.F., Küller, R & Steen,B. 1987. Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. 1. Effects of changed meal environment. *Comprehensive Gerontology, Section A. Clinical and Laboratory Sciences*, 1, 29-33.
6. Sandman PO, Norberg A & Adolfsson R. 1988. Verbal communication and behaviour during meals in five institutionalized patients with Alzheimer-type dementia. *Adv Nurs. Sep*;13(5):571-8.
7. Gibbs.Ward, A. J. & Keller, H.H. 2005 Mealtimes as Active processes in Long-term Care Facilities, *Canadian Journal of Dietetic practice and Research*, , 66 (1) 5-11.
8. Watson R; Manthorpe J; Stimpson A 2003, Learning from carers' experiences: helping older people with dementia to eat and drink. Continuing professional development: carers and dementia. *Nursing Older People (NURS OLDER PEOPLE)*, Feb;14(10): 23-8 (16 ref).
9. Watson R 2002. Eating difficulty in older people with dementia. *Nursing Older People (NURS OLDER PEOPLE)*, May;(3): 21-6 (29 ref).
10. Manthorpe J, Watson R. 2002. Poorly served? Eating and dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 162-169.
11. Curtin AJ. 2002. An exploratory study of the effects of a training program on the ability to prepare a breakfast meal by clients with mild Alzheimer's disease. Doctoral dissertation, University of Rhode Island, Ph.D. (326 p).
12. Forte D. 1998 Focus on nutrition. Dietary problems in older people suffering from dementia. *British Journal of Community Nursing (BR J COMMUNITY NURS)*, May; 3(5): 250-5 (39 ref).
13. Sidenvall B. 2004. Att ha svårt att äta s 189-206 ur Blomqvist, K & Edberg, A-K. Att vara äldre "man har ju sina krämpor", *Studentlitteratur*, Lund.
14. Amella EJ. 2004. Feeding and hydration issues for older adults with dementia. *Nursing Clinics of North America (NURS CLIN NORTH AM)*, Sep; 39(3): 607-23 (77 ref).
15. LeClerc CM; & Wells DL 1998, Use of a content methodology process to enhance feeding abilities threatened by ideational apraxia in people with Alzheimer's-type dementia. *Geriatric Nursing (GERIATR NURS)*, 19(5): 261-8 (33 ref).
16. Lieu. P. K., Chong, M.S. & Seshadri, R. 2001. The Impakt of Swallowing Disorders in the Elderly. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 30:148-54.
17. McDaniel JH, Hunt A, Hackes B, Pope JF. 2001. Impact of dining room environment on nutritional intake of Alzheimer's residents: a case study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen. Sep-Oct*;16(5):297-302.

18. Shatenstein, B., Ska, B. & ferland, G. 2001, Employee Reactions to the Introduction of a Bulk Food Distribution System in a Nursing home. *Canadian Journal of Dietetic Practice and research*, 62, 1, 18-23.
19. Dunne TE, Nearing SA, Cipolloni PB, Cronin-Golomb A. 2004 Visual contrast enhances food and liquid intake in advanced Alzheimer's disease. *Clin Nutr.* Aug;23(4):533-8.
20. Ragneskog H, Kihlgren M, Karlsson I, Norberg, A. 1996 Dinner Music for Demented Patients. Analysis of Video-Recorded Observations. *Clinical Nursing Research*, 5, (3): 262-282.
21. Ragneskog H, Brane G, Karlsson I, Kihlgren M. 1996. Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scand J Caring Sci.*;10(1):11-7.
22. Denney A. 1997 Quiet music. An intervention for mealtime agitation? *J Gerontol Nurs.* Jul;23(7):16-23.
23. Hicks-Moore SL. 2005 Relaxing music at mealtime in nursing homes: effects on agitated patients with dementia. *J Gerontol Nurs.* Dec;31(12):26-32.
24. Richeson, N.E. & Neill, D.J. 2004. Therapeutic recreation music intervention to decrease mealtime agitation and increase food intake in older adults with dementia. *American Journal of Recreation Therapy*, Winter.
25. Eaton M, Mitchell-Bonair IL, Friedmann E. 1986. The effect of touch on nutritional intake of chronic organic brain syndrome patients. *Gerontol.* Sep;41(5):611-6.
26. Coyne ML, Hoskins L. 1997. Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. *Clin Nurs Res.* Aug;6(3):275-90.
27. Beattie E.R.A., Algase D.L. & Song J. 2004. Keeping wandering nursing home residents at table: improving food intake using behavioural communication intervention. *Aging & Mental Health*,; 8(2): 109-116.
28. Sidenvall, B., Fjellström, C. & Ek, A-C. 1996. Ritualized practices among caregivers at meals in geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10: 53-61.
29. Sidenvall, B. 1999. Meal procedures in institutions for elderly people: a theoretical interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 319-328.
30. McGillivray & Marland 1999 Assisting demented patients with feeding: problems in a ward environment. A review of the literature. *J Adv Nurs.* Mar;29(3):608-14.
31. Watson R. 1994.:Measuring feeding difficulty in patients with dementia: developing a scale. :*Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, Feb; 19(2): 257-63.

32. Watson R. 1994. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: replication and validation of the EdFED Scale #1. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, May; 19(5): 850-5.
33. Watson R; Deary IJ. 1994. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, Aug; 20(2): 283-7.
34. Watson R; Deary IJ. 1997. A longitudinal study of feeding difficulty and nursing intervention in elderly patients with dementia. *Journal of Advanced Nursing (J ADV NURS)*, Jul; 26(1): 25-32 .
35. LeClerc CM; & Wells DL 1998, Use of a content methodology process to enhance feeding abilities threatened by ideational apraxia in people with Alzheimer's-type dementia. *Geriatric Nursing (GERIATR NURS)*, 19(5): 261-8 (33 ref).
36. Roberts S; Durnbaugh T. 2002 Enhancing nutrition and eating skills in long-term care. *Alzheimer's Care Quarterly (ALZHEIMERS CARE Q)*, Fall; 3(4): 316-29 (33 ref).

Birgitta Sidenvall är professor vid avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping. Om du vill komma i kontakt med Birgitta kan du nå henne via följande e-postadress: Birgitta.Sidenvall@hhj.hj.se

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett *Underlag från experter*. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.