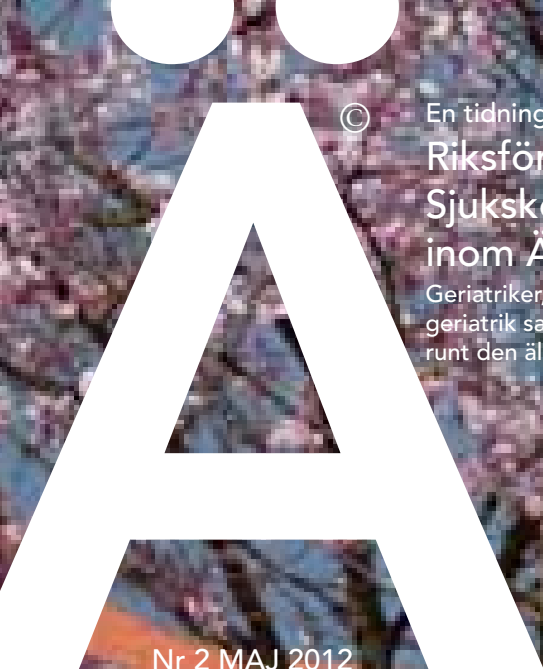




©

En tidning för
Riksföreningen
Sjuksköterskan
inom Äldrevård

Geriatriker, dietister inom
geriatrik samt alla professioner
runt den äldre patienten.

Nr 2 MAJ 2012

Professor Albert Westergren

Datoriserat
utbildningsprojekt
vann miljonstöd

Sveriges
största
och mest lästa
Geriatrisk- och
äldrevårds-
tidning

Nutrition & Munhälsa

Ansvarig Utgivare

Monica Berglund

ProjektLedare

David L Hammar

Chefredaktör

Helle Wijk

Redaktör

Helenen Lemnert Ekblad

Frilansskribenter

Journalist

Eva Gärdsmo Petersson

Vetenskapsjournalist

Catarina Baldo Zagadou

Medicinsjournalist

Pia Vingros

Fil Mag/Leg Dietist

Charlotta Flyckt

Produktion

JLD & Kompani KB

Box 86, 193 22 Sigtuna

Annonser

David Hammar

Telefon 08-22 33 00

0708-99 66 30

david.l.hammar@tele2.se

Grafisk Form

Helene Heed

Heed & Heed

Tryck

Danagårds Litho

Prenumeration

4 nr/år 275:-

Medlemsavgift

300:-

Redaktion

Helle Wijk

Helene Lemnert Ekblad

David L Hammar

Kristina Iritz Hedberg

Upplaga 5 650 ex

ISSN 2001-1164

Foto omslag

Jakob Westergren

Utgivningsplan 2012

#3 Psykisk ohälsa/konfusion

#4 Kontinens och sexualitet

Innehåll. Nr 2 MAJ 2012



nutritionDay Worldwide

21**Förbättra munvårdsråden till strokepatienter****55**

Ordförande har ordet.....	4
Redaktören har ordet.....	6
Äldre personer med demenssjukdom får sämre smärtbehandling	7
Forskarporträttet: Albert Westergren, leg. sjuksköterska och professor	11
Svårt att äta – dold folksjukdom bland äldre	15
Nutrition och läkemedel hos äldre	17
nutritionDay Worldwide.....	21
Ska det vara så svårt?	24
Mat och äldre män med somatisk sjukdom: Matvanor och förhållningssätt till matrelaterade aktiviteter	26
Arlas Guldsko "Vinnare av Bästa Seniorservering 2012": Danvikshem	28
Målet för den offentliga måltiden: god mat som äts upp	32
Vad kan vi lära oss från andra sidan sundet?	38
Åtande och nutrition – sjuksköterskan har ett stort ansvar	40
Ätstödande åtgärder	44
Mer näring och energi till äldre	48
LÄR UT – äldre och läkemedel i praktik	52
Förbättra munvårdsråden till strokepatienter	55
Mål i mun – en artikel om äldre och mat	60
Tio råd för en bevarad/bättre tand- och munhälsa	64
Behåll det friska friskt på äldre dar' – betydelsen av god munhälsa för äldre	66
Att åldras – ökad risk för sämre tandhälsa?	70
Hemtandvård som mobil tandvård	74
Nordisk omsorg för äldre – en förebild för Spanien?	78
Succé för den 2:a Nationella Konferensen för Palliativ Vård!	80
Lästips	81
Avhandling	81
Krönika – Alexandra Charles	82
Medlemssidor	84
Konferensprogram	87



Ordförande har ordet



Kära medlemmar och läsare!

Äntligen är det vår, fruktträden blommar och i rabatterna prunkar av vårblommor, det är så vackert med denna spirande grönska! Det är Valborgsmässafton på måndag och våren ska sjungas in men värmen lyser med sin frånvaro, i alla fall i Göteborg.

Även det känns som om det är oändligt långt fram i tiden så är vår planering för höstkonferensen, som går av stapeln den 21–22 november i Göteborg i det närmaste klar! "Äldrevård – en bransch i utveckling", vi kommer belysa många intressanta områden och inte minst dem som uppmärksammas i olika kvalitetssammanhang tex mat och nutrition, palliativa frågor och smärta, inkontinensområdet samt dokumentation och individuella vårdplaner. Områden som du som sjuksköterska och ledare dagligen jobbar med och som behöver utvecklas för högre livskvaliteten för de äldre. Vi lovar innehållsrika och spännande dagar med fantastiska föreläsare. Anmäl dig före 31 augusti då har vi reducerat pris på konferensen! För mer information: www.aldrevard.se

Samtidigt pågår arbete med kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskan inom vård av äldre kommer är ute på remissrunda nu för att höra synpunkter från olika organisationer, medlemmar och samarbetspartners. Vi är övertygade om att den kommer att vara ett stöd för sjuksköterskan i sin nya roll och också förtydliga för arbetsgivaren varför man ska satsa på denna kompetens.

Vårt mål är att kompetensbeskrivningen ska vara klar till Almedalsveckan på Gotland som startar den 1 juni. Riksföreningen kommer att vara på plats hela veckan, all planering är ännu inte klar, vad vi vet idag är att vi kommer att medverka tillsammans med Vårdförbundet i ett seminarium och i ett samarbetsprojekt med bl a PRO, FSA. Det är viktigt att Riksföreningen syns och medverkar där de som har makten finns, vi är en viktig lobbygrupp!

Det pågår mycket inom vårt område just nu och många nya remisser är ute för

synpunkter. Nyligen svarade vi på remissen "Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet" Precis som RF så ställer sig SKL positivt till förslaget om hjälpmedel. SKL välkomnar att de som behöver hjälpmedel ska få en större valfrihet, och att den enskilde individens behov ska få större vikt. SKL skriver att det är positivt att det ska vara frivilligt för kommunerna och landstingen att införa de föreslagna systemen för hjälpmedel, till exempel när det gäller vad som ska ägas direkt av brukaren och vad som ska erbjudas av kommunen eller landstinget. Vill du veta mer se www.skl.se

En annan remiss som är ute för synpunkter är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden, som redan väckt mycket debatt i media. Framförallt handlar debatten om de ökande kostnader som det skulle medföra för kommunerna – SKL har räknat ut att det kommer att kosta kommunerna 17 miljarder per år, förslaget innebär inte någon statlig kompensation till kommunerna för kostnadsökningen. Det handlar förstås om att bemanningen idag är för låg inom särskilda boenden, socialstyrelsen förslag innebär en personalen på tio boende, dygnet runt. Remissen säger också att all biståndsbedömning ska bygga på ICF och att insatserna i särskilt boende ska vara specificerade när det gäller personlig service, vård och omsorg samt social insatser och inte som idag då många kommuner ger bistånd "äldreboende". Remisstiden är to m 16 maj.

Enligt en artikel i Dagens Samhälle nr 15 2012, så minskar äldreomsorgens andel av kommunernas kostnader trots att de äldre har blivit fler. Äldreomsorgens kostnader har minskat med ca 5 procent mellan 2000 och 2010 medan kommunernas totala kostnader har ökat med 12 procent.

Kopplingen mellan kostnader och bemanning är ju självklar – så därför funderar jag hur vi ska få det att gå ihop i kommunerna!

Monica Berglund

Redaktören har ordet



Specialistsjuksköterskekompetens inom vård av äldre gör skillnad!

Det råder ett starkt fokus i samhällsdebatten på behovet av ökad kompetens inom äldre vården. Socialstyrelsens rapport tidigare i vår, visar generellt på allvarliga luckor när det gäller kunskapsinnehållet inom gerontologi och geriatrik kopplat till såväl medicin, omvårdnad som rehabilitering i svenska utbildningsprogram inom vård. Socialstyrelsens förslag till strategiska satsningar för att komma tillrätta med situationen omfattar såväl ett tydligt krav på en kraftigt ökad andel specialistutbildad personal inom geriatrik verksamhet, parallellt med kravet på en grundläggande geriatrik kompetensnivå för all personal inom vård motsvarande gerontologi/geriatrikkurs motsvarande om 7,5 hp.

I detta andra nummer av tidningen Ä 2012 fokuserar vi på nutrition och munhälsa, två till synes självklara områden för att främja människors hälsa och livskvalitet, men där kvalitetsuppföljningar och rapporter i media vittnar om att det är långt kvar till ett optimalt omhändertagande. Desto bättre bedrivs det mycket forskning och värdefullt utvecklingsarbete inom båda dessa områden, projekt vars resultat måste beskrivas, spridas och implementeras för att göra skillnad.

Där har specialistsjuksköterskan inom vård av äldre en angelägen funktion att fylla, både som initiativtagare till förändring, som motor i utvecklingsarbetet och som drivande i utvecklingen av evidensbaserade riktlinjer och person centrerad vård. Specialistsjuksköterskan inom vård av äldre kan göra skillnad och skall göra skillnad när det gäller vårdens utförande och kvalitet. Det är en ambition för Tidningen Ä att presentera goda exempel på hur skickliga sjuksköterskor i kraft av sin kompetens och färdighet skapar förutsättningar för ett meningsfullt och värdigt liv för äldre.

Mycket nöje!

*Helle Wijk
Chefredaktör*



Äldre personer med demenssjukdom får sämre smärtbehandling

Äldre patienter och speciellt äldre med demenssjukdom får en väsentligt mycket sämre smärtbehandling än yngre. Detta trots att de är mer smärtkänsliga och att smärtan för den här gruppen patienter får större konsekvenser. Problemet är att smärtbeteendet förändras och blir mer svårtolkat. Det berättar geriatrikern och smärtspecialisten, Hans Johansson, överläkare vid palliativa enheten verksamhetsområdet geriatrik och medicin vid Södertälje Sjukhus. Kunskapen om detta, menar han, är fortfarande undermålig på många håll inom vård- och omsorgen, men det finns idag en växande förståelse för vikten av att ge optimal smärtbehandling till personer med demens.





Eva Gärdsmo Pettersson
journalist
eva.vesuvius@telia.com

– Andelen äldre generellt, liksom andelen äldre med demenssjukdom, ökar i samhället. Äldre patienter dominerar i stort sett alla vuxenområden inom vård och omsorg i samhället och den andelen ökar. Det betyder att de allra flesta som arbetar inom svensk vård och omsorg så gott som dagligen möter äldre personer med demenssjukdom, påpekar Hans Johansson.

De flesta äldre personer med demens som vårdas på boende har ont, mellan 61–88 procent, visar studier. De har ont av samma anledning som icke dementa äldre. Vanligast är; skelett-, led- och muskelsmärta, följt av neuropatisk smärta, ”akut smärta” till exempel vid frakturer samt smärta vid cancersjukdom.

Trots detta blir äldre demenssjuka personer inte i tillräcklig omfattning smärtutredda, diagnostiserade och behandlade för sin smärta. På grund av beteendeförändringar som kan vara smärtorsakade till exempel ökad förvirring eller ökad aggressivitet, är det inte ovanligt att det i stället leder till att man sätter in lugnande medicinering, vilket inte minskar smärtan utan bara minskar möjligheten för den demenssjuka personen att kommunicera den.

Smärta upplevs på flera plan

- Sensorisk (var, när hur)
- Affektiv (obehag, oro, rädsla, ångest)
- Kognitiv (minne, förväntan, tolkning, betydelse, vakenhet, åtgärder, bemästring)
- Autonom (puls, blodtryck, svettning, andning, vakenhet)

Ett skäl till att det allt för ofta blir på det viset, är att demenssjukdomen påverkar personens förmåga att kommunicera sin smärtupplevelse. Smärta kommuniceras normalt på flera olika sätt. Genom det talade språket, genom kroppsspråket, genom smärtbeteendet, genom att man märker en funktionsförlust. Hur smärtan kommuniceras varierar också beroende på smärtekultur och personliga erfarenheter. För en person med demens stör och förhindrar sjukdomen den normala smärtkommunikationen.

Talspråket utarmas. Det blir oprecist, mindre abstrakt med benämningsförluster, upprepningar och nyansfattigdom. Det blir successivt förlängsamt för att sedan förloras helt. Kroppsspråket steltnar, blir mindre och långsammare och med sämre motorisk kontroll. Många av kroppens övriga funktioner och förmågor förloras också till följd av demenssjukdomen. Samtidigt är äldre känsligare för smärta, men eftersom livsföringen redan är inskränkt på så många sätt blir nya förändringar svårare att upptäcka.

Hans Johansson är ofta ute och föreläser och berättar om äldre personer med demens och smärthantering och delar här med sig av ett exempel som han brukar berätta om och som han tycker visar på de utmaningar man som vårdpersonal kan stöta på men också på vilket positivt resultat smärtbehandling får.

Rikard är 74 år och har en alzheimersdiagnos sedan sex år tillbaka och en känd prostatacancer med skelettmetastaser. Rikard har förlorat mycket i vikt, han vill vissa dagar inte gå ur sängen, andra dagar vandrar han runt. Han sover mycket dagtid och är orolig, framförallt nattetid. Han har en tilltagande förvirring; ”Är mamma här?” frågar han ibland och är otröstlig, ”Vill till mamma”. Han svarar svårtolkat och motsägelsefullt på frågan om han har ont. Ofta svarar han inte alls, eller ”Mamma vet”. Någon gång: ”Ont, så ont, så ont, så ont, ont, ont...”

Efter att ha pratat med och observerat Rikard, gjort en journalgenomgång samt diskuterat hans fall i vårdteamet, ansågs det att Rikards besvär och beteende skulle kunna vara uttryck för smärta från i första hand hans skelettmetastaser. Man beslutade att behandla smärtan och hans anhöriga informerades.

Vid ankomsten till avdelningen behandlades han med två Alvedon tre gånger om dagen. Nu satte man istället in en stark långverkande opioid i tablettform. Det resulterade i att Rikard relativt omgående kom upp mer, var mindre orolig, åt bättre samt deltog i det dagliga livet på avdelningen. Vissa dagar ville han dock inte

”

Det sker många bra initiativ längs hela vårdkedjan och det ordnas lokalt allt fler viktiga utbildningstillfällen, men det borde vara ett myndighetskrav att det ingår i grundutbildningarna.”

ta tabletter över huvudtaget och uppfattades då igen som mer orolig och förvirrad. Man bytte då tablett mot Fentanylplåster för att få en mer kontinuerlig tillförsel av opioid. Efter det stabiliserades situationen. Rikard uppfattas av personal och anhöriga som piggare och mer välmående, mindre plågad.

– Det är en svårighet att tolka och förstå en annorlunda smärtkommunikation i den kliniska vardagen. Men samtidigt borde all sjukvårds- och omsorgspersonal

kunna förstå att det kan röra sig om ett smärtaframkallat beteende och agera utifrån det. Det handlar om att behandla den äldre demenssjuka personen med respekt, betonar hans Johansson.

Vanliga beteendeförändringar vid smärta hos dementa personer:

- Motorisk oro
- Psykisk oro
- Aggressivitet
- Konfusion (förvirring)
- Depression
- Skrikbeteende
- Persaerverationer (omotiverad repetition av specifika ord, fraser eller rörelser)
- Stel kroppshållning
- Aptitlöshet
- Sömnlöshet
- Orkeslöshet
- Apati
- Irritabilitet

Plågat ansiktsuttryck (forskning visar att ansiktsuttryck, speciellt ögonen finns kvar längre hos dementa än många andrakroppsliga uttryck)

Hur gör man?

Kunskapen om att personer med demens ofta har en annorlunda smärtekommunikation är central, men kunskap om den demenssjuka personens normala beteende är naturligtvis avgörande. För vårdpersonal på en akutmottagning eller vårdavdelning på ett sjukhus, är det svårare. Men, menar Hans Johansson, man bör ta reda på det genom anhöriga eller, om patienten bor på ett äldreboende, från den ansvariga sjuksköterskan eller geriatrikern som normalt ansvarar för personen. Det är också viktigt att få kännedom om personens tidigare sjukhistoria.

Alla beteendeförändringar hos patienten ska systematiskt registreras och dokumenteras.

Tolkningen och diskussion kring val

av smärtbehandling är ett teamarbete i vårdlaget runt patienten.

Det är också viktigt att utvärdera behandlingen och eventuellt justera den.

Smärtstillande läkemedel underordnas sannolikt till äldre personer med demens generellt. Så ser det fortfarande ut överallt, inom slutenvården, på äldreboenden och för personer som bor hemma. Hans Johansson berättar att det finns undersökningar som visar att bara en tredjedel av personer med demens behandlas med analgetika vid postoperativ smärta. Även smärtbehandling på särskilda boenden samt vid exempelvis vid behandling av cancer är undermålig när det gäller personer med demens.

–Äldre personer är känsligare för läkemedel och ska därför ordineras mindre mängd, men däremot inte svagare verk samma substanser. Man får prova sig lite fram från fall till fall. Det finns en oro för att smärtstillande läkemedel gör äldre personer med demens mer förvirrade, men man vet idag att svår smärta, utöver lidandet, leder till en större risk för förvirring.

Val av läkemedel för äldre

Välj läkemedel utifrån smärtemekanism/smärtanalys

- Välj läkemedel med liten påverkan på, och lite beroende av, njurfunktion.

Välj läkemedel med liten interaktionsrisk

- Välj läkemedel som erfarenhetsmässigt tolereras bra av äldre.
- Utnyttja synergism, låga doser av läkemedel med olika verkningsmekanism.

Smärtbehandling är inte bara läkemedel

Samtidigt, påpekar Hans Johansson, handlar smärtbehandling inte bara om läkemedel. Inte minst är det viktigt att tänka över alternativen när det gäller äldre

re personer med demens. TENS kan ha en smärtlindrande effekt. Ökad sensoriskt inflöde som mat, dryck, beröring, musik, dans, rörelse och upplevelser kan lindra smärta, liksom minskad negativ affektion, dvs lugn och ro, vänlighet, respekt, trygghet, omtanke och bekräftelse. Det kan också vara så enkelt att den äldre får hjälp med stolsförhöjning eller en rollator. Den goda omvårdnaden helt enkelt, av alla professioner i vårdteamet.

–Det viktiga är att någon form av verksam smärtbehandling sätts in efter en smärtutredning och att denna utvärderas. Det tar tid men det menar jag att det måste få göra i ett anständigt samhälle.

Det håller på att tas fram smärtbedömningsinstrument som kommer att underlätta bedömningen av äldre demensas smärta. Utomlands finns det tolv evaluerade sådana instrument, berättar Hans Johansson, men ännu är inga evaluerade för svenska förhållanden. Några av dem som ändå förekommer här är; PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS-2 och "Uddevalla manualen".

Utbildning behövs

Hans Johansson är överläkare för en palliativ enhet inom verksamhetsområdet geriatrik och medicin på Södertälje Sjukhus. Han menar att om demenssjuka äldre i högre utsträckning omfattades av palliativ vård, skulle det innebära en väsentligt bättre smärtbehandling. Där finns formaliserade krav på specialkunskap om smärtbehandling som idag saknas i alla grundutbildningar, inte minst för läkare och sjuksköterskor.

–Det har blivit bättre. Det sker många bra initiativ längs hela vårdkedjan och det ordnas lokalt allt fler viktiga utbildningstillfällen, men det borde vara ett myndighetskrav att det ingår i grundutbildningarna, avslutar Hans Johansson. ●

Forskarporträttet: Albert Westergren, leg. sjuksköterska och professor

Hans datoriserade utbildningsprojekt kring undernäringssproblematik vann miljonstöd i hård konkurrens

Professor Albert Westergren och hans forskargrupp vid Högskolan i Kristianstad var en av bara åtta forskargrupper bland 685 sökande som erhöill Vårdalstiftelsens idéprövningsmedel för nydanande forskning tidigare i våras. Deras forskningsprojekt, som går under namnet DUNÄT (Datorbaserad Utbildning för Näring och Ätande), handlar om att ta fram, implementera och utvärdera ett datoriserat utbildningsprogram för omvårdnadspersonal med fokus på evidensbaserade nutritionsbedömningar och åtgärder. Finansieringen omfattar 1,5 miljoner kronor under tre år. Tidningen Ä fick en intervju med en hårt upptagen men glad professor om ett spännande projekt. >>

Foto: Jakob Westergren



Eva Gärdsmo Pettersson
journalist
eva.vesuvius@telia.com

Vårdalstiftelsens "Idéprövning", är en del av stiftelsens kampanj för att identifiera nytänkande forskning. Man uppmanade forskare och yrkesverksamma att skicka in idéer till samhällsrelevant och nytänkande forskning. Alla idéer, som uppfyllde de kriterier som ställts, bjöds in att lämna en projektskiss. Av totalt 685 idéer fick man in 502 projektskisser. Av dessa var det till slut åtta projekt som erhöll medel, bland annat Albert Westergrens forskargrups DUNÄT-projekt.

–Det är mycket stort att bli utvald bland så många goda projektidéer. Vi är oerhört glada för det. Samtidigt hoppas jag att de som nu inte blev utvalda, hittar en annan finansiering. Det finns ett stort behov av god omvårdnads- och omsorgsforskning så fler av projekten borde realiseras, konstaterar Albert Westergren, vars forskarinriktning utöver näring och ätande, främst omfattar äldre personers vård och omsorg och omvårdnadsproblematik kring patienter med neurologiska sjukdomar, till exempel stroke samt statistik och psykometri.

Att det skulle bli sjukvården som framtida arbetsfält för Albert Westergren var inte så otippat, både mamma och mormor var sjuksköterskor. Men att det skulle bli en forskarkarriär var långt ifrån självklart. Han började att som 16-årig arbeta på Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) som sjukvårdsbiträde och undersköterska. Sedan läste han vidare och blev färdig sjuksköterska 1989. Efter examen började han på en neurologisk vårdavdelning med flera strokepatienter.

Det var då intresset för ätproblem började. Problemet är vanligt bland strokepatienter ändå upplevde Albert Westergren att det var så lite som var känt om det. Han blev nutritionsombud på avdel-

ningen och fick så småningom chansen att gå en utbildning i sväljproblematik. Det väckte hans intresse för vidare studier och så småningom egen forskning. 1997 blev han antagen som doktorand vid Lunds Universitet och lade fram sin avhandling *Eating difficulties in elderly, focusing on patients with stroke* 2001.

Sedan dess har han gjort en närmast rekordsnabb akademisk karriär. Han blev docent i Lund 2006. Återvände till Kristianstad Högskola med ett forskningsanslag på 4,5 miljoner kronor från Vetenskapsrådet för att studera nutrition på sjukhus och i särskilt boende. 2009 fick han tjänst som professor i omvårdnad vid sektionen för hälsa och samhälle på Högskolan Kristianstad. Då var han bara 42 år gammal.

–Det är fantastiskt engagerande att få arbeta som forskare. Man ska också ha tur. Innan jag fick Vetenskapsrådets forskningsanslag som möjliggjorde forskning på heltid under flera år, var jag på väg tillbaka till den kliniska verksamheten åtminstone på deltid, konstaterar han.

Det nya projektet startar i sommar

Det nya projektet beräknas komma igång på allvar i och med ett möte med Vårdalsinstitutet i juni och ett uppstartsinternat för forskargruppen i augusti. Albert Westergren ser fram mot det kommande arbetet som han hoppas snabbt ska komma till praktisk klinisk nytta ute i verksamheterna.

Undernäring är ett stort problem, framförallt bland äldre. Problem med ätande och näringsintag ingår i ett större problemkomplex som inte får negligeras i det dagliga vårdarbetet. Att i tid upptäcka vårdtagare med undernäring och optimera förutsättningarna för intag av dryck och mat är därför centralt för hälsa och välbefinnande. Det kräver att personalen har kompetens att göra adekvata bedömningar och förmåga att sätta in individuella åtgärder. Det kräver i sin tur utbildning.

–Vi har tidigare gjort en interventionsstudie med studiecirkel för personal på sjukhus i norra Skåne om hur de ska upptäcka vårdtagare med undernäring och optimera förutsättningarna för deras nutrition. Utbildningen gav bra resultat men vi fann också att kunskap är färskvara och att den behövde upprepas med jämna mellanrum och det är dyrt, menar Albert Westergren och fortsätter:

–Det krävs innovativa lösningar för att evidens ska användas i praktiken och för att uppnå långsiktiga effekter. Vi tror att en sådan åtgärd kan vara ett datorbaserat utbildningsprogram som det vi nu startar forskningsprojektet kring. En sådan utbildning tar bara ungefär en timme per person och kan enkelt upprepas med jämna mellanrum.



Tanken med DUNÄT är att vi genom illustrerade fallbeskrivningar ska kunna träna personal i att göra bedömningar på ett enhetligt sätt."

Utvecklingen av utbildningsprogram

Grundläggande för de kommande studierna är utvecklingen av det datoriserade utbildningsprogrammet för näring och ätande (DUNÄT). Det är tänkt att innehålla tre delar:

- Bedömning av risk för undernäring,
- Åtgärder för personer med risk för undernäring
- Bedömnings- och beslutsstöd för personal

Den första delen, bedömningen av risken för undernäring, görs med hjälp av bedömningsinstrumentet MEONF-II, som Albert Westergren själv varit med och utvärderat och utvecklat. Instrumentet visar bland annat hur man väger och mäter vårdtagare, hur man observerar ätandet, hur man frågar om problem med aptit, med att tugga, hur man uppskattar mängden mat som ätits upp samt, inte minst viktigt, hur man utöver detta också gör en egen bedömning av övriga kliniska tecken på undernäring.

–Tanken med DUNÄT är att vi genom illustrerade fallbeskrivningar ska kunna träna personal i att göra bedömningar på ett enhetligt sätt och på ett sätt som kan jämföras med en experts bedömningar. Det möjliggör också certifiering, att personal kan få ”kompetenskort” i bedömning av undernäring. Det kan kopplas till ett krav på upprepning av programmets självstudie, till exempel vart annat år.

Den andra delen utgörs av åtgärdsförslagen. Redan idag finns ett åtgärdsprogram kopplat till MEONF-II, berättar Albert Westergren. Detta program ska under studierna vidareutvecklas i samverkan med omvårdnadspersonal, dietister och arbetsterapeut. Utbildningsprogrammets tredje del utgörs av ett bedömnings- och beslutsstöd för personal. Beroende på vilka problem som noteras finns specifika individuellt anpassade åtgärder att vidta och för detta kan ett beslutsstöd tas fram. Detta kommer under studiens lopp att anpassas för användning av personal.

Studiens två delprojekt

Projektet består av två delprojekt. I det första kommer DUNÄT att implementeras på testsjukhus i Ystad, Kristianstad och Hässleholm. En studie som kartlägger vilka åtgärder som sätts in vid risk för undernäring görs före samt direkt respektive tolv månader efter implementeringen. Syftet är att se om fler personer med risk för undernäring får adekvat behandling efter implementeringen av självstudieprogrammet. Man kommer också att

utvärdera själva programmet och om alla som genomgått utbildningen bedömer på samma sätt.

I det andra delprojektet kommer man att på särskilda boenden i Kristianstads kommun, testa användarvänligheten och relevansen av MEONF-II jämfört med andra bedömningsinstrument. Tidigare sådana tester har bara gjorts sjukhus.

–Om man vet att instrumentet fungerar också på särskilda boenden, kan ett nästa steg bli att implementera DUNÄT även där. Men det ligger utanför den här finansieringen av projektet, konstaterar Albert Westergren.

Informationsspridning

Det finns en plan för att resultat och kunskap från projektet, om de är lyckade, snabbt ska kunna omsättas i vård och omsorg. En modifierad variant av nutritionsbedömningen (MEONF-II) har redan implementerats på sjukhus i Skåne.

Resultaten kommer, enligt forskarskissen, att återföras med halvårsintervall till berörda intressenter, dvs de sjukhus och särskilda boenden som ingår i studien samt Vårdalstiftelsen. Resultat kommer bland annat också att presenteras i rapportform på Svenska (PRO-CAREs rapportserie ISSN 1654-1421). Ett flertal vetenskapliga artiklar kommer att genereras och flera populärvetenskapliga presentationer är planerade att hållas. Vidare kommer resultat att presenteras på internet (www.hkr.se/procare). Självfallet kommer forskargruppen också finnas med och tala om projektet vid olika vetenskapliga konferenser, till exempel den årliga ESPEN-konferensen (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism).

–Jag har stora förhoppningar på att ett datorbaserat utbildningsstöd kan komma till stor nytta för kunskapsimplementering när det gäller att säkerställa säkra bedömningar och adekvata individanpassade åtgärder vid undernäringssjukvård. Det behövs verkligen. Nu är vi ivriga på att få sätta igång, avslutar Albert Westergren. ●

Medarbetare i forskargruppen för DUNÄT:

Albert Westergren (projektansvarig, professor, sjuksköterska, HKR), Peter Hagell (professor, sjuksköterska, HKR), Martin Wetterstrand (teknologie doktor, webbutveckling, webbdesign, HKR), Gita Hedin (koordinator, folkhälso-opedagog, HKR), Anna Stubbendorff (dietist och informatör, Ystads sjukhus), Erika Norberg (dietist, Centralsjukhuset Kristianstad), Ellinor Edfors (adjunkt, sjuksköterska, HKR) samt knutna till projektgruppen på konsultbasis: Dan Wirdefalk (mediatekniker, HKR), Anders Karlsson (programmerare, HKR), Torben Olsson (affärsutvecklare, Lunds universitet och HKR), Lena-Karin Erlandsson (docent, arbetsterapeut, Lunds universitet).

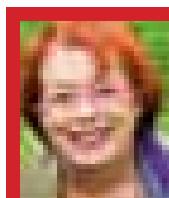
Om Vårdalstiftelsen

Vårdalstiftelsen grundades 1994 av riksdagen. Stiftelsens mål är att förbättra människors hälsa och livsvillkor. Det görs genom att stödja nytänkande forskning och strategiska samarbeten för en bra start i livet och ett värdigt liv livet ut. Sedan starten har stiftelsen förmedlat knappt 870 miljoner kronor i forskningsstöd som har utvecklat vårdforskningen. Stiftelsen har höjt kvaliteten och statusen på vårdforskningen och mångdubblat antalet doktorander, disputerade forskare och professorer. Läs mer: www.vardal.se

Albert Westergren föreläser på Nationella konferensen i Göteborg 21–22 november

Svårt att äta – dold folksjukdom bland äldre

Någon bot finns det inte alltid. Men man kan alltid underlätta och lindra, säger Eva Sandin, expert på dysfagi, ätproblem. Åtta av tio av alla som bor på äldreboenden är drabbade.



Catarina Baldo Zagadou
Vetenskapsjournalist

Äta bör man ju. Men för den som har svårt att tugga och svälja – och de är mångdubbelt fler än man tidigare har trott – blir måltiden sällan den njutning den borde vara.

I värsta fall kan den till och med medföra hälsofaror, allvarliga hälsofaror som lunginflammation, undernäring och för tidig död.

Det kallas dysfagi, med en medicinsk term sammansatt av två grekiska ord: dys- som betyder nedsatt, och phagein som betyder ätande.

Orsakerna är många: stroke, neurologiska sjukdomar som ALS och Parkinsons, cancer i munnen, demens. Alltså sjukdomar som påverkar nervsystemet och därigenom musklerna i munhålan. Efter en stroke kan man till exempel få förlamningar som gör att både känseln och motoriken i munnen försämras. Men många mediciner ger också biverkningar som gör att man blir torr i munnen och får svårare att tugga och svälja.

Eva Sandin är logoped vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Under många år har hon intresserat sig särskilt för dysfagi. Kanske – funderar hon – blev hon tidigt påverkad av sin egen morfar, som hade Parkinsons och fick ganska grava sväljbesvär. Redan på 1970-talet kom hon så i kontakt med

>>



>>

rörelsehindrade och förståndshandikappade barn med ätproblem. För några år sedan gjorde hon en studie på ett sjukhem – *Emma sätter i halsen – igen!* – som visar att de flesta, nästan åtta av tio, hade svårt att äta. Betydligt fler än vad internationella studier tidigare visat.

– Ju noggrannare mätmetoder man har, desto fler hittar man, förklarar hon. Vid en grov bedömning ser man att en av tre på äldreboenden har svårt att få in maten i munnen. Men med mer finmaskiga metoder visar det sig att ätproblem är mer regel än undantag bland de boende.

Pytteporationer som det tar en evighet att få i sig. Ständiga felsväljningar. Hostattacker.

– Många som jobbar i vården ser de här problemen så ofta att de kan bli ”hemmablinda”. Man tror att det måste vara så här när man är gammal.

Allra störst är riskerna för dem som blir matade, visar hennes studie.

Att äta själv är – det sista vi klarar innan vi blir helt hjälpberoende. En person som matas är därför hjälpberoende i många andra avseenden. Man har tidigare sett i studier att grava sväljproblem förekommer hos dem som matas. Man har också sett att risken för lunginflammation är större bland dem som matas än de som äter själv. Att mata är därför en avancerad omvårdnadshandling som kräver kunskap

och handlag då det finns uppenbara risker för ohälsa vid matning.

Så hur kan man underlätta för alla gamla med dysfagi?

– Vi behöver se frågan ur flera perspektiv, säger Eva Sandin. Dels handlar det om *vad* man äter. Vilken typ av mat serveras, hur är den sammansatt på bästa sätt för att vara så lättuggad som möjligt? Maten måste anpassas efter behoven. Kanske måste den mosas. Samtidigt visar forskning att mosad mat kan ge för lite näring och energi. Då måste man komplettera med kosttillskott.

– Å andra sidan är det också viktigt att titta på *hur* de boende får i sig maten. Att vara vakten för vad som händer i själva omvårdnadssituationen. Varför sitter Emma och tuggar och tuggar? Varför tar matandet så lång tid? När man förstår mer av orsakerna, är det lättare att komma på olika, individanpassade lösningar.

Märk väl: Alla de här komplexa situationerna är ingenting som perso-

nalen kan bära ansvaret för på egen hand, menar Eva Sandin.

– Det blir för tungt!

Det behövs specialistkompetens på området, understryker hon.

– Personligen är jag bekymrad över att det bara finns ett fåtal specialisttjänster ute i vården – trots att problemen alltså är väldigt stora. Och trots att vi vet att när dietister och logopeder samarbetar kan man uppnå väldigt stora förbättringar för de gamla. ●



Eva Sandin är logoped vid Akademiska sjukhuset i Uppsala

”

Maten måste anpassas efter behoven. Kanske måste den mosas. Samtidigt visar forskning att mosad mat kan ge för lite näring och energi.”

De flesta gamla bor hemma

- Den 1 april 2011 bodde 89 038 personer i Sverige permanent på särskilda boenden som servicehus, gruppboenden eller sjukhem.
- Fyra av fem är över 80 år.
- Och sju av tio är kvinnor.
- Men drygt åtta av tio 80-åringar bor kvar hemma.

Källa: Socialstyrelsen

Mer info

www.dysfagi.se

Läs mer

Delikatesser för tandlösa.

En kokbok med lättuggad mat av Inger Äremalm.

(E-post: bokkoket@swipnet.se)

Varför vill inte Asta äta?

Om ätproblem bland äldre med demens. Av Gun Aremyr. (Bokförlaget Liber)

Emma sätter i halsen – igen!

Vetenskaplig rapport från Kunskapscentrum inom äldreomsorg och äldrevård, gjord av Eva Sandin. Ladda ner den på www.kompetenscentrum.org/.../Eva_Rapport_36_KC_Webb.pdf

Nutrition och läkemedel hos äldre

Äldre patienter har en hög konsumtion av läkemedel. Personer som är 80 år eller äldre står på i genomsnitt 5–6 läkemedel och 15 procent av den åldersgruppen hämtar ut 10 läkemedel eller fler. Det stora flertalet av dessa mediciner gör säkert nytta och leder till att äldre patienter med kronisk sjukdom lever ett bättre liv. Samtidigt är det ju så att ju äldre vi blir desto större blir riskerna med läkemedelsbehandling och förekomsten av biverkningar ökar. Studier visar att 30 procent av äldre patienter som söker sjukvård har biverkningar av läkemedel.





Foto: Helena Bévingut-Lasson



Sten Landahl
Professor i geriatrik,
Sahlgrenska Akademien, vid
Göteborgs Universitet

En del av de förklaringar som finns till att risken för biverkningar av läkemedel ökar är betingade av nutritionsstörningar. Störningar i saltvattenbalansen på grund av bland annat dåligt vätskeintag är en orsak, förändringar i kroppssammansättningen på grund av bristande kostintag är en annan.

Effekten av en minskad mängd kroppsvätska och uttorkning kan förvärras av diuretikabehandling. Det kan också leda till minskad distributionsvolym för läkemedel som är vattenlösliga som till exempel många antibiotika och digoxin. Betydelsen av detta är emellertid oklar.

En minskad kroppscellmassa (huvudsakligen muskulatur) och avmagring ökar naturligtvis känsligheten för många läkemedel. En huvudregel är att en mager och undernutrierad person är känsligare för läkemedel än en storvuxen och väl-nutrierad.

Många studier visar att en stor andel av äldre personer som har kontakt med sjukvård och äldreomsorg är undernärda eller i riskzonen för undernäring något som måste åtgärdas inte minst för att minska risken för läkemedelsbiverkningar.

Läkemedel kan orsaka reaktioner som gör att nutritionen påverkas.

Sådana reaktioner kan vara mun- och svalgtorrhet med sväljningsproblem och smakrubbningar som följd. Många äldre har minskad salivproduktion och salivsammansättning redan på grund av åldrandet. Läkemedel med antikolinerg ef-

fekt (många psykofarmaka, framför allt antidepressiva och neuroleptika samt läkemedel mot urininkontinens) och diuretika minskar salivproduktionen och påverkar sammansättningen. Det finns också ett klart samband mellan muntorrhet och det antal läkemedel patienten står på. Problem med muntorrhet är en vanlig orsak till försämrad aptit och försämrat kostintag.

Andra läkemedelsbiverkningar som kan ge försämrad aptit är illamående och förstoppning, symtom som dessutom är vanliga oberoende av läkemedel hos sjuka äldre personer.

Illamående är en mycket vanlig biverkan och förekommer vid ett stort antal läkemedel, vilket kan illustreras av att när jag slår på illamående bland biverkningar i Fass får jag 4 100 träffar. Motsvarande sökning på förstoppning gav cirka 1 900 träffar. De läkemedel som vanligast förknippas med förstoppning är järntabletter och många smärtstillande läkemedel.

Interaktioner kost-läkemedel

Läkemedel kan också påverka födointaget och tvärtom genom interaktioner med substanser i födan. Mat som innehåller två- och trevärda metalljoner, t.ex calcium, aluminium, magnesium kan bilda svårslösliga föreningar i magtarmkanalen som förhindrar upptaget av t.ex järn, tetracykliner, bisfosfonater vid osteoporos. Mjölkprodukter skall alltså inte tas i samband med dessa läkemedel.

Annars är det inte helt enkelt att hålla reda på vilka läkemedel som har en försämrad eller förbättrad biotillgänglighet i samband med födointag. Olika komponenter i födan påverkar upptaget av läkemedel på olika sätt och nettoeffekten av en måltids påverkan på läkemedelsupptaget är därför svår att bedöma. Födointag ökar biotillgängligheten av flera olika läkemedel. Exempel på sådana är propranolol, metoprolol, hydroklortiazid, nitrofurantoin och karbamazepin. Exempel på läkemedel där födointag minskar upptaget av läkemedel är tetracyklin, penicillin och ampicillin.

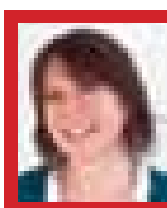
Andra kända interaktioner är grapefrukt som hämmar nedbrytningen i levern av kalciumantagonister och statiner vilket leder till ökad effekt av läkemedlen.

Vissa grönsaker som broccoli och brysselkål är rika på K-vitamin vilket kan motverka Warans hämmande effekt på bildning av koagulationsfaktorer i levern vilket alltså ger försämrad effekt av Waran.

De viktigaste sambanden mellan nutrition och läkemedel bland äldre är ökad känslighet av läkemedel på grund av bland annat undernutrition och vätskebrist, läkemedelspåverkan på aptiten och interaktioner mellan kost och läkemedel, vilket i huvudsak påverkar upptaget (biotillgängligheten) av läkemedel. Åtgärder för att komma till rätta med riskerna kring detta inkluderar en riskbedömning av och ett aktivt förhållningssätt till patienternas nutritionstatus. Det inkluderar också som alltid vid äldre patienters läkemedelsbehandling en kunskap om äldre och läkemedel och en korrekt läkemedelsbehandling som dokumenteras och följs upp. ●

nutritionDay Worldwide

Undernäring är ofta förknippat med utvecklingen och konsekvensen av sjukdom, dvs sjukdomsrelaterad undernäring (SRN). Studier har visat att SRN undernäring förekommer i 20–60 procent av inlagda patienter och att nutritionstatus försämras under sin sjukhusvistelse.^{1,2,3,4}



Maggie Page Rodebjer
BSC RD leg dietist
Projektledare område
kost & nutrition FoUU
avdelningen, Tiohundra
Förvaltningen
margaret.page.rodebjer@
tiohundra.se

SRN drabbar energibehov och är associerad med en betydande negativ inverkan på utfall, livskvalitet och sjukvårdskostnader.^{5,6,7}

Trots bevis granskas, är SRN ofta oupptäckt och obehandlad eftersom det inte anses vara en klinisk prioritet. Brist på medvetenhet, otillräcklig kunskap och utbildning är bland de skälen för detta.^{3,8}

Flera faktorer måste beaktas vid utveckling av strategier och rutiner för att förebygga eller behandla SRN, t.ex.

- Påverkan sjukdomen på näringsbehov och mat intag
- Tillgången till validerade bedömningsverktyg och riktlinjer med inriktning på undernäring^{1,9,10,11,12,13,14,15}
- Samordningen av vård i hälso- och sjukvården och därmed roller och ansvar

Den internationella "nutritionDay" kartläggningen är ett användbart verktyg i

utvecklingen av SRN-relaterade strategier och rutiner.

"nutritionDay Worldwide" – vad är det?

"nutritionDay" är en internationell kartläggning på en specifik dag varje år. Dess samordnande centrum är i Wien, Österrike. Kartläggningen stöds av den österrikiska Society for Clinical Nutrition (AKE), European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), och andra kliniska förbunden. Det följer rekommendationerna i resolution "On food and nutritional care in hospitals by the Council of Europe, 2003".¹⁶

Syftet med kartläggningen är att öka kunskapen och medvetenheten om SRN på sjukhus, särskilt boende och intensivvård (ICU). Resultaten kan användas för att utföra både lokala och internationella jämförande bedömningar av:

- SRN på sjukhus, särskilt boende och ICU
- Samordningen av vård i hälso- och sjukvården angående SRN
- Förändringar i undernäringstillstånd och utfall med tiden.

Den första nutritionDay kartläggning-

en utfördes på sjukhus den 19 januari, 2006. Mer än 15 000 inlagda patienter utvärderades i 859 avdelningar på sjukhus mer än 26 europeiska länder. Kartläggningen har nu blivit global och har expanderat. Nu inkluderas tre separata moduler:

- nutrition Day (ND), hospital wards (sjukhus avdelningar)
- nutrition Day (ND), ICU
- nutrition Day (ND), nursing homes (särskilt boende)

Hur fungerar det?

nutritionDay kartläggningen bygger på en multicenter kartläggning om en viss dag varje år och en kort uppföljning enkät efter 30 dagar (sjukhus och ICU) eller sex månader (särskilt boende).

Datainsamling är utformad för att vara lätt att fylla in av personal, patienter eller boende utan föregående kunskap om kost och nutrition.

Varje deltagande enhet får en unik kod som används i det webbaserade datainsamlingssystemet. En serie enkäter som är tillgängliga i fler än 33 olika språk, används för att samla in data om personal bemanningen, patientens/bo-



ende profiler och födointaget under lunchen på "nutritionDay" själv. Individuell födointag under lunchen dokumenteras av patienterna själva, anhöriga eller kontaktpersonen. Exempel på de enskilda profiler och födointag frågeformulär visas i figur 1 och figur 2 respektive. All information är anonym och skyddad av personuppgiftslagen (PUL).

nutritionDay ICU

Syftet med modulen är att undersöka rutiner i ICU enheter och förhåll sig till utfall om möjligt.

Alla patienter på ICU under morgonskiftet av nutritionDay kartläggningen som sker på måndag, onsdag och fredag på tre varandra följande veckor.

Förutom hänsyn till de ICU personal bemanningen, patientens sjukdomshistoria, andra riskfaktorer, olika parametrar och utfall inkluderar kartläggningen specifika ämnen inklusive mål för artificiell nutrition, parenteral och enteral nutrition och patienternas uppfattningar av vård.

Antagning, utskrivning och återkommande till sjukhuset datum följes upp till dag 60 efter kartläggningen.

Resultat och återkoppling

Historiska data

Data från nutritionDay kartläggningen år 2006 till 2008 sammanfattas i tabell 1.

"at a glance" rapport

nutritionDay kartläggningen vidareutvecklas kontinuerligt. Ett exempel på detta är utvecklingen av "at a glance" rapport. Detta ger en överblick av specifika resultat som illustreras i figur 3.

Svenskt deltagande

Hittills har 16 enheter deltog i "hospital wards" modulen och sju särskilt boende deltog i "nursing homes" modulen. Ytterligare detaljer finns på hemsidan, www.nutritionday.org

Hur du använder rapporter

nutritionDay kartläggningen har potential att bli en internationell benchmarking verktyg som kan användas för att utveckla effektiva strategier och praktiska rutiner inom vård och omsorg, t.ex., för undernäringsriskbedömning, utredning, behandling och utvärdering angående SRN.

Figur 1: Exempel på individuell profil frågeformuläret (nursing home modul)

Figur 2: Exempel på födointag frågeformulär (lunch) (nursing home modul)

Tabell 1: Commulative nutritionDay undersökningen från 2006 till 2008

nutritionDay patienter och enheter	Resultat
Totalt antal patienter bedöms	53 298 patienter
Hospital wards (Sjukhusavdelningar)	1 553 (45 548 patienter)
Nursing homes (särskilt boende) (Pilot 2007/2008)	180 (5 970 patienter)
ICU (Pilot 2007/2008)	150 (1 780 patienter)
Deltagande länder	30
Specialties	18

Vilka uppgifter uppfyller kvalitetskriterier analyseras och används för att bedöma Analyserade verkliga näringsbehov praxis och förändringar i nutritionsstatus och resultatet med tiden. Varje deltagande sjukhus, ICU, sjukhem eller en serie av rapporter över hela världen som tar emot jämför sina patienters / inv profiler, personal organisation och utfall i samband med intag vid tiden för undersökningen nutritionDay med internationella referensvärden. För närvarande rapporterna presenteras i engelska eller tyska.

På samma sätt kan skillnader i sammansättningen av personalen jämföras med patientens/boendes funktionalitet och arbetsbelastning nivåer. Slutligen, förslag till den optimala sammansättningen av personalen och kompetens nivåer för att främja rehabilitering och/eller livskvalitet skulle kunna tas fram.

Rapporterna kan också användas för att fokusera på relevanta aspekter av varje modul, t.ex.

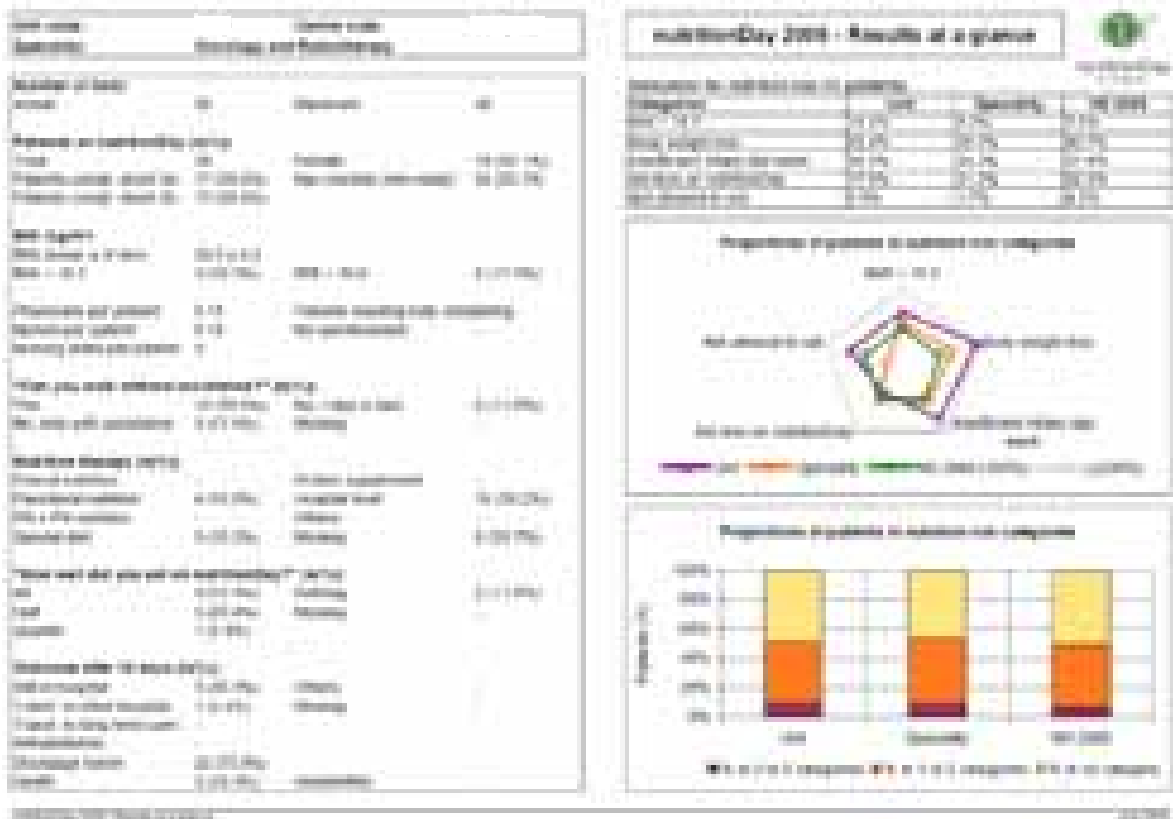
Hospital wards modulen

Förhållandet mellan födointag och dödlighet kan användas för att öka medvetenheten om förekomsten och konsekvenserna av SRN.

ICU modul

Resultat avseende tidig kontra fördröjd näringsmässig intervention skulle kunna undersökas.

Figur 3: Exempel på "at a glance" rapport



Särskilt boende modulen

Specifika resultat kan användas för att förbättra kvaliteten i vården, t.ex. användningen av olika konsistenser, förekomsten av dysfagi, och tillgång till logoped och dietist tjänster.

Begränsningar av resultaten

Det är svårt att identifiera ett representativt slumpmässigt urval i denna typ av kartläggningen. Resultaten ska vara representativa för de deltagande länderna om internationella jämförelser ska tas fram. Resultat kan därför påverkas av vilken typ av enheter deltar i kartläggningen.¹⁷

nutritionDay 2012

nutritionDay 2012 ska ske den 8 november 2012. Besök hemsidan för allt du behöver för att delta. www.nutritionday.org

Sammanfattning

nutritionDay ger prestige att vara en del av en internationell kartläggning. I dagens värld av ökande behov av vård och begränsade resurser, har den potential att bli en internationell benchmarking verktyg som kan användas för att öka medvetenheten och förbättra den kliniska och kostnadseffektivitet vård angående SRN. ●

Referenser

- 1 Bistrian BR, Blackburn GL, Hallowell E, Heddle R. Protein status of general surgical patients. J Am Med Assoc 1974;230:858e60.
- 2 Hill GL, Blackett RL, Pickford I, Burkinshaw L, Young GA, Warren JV, et al. Malnutrition in surgical patients. An unrecognised problem. Lancet 1977;1:689e92.
- 3 McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. Br Med J 1994;308:945e8.
- 4 Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr 2002;21:461e8.
- 5 Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clin Nutr 2008;27:5e15.
- 6 Gibney ER. Energy expenditure in disease: time to revisit? Proc Nutr Soc 2000;59:199e207.
- 7 Kulstad R, Schoeller DA. The energetics of wasting diseases. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2007;10:488e93.
- 8 Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clin Nutr 2008;27:196e202.
- 9 British Association for Enteral and Parenteral Nutrition (BAPEN). The 'MUST' explanatory booklet. A guide to 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for adults. Available at: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf; November 2003.
- 10 Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22:415e21.
- 11 Kyle UG, Kossovsky MP, Karsegard VL, Pichard C. Comparison of tools for nutritional assessment and screening at hospital admission: a population study. Clin Nutr 2006;25:409e17.
- 12 Weekes CE, Elia M, Emery PW. The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Clin Nutr 2004;23:1104e12.
- 13 Meijers JM, Halfens RJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Dassen T, Schols JM. Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators. Nutrition 2009;25:512e9.
- 14 Lochs H, Valentini L, Schütz T, Allison SP, Howard P, Pichard C. ESPEN guidelines on adult enteral nutrition. Clin Nutr 2006;25:177e360.
- 15 Akner G, Bosaeus I, Cederholm T, Rothenberg E, Ödlund Olin A. Näring för god vård och omsorg en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen 2011; Sept, ISBN 978-91-86885-39-7 artikel nr 2011-9-2
- 16 COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS Resolution ResAP (2003)3 on food and nutritional care in hospitals (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies)
- 17 Schindler K, et al. How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21,007 patients findings from the 2007e2008 cross-sectional nutritionDay survey Clinical Nutrition 29 (2010) 552e559

En stor idol och som jag beundrar väldigt mycket är Carl-Jan Granqvist. För är det någon man vill äta middag med så är det väl Carl-Jan. För visst bjuder han på det mest fantastiska middagarna man kan tänka sig, där allt är planerat i minsta detalj. Jag var nästan med på hans middag när jag tittade på Slottsliv på TV där man får följa Carl-Jan under en dag med en härlig måltid som avslutning. Och det är inte vilken måltid som helst utan förrätten är en kräftfest i något härligt annex som börjar på eftermiddagen och som avslutas med varmrätt i herrgården med goda viner och trevligt sällskap. Kan det bli bättre än så här. Visst vill man vara där!

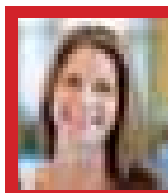


Carl-Jan Granqvist

Foto: Susanne Kronholm

Ska det vara så svårt?

Foto: Tomas Yeh

Linda Martinsson
Kostchef Tre Stiftelser

Matnörd som jag är så följer jag ju naturligtvis halv åtta hos mig där det också är kul att se vad som blir bra, när det blir bra och varför det blir en trevlig måltid.

För Carl-Jan låter det så enkelt när han säger att allt handlar om "Värdskap".

Efter många år i branschen så har jag börjat förstå mer och mer hur viktigt det är med just Värdskap. Värdskap stämmer bra överens med det salutogena perspektivet att det ska vara begripligt och meningsfullt.

När man läser på vad värdskap står för så är det många saker det inkluderar såsom ett öppet förhållningssätt, att människor känner sig väntade, sedda. Och att det känner sig välkomna. Det ska väl inte vara så svårt, eller?

På finkrogen tror jag att det är lättare att få till härliga måltider. Kockarna som lagar maten går oftast igenom menyn för servitörerna och de får veta hur den är tillagad. När restaurangen ska öppna så tänder man kanske levande ljus eller en brasa, kollar till blommorna på bordet och sedan öppnar man restaurangen och hovmästaren hälsar välkommen. Och kanske det viktigaste av allt man går kanske dit med sin älskade, sina barn eller bara andra trevliga vänner.

Om man drar parallellen till äldreomsorgen så kan skräckscenariot vara att

ingen har fixat till matsalen, piffat blommor, tänt ljus osv. Här finns ingen hovmästare som hälsar välkommen utan boende kanske får sätta sig ner vid bordet och vänta en bra stund på att maten kommer. Kanske har man heller inte det sällskap man skulle önska. Kockarna har förmodligen inte kunnat prata med de som ska servera utan omvårdnadspersonalen som ska servera maten får läsa från en meny. Ibland kanske de inte ens vet vad det är för rätt så att de kan förklara den. Ibland kanske det är "kort om folk" och hur blir det då med värdskapet som att bli sedda och känna sig väntade och välkomna.

Nu ser det ju inte alltid ut så här för det finns många bra äldreboenden i landet men det kan var så här och det jag ofta får höra är att det inte är någon res-

taurang så man kan inte jämföra sig med detta. Men även om jag äter hemma hos någon så vill jag känna mig välkommen, jag vill bli sedd, jag vill välja mitt sällskap och jag vill gärna veta vad jag ska äta. För visst är det roligt när någon är riktigt stolt över den mat som tillagats eller någon som odlat grönsakerna själv och berättar om dem.

Hur kan man då skapa härliga måltider i äldreomsorgen? Jag tror att man måste bli som Ingvar Kamprad. Enligt vad jag har läst så lägger han stor omsorg på valet av de produkter de ska sälja. Det är kanske här kostchefens arbete måste börja. Vi måste börja gå ut i verksamheten och verkligen se om kunderna är nöjda. Inte bara på papper i någon statistik för jag tror att man får bäst uppfattning om man pratar med sina kunder. Gillar de köttbullen vi lagade? Vad tycker de om den potatis vi serverar nu eller vill de ha en annan sort? Om man då går ut och frågar så måste man också ha mandat, kraft och ork att byta ut den dåliga potatisen eller ändra köttbulle receptet eller byta leverantör om den köttbullen vi har inte är tillräckligt god. Att nöja sig med att det är den köttbullen vi har upphandlad duger inte. Det är inte det svaret man vill ha om man som kund klagat på maten på en restaurang. Det andra stora systemfelet i äldreomsorgen är att det är undersköterskor som ska servera maten. Egentligen är det inte undersköterskorna i sig utan det är att de oftast inte har någon utbildning i servering och mat. Det kräver också mycket disciplin att ställa om sig från att skött omvårdnaden på morgonen hos boende till att gå in i en måltidssituation. En symbolisk handling men också hygienisk är att ta på sig ett förkläde eller byta till andra kläder så att man faktiskt inträder sig rollen från undersköterska till serveringspersonal.

För att veta hur det verkligen står till med måltiderna hos oss så har alla som jobbar på Tre Stiftelser fått göra måltidsobservationer, alltså observerat hur det går till i måltiden på sin våning.

Det är ett lätt sätt att se hur måltiderna fungerar. Och visst är det oftast bra men även solen har sina fläckar. Det vi kan se är att när timanställd personal eller utbildad personal arbetar så kanske det inte alltid fungerar som det var tänkt

och man är ju inte bättre än den svagaste länken så hur gör man då?

Jag blir mer och mer övertygad att brister i informationen så är det då det blir fel. Det kanske är att slå in öppna dörrar men jag tror att man måste vara övertyglig i sin information. Muntlig och skriftlig information och gärna en bild är väl då det blir som bäst men när man inte kan ge muntlig information så får det duga med en väldigt pedagogisk instruktion.

På våra högtidsdagar vill jag att våra måltider ska vara som de där hos Carl-Jan. Jag planerar långt innan vilken meny det ska vara, ibland tar vi in någon gästkok till oss för att det ska bli variation. Dessa dagar är det tre rätter som gäller, förrätt, huvudrätt och dessert. Omsorgspersonalen har blivit vana vid dessa tillställningar och de dukar de finaste bord med härliga blommor på borden. Den sista tillställningen vi gjorde, gästspelade Kocken Katja Palmdahl. Hon gjorde en härlig meny:

Förrätt: Potatis och prästost-terriner med basilikakräm, havtornssill och rostat rågflarn

Varmrätt: Krämig persiljerotssoppa med kycklingfrikadeller och äpple

Dessert: Ingefärsparfait med kola och hjortronmylta toppad med kakströssel

Vi i köket förbereder detta i minsta detalj och vi skickar också ut en instruktionstext så att vårdpersonalen ska veta hur detta ska arrangeras på tallrikarna. För det som kommer upp till våningarna är ju en massa kantiner och byttor, så hur ska man veta hur det ska serveras? En av de viktigaste sakerna är faktisk att läsa menyn så att man vet vad som serveras och detta är inte alldeles självklart. Det andra är att läsa instruktionen och faktiskt sätta sig in i hur rätterna ska presenteras. Instruktionen kan låta så här:

Montering:

Lägg en skiva potatis och prästostterriner på tallriken. Lägg tre sillbitar på och lite åt sidan, låt gärna några bär följa med. Spritsa på en liten klick basilikakräm och stick ner kryddflarnet.

Sista gångerna har vi också skickat med en bild på anrättningen. Jag tänker, klockrent här kan inget gå fel.

När vi sedan går ut på våningarna där man har tagit till sig instruktionen så ser vi många nöjda och glada boende. Jag blir naturligtvis stolt och tänker att det här är belöningen för allt slit. När man

sedan kommer till en annan våning där man inte läst instruktionen och ser att kakströssel är strösslut över förrätten, basilikakrämen ligger i soppan och kryddflarnet är placerat på desserten då sliter jag mitt hår och tänker jag att jag ger upp. Jag vill strunta i alltsammans och istället skicka ut en kantin med soppa, då kan det väl inte bli fel. När jag sedan går tillbaka till min kam-

mare då jag lugnat ner mig så inser jag att i 95 procent av gångerna blir det faktiskt helt rätt och man kanske ska vara nöjd med det. För vad skulle hända om vi inte vågade utmana oss? Eller att inte vågade ta ut svängarna eller testa nya saker. Då skulle det ju inte hända något.

Jag får ofta frågan. Blir det inte väldigt dyrt? Då brukar jag berätta om när Katja kom upp till en våning och frågade om maten var god. Vi trodde naturligtvis de skulle säga att desserten var godast men de fyra damerna som satt vid bordet svarade att det var helt fantastiskt. Vi frågade vad som var fantastiskt och de sa att det var att någon stod vid bordet och högtidligt läste upp den meny som skulle serveras. Och frågan är då, hur sätter man priset på värdska, muntliga presentationer av måltiderna, att få äta sina måltider med människor jag gillar och kanske det viktigast av allt att få bli sedd och bli bekräftad? ●



Vi frågade vad som var fantastiskt och de sa att det var att någon stod vid bordet och högtidligt läste upp den meny som skulle serveras."

Mat och äldre män med somatisk sjukdom:

Matvanor och förhållningssätt till matrelaterade aktiviteter

Äldre kvinnors mat och måltider har tidigare undersökts både i Sverige och utomlands. Studier som belyser äldre mäns mat och måltider är däremot inte lika vanliga. Syftet med de två studier som presenteras i den här artikeln var att få ökad kunskap och förståelse om äldre mäns matvanor samt deras upplevelse av att utföra matrelaterade aktiviteter såsom att handla och laga mat.



Kerstin Kullberg
Leg arbetsterapeut,
med. lic. Associerad
forskare, Uppsala
universitet, Östermalms
stadsdelsförvaltning,
Stockholm

De män som deltog i studien var alla diagnostiserade med en av de tre sjukdomarna – Parkinsons sjukdom, reumatoid artrit eller stroke. I tidigare forskning med kvinnor har framkommit att dessa sjukdomar påverkar mat och måltider⁽¹⁾.

De inkluderade männen var 64–88 år och bodde i ordinarie boende i Mellan-sverige. Männens var både sammanboende och ensamboende, samtliga sammanboende män hade en kvinnlig partner. För insamling av data gjordes hembesök vid två tillfällen. Frågor om civilstånd, utbildningsnivå. Vikt och längd mättes. Männens mat och måltidsvanor gick igenom med hjälp av en 24-tim-marsintervju där forskaren bad mannen återge så noggrant som möjligt vad han ätit det senaste dygnet. Utifrån de insamlade uppgifterna räknades männens energiintag ut samt att sammanställning gjordes om vilka livsmedel som ätits vid

varje måltid. Registrerade måltider klassificerades som frukost, varma alternativt kalla måltider. Kvalitativa intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide där de intervjuade fick berätta om sitt deltagande i matrelaterade aktiviteter, om när och hur de handlade och lagade mat. Frågor ställdes också om eventuella förändringar på grund av sjukdom eller ändrade levnadsförhållanden. Intervjuerna analyserades utifrån syftet och beskrivande teman växte fram. Resultatet finns presenterat i två studier vilka ingår i en licentiatavhandling, Uppsala universitet 2009⁽²⁾.

Den första studiens syfte var att analysera fördelning och frekvens av ättillfällen över dygnet samt energiintag och konsumtion av livsmedel hos sammanboende och ensamboende äldre män med soma-

tisk sjukdom⁽³⁾. I studien deltog 61 män varav 35 sammanboende och 26 ensamboende. Avseende ålder, utbildningsnivå, vikt, BMI och energiintag fanns ingen skillnad mellan sammanboende och ensamboende män. Däremot hade sammanboende män jämfört med ensamboende fler ättillfällen per dag, se tabell nedan.

Ättillfällen rapporterades från tidig morgon till sent på kvällen, även nattmål förekom. Det visade sig att sammanboende män oftare åt två varma måltider per dag medan ensamboende endast åt en varm måltid på eftermiddagen eller kvällen. Jämfört med ensamboende män åt sammanboende oftare gröt som en andra frukost eller tidig lunch. Sammanboende män hade också ett rikare sortiment av grönsaker i sina varma måltider. Samman-

Energiintag och ättillfällen, varma och kalla, under ett dygn, jämförelser mellan sammanboende och ensamboende män.

	Sammanboende män (n=35), (m ± SD)	Ensamboende män män (n=26), (m ± SD)	P-värde
Energiintag (MJ)	8.5 (± 2.8)	7.5 (± 1.9)	0.110 ^a
(kcal)	2 038 (± 663)	1 794 (± 450)	
Ättillfällen/dygn	5.1 (± 1.4)	3.9 (± 1.1)	0.001 ^b
Ättillfällen varm mat/dygn	1.5 (± 0.5)	1.3 (± 0.4)	0.044 ^b
Ättillfällen kall mat/dygn	3.6 (± 1.4)	2.7 (± 1.1)	0.010 ^b

a Two sample T-test

b Mann-Whitney U-test

boendes måltider var oftare lagade utifrån färska råvaror medan ensamboende män till större del använde halvfabrikat alternativt värmd färdiglagad mat. Ensamboende män åt oftare en varm måltid utanför hemmet på restaurang eller hos en vän samt att deras kalla måltider oftare innehöll mjölkprodukter, bröd och smör.

Den andra studien hade som syfte att undersöka hur äldre män hanterade matrelaterade aktiviteter samt eventuella förändringar på grund av aktivitetsnedsättningar orsakad av sjukdom eller ändrad livssituation⁽⁴⁾. Åderton män varav nio sammanboende och nio ensamboende deltog i studien. Tre förhållningssätt till matrelaterade aktiviteter kunde identifieras hos männen – *Matlagning som nöje*, *Matlagning en nödvändighet* och *Maten är serverad*. Mannens förhållningssätt berodde till stor del på nuvarande eller tidigare rollfördelning i familjen samt mannens färdigheter och vana att utföra matrelaterade aktiviteter.

Matlagning som nöje – Män med detta förhållningssätt beskrev sig själva som skickliga kockar, de var både intresserade och hade vana att utföra matrelaterade aktiviteter. De hade oftast lagat mat under en längre tid och matlagning var för dem ett nöje. Ibland hade den tid som ägnades åt matlagning utökats i samband med pensionering eller en partners sjukdom. Det kan antas att matrelaterade aktiviteter bidrog till deras känsla av välbefinnande.

”... ibland så börjar jag dagen, går och fundera på då vad vi ska äta till middag. Det är liksom en liten högtid det där.... Och sen kanske det fattas något och jag åker och köper lök eller vad som nu behövs, grädde”

Maten en nödvändighet – Män med detta förhållningssätt hade varken intresse, färdighet eller tidigare vana av att utföra matrelaterade aktiviteter. De köpte ofta färdig mat som kunde värmas i mikrougn alternativt att halvfabrikat användes i matlagningen. De planerade mycket lite innan de gick till mataffären. Matlagning var för dessa män en aktivitet som främst handlade om överlevnad.

”Ofta vet jag inte vad jag ska äta, går och tittar på vad som finns i butiken och handlar just för den där måltiden, jag kommer hem med en paj eller en sån där

portionsrätt som går in i ugnen”

Maten är serverad – Män med detta förhållningssätt serverades oftast mat av sin partner. Även om de hjälpte till att duka och diska saknade de flesta både färdighet och vana att laga mat. Männen följde ofta med och handlade, men det var alltid kvinnan som bestämde vad som skulle köpas. De flesta män med detta förhållningssätt var mycket nöjda, både med den mat som deras partner lagade och med att bli serverad mat.

Jag kan koka ägg, till och med gröt kan jag koka... men det gör jag inte... det behövs inte.

Flera av de män som intervjuades hade ändrat sitt förhållningssätt till matrelaterade aktiviteter på grund av aktivitetsnedsättning eller förändrad livssituation. Tre strategier för anpassning identifierades. *Fysisk omorganisering* – innebar oftast att männen förenklade sitt sätt att utföra matrelaterade aktiviteter. *Samverkan med andra* – sammanboende män hade till skillnad från ensamboende möjlighet att få assistans från sin partner. *Passivt närvara* – att följa med till affären för att uppleva atmosfären, känna dofterna kunde vara betydelsefullt även för de män som inte längre aktivt kunde utföra matrelaterade aktiviteter.

Sammanfattande diskussion

Studie ett visade att sammanboende män jämfört med ensamboende åt mer hälsosam mat. De hade fler ättillfällen per dag och de hade en större variation av grönsaker i sina varma måltider. De flesta män i studie ett följde Livsmedelsverkets rekommendationer vad gäller antal ättillfällen per dag⁽⁵⁾. Rekommendationerna är dock i första hand anpassade utifrån friska personers behov medan urvalet av deltagare i de aktuella studierna gjordes utifrån diagnoser vilka påverkar mat och måltider. I synnerhet ensamstående män hade inte sällan endast en varmt måltid per dag och däremellan 1–2 mellanmål. Tidigare studier har visat att energiintaget per dygn är beroende av antalet mellanmål⁽⁶⁾. Livsmedelsverkets rekommendationer för sjuka personer är tre mål per dag med mellanmål emellan⁽⁷⁾. Dessa rekommendationer hade varit mer tillämpliga för en del av de män som deltog i studie ett.

Studie två visade att tidigare rollfördelning eller genus hade ett övergripande inflytande på hur männen förhöll sig till matrelaterade aktiviteter. Förhållningssättet Matlagning som nöje delades av både sammanboende och ensamboende män. Det kan antas att män med detta förhållningssätt även i de fall de var ensamstående och hade aktivitetsnedsättning i högre grad hade ett hälsosamt ätande. Utifrån vad som framkom i studie två gav deltagandet i matrelaterade aktiviteter dem en känsla av välbefinnande. I synnerhet män med aktivitetsnedsättning använde anpassningsstrategier för att kunna utföra matrelaterade aktiviteter. Förutom att strategierna hjälpte männen att få i sig näring, kan det antas att dessa strategier även bidrog till att de kunde behålla upplevelsen att vara kompetenta och självständiga individer vilket sannolikt även hade betydelse för deras självaktning. Denna slutsats stämmer väl överens med kontinuitetsteorin⁽⁸⁾ som hävdar att självaktning hos äldre personer till stor del är avhäng förmågan att kunna anpassa sig till en förändrad livssituation⁽⁸⁾. ●

Referenser

1. Gustafsson K, Andersson I, Andersson J, Fjellström C, Sidenvall B (2003). Older women's perceptions of independence versus dependence in food-related work. *Public Health Nursing*, 20(3), 237-247.
2. Kullberg K (2009). *Food in older men with somatic diseases: Eating habits and approaches to food-related activities*. Avhandling medicine licentiat examen, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.
3. Kullberg K, Åberg AC, Björklund A, Ekblad J, Sidenvall B (2008). Daily eating events among co-living and single-living diseased older men. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12(3), 176-182.
4. Kullberg K, Björklund A, Sidenvall B, Åberg AC (2011). 'I start my day by thinking about what we're going to have for dinner' – A qualitative study on approaches to food-related activities among elderly men with somatic diseases. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 227-34.
5. Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer*. Livsmedelsverket, Uppsala.
6. Hampl JS, Heaton CLB, Taylor CA (2003). Snacking patterns influence energy intakes but not body mass index. *The British Dietetic Association*, 16, 3-11.
7. Livsmedelsverket (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Livsmedelsverket, Uppsala.
8. Atchley RC (1989) A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist* 29, 183-190.

Arlas Guldko "Vinnare av Bästa Seniorservering 2012":

Danvikshem



Från vänster: Irene Gidlund Granqvist, Napaporn Promyart och Didier Grislin
Foto: Helena Bevingut-Lasson

"Med maten som en självklar del av omsorgen"

Juryns motivering

"Matglädje i livets alla skeden. Engagemang, service och fokus på helheten i verksamheten kännetecknar årets vinnare. Här står gästen verkligen i centrum, både när det gäller att se till varje boendes behov och att de anhöriga ska känna sig välkomna. Vardagen lyfts med allehanda festligheter. Det fina bemötandet följer med från köket och restaurangen ut på avdelningarna. Personalen är trogen tack vare delaktighet och långsiktighet vilket borgar för kvalitet och matglädje i livets alla skeden."

Med mat i fokus som en självklar del av omsorgen gör Danvikshem i Nacka det lilla extra för att skapa matglädje. Man lägger stor vikt vid att ha en personlig kontakt med de boende och att se varje individ. Personalen försöker alltid anpassa maten efter individen och tillfredsställa alla olika behov.

–Tänk dig att man bli gammal och

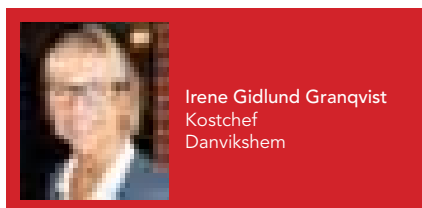
kanske ensam och eventuellt sjuk. Man måste ha mat, det är livsnödvändigt. Då är det vårt jobb att försöka göra det till något speciellt, till en trevlig stund. Många äter uppe på sin avdelning så det är även viktigt att sprida vår tanke om matglädje till vårdpersonalen som arbetar där, säger Irene Gidlund Granqvist, kostchef på Danvikshem.

All kökspersonal gör med jämna mellanrum praktik på avdelningarna för att se hur de boende har det. Syftet är att förstå vilka problem som vårdpersonalen kan möta för att sedan kunna se hur de kan hjälpa till genom maten.

–Målet är att förgylla de boendes dagar, mat i form av omsorg helt enkelt, säger Irene.

Det Irene och hennes kollegor är extra stolta över är restaurangkvällarna som de arrangerar. När man som gammal inte längre har möjlighet att gå ut på restaurang får restaurangen komma till de äldre. Inbjudan och meny skickas, de boende får boka bord och mottas av en hovmästare och tas om hand av serveringspersonal. Allt ska vara så likt en vanlig restaurang som möjligt.





Irene Gidlund Granqvist
Kostchef
Danvikshem

Varför vinner man "Arlas Guldko för bästa seniorservering"?

Är vi värda en så fin utmärkelse?

Vad gör vi på Danvikshem som föranleder detta pris?

Detta kan vara några av anledningarna. Så här skrev vi bl.a. i ansökan till Arla; *"När man blir gammal och bor på äldreboendet har man oftast slutat att gå på restaurang. Därför har vi flyttat restaurangen till äldreboendet!"*

Vi arbetar efter mottot; När man p.g.a. ålderdom och allehanda krämpor inte längre är lika rörlig och aktiv som tidigare, fräntas man inte sällan möjligheten att äta tillsammans med vänner och närstående och går därmed miste om den sociala gemenskap som måltiden ger. Personligen skulle jag tycka det vore en stor förlust av ett av livets viktigaste glädjeämnen, att inte kunna njuta av en god måltid tillsammans med de personer som betyder mycket för mig.

Därför anordnar vi olika aktiviteter med mat som tema eller där mat är del av aktiviteten. Här hålls exempelvis restaurangkvällar med underhållning tre gånger om året, samt en sommarlunch utomhus för boende, deras anhöriga och personal. Vi uppmärksammar surströmmingspremiären och Mårten Gås, anordnar pubaftnar i partytält och i samband med andra utomhusaktiviteter grillas det korv eller annat för att nämna några exempel. I samband med höstens äppelskörd iordningställs en äppelutställning där det även bjuds på äppelmust

och äppelkaka och i advent hålls julmarknad med de godsaker som hör den årstiden till.

Mat angår alla – alla har synpunkter om mat – alla är sin egen expert vad gäller mat – och inte minst mat får "kläskott" för missnöje inom andra områden, vilket är ett välkänt faktum för oss som arbetar i branschen.

Som kostchef har jag förmånen att hålla utbildning i ämnet mat och nutrition för nyanställd vårdpersonal. Där tar jag tillfället i akt att trycka lite extra på vårdpersonalens viktiga roll för upplevelsen av måltiden. Det stora flertalet är undernärda redan när de flyttar in och det är viktigt att försöka stävja ytterligare viktnedgång. Alla är vi medvetna om att ett gott näringstillstånd ökar välmåendet och påverkat humöret. Med välnärda boende kanske tom behovet vissa läkemedel minskar såsom lugnande medel och sömnmedel, yrseln minskar och därmed risken för fallskador. Jag berättar också om vilka "knepp" man ibland kan ta till för att optimera näringsintaget och hur viktigt det är med täta och energirika mellanmål. Vi har alla något att vinna på med välnärda boende, det är inte enbart positivt för individen.

Jag brukar börja min föreläsning med att berätta att vårt kök har gott rykte, att vi tillagar mat från grunden som är både god och uppskattad - därefter citerar jag en äldre man som för ett tag sedan bodde på en av våra avdelningar. Han skickade mig en klagomåls-

blankett där det stod följande;

"Näringslös mat! Oppvärmad potatis! Små portioner! Sönderkokta vattniga grönsaker! Risgrynsgröt söndag middag!!! Ljummen mat!

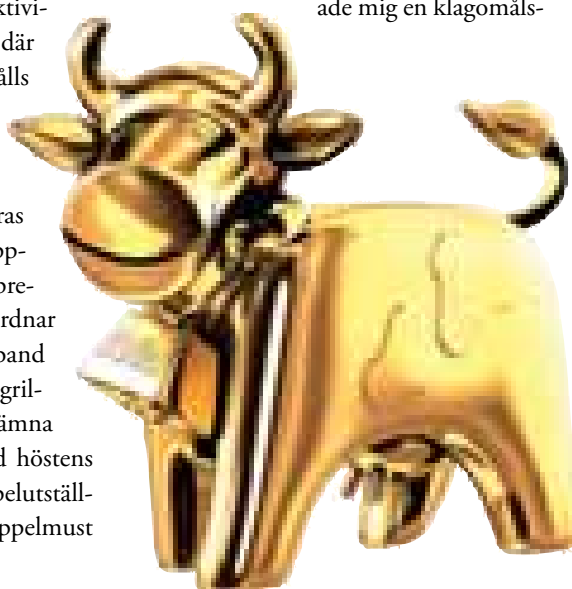
Jag sökte givetvis direkt upp mannen ifråga för att höra honom själv berätta om sina matupplevelser.

Då och där fick jag inblick i mannens (inte helt ovanliga) livssituation och hur hans matupplevelse färgades av andra faktorer som låg utanför hans påverkansmöjlighet. Jag fick bl.a. veta att han kände stor sorg över att inte längre kunna vårda sin demenssjuka hustru hemma pga. egen sjukdom. Vad fanns kvar för honom att kunna påverka som inte låg för nära, men där han kunde få utlopp för sin frustration, sorg och ilska?

Jag vill på intet sätt negligera mannens upplevelse, den var i högsta grad relevant för honom. Det är också oerhört viktigt att han och andra ges möjlighet att ge röst åt sitt missnöje, att bli tagen på allvar och att kunna påverka det som serveras på tallriken. Viktigt också att vi som omvårdnadsgivare gör allt som står i vår makt för att stävja den negativa upplevelsen och att köket och omvårdnadspersonalen samarbetar i de frågorna.

Ofta inser inte den gamle att det är den egna upplevelsen som förändrats med åren, att förmågan att känna smaker och aromer avtar med stigande ålder och inte sällan ger biverkningar av mediciner negativa smakförändringar. Tuggförmågan blir också sämre, kraften i bettet minskar och vilket kan ge svårighet att tugga den åtråvärda köttbiten man så starkt längtar efter. Det är då lätt att tycka köttet är av dålig kvalitet eller det populära stekfläsket segt eller för hårt stekt. Det lättuggade alternativet är inte alltid ett önskvärt alternativ – man äter ju med ögonen också.

Här på Danvikshem arbetar vi förebyggande med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert för att uppmärksamma och åtgärda problem inom nutritionsområdet. Vad gäller menyer och valmöjlighet följer vi Socialstyrelsens och beställarnas krav och rekommendatio-



ner vad gäller möjligheten att kunna välja mellan olika rätter. Tre menyalternativ serveras vid varje måltid där menyalternativ 1 alltid består av traditionell svensk husmanskost. Vi går steget längre och tillämpar även valmöjlighet vad gäller måltidskomponenterna, dvs. boende kan också välja mellan potatis, potatismos, ris eller pasta till huvudkomponenten. Dessutom erbjuds ett antal andra tillvalsmöjligheter såsom smoothies, tilläggsoppor mm. Anledningen till det stora utbudet är att vi vill skapa förutsättningar för att måltiden ska bli så individanpassad som möjligt. Det är också mer konstruktivt att arbeta med positiva beställningar, inte negativa tycker vi. Vi vill alltså veta vad de boende önskar/behöver/vill ha, inte vad de inte äter, s.k. minuskoster. Det ställer givetvis stora krav på kunskap och logistik både i köket och på vårdavdelningarna för att möjliggöra detta och det skulle inte vara möjligt utan vårt kostdataprogram.



Foto: Helena Bevingut-Lasson

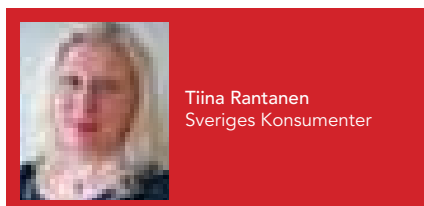
För att vi i köket ska förstå den problematik som finns på äldreboendet, har all kökspersonal gjort praktik på vårdavdelningar. Det har gett oss ovärderlig inblick i, och ökad förståelse för vårdpersonalens svåra arbete runt måltiden.

Vill härmed avsluta med ett citat, det har återgivits mig av en av sjukhemmets

sjukgymnaster som dagen efter min första restaurangkväll här på Danvikshem träffade en man på en vårdavdelning. Mannen hade sagt "Tänkt, jag trodde att jag hade gjort mitt sista restaurangbesök"! Det uttalandet ger mig "kvitto" på att vi arbetar med "rätt" saker! ●

Målet för den offentliga måltiden: god mat som äts upp

Hur kan matglädjen ökas hos sjuka och äldre konsumenter? Detta var frågan som Sveriges Konsumenter ville belysa med projektet Den goda maten som drevs under 2011. Genom provsmakning av lunchmat på sjukhus och särskilda boenden, och intervjuer med personal och chefer inom vård, omsorg och måltidsverksamhet, ville vi ta reda på vad som är viktigt för lyckade offentliga måltider. Genom att lyfta upp goda exempel vill vi inspirera, men samtidigt sätta ögonen på de utmaningar och lösningar som finns.



Tiina Rantanen
Sveriges Konsumenter

För sjukhuspatienten eller för den som bor på ett äldreboende är måltiderna ofta dagens höjdpunkter – eller borde i alla fall vara det. Det smakar förhoppningsvis gott och man kan dessutom njuta av social samvaro i en trivsam miljö. Näringsrik, god mat och trevliga måltider

gör att man mår bättre, både fysiskt och psykiskt. ”Maten är ju bensinen som ska driva oss framåt och hjälpa till i läkningsprocessen”, som en sjuksköterska i projektet uttryckte det.

På sjukhus och på äldreboenden är vi mer beroende av att andra ordnar måltiderna, och vår möjlighet att välja själv minskar. Matglädjen riskerar då att försämrats trots att behovet av rätt näring är extra viktigt just i dessa sammanhang.

Mat som upplevdes som ”hemlagad” och doftade gott fick höga betyg. Färsbiffar på lliansgården i Hemse, Gotland.

Tyvärr är inte kvaliteten vare sig på maten eller måltidssituationen alltid så bra som det borde vara. Undernäring är ett stort problem bland dagens äldre, varav många dessutom är multisjuka. Detta påtalas till exempel i den rapport, Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, som Socialstyrelsen publicerade hösten 2011. Förutom rätt kost och näring påpekas att bra måltidsmiljö och goda måltidsupplevelser har positiva effekter bland annat på de äldres energiintag och välbefinnande.

Upplägget för Den goda maten

Projektet var verksamt i sex regioner: Skåne, Halland, Västra Götaland, Stockholm, Gotland och Västerbotten. I varje region bildades en egen smakpanel som tillsammans med projektledaren provsmakade och bedömde måltider i sammanlagt sju sjukhus och sjutton särskilda boenden. Alla besök var föranmälda och skedde med tillstånd. Vid besöken intervjuades personal och chefer som fick berätta vad de ansåg gjorde måltiderna bra just hos dem.

I smakpanelerna utanför Stockholm ingick lokala representanter för några av Sveriges Konsumenters medlemsorga-



Foto: Tiina Rantanen

nisationer. De flesta panelmedlemmarna var pensionärer. Panelerna smakade av maten på plats på sjukhusavdelningars matsalar, på servicehusrestauranger eller i matsalar på äldreboenden. Vid besöken fyllde panelerna i protokoll där måltiderna bedömdes. Innehållet i protokollet utgick ifrån modellen FAMM (Five Aspects of Meal Model) som är framtagen av forskare vid Restauranghögskolan Grythyttan vid Örebro universitet. Modellen beskriver hur faktorerna atmosfären, styrsystemet, produkten (maten), rummet (måltidsmiljön) och mötet (bemötandet) tillsammans bildar den sammanlagda måltidsupplevelsen.

Panelerna betygsatte och skrev kommentarer om maten, rummet och mötet. Maten bedömdes utifrån aspekterna utseende, måltidskomposition, doft, smak och konsistens. Rummet bedömdes utifrån dukning, ljus, lukt, ljudmiljö och inredning. Vi försökte även betygsätta bemötande, logistiken i matsalen och matgästernas placering.

I Stockholm var upplägget annorlunda jämfört med de övriga regionerna. Där ordnades endast ett provsmakningstillfälle. Lunchmaten provsmakades inte på plats utan levererades färdiglagad direkt till Sveriges Konsumenters kansli. I panelen vid denna provsmakning fanns



personer med specialkunskaper i matlagning och sensorik.

En lagom portion nylagat, tack!

Måltiderna som bedömdes av smakpanelerna i Umeå, Göteborg, Lund, Halmstad och på Gotland fick bra betyg överlag. Högsta betygen gavs för ”hemlagat”, goda matdofter, möjligheten att välja mellan olika rätter och påverka portionsstorleken, bra kryddning, hemtrevlig matsalsmiljö och engagerad, positiv personal. Lägre betyg gavs om portionerna var för stora, om det var för mycket sås på tallriken, när efterrätten bestod av bara konserver, eller om matsalen upplevdes som mindre ombonad.

Maten som betygsattes av Stockholmspanelen fick tuffare bedömning. En bidragande orsak till detta kan vara att panelerna i regionerna bedömde hela måltidssituationen, medan Stockholmspanelen endast koncentrerade sig på maten. Vid provsmakning på plats på sjukhus och särskilda boenden kunde till exempel fin dukning, ombonade miljöer samt tillmötesgående personal kompensera för en annars ”medelmåttig” matportion. Mest kritik i Stockholm fick de maträtter som serverades med så mycket sås att det var svårt att särskilja huvudkomponenterna. Annat som anmärktes på var konsistensen, t.ex. för löst mos eller för hård potatis.

Matråd, eget kök och bra råvaror

Av intervjuerna med chefer och personal framgick att det är viktigt att maten lagas nära dem som äter den. Alla verksamheter som idag har ett eget tillagningskök underströk att det var en av de viktigas-



Här är det tomt på tallrikarna efter en god och läcker måltid på en medicinavdelning på Kungälv's sjukhus.

te faktorerna för goda måltider. De boende får nylagad mat som doftar och väcker aptiten. Kommunikationen mellan köket, vården och de boende underlättas eftersom man träffar varandra ofta. Det blir lättare att arrangera matrelaterade aktiviteter. Köket ordnar passande förtäring, medan vårdpersonalen kan koncentrera sig på att ta hand om de boende och ordna underhållningen.

Flera äldreboenden använder sig av karottsystem, och detta ser ut att ha en positiv inverkan på de boendes matlust. På ett äldreboende berättade enhetschefen om en kvinnlig boende som hade ätit väldigt lite innan de hade infört karottsystemet. Kvinnan tyckte jämt att det var för mycket mat på tallriken, oavsett hur lite personalen lade upp. Men när hon sedan fick ta själv hande det någonting. Först tog hon bara en halv potatis och en köttbulle – men hon åt upp dem. För att

sedan ta tio gånger om! Att få själv bestämma mer över måltidssituationen gjorde stor skillnad för henne.

De flesta tycker att det är viktigt att man kan välja mellan olika rätter, att det borde vara en självklarhet även när man bor på ett äldreboende.

En enhetschef berättade att hos dem får alla boende, även de dementa personer som är kapabla till det, välja sina rätter från menyn. Att de sedan glömmer bort vad de har valt behöver inte ha så stor betydelse. Enhetschefen menade att stunden då den demente får göra sitt val är så viktig att den överväger den eventuella förvirringen som kan uppstå vid måltidssituationen. ”Det känns i ryggmargen att man får välja själv!”

De boende ska kunna påverka menyn. Flera av de särskilda boenden som vi besökte har mat- eller kostråd där de boende kan komma till tals och yttra sig om maten. På ett äldreboende har man också emellanåt önskeveckor då boende på någon av avdelningarna får bestämma hela veckans meny. Kostchefen där berättade att det som önskas är rotmos och annan husmanskost. Även många andra personer påpekade att menyerna inte får vara för moderna. Husmanskost är fortfarande mycket mer populär än mozzarella-biff eller kycklingpytt med curry... Matpreferenserna kan dock snart bli annorlunda. Nästa generations äldre är vana världsmedborgare med många utlandsresor bakom sig.

Även attityderna håller på att förändras. En platschef på en servicehusrestaurang berättade att många äldre har börjat komma ifrån att ”man ska vara så himla tacksam”. De har kommit på att de har rätt att ställa krav. Numera vill många dessutom veta mera om maten. Platsche-

Foto: Tiina Rantanen

fen har till exempel fått frågor om varför vissa fiskarter serveras, men inte andra. Hon har då förklarat att köket följer Världsnaturfondens rekommendationer, och inte använder fiskar som är utrotningsshotade.

Nästan alla kostchefer sade att det är viktigt att kunna näringsberäkna maten, och berömde kostdatasystem som AIVO och Matilda som oumbärliga verktyg. Samtidigt poängterade de att det är enormt viktigt att maten äts upp – för annars gör den näringsberäknade maten ingen nytta. Därför ville kostcheferna också hälsa att de önskar att vårdpersonalen inte "mixar" maten för de boende som är i behov av slät kost. För om man förstör matens utseende kan det påverka aptiten negativt. Det är bättre att kökspersonal, som har kompetensen, gör timbalerna och de andra aktuella konsistenserna i stället.

Det togs upp av att många äldre upplever "normalportionerna" som för stora och inte orkar äta upp dem. Några kostchefer anser därför att den protein- och energirika E-kosten borde ordinerats mycket oftare än det görs idag. Det skulle underlätta för fler äldre att få i sig tillräckligt med näring. Vid E-kost är portionerna ju mindre än vid A-kost, men innehåller minst lika mycket näring.



Foto: Tiina Rantanen

Smakpanelsmedlemmar i Halmstad betygssätter måltiden på Frennarps äldreboende.

Både vård- och kökspersonal sade att de vill att så mycket som möjligt av maten lagas från grunden, att användandet av halvfabrikat minimeras. Det är viktigt att råvarorna är av god kvalitet, och flera personer önskade också att mera lokalproducerade och ekologiska råvaror köptes in.

Måltidsmiljön har stor betydelse. Och sällskapet. Många ur vårdpersonalen

intygade att äldre äter mycket bättre när de äter tillsammans med andra. Men det ska också vara möjligt att äta ensam om man vill det.

Det påpekades att det är viktigt med traditioner och att man skiljer mellan vardag och helg. Givetvis ska storhelger som jul, midsommar och påsk uppmärksammas, men även annars ska almanackan följas. Man kan ha en enklare dukning på vardagar och finare på lördagar och söndagar. Äldreboenden som vi besökte hade också surströmmingsfester och oktoberfester på hösten och glöggmingel innan jul. Det ordnades också trerättersmiddagar, grillpartyn, äppelfest, pubkvällar med mera, med mera.

Tiderna för måltiderna borde vara flexibla. De flesta verksamheterna sade också att de boende äter frukost när de vill, därför att de får sova så länge de vill. Det är också bra om det finns flexibilitet i hur matsalarna kan möbleras, eftersom situationerna och de boendes dagsform ändras med tiden. Dessutom ansåg flera att det är bra om det finns mindre matsalar i servicehus, då många äldre kan uppleva stora ytor i restauranger som obehagliga eller otrygga.

Att maten presenteras på ett proffsigt och trevligt sätt var en sak som återkom i nästan alla intervjuer. "Vårdpersonalen som serverar maten är ju våra hovmästare!", påpekade en kostchef. De som serverar maten ska kunna berätta vilka rätter man kan välja mellan och vad som sedan finns på tallriken. Det ska frågas hur mycket mat, vilka tillbehör och dryck man vill ha, och om man önskar påfyllning. Efter måltiden borde serveringspersonalen fråga hur maten smakade. Kostchefer och kökspersonal påpekade att de gärna vill få feedback om maten; både ris >>

”

Många äldre upplever "normalportionerna" som för stora och inte orkar äta upp dem."

och ros. Och om patienterna eller boende inte har ätit upp är det mycket viktigt att ta reda på varför. Beror detta på att maten inte smakade bra? Eller mädde personen dåligt eller har hon kanske problem med tänderna?

Tillräckligt med personal är förstås en självklarhet för fungerande måltider utan stress. Likaså är engagerade chefer av enorm betydelse. Även läkare och sjuksköterskor borde bli mer engagerade i maten. En av de intervjuade hälsade: "Fler borde se maten som medicin!"

Den hela måltiden

Med projektets resultat vill vi visa att den offentliga måltiden ska ses som en helhet där många faktorer spelar in. Lika viktigt som näring, måltidsmiljö, bemötande, råvarornas kvalitet och ursprung är att kommunikationen mellan anställda inom vård, måltidsverksamhet och upphandling fungerar. Det ska finnas och skapas utrymme och tillfällen där de sjuka och äldre konsumenternas åsikter och önskemål höras.

Om måltidsmiljön och bemötandet upplevs positivt, påverkar det också aptiten och hur maten "betygsätts". För att väcka matlusten räcker inte endast "den goda maten". ●

Mera om projektet

Den goda maten kan du läsa på www.sverigeskonsumenter/dengodamaten. Där kan du ladda ner hela rapporten Den goda maten – på spaning efter föredömen inom sjukvård och äldreomsorg.

Projektets metod och slutsatser presenterades vid seminarier i november 2011. I Stockholm arrangerades en heldags branschseminarium med föreläsningar och workshops. Föreläsarna kom bl.a. från Socialstyrelsen, Livsmedelsverket, Sveriges Kommuner och Landsting, Miljöstyrningsrådet, Örebro universitet samt från verksamheter som ingått i projektets studie. Föreläsningarna filmades och kan ses på ABF Play www.abfplay.se. Hitta filmerna genom att använda sökord "den goda maten".

Sveriges Konsumenter:

Sveriges Konsumenter är en partipolitiskt obunden, ideell paraplyorganisation med 26 medlemsorganisationer plus enskilda medlem. Organisationen bildades 1992 och har sedan dess representerat konsumenterna i olika sammanhang, både i Sverige och internationellt. Sveriges Konsumenter ger ut tidningen Råd & Rön, Sveriges enda renodlade konsumenttidning sedan mer än femtio år. Till organisationen hör också KonsumentCentrum, som bedriver konsumentvägledning i Stockholmsområdet.

De besökta verksamheterna:

Gotland	Tingsbrogården Visby lasarett, Visby	Bro Iliansgården, Hemse Gråbo seniorboende, Visby
Västra Götaland	Annedals äldreboende, Göteborg Kungälv sjukhus, Kungälv	Tre Stiftelser, Göteborg
Skåne	Fäladshöjden, Lund Ängelholms sjukhus, Ängelholm	Mårtenslund, Lund
Halland	Kvarnlyckan, Harplinge Frennarps äldreboende, Halmstad	Hallands sjukhus, Halmstad
Västerbotten	Hemgårdens äldrecenter, Umeå Norrlands universitetssjukhus, Umeå	Sofieborgs servicehus, Umeå Sjöjungfrun, Umeå
Stockholm	Väderkvarnen, Stockholm Danvikshem, Nacka Stora Sköndal, Stockholm Sophiahemmet sjukhus, Stockholm	Danderyds sjukhus, Stockholm Pilträdet servicehus, Stockholm Brommagården, Stockholm

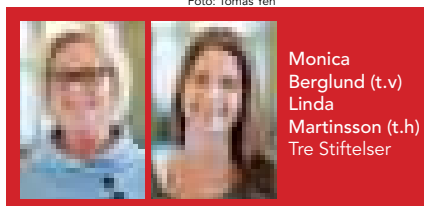
”Spis dej rask” – det är filosofin i köket på Hvidovre Hospital

Vad kan vi lära oss från andra sidan sundet?



Vi åkte över sundet för att vi hade hört talas om ett sjukhus som serverade à la carte mat, nämligen Hvidovre Hospital. A'la carte på sjukhuset – är det möjligt? Med tanke på debatten i Sverige där man talar om centralisering av produktionen av maten på sjukhusen, funderar vi över vad kan vi lära oss från andra sidan sundet?

Foto: Tomas Yeh



Monica Berglund (t.v.)
Linda Martinsson (t.h.)
Tre Stiftelser

Hvidovre Hospital är ett allmänt sjukhus som ligger i södra delen av Köpenhamn, ett bygge från 60–70-talet med enorma ytor och kulvertsystem. Man tar emot 3 800 patienter varje månad. Sjukhuset har akut-sjukvård, förlossningar, kirurgi, barn-sjukvård samt forskning.

På Hvidovre Hospital kan gästerna välja fritt från en aptitretande a'la carte-meny och maten serveras vid den tidpunkt de själva bestämmer. Sommaren 2004 bestämde sig sjukhusledningen att maten skulle ha en central plats i vården och för tillfrisknandet. Man började med ett pilotprojekt på fyra avdelningar som blev väldigt lyckat och efter två år infördes à la carte systemet på hela sjukhuset.

Vid varje säng på Hvidovre finns en telefon och ett härligt menykort med massor av alternativ att välja. Man väljer vad man vill äta till frukost, lunch och middag, tänkbara tillbehör samt dessert. Det finns 20 rätter att välja på varje dag: tre soppor, fyra smörrebröd, fem huvudrätter och åtta lättare rätter. Därtill finns det tolv tillbehör, sju sorters sås och sex desserter, med andra ord oändliga kombinationer kan göras.

Det finns tre portionsstorlekar att välja på, önskar man fler portioner av dessert är det bara att beställa.

Patienten kan ringa callcentret varje dag mellan halv åtta och sex för att göra sin beställning och även välja vilken tid

han vill ha maten. Beställningen matas in i ett datasystem, görs i ordning, värms upp och skickas till avdelning med hjälp av ett transportsystem utan förare, detta om du väljer att få maten serverad vanlig tid, har du lust att äta senare eller kanske ute i trädgården körs maten ut av kökspersonalen på en scooter. Maten serveras inom 45 minuter från det att den är beställd! Vårdpersonalen hjälper självklart de som inte klarar detta själva.

All mat lagas från grunden och kyls

ten tilläts att själv ta ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande. Kökets uppgift är att erbjuda möjligheter inte att begränsa dem, säger Charlotte Müller, a'la carte ledare.

Det var imponerande att ta del av danskarnas syn på maten och deras synsätt att den är viktig för tillfrisknandet. Detta tar vi med oss till Sverige och önskar att alla inom vården och omsorgen har denna filosofi! Förändringen har inte medfört ökade kostnader för Hvidovre



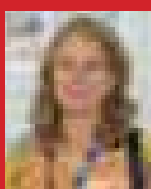
ned direkt, svinnet har minskat efter införandet av a'la carte systemet. Det beror förstås på att patienten kan beställa det han vill ha, bestämma storleken på portionen och när han vill äta.

Det finns dietister på sjukhuset och det kan man se i dataprogrammet när beställningen görs – så att callcentret kan hjälpa till att diet och konsistens blir rätt eller om det finns andra funderingar kring maten. Det är viktigt att patien-

Hospital utan man har genomfört denna kvalitetshöjning inom samma ramar men ett nytt tänk! Däremot fick vi aldrig reda på vad den totala kostnaden för att driva köket var men man kan tänka att den var hög då det jobbade 60 personer varje dag där men det kan ju också vara en reflektion att mat i Danmark får kosta och inte som den debatt som pågår stora delar av landet där man vill bygga enorma centralkök långt bort från kunderna. ●

Ätande och nutrition – sjuksköterskan har ett stort ansvar

Måltiden, patientens ätande och nutritionsbehandling är en central del av såväl omvårdnaden som den medicinska behandlingen och patientsäkerheten. Virginia Henderson skrev redan 1968 i boken *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet* bl. a. att "Det finns inget viktigare för en blivande sjuksköterska än att skaffa sig kunskaper i näringsfysiologi" och "Om det finnes tillräckligt många kompetenta sjuksköterskor så skulle man avsevärt kunna minska antalet patienter som ordineras sondmatning och intravenös näring på sjukhus. Förutsättningen är dock att sjukhuskosten är fullvärdig".



Ann Ödlund Olin
Leg. sjuksköterska, med
dr, vårdutvecklingsledare,
Karolinska Universitets-
sjukhuset, och Karolinska
Institutet
ann.odlund.olin@ki.se

Detta är lika aktuellt idag. Nutritionsvården är lika viktig för patienten som läkemedel eller andra behandlingar.

Det är väl känt att sjukdomsrelaterad undernäring är vanligt bland patienter på sjukhus och vårdtagare inom äldreomsorgen. Undernäring leder till ökad risk för

komplikationer med nedsatt välbefinnande hos patienten, ökat vårdbehov, längre vårdtider och därmed högre kostnader för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen publicerade 2011 vägledningen *"Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring"*. Samma år publicerades *Undernäring – åtgärder för att förebygga* från Sveriges kommuner och landsting som kan sägas vara en kortversion av Socialstyrelsens vägledning^(1,2).

Huvudbudskapen i dokumenten är att alla patienter ska riskbedömas. Bedömning av risk för undernäring kan ba-

seras på riskfaktorerna: ofrivillig viktfrö-
lust, ätsvårigheter och undervikt enligt
Body Mass Index. Risk för undernäring
föreligger om patienten har en eller fle-
ra av dessa riskfaktorer. Även instrument
t.ex. Mini Nutritional Assessment (MNA)
kan användas. MNA är anpassat för indi-
vider 65 år och äldre. Om patienten be-
döms vara i risk för undernäring ska or-
saken eller orsakerna till detta utredas.
Ett annat huvudbudskap är att patienten
ska erhålla en nutritionsbehandling
och ätstödande åtgärder som är anpas-
sade till individens behov samt att insatt
nutritionsstöd och ätstödande åtgärder



ska följas upp. Information om patientens aktuella nutritionsstatus, behov och behandling ska sedan föras över till nästa vårdgivare.

Sjuksköterskan har en central roll i hela denna process. I sjuksköterskans ansvar ingår bl. a. att bedöma patientens nutritionsstatus, utreda problem, upprätta en vårdplan, ordinera kost och ätstödande åtgärder samt ge råd och patientundervisning. Sjuksköterskan utför även åtgärder, följer upp och utvärderar åtgärderna samt överför information till nästa vårdgivare.

Måltiden påverkas av en rad fakto-

rer som bl. a. vilket mathanteringssystem verksamheten har, måltidsmiljön, vårdavdelningens rutiner, normer och den kultur som råder bland personalen.

Den vanliga maten är förstahandsval för att förebygga och behandla undernäring. Att tillföra extra energi i den vanliga maten med främst naturliga råvaror (smör, grädde etc) d.v.s. energi- och proteinrik kost har visats förbättra energiintaget med drygt 30 procent, har positiva effekter på ADL-förmåga hos äldre sjuka individer och det är en enkel samt billig metod ^(3,4).

En dagsportion av någon av de tre

grundkosterna d.v.s. kost enligt svenska näringsrekommendationer (SNR-kost), allmän kost för sjuka (A-kost) och energi- och proteinrik kost (E-kost) innehåller ungefär lika mycket energi (kcal), vitaminer och mineraler. Däremot skiljer sig fördelningen mellan energigivande näringsämnen, fibermängd samt att volymen är olika stor. SNR-kost har störst volym och E-kost minst volym ⁽¹⁾.

Det är viktigt att tänka på att en komplett måltid inte bara består av lunch/middagsrätt utan också av sallad, smör och bröd till de patienter som så önskar samt dryck. Dessutom dessert/frukt till



en eller två måltider per dag beroende på kosttyp. Eftersom lunch och middag endast täcker ca 50 procent av patientens energibehov är det också nödvändigt att servera en energi- och näringsrik frukost, mellanmål tre gånger per dag, inklusive ett sent kvällsmål. Ibland behöver maten kompletteras med kosttillskott. Om detta inte är tillräckligt ordinerar enteral och/eller parenteral nutrition.

Karolinska Universitetssjukhuset har sedan några år tillbaka huvudsakligen ett mathanteringssystem där maten levereras i enportionsförpackningar och tillagas på vårdavdelningen i mikrovågsugnar. Under en dag observerades och registrerades lunchmat som serverades till över 500 vuxna patienter på 51 avdelningar. Därefter registrerades i kvartiler hur mycket som patienterna åt upp av maten. Endast 28 procent av patienterna åt upp hela sin portion. Få patienter serverades E-kost i förhållande till att drygt 30 procent av patienterna skattade sin aptit som dålig eller ganska dålig ⁽⁵⁾.

Att många patienter har problem med mat- och näringsintaget visar också resultatet från Karolinska Universitetssjukhuset kvalitetsuppföljningar de två senaste åren då drygt 50 procent var patienter med risk för undernäring d.v.s. uppvisade minst en av tre riskfaktorer; viktfrörlust, ättsvårigheter eller undervikt ⁽⁶⁾.

Många patienter som är undernärda eller är i riskzonen för att utveckla undernäring behöver inte bara näringsstöd utan även ätstödande åtgärder. Ätstödande åtgärder kan beskrivas som åtgärder vilka syftar till att stödja, underlätta och/eller möjliggöra ätandet för att uppnå ett optimalt energi- och näringsintag, värdighet och välbefinnande. Exempel på ätstödande åtgärder är matning, assistans vid måltiden eller äthjälpmiddel.

Att servera mat är en omvårdnadsuppgift då patienten kan behöva ätstödande åtgärder t.ex. hjälp till rätt sättsäll-

ning i samband med serveringen. För att servera och registrera matintag behövs utbildad vårdpersonal som har kunskap om och förstår patientens medicinska- och omvårdnadsproblem. Att den som serverar mat är väl insatt i patientens problem är en viktig patientsäkerhetsfråga.

Omvårdanden har stor betydelse för att såväl förebygga undernäring som att stödja och behandla patienter som är undernärda. Att så självständigt som möjligt kunna äta i en god måltidsmiljö är betydelsefullt. Flera faktorer bidrar till upplevelsen av måltiden. För att förbättra patienternas måltidsupplevelse och matintag har modellen The Five Aspect Meal Model (FAMM) börjat användas i Stockholms läns landsting. Modellen är ursprungligen framtagen för att användas i restaurangmiljö och är vidareutvecklad vid Grytthytt akademien. Syftet är att ge gästen en optimal nöjdhet under måltiden. Modellen består av fem delar, rummet, mötet, produkten (maten), styrsystemet (ekonomi, lagar). Samspelet mellan dessa faktorer avgör hur patienten uppfattar helheten eller atmosfären vid måltiden.

Enligt FAMM gäller det att förbättra alla de olika faktorer som påverkar måltiden. Det handlar då om allt ifrån hur rummet där maten serveras ser ut, hur bemötandet är, till själva maten och drycken ^(7,8).

Nutritionsområdet är i högsta grad ett tvärprofessionellt område där olika professioner kompletterar varandra. I framtiden vore det värdefullt om:

- sjuksköterskor, undersköterskor och läkare i högre grad är engagerade i och prioriterar patientens ätande, nutritionsbehandling och ätstödande åtgärder
- sjuksköterskan bedömer risk för undernäring hos alla patienter och nutritionsstöd samt ätstödande åtgärder ordinerar i vårdplaner

- mat- och vätskeintag registreras hos patienter som är eller riskerar undernäring och intaget ställs i relation till patientens skattade behov
- sjukhusen har kök med kockar som har hög kompetens och som från grunden lagar individanpassad väl-lagad mat som med kort framförhållning kan levereras till vårdavdelning
- alla sjukhus har matsedlar med stor variation av maträtter och maten är trevligt upplagd på porslinsallrik
- sjuksköterskor, läkare, dietister m.fl. deltar aktivt i kostupphandlingar. ●

Ann Ödlund Olin föreläser på Nationella konferensen i Göteborg 21–22 november

Referenser

1. Socialstyrelsen, Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring, Socialstyrelsen 2011. www.socialstyrelsen.se
2. Sveriges kommuner och landsting. Undernäring - åtgärder för att förebygga. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, SKL 2011, www.skl.se/publikationer
3. Ödlund Olin A, Österberg P, Hådel K, Armyr I, Jerström S, Ljungqvist O. Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *J Parenter Enteral Nutr*, 1996; 20: 93-97.
4. Ödlund Olin A, Armyr I, Soop M, Jerström S, Classon I, Cederholm T, Ljunggren G, Ljungqvist O. Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clin Nutr*, 2003; 22: 125-131.
5. Stockholms läns landsting, Rapport från Patientsäkerhetsdagen 2010, Sjukhusmaten en viktig del av vården.
6. Karolinska Universitetssjukhuset, Patientsäkerhetsberättelse och Kvalitetsboksut 2011.
7. Gustafsson IB, Öström Å, Johansson J, Mossberg L. The Five Aspect Meal Model a tool to develop meal services in restaurants. *J of Food service*, 2006; 17, 84-93.
8. Stockholms läns landsting, Kompetensutvecklingsprogrammet, Mötet, miljön och maten, 2011.

Ätstödjande åtgärder

Många patienter som är undernärda eller är i riskzonen för att utveckla undernäring behöver inte bara näringsstöd. De behöver även individuellt anpassade ätstödjande åtgärder av olika slag. Ätstödjande åtgärder syftar till att stödja, underlätta och göra det möjligt för patienten att uppnå ett optimalt energi- och näringsintag, och känna värdighet och välbefinnande genom kosten. Ätstödjande åtgärder är till exempel matning, äthjälpmiddel och assistans eller tillsyn vid måltiderna.

Gunnar Akner, Ingvar Bosaeus,
Tommy Cederholm, Elisabeth Rothenberg
och Ann Ödlund Olin

Att äta är en komplex process och att klara det på egen hand är en viktig förmåga. Ätandet kan beskrivas både som en aktivitet och en process hos individen. Det omfattar fysiska, psykiska, sociala, etiska och kulturella dimensioner ^[1].

Ätandet i sig kan delas upp i tre integrerade delar.

- Intagande av mat: förmågan att sitta på ett bra sätt under måltiden, att dela maten på tallriken och att föra maten till munnen
- Sväljningsprocessen: förmågan att tugga, att hantera maten i munnen och att svälja
- Ork och aptit: förmågan att äta en hel måltid, att ha aptiten för det och att orka genomföra en hel måltid ^[2]

När vi blir äldre, eller blir sjuka, minskar förmågan att uppleva lukt och smak. Med ökad ålder minskar också upplevelsen av törst, och kroppen har vanligtvis sämre förmåga att kompensera för vätskeförluster. Många patienter behöver därför mat med ett individuellt anpassat energi- och näringsinnehåll. Matens konsistens kan också behöva anpassas, precis som mattiderna eller måltidsmiljön, och patienten kan också behöva åtskjeddande åtgärder.

Åtskjeddande åtgärder syftar till att stödja, underlätta och göra det möjligt för patienten att uppnå ett optimalt energi- och näringsintag, och känna värdighet och välbefinnande genom måltiden.

Matning och äthjälpmiddel

Måltiderna bör präglas av lugn och ro och det är viktigt att inte för många personer är involverade i själva måltidssituationen ^[3]. Att mata eller assistera vid måltid är både komplicerat och tidskrävande. Flera studier visar att förekomsten av undernäring är högre hos dem som behöver hjälp med ätandet jämfört med dem som kan äta självständigt ^[4,5].

Det är en svår omvårdnadsuppgift att mata en annan person. Att kunna äta själv hänger intimt samman med självkänslan och att ta emot mat från någon kräver att man känner tillit och förtroende för den som matar. Det är viktigt att anpassa matningstakten och tuggstorleken efter patientens ork och förmåga att äta. Tar matningen lång tid kan man behöva värma maten igen.

Den som hjälper personen vid måltiden kan lämpligen sitta framför personen och ha ögonkontakt, och ha alla hjälpmedel inom räckhåll. Om personen orkar kan han eller hon involveras i ätandet genom guidning. Det innebär att vårdaren guidar personens arm eller hand i de olika momenten med hopp om att vårdtagaren på sikt kan klara av momenten självständigt. Det är viktigt att uppmuntra och stödja individens egenvårdsförmåga så långt som möjligt.

Patienten kan behöva hjälpmedel för att underlätta sitt ätande, till exempel en tallrik med kant som gör det lättare att få upp maten på besticken, anpassade bestick och drickvänlig mugg. Arbetsterapeuten kan hjälpa till att prova ut lämpliga hjälpmedel och hjälpa till att träna upp patientens finmotorik. Man kan också lägga ett diskunderlägg eller en antiglidmatta under tallriken så att den inte glider iväg under måltiden.

Att patienten får gå på toaletten, tvätta händerna och rengöra munnen innan han eller hon äter är av stor betydelse. Munvård, det vill säga tandborstning, rengöring av munhåla och behandling av uttorkade slemhinnor, ske lämpligen flera gånger per dag. Hälso- och sjukvården kan använda en guide för att bedöma patientens munhälsa ^[6].

Munhållans status är viktig för bear-

betning av maten men också för att uppleva matens smak och konsistens och för patientens allmänna välbefinnande. Det är dessutom viktigt med en god munhygien eftersom en bakterierik saliv kan framkalla utveckling av bland annat lunginflammation ^[7].

Sittställning under ätande

Det är viktigt att patienten har en bra sittställning under måltiden. Det kan underlätta såväl tuggning som sväljning. Patientens ska helst sitta i en stol. Andra åtgärder som kan underlätta ätandet är att ha en kudde i svanken, en viss framåtlutning av bålen och att sitta nära bordet så att armarna kan få stöd. Fötterna bör helst vara i golvet eller på en fotpall.

Om patienten måste äta i sängen bör sittställningen vara så upprätt som möjlig. Lägg en liten extra kudde bakom patientens huvud för att få en lätt framåtböjd huvudposition. En kudde under

knäna gör att patienten inte lika lätt hasar ned, och det gör det bekvämare att sitta.

Vårdtagare i rullstol bör ha båda fötterna på golvet för att öka sin stabilitet. Om bålbalansen är nedsatt kan man öka stabiliteten med ett rullstolsbord eller bålstöd. Kontakta sjukgymnast för att till exempel träna patientens bålsta-

bilitet eller sittbalans.

Ork

Tröttheten kan ta överhand under måltider för personer som har nedsatt energi och ork. För sådana patienter behöver personalen tidigt sätta in åtgärder, se hur patienten svarar på dem och följa upp dem, eftersom den typen av problem i hög grad kan bidra till undernäring ^[2]. Tröttheten gör att personen slutar att äta till följd av utmattning, inte för att han



Logopeden kan ta fram särskilda program för att träna patientens läppar, tunga och käkmuskulatur för att förbättra styrka och rörlighet."



eller hon är mätt. I sådana fall bör man servera små mål ofta, och mellanmålen bör utgöra en större del av det totala energiintaget över dagen.

Man kan också energiberika huvudmålen så att patienten får i sig samma energiinnehåll i en mindre portion (energi- och proteinrik kost). Mellanmålen kan också göras mer fullvärdiga genom att energi- och proteinberika dem, genom att ge kosttillsätt, eller både och. Dietisten kan ge råd beträffande dessa vårdtagare.

Patienten kan också få vila minst 30 minuter före måltid, vilket ökar förutsättningarna för att han eller hon ska kunna fullfölja måltiden. Ibland kan personen behöva assistans eller matning i stället för att äta självständigt tills dess att orken återkommit. Annars finns det en risk att personen äter lite på grund av sin trötthet, blir ännu tröttare och äter ännu mindre. Då är en ond cirkel i gång.

Åtgärder vid demenssjukdom

Individer med demenssjukdom har ofta komplexa problem i samband med måltiderna. Patienterna kan glömma att äta och dricka, och därför är det viktigt att påminna dem. Det kan man till exempel göra genom att räkna fram ett glas med dryck och samtidigt uppmana personen att dricka. En annan metod som man kan använda om patienterna med demenssjukdom har svårt att genomföra själva ätandet är "härming". Då sitter personal med vid bordet och äter för att vara modell och hjälpa till. Genom att samma vårdpersonal hjälper personen med demenssjukdom, så långt det är möjligt, kan man underlätta ätandet^[8].

Efter hand som demenssjukdomen utvecklas och personen får svårare för att äta, till exempel att hantera maten på tallriken och föra den till munnen med hjälp av bestick, kan det i stället vara lättare att äta med fingrarna. Personalen måste

vara lyhörda för varje persons behov och kunna frånga egna normer för ätandet till förmån för individuella lösningar. Som Sidenvall^[9] uttrycker det: "Fingerätande ger självständighet vilket är betydelsefullt och söta maträtter som entré kan ge vilja att äta huvudrätten".

För personer med demenssjukdom kan det också underlätta om man tar bort onödiga föremål på bordet som kan vara distraherande. Att skapa kontraster mellan mat och tallrik och mellan tallrik och bord är en annan åtgärd som kan göra det lättare för individen att äta.

Åtgärder vid sväljningssvårigheter

Patienter som har svårt för att svälja mår vanligen bäst av en enskild, lugn ätmiljö, där de slipper känna sig iakttagna och där de kan fokusera på att svälja säkert. Man måste alltid anpassa gemenskap eller avskildhet under måltiden efter individens behov och önskemål. Se även kapitlet Måltidsmiljö.

Logopeden kan behöva kontaktas för att komma fram till lämpliga kompensatoriska tekniker vid sväljningssvårigheter. Till exempel kan patienten vrida huvudet mot den förlamade sidan för att få mat och dryck att följa den starkare sidan. En annan teknik är att luta huvudet mot den starkare sidan för att genom tyngdkraften få maten att vara på den sidan med bäst kontroll. Genom att hålla hakan lätt pekande mot bröstet får patienten ett bättre luftvägsskydd. Att mata någon som sitter med bakåtlutat huvud är som att "ge konstgjord andning med mat". Då ökar risken för att svälja fel!

Logopeden kan ta fram särskilda program för att träna patientens läppar, tunga och käkmuskulatur för att förbättra styrka och rörlighet. ●

Källa: Socialstyrelsen

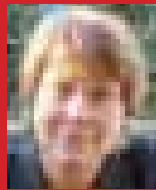
Referenser

1. Ragneskog H, Unosson M, Ödlund Olin A. Omvårdnadsfenomenet ätandet I: Omvårdnad som akademiskt ämne i forskning, utbildning och patientnära verksamhet. Östlin G. (red), Svensk Sjuksköterskeförening, 2002, Stockholm. 23–24. Hämtad 2011-05-12 från <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Forskning-och-utveckling/Omvardnad-som-akademiskt-amne/-Omvardnad-som-akademiskt-amne-II--Omvardnad-som-akademiskt-amne-i-patientnara-verksamhet-utbildning-och-forskning-2002/>
2. Westergren A, Lindholm C, Mattsson A, Ulander K. Minimal eating observation form: reliability and validity. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2009 13(1): 6–12.
3. Stroebele N. & De Castro, JM. Effect of ambience on food intake and food choice. Nutrition, 2004;20, (9):821–38.
4. Westergren A, Unosson M, Ohlsson O, Lorefält B, Hallberg I. Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (≥65 years) patients in hospital rehabilitation. Int J Nurs Stud 2002; 39 (3) :341–51.
5. Christensson L, Ek AC, Unosson M. Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. J of Clin Nurs 2001;10: (4) 491–502.
6. Andersson P, Westergren A, Karlsson S, Rahm Hallberg I, Renvert S. Oral health and nutritional status in a group of geriatric rehabilitation patients. Scand J Caring Sci. 2002;16,(3):311–18.
7. Mojon P. Oral health and respiratory infection. J Can Dent Assoc. 2002; 68, (6): 340–45.
8. Athlin E. Nursing based on an interaction model applied to patients with eating problems and suffering from Parkinson's disease and dementia. Umeå University Medical Dissertations, New series No 230, 1988, Umeå, Sweden
9. Sidenvall B. Måltiden och ätandet bland personer med demens. Skriftserie: Mat för äldre – inom vård och omsorg, nr 22. Underlag från experter, 2007, Socialstyrelsen, Stockholm.



Mer näring och energi till äldre

Bland friska äldre är matvanorna generellt sett goda, i förhållande till rekommendationerna. Däremot kan faktorer som sjukdom, ändrad smakupplevelse och minskad fysisk aktivitet bidra till att äldre får ett bristfälligt intag av energi och vissa näringsämnen. Speciellt bör intaget av protein, kalcium och D-vitamin beaktas.



Elisabet Rothenberg
chefdietist,
Sektionen för Klinisk
Nutrition, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,
Göteborg.
elisabet.rothenberg@
vgregion.se

Aldrandet är i sig ingen sjuklig process, även om det sker med stora individuella variationer beroende på till exempel genetisk disposition, sjukdom och livsstilsfaktorer. Risken för sjukdom ökar dock med åldern varför flera sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar samtidigt blir allt vanligare.

Multisjuka äldre definieras som personer 75 år och äldre med tre eller flera diagnoser, som varit inlagda på sjukhus tre eller flera gånger under det senaste

Liten ordlista

Gerontologi = läran om den friska ålder

Geriatrisk = läran om åldrandets sjukdomar

Befolkningen allt äldre

Cirka 20 procent av den svenska befolkningen är idag äldre än 65 år och år 2050 beräknas var fjärde svensk vara ålderspensionär. Medellivslängden är nu 83 år för kvinnor och 79 år för män – en ökning med mer än 35 år under de senaste 150 åren. Kvinnor är i majoritet i de riktigt höga åldrarna. Ökningen beror framförallt på minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar.

Källor: Statistiska centralbyrån (SCB)

Vård och omsorg om äldre: lägesrapporter 2007, Socialstyrelsen

året. Denna grupp, uppskattas utgöra cirka sju procent av befolkningen över 75 år⁽¹⁾ och har ett omfattande behov av individanpassad vård under en längre tid, som ställer krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan över professions- och organisationsgränser.

Friska äldre äter bra

Åldrandets utveckling har studerats i de geriatrika och gerontologiska populationsundersökningarna H70 och Johannebergssstudien i Göteborg^(2,3).

Representativa grupper av 70-åringar har undersökts mellan 1970 och 2000. Matvanorna har förändrats på samma sätt som i resten av befolkningen, sett över tid. Intaget av frukt och grönsaker, liksom vin och lättprodukter ökade, medan intaget av potatis, kakor och socker minskade. Valet av livsmedel avviker inte nämnvärt från yngres⁽⁴⁾. Många äldre har goda kunskaper om vad som är nyttigt respektive vad som är mindre bra för hälsan.

Måltidsordningen är stabil. Nästan alla äter frukost och ett eller flera lagade mål per dag, men socio-ekonomiska skillnader finns, till exempel avseende intaget av socker och matfett⁽⁵⁾. Så länge äldre är vid » god hälsa bibehåller de således bra matvanor, och därmed ett bra intag jämfört med rekommendationerna⁽⁶⁾. Undantaget är intaget av D-vitamin, som är för lågt⁽⁴⁾.

Högre BMI för äldre

De kvinnor som följdes över 25 år (70–95 år) i H70-studien, minskade fem centimeter i längd och cirka fem kilo i vikt. Männerna minskade fyra centimeter i längd och lite drygt tre kilo i vikt⁽⁷⁾. För

kvinnorna fann man lägst dödlighet vid BMI 25–27, medan motsvarande BMI för män var 27–29⁽⁸⁾.

Normalt BMI för äldre har föreslagits ligga mellan 24 och 28⁽⁹⁾, vilket är betydligt högre än intervallet 20–25 som brukar anges för yngre. Lågt BMI är således inte normalt i högre åldrar. Det skall alltid uppmärksammas och utredas, då BMI är en indikator på nutritionsstatus och används kliniskt för att värdera grad av under eller övervikt. I Sverige används 22 som gräns för lågt BMI bland äldre⁽¹⁰⁾.

Minskat energibehov

Energibalans innebär balans mellan förbrukning och intag av energi (kalorier) och är förutsättningen för viktstabilitet. Energiutgifterna består i huvudsak av två delar; basal energiåtgång (BMR) för att hålla kroppstemperaturen, och vidmakthålla organens funktion, samt energiåtgång till följd av fysisk aktivitet och eller ofrivillig muskelaktivitet. BMR motsvarar cirka 20 kcal per kilo kroppsvikt.

Energibehovet bestäms av en rad faktorer som kön, ålder och grad av fysisk aktivitet. Män har, beroende på större muskelmassa, vanligtvis högre energibehov än kvinnor. Med åldern minskar energibehovet, framför allt beroende på minskad fysisk aktivitet, men också till följd av mindre kroppscellmassa, som i sin tur leder till sjunkande BMR.

Den fysiska aktiviteten sjunker dock relativt sett betydligt mer än BMR relaterat till hög energiomsättning i de inre organen i jämförelse med den i muskulturen. Dock kan låg fysisk aktivitet vara förenlig med betydande energiutgifter till följd av ofrivillig muskelaktivitet orsakade av till exempel tremor och kramper. >>

Energibalans kan upprätthållas på låga energinivåer, problemet är att täcka näringsbehovet när portionerna är små – en situation som är vanlig bland sjuka äldre.

Miniminivå för att upprätthålla liv på längre sikt är ett energiintag 20 procent över BMR⁽¹¹⁾, vilket förutsätter total avsaknad av fysisk aktivitet till exempel att ligga stilla i sängen eller sitta helt stilla i rullstol. För dem med mycket låg fysisk aktivitet, företrädesvis sängbundna, rekommenderas ett energiintag på 30 procent över BMR⁽¹⁰⁾. Vid måttlig fysisk aktivitet gäller 50 procent över BMR. Vid till exempel kronisk obstruktiv lungsjukdom eller omfattande ofrivillig muskelaktivitet kan energibehovet vara betydligt högre, 80 procent över BMR eller ibland ännu mer, för viktstabilitet.

Energi- och proteinrik kost för sjuka

De Nordiska näringsrekommendationerna (NNR)⁽⁶⁾ är avsedda för friska med låg till måttlig fysisk aktivitet. Nivåerna för rekommenderat dagligt intag av de flesta näringsämnen är i stort sett desamma för vuxna oavsett ålder. Anledningen är att underlaget för speciella rekommendationer avseende äldre är mycket bristfälligt.

Värdet av speciella rekommendationer för äldre är diskutabelt med tanke på den ökade risken för sjukdom i hög ålder. Vid flertalet kroppsliga sjukdomar förändras metabolismen och i vissa fall ökar förluster av såväl energi som protein,



samtidigt som aptiten ofta sjunker. Konsekvensen blir för lågt intag i relation till behoven. Också läkemedelsbehandling och förändrad eller minskad smakupplevelse kan bidra till försämrade aptit.

Vid sjukdom måste nutrition ses som en del av den medicinska behandlingen och individuella problem måste utredas innan ställning tas till ordination. Behov kan finnas av ökad näringstäthet, förändrad konsistens samt nutritionsstöd i form av energi- och proteinrika näringsdrycker samt vitamin- och mineralsupplementering.

Ofta är energi- och proteinrik kost motiverad⁽¹⁰⁾, det vill säga en kost där en halv till två tredjedelar portion innehåller lika mycket energi och protein som en

normal portion. Det uppnås genom att dra ner på fiberrika livsmedel, som ger stor volym men förhållandevis lite energi, och istället öka mängden fett- och proteinrika livsmedel. För dem med liten aptit och ofrivillig vikt förlust kan också flera mindre måltider och begränsad nattfasta vara en lösning.

Optimalt proteinintag?

Protein behövs för den kroppsegna protein syntesen. Känsligheten för den anabola effekt som aminosyror och insulin har på proteinsyntes är nedsatt hos äldre, vilket leder till minskat anabolt svar i muskeln på en komplett måltid och bidrar troligen, i ett längre perspektiv, till utvecklingen av sarkopeni.

Vad som är ett optimalt intag av protein för maximal muskelproteinsyntes bland äldre är dock oklart. I en nyligen publicerad översiktsartikel rekommenderas ett intag runt 1,5 gram per kilo kroppsvikt per dag⁽¹²⁾. Intaget av essentiella aminosyror är här av central betydelse; 15 gram essentiella aminosyror, motsvarande drygt 30 gram animaliskt protein, har visat sig leda till maximal proteinsyntes. Ett intag på cirka 25–30 gram protein per måltid skulle därför vara att rekommendera⁽¹³⁾.

Extra D-vitamin och kalcium

Rekommendationen för personer äldre än 60 år är 10 mikrogram D-vitamin per dag, vilket är svårt att nå via kosten, (se Nordisk Nutrition 1/2008 och 1/2009). För äldre utan, eller med mycket liten solexponering, rekommenderas tillskott på 10 mikrogram vitamin D₃ per dag utöver intaget från kosten⁽⁶⁾.

För kalcium är rekommendationerna 800 milligram per dag för friska vuxna över 20 år. För dem över 60 år nämns att ytterligare 500–1 000 milligram per dag möjligen kan försena åldersrelaterad minskning av benmassan.

Betydelsen av supplementering med kalcium och D-vitamin för att minska risken för frakturer hos äldre har studerats ingående. Resultaten är delvis motstridiga, men talar för att en kombination av D-vitamin och kalcium kan minska risken för frakturer hos främst äldre kvinnor^(14,15). Tillskott av både kalcium och D-vitamin förefaller vara gynnsamt i första hand för personer med lågt kalciumintag och D-vitaminstatus⁽¹⁶⁾. Dosering med 1 000–1 200 milligram kalcium och 20 mikrogram D-vitamin per dag har föreslagits.

Läkemedelsverkets rekommendation för osteoporospatienter är 10–20 mikrogram D-vitamin samt 500–1 000 milli-

gram kalcium per dag, utöver kostintaget⁽¹⁷⁾.

D-vitamin har också en roll i muskelproteinomsättningen och kan liknas vid ett hormon då det i muskelceller upptäckts speciella receptorer för 1,25(OH)₂D₃⁽¹⁸⁾. Det finns vetenskapligt stöd för att D-vitaminbrist kan leda till muskelsvaghet bland äldre. Det gäller framförallt de viktbärande musklerna i benen som är nödvändiga för balans och gång. Trots att det bara finns några få interventionsstudier indikerar tillgängliga data att supplementering med D-vitamin skulle kunna bidra till att bibehålla muskelstyrka och funktionell förmåga bättre i högriskgrupper som sköra ("frail") äldre⁽¹⁸⁾. ●

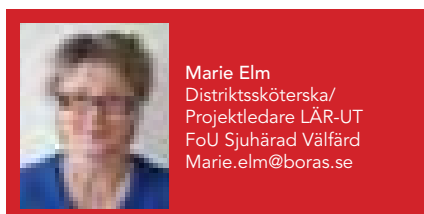
Källa: Nordisk Nutrition

Referenser

1. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre: om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur 2003.
2. Steen B, Djurfeldt H. The gerontological and geriatric population studies in Gothenburg, Sweden. Z Gerontol 1993;26(3):163-9.
3. Augustsson O, et al. Social and medical risk indicators for 8-year mortality in an Swedish urban elderly population. Archives of Gerontology and Geriatrics 2003; 36:155-71.
4. Eiben G, et al. Secular trends in diet among elderly Swedes – cohort comparisons over three decades. Public Health Nutrition 2004; 7: 637-44.
5. Rothenberg E, et al. Food habits, food beliefs and socioeconomic factors in an elderly population. Scandinavian Journal of Nutrition 1994; 38:159-65.
6. Nordic Nutrition Recommendations 2004 : integrating nutrition and physical activity. 4th edition ed. Copenhagen: Nordic Council of Ministers 2004.
7. Dey D, et al. Height and body weight in the elderly. I. A 25-year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. Eur J Clin Nutr 1999; 53: 905-14.
8. Dey DK, et al. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 482-92.
9. Beck AM, Ovesen L. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? Clin Nutr 1998; 17: 195-98.
10. Bosaeus I, et al. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Statens livsmedelsverk 2003.
11. Black AE, et al. Human energy expenditure in affluent societies: an analysis of 574 doublylabelled water measurements. Eur J Clin Nutr 1996; 50: 72-92.
12. Wolfe RR, et al. Optimal protein intake in the elderly. Clin Nutr 2008; 27: 675-84.
13. Paddon-Jones D, Rasmussen BB. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2009; 12: 86-90.
14. Freyschuss B. Behandling med vitamin D och kalcium. En inventering av det vetenskapliga underlaget. En kommentar till rapporten "Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling" publicerad av SBU 2003. Stockholm 2006.
15. Cranney A, et al. Summary of evidencebased review on vitamin D efficacy and safety in relation to bone health. Am J Clin Nutr 2008; 88: 513S-9S.
16. Rizzoli R, et al. The role of calcium and vitamin D in the management of osteoporosis. Bone 2008; 42: 246-9.
17. Läkemedelsverket. Behandling av osteoporos – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2007; 4: 19-29.
18. Janssen HC, et al. Vitamin D deficiency, muscle function, and falls in elderly people. Am J Clin Nutr 2002; 75: 611-5.

LÄR UT – äldre och läkemedel i praktik

Äldre som använder många läkemedel är en riskgrupp som behöver uppmärksammas eftersom de är extra känsliga för att få läkemedelsbiverkningar. Borås Stad har sedan 2006 arbetat aktivt för att förbättra äldres läkemedelshantering genom projektet LÄR UT – bättre läkemedelshantering för äldre. Det är ett koncept med utbildning, rutiner och symtomskattning som har gett både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal en ökad kunskap om och praktiska verktyg som används i vardagsarbetet. Ledstjärnan är att äldre ska må bra av sina läkemedel och ha nytta av dem.



Marie Elm
Distriktsköterska/
Projektledare LÄR-UT
FoU Sjuhärad Välfärd
Marie.elm@boras.se

Utgångspunkten när projektet startade 2006 var att det behövdes gemensamma krafter för att öka vårdpersonalens kompetens om äldre och läkemedel och att utveckla en patientnära metod för läkemedelsgenomgång. Projektet initierades av ReKo (Vårdsamverkan mellan primärvården, länssjukvården och kommunerna i Sjuhärad) i samarbete med den dåvarande Läkemedelskommittén i Södra Älvsborg och FoU Sjuhärad Välfärd. Grundtanken var att utbilda kommunala sjuksköterskor till handledare inom läkemedelshantering

för äldre. Kunskap som de därefter skulle sprida till kollegor och omvårdnadspersonal (i hemtjänst och på särskilt boende), d.v.s. till de som arbetar närmast de äldre. LÄR UT – *bättre läkemedelshantering för äldre* innebär att olika metoder kombineras, samordnas och sker parallellt för att få ett bättre resultat. Projektet fick namnet LÄR UT som illustrerar hörnstenarna i konceptet.

L står för läkemedelsbehandling och läkemedelshantering. Båda delarna har betydelse för en effektiv läkemedelsanvändning.

Ä står för äldre som ska må bra.

R står för redskap som kan användas i förbättringsarbetet. Redskap är det professionella teamet som finns runt den äldre och de närstående. Det står också för rutiner och utvärderingsverktyg i form av bedömningsinstrument och skattningsskalor som kan användas för att utvärdera effekter och eventuella biverkningar av läkemedelsbehandling.

UT står för utvärdering. Det är ett nyckelord och står för de utvärderingsfrågor som ställs till läkaren:

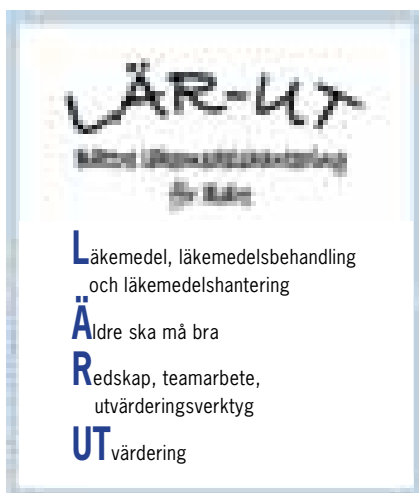
- När ska läkemedlets effekter utvärderas?
- Av vem/vilka ska utvärderingen göras?
- Hur ska utvärderingen ske?
- Vad ska utvärderas/vilka effekter förväntas?

Utbildningen har fokus på behandling vid oro, smärta, sömn och demens hos äldre. Varje sjuksköterska får en LÄR UT-pärm, som används vid utbildning av omvårdnadspersonal om äldre och läkemedel och vid delegering. En symtom-

skattningsblankett har tagits fram i projektet och används för att uppmärksamma problem och besvär som den äldre upplever som kan höra ihop med läkemedel. Symtomskattning görs av den äldre själv, närstående, omvårdnadspersonal eller sjuksköterska. Symtomskattningen görs främst inför recept/apodosförnyelse, årskontroll hos distriktsläkare och utvärdering av ordinationsändringar både på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården. Idag har det skapats rutiner för när och hur symtomskattningen används för att äldres upplevda besvär/problem ska uppmärksammas, dokumenteras, analyseras och åtgärdas. Rutinerna omfattar också samverkan med primärvårdens läkare.

Det har nu blivit tretton utbildningsomgångar där sjuksköterskor utbildas till LÄR UT-handledare. De utbildar i sin tur omvårdnadspersonal. I Sjuhäradskommunerna finns totalt 299 LÄR UT-handledare varav 220 i Borås Stad. I Borås Stad har närmare 1700 (av 1800) omvårdnadspersonal fått utbildning. Det innebär en ökad kompetens om äldres läkemedelsbehandling och om omvårdnadsinsatser som alternativ till läkemedelsbehandling. FoU Sjuhärad Välfärds utvärdering av projektet visar att:

- *Ökad kunskap om äldre och läkemedel som används i vardagsarbetet.* LÄR UT har förbättrat kunskapen om äldre och läkemedel hos sjuksköterskor och omvårdnadspersonal och de



nya kunskaperna används av de allra flesta (89–96 procent) i vardagsarbetet. Symtomskattning används och bedöms av personalen vara till nytta för den äldre genom att problem/besvär uppmärksammas.

- Sjuksköterskorna har fått ökad kunskap, praktiska verktyg för att utbilda omvårdnadspersonal. Sjuksköterskorna upplever också att de har fått en ökad medvetenhet om sin egen roll i arbetet för en bättre utvärdering av läkemedelsbehandling hos äldre.
- Upplevda förändringar är att omvårdnadspersonal rapporterar mer till sjuksköterskorna om symtom hos äldre, ökade reflektioner om läkemedlen intas på rätt sätt och tid, ökad kunskap om alternativ till läkemedel. En ytterligare effekt av projektet är att fler har anammat "Att vara på alerten" när det gäller att utvärdera läkemedelsbehandling i både tanke och handling.

LÄR UT – ett kvalitetsarbete

Projektet har implementerats genom en bred och tvärprofessionell samverkan mellan Borås Stad, Primärvården Borås – Bollebygd och FoU Sjuhärad Valfärd. Inom Borås Stad finns ett stort intresse från verksamhetsledning, MAS (Medicinskt Ansvarig sjuksköterska), enhetschefer och framförallt sjuksköterskorna. Interesse, ledningsstöd, samverkan, lång projekttid och ekonomiska möjligheter har bidragit till att arbetssättet har implementerats. LÄR UT har blivit en del av vardagsarbetet inom äldreomsorgen. Det innebär att nyanställda sjuksköterskor erbjuds LÄR UT-utbildning.

LÄR UT har bidragit till att:

- på bredden utbilda hemsjukvårdens sjuksköterskor och omvårdnadspersonal om äldre och läkemedel.

- lyfta fram att hela teamet runt den äldre är delaktiga i läkemedelsfrågorna

Hemsjukvårdens sjuksköterskor och omvårdnadspersonal har förutsättningar att bli nyckelpersoner i arbetet med att öka kvaliteten vad gäller äldres läkemedelsbehandling. Det här kan ske genom uppföljning vid förändrade läkemedelsordinationer, ökad uppmärksamhet vid läkemedelsrelaterade besvär/problem och en ökad kommunikation med läkare.

- det är viktigt att involvera den äldre i sin läkemedelanvändning genom bl.a. symtomskattning.
- integrera det regionala läkemedelsarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården genom att sjuksköterskorna genom LÄR UT får ökad kännedom om både nationella och regionala riktlinjer om behandling av t.ex. sömn, BPSD och demens.

Utbildningsdelen och användning av symtomskattning inom LÄR UT är i samklang med målen i den nya nationella lä-

kemedelsstrategin för rätt läkemedelsanvändning. I läkemedelsstrategin lyfts både vikten av effektiva läkemedelsgenomgångar och kompetenshöjande utbildningsinsatser för hemtjänstpersonal fram. Det kommer att innebära ett fortsatt arbete med att utveckla LÄR UT-konceptet. Nationellt har LÄR UT fått uppmärksamhet genom Guldpillrets hedersomnämning 2011. Under våren har både äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm och äldreministern Maria Larsson uppmärksammat LÄR UT. Maria Larsson besökte 18/4 Ekekullens äldreboende, Sandhult, för att ta del av LÄR UT i praktiken.

Dokumentation

FoU-rapporten *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre*. FoU Sjuhärad ger en beskrivning och en utvärdering av projektet. www.fous.se På MAS/MARs hemsida i Borås Stad finns information och rutiner om symtomskattningen.

Borås MAS/MAR hemsida ●

Länkar om LÄR UT:

Guldpillrets hedersomnämning

www.boras.se/startsidanslankar/aktuellt/nyheter/nyheterborasstad/borasstadhedrasforlarutprojektet.5.121e91e2132cdd86bdb800023352.html

www.de-mest-sjuka-aldre.se/aldrevard/lar-ut-projektet-okade-kunskapen-om-aldre-och-lakemedel/

www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/nyhetsarkiv/larut

Symtomskattningen kan laddas ner som pdf från MAS hemsida i Borås

www.boras.se/forvaltningar/stadsdeloster/stadsdelstforvaltningenoster/kommungemensamt/

medicinsktansvarigsjukskoterskamedicinsktansvarigforrehabilitering/forpersonalinomalldreomsorgochfunktionshinderverksamhetn/forpersonalinomalldreomsorgochfunktionshinderverksamheten/lakemedelshantering.4.6744cfc712ca27ae7cf80001738.html

Förbättra munvårdsråden till strokepatienter

Denna uppföljning av patienter som nyligen fått stroke understryker behovet av att förbättra informationen om risken för oral ohälsa till strokepatienter, deras anhöriga och vårdpersonal för att stimulera till regelbunden tandvårdskontakt samt öka följsamheten av givna munvårdsråd. Detta kan bidra till förbättrad oral hälsa och minskad risk att insjukna i pneumoni efter genomgången stroke.

Madeleine Wertsén
ötdl, Specialkliniken för pedodonti och
sjukhustandvård, SU/Mölndal
madeleine.wertsen@vgregion.se

Mia Zellmer
tandhygienist, Specialkliniken för pedodonti
och sjukhustandvård, SU/Mölndal

Lisbeth Arnesson
tandsköterska, Specialkliniken för pedodonti
och sjukhustandvård, SU/Mölndal

Risken att insjukna i stroke ökar med stigande ålder. 30 000 personer insjuknar varje år i stroke. Av de patienter som insjuknar avlider ungefär 25 procent. Stroke är den tredje vanligaste dödsorsaken efter ischemisk hjärtsjukdom och malignitet ^[1].

Ökad risk för karies

De flesta äldre har i dag egna tänder. Endast cirka tre procent av den vuxna befolkningen är helt tandlös ^[2].

Nedsatt oral motorik och sväljningssvårigheter

Efter genomgången stroke har många patienter nedsatt oral motorik och sväljningssvårigheter ^[3]. Reducerad förmåga att kunna röra tungan, nedsatt känsel och sväljningssvårigheter gör det svårt att rensa bort matrester som samlas på den för-

lamade sidan. Läkemedel som ska sväljas kan bli kvar i munhålan och orsaka frätskador.

Förlängd sockertid och sämre buffringskapacitet

Muskulär dysfunktion och nedsatt förmåga att avlägsna mat från munnen resulterar i signifikant högre glukoskoncentration och tio gånger så långa eliminationstider ^[4]. Låg salivsekretion försämrar buffringskapaciteten genom påverkan av bikarbonat-, fosfat- och proteinsystemen. Detta resulterar i lägre ph mellan måltiderna och långsammare återhämtning efter intag av sockerhaltiga produkter ^[5]. Det finns ett klart samband mellan kariesförekomst och stroke hos personer boende på institution ^[6].

Hyposalivation

Strokepatienter använder ofta många läkemedel, polyfarmaci, vilket orsakar nedsatt salivsekretion ^[7]. Hyposalivation medför svårigheter

att tugga och att initiera sväljning ^[8]. Dessutom påverkas både eliminationen av socker ur saliven och ph-sänkningen i dentalt plack. Vid låg salivsekretion elimineras socker långsammare i omslagsvecket än under tungan



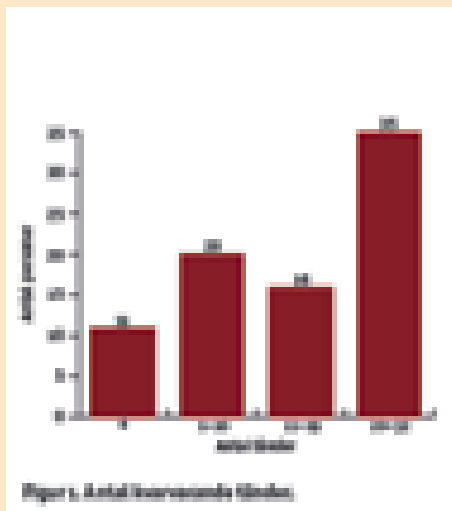


Figure 1. Antal boende i äldreboende.

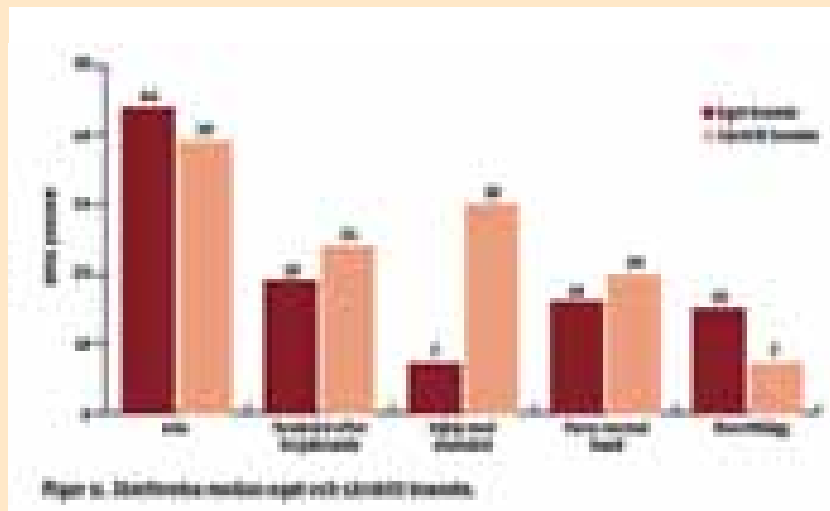


Figure 2. Antal boende i äldreboende efter kön.

vilket innebär att risken för kariesangrepp på buckalytor ökar ^[9].

Förändrad mikrobiologisk flora och risk för aspirationspneumoni

Under akutfasen efter insjuknande i stroke ökar andelen aeroba gramnegativa bakterier i munhålan ^[10]. Den absolut vanligaste bakterien är *Klebsiella pneumoniae*, som kan orsaka lunginflammation. Under akutstadiet ses en signifikant ökning av jästsvamp. Under rehabiliteringen minskar svampförekomsten hos de personer som får förbättrad funktionsförmåga och då särskilt förmågan att borsta tänderna ^[11].

Aspirationspneumoni är en vanlig och allvarlig komplikation vid akut stroke. Detta är relaterat till dysfagi och är en vanlig dödsorsak ^[10]. Risken för lunginflammation ökar vid dålig munhygien och förekomst av tandsten ^[12]. Professionellt utförd munvård minskar risken för pneumoni signifikant och antalet dödsfall halveras ^[13].

Försämrade munhygien

Förlamning i normal användarhand gör det omöjligt att själv utföra munvård ^[14]. Kognitiv nedsättning kan leda till att individen varken sköter sin munhygien själv eller vill få hjälp av andra. Kommunikationen kan försvåras på grund av afasi eller dysartri. Trötthet och depression medför att personen inte orkar ut-

föra daglig munhygien. Flertalet strokepatienter har problem att borsta tänderna under akutfasen och vid utskrivningen. Efter sex månader kvarstår svårigheterna hos fler än hälften ^[10].

Hjälp med munvård

Under akutstadiet behöver en stor andel av patienterna hjälp med munvård ^[10]. Personer med dålig funktionsnivå efter rehabilitering behöver daglig hjälp med munvård. Teoretiskt sett ges munvård hög prioritet i omvårdnadsarbetet, men i verkligheten kommer andra sysslor först. Oral hälsa separeras från normal omvårdnad och diskuteras inte när omvårdnadsplaner skrivs ^[14].

Uppföljning av patienter som vårdats för stroke

I litteraturen finns sparsamt med beskrivningar av uppföljning vad gäller munvård och tandvårdskontakter hos individer som vårdats för stroke. På Mölndals sjukhus finns en strokeenhet med ett multidisciplinärt behandlingsteam. Sedan 1995 finns ett nära samarbete mellan denna enhet och sjukhustandvården. Så gott som samtliga patienter som insjuknat i stroke remitteras till sjukhustandvården med en fastställd remissblankett. Praxis är att genom telefonkontakt följa upp patienternas tandvårds- och munvårdsvanor enligt ett fastställt frågeformulär (se bilaga till denna artikel på www.tandlakartidningen.

se). Syftet med denna rutin är att fånga upp de patienter som förlorat kontakten med tandvården eller inte får stöd och hjälp med munvård. Syftet med denna artikel är att redovisa en sammanställning av de svar som erhållits vid telefonintervjuerna.

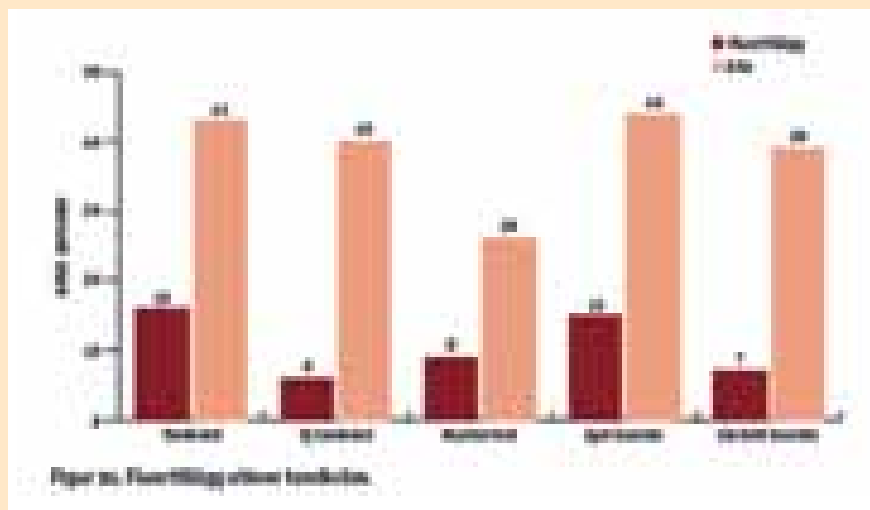
Material och metod

Materialet utgörs av patienter som undersökts vid sjukhustandvården i Mölndal efter remiss från strokeenheten vid

”

Personer i särskilt boende hade i högre utsträckning träffat tandläkare eller tandhygienist.”

Mölndals sjukhus mellan 2005 och 2009. Dessa erbjöds ett uppföljande telefonsamtal 6–18 månader efter stroke. 156 patienter remitterades under perioden. En enkel bedömning av den orala situationen gjordes av tandhygienist, vanligen på vårdavdelningen. Uppgifter om



antal tänder, protetiska konstruktioner, sjukdomsförekomst, hyposalivation och munhygien återkopplades skriftligen till personalen på strokeenheten. Även råd angående munvård och extra fluorertskott gavs i remissvaret.

6–18 månader efter genomgången stroke ringde en tandsköterska upp och ställde frågor enligt ett fastställt frågeformulär.

Telefonkontakt etablerades med 83 individer eller deras talespersoner. I formuläret noterades vem som lämnade uppgifterna och om patienten bodde i egna hemmet eller i särskilt boende. Uppgifter inhämtades om munvårdsvanor, vilka hjälpmedel som användes, vem som utförde munvården och vilka fluorprodukter som nyttjades. Likaså efterfrågades kostvanor, om man behövde hjälp vid måltid och omfattningen av kvarstående funktionsnedsättning. Med något undantag utfördes samtliga undersökningar av samma tandhygienist och telefonkontakten av samma tandsköterska.

Statistiska analyser

Vid sammanställningen av intervjuerna identifierades svaren. Bearbetning av data genomfördes med statistikprogrammet spss för Windows, version 18. De statistiska analyserna är frekvenstabeller och Pearson chi-square test. Samband mellan oberoende kategoriska variabler samt den beroende variabeln har testats med chi-square test.

Resultat

58 av de 156 remitterade patienterna hade avlidit och 15 svarade inte. Telefonintervju genomfördes med 83 personer, 37 kvinnor och 46 män, 6–18 månader efter insjuknande i stroke. Majoriteten av individerna intervjuades efter 6–12 månader. Åldern på patienterna varierade mellan 55 och 95 år. 39 personer var 85 år eller äldre.

Fysisk hälsa

44 personer bodde i det egna hemmet och 39 i särskilt boende. Majoriteten hade ingen förlamning innan insjuknandet medan 66 av 83 var förlamade i någon kroppsdel efter sin stroke. Pares i normal användarhand förekom hos 36 individer.

De flesta använde inga förflyttningshjälpmedel innan sin stroke. Efter rehabiliteringen behövde 50 personer rullstol och 23 gåhjälpmedel som bock och rullator. Endast 10 individer använde inga hjälpmedel.

Intyg om nödvändig tandvård.

Detta ger dem rätt till en kostnadsfri munhälsobedömning utförd av tandhygienist. Denna rättighet kan förklara varför personer i särskilt boende i högre grad än hemmaboende träffat tandläkare eller tandhygienist. Troligen är även många av dem som bor i egna hemmet också berättigade till intyg, men de identifieras sannolikt inte lika enkelt av kommunerna

eftersom hela eller delar av omvårdnaden utförs av anhöriga. Att fler med pares i normal användarhand haft kontakt med tandvård kan förklaras med att de troligen har en högre grad av funktionsnedsättning och därmed rätt till uppsökande och nödvändig tandvård.

Få individer upplevde sig vara muntorra men det kan inte uteslutas att hyposalivation förekom hos fler patienter, eftersom hyposalivation orsakad av polyfarmaci är vanligt bland strokepatienter [16]. Hyposalivation ökar risken att få karies. För människor med funktionsnedsättning som är beroende av omvårdnad kan effekten av låg salivsekretion bli mycket skadebringande. Det är därför av största vikt att göra en systematisk kariesriskbedömning och sätta in relevanta kariespreventiva åtgärder efter genomgången stroke.

Glädjande var att många av dem som bodde i särskilt boende helt eller delvis fick hjälp med munvård, eftersom personer med stroke har högre andel ytor med plack och högre blödningsindex än individer utan funktionshinder [17]. Ett negativt fynd var att fler än en tredjedel av de med pares i normal användarhand själv borstar sina tänder. Det är viktigt att munvård ingår i omvårdnaden av personer med kvarstående funktionsnedsättning, men munvård är ofta lågt prioriterat [14]. Sannolikt är de allra flesta i särskilt boende och en majoritet av de hemmaboende i behov av hjälp med munvård, >>

eftersom det finns ett samband mellan nedsatt funktion i höger hand och dåligt utförd munvård ^[15]. Hjälpn uteblir tyvärr ofta på grund av olika omständigheter, till exempel att patienten inte samarbetar, att andra sysslor kommer i första hand eller att man inte vet hur munvård ska utföras ^[14].

Problem i munhålan utvecklas vanligen utan att vare sig individen själv eller omgivningen är medvetna om det. Eftersom regelbunden revisionstandvård för många av de intervjuade upphört kommer eventuella problem först att visa sig som akuta besvär. Vår uppföljning berörde huvudsakligen personer med moderat och svår stroke, varför deras funktionsnedsättning var mer omfattande och behovet av hjälp med munvård i denna grupp sannolikt mycket större. Kvarliggande plack och förändrad flora gör att dessa patienter också löper stor risk att få pneumoni ^[13]. En ytterligare försvårande faktor är att majoriteten av de intervjuade hade sväljningsproblem och fick sin mat bearbetad. Detta ökar risken att få lunginflammation på grund av aspiration ^[18].

Förutom tandkräm användes mycket få fluorprodukter. Kontakt med tandvård före och efter insjuknande var en faktor som påverkade användning av extra fluor positivt. Användning av fluortillägg var vanligare bland dem som bodde hemma. Personer med pares i normal användarhand använde andra fluorprodukter förutom tandkräm i högre utsträckning än de utan pares. Detta sammanfaller med att de även haft mer frekvent kontakt med tandvård.

Hyposalivation är troligen ett mycket större problem än vad som framkom vid uppföljningen. Andelen som uppgav att de upplevde torrhet i munnen överensstämmer dock med resultat från andra studier avseende personer med polyfarmaci ^[7]. Det är därför oroande att så få av de intervjuade och majoriteten av dem som upplevde sig vara muntorra endast

använde tandkräm. Att bruket av fluortillskott är mindre vanligt bland personer i särskilt boende kan förklaras av att detta är ytterligare en tidskrävande åtgärd inom ramen för omvårdnaden och att vårdpersonalen kanske inte har kunskap om vilken betydelse för oral hälsa detta har ^[14]. Det är således viktigt att tandvården informerar redan friska äldre personer om vikten av att använda fluortillägg för att tidigt skapa bra rutiner.

Denna uppföljning av patienter som nyligen fått stroke understryker behovet av att förbättra informationen om risken för oral ohälsa till strokepatienter, deras

anhöriga och vårdpersonal för att stimulera till regelbunden tandvårdskontakt samt öka följsamheten av givna munvårdsråd. Målet bör vara att etablera en fungerande vårdkedja där information från vårdavdelningen till kommunen och anhöriga vid utskrivning även innehåller uppgifter om hjälpbehov avseende munvård. Detta kan bidra till en förbättrad oral hälsa och minskad risk att insjukna i pneumoni efter genomgången stroke. ●

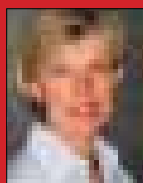
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Riks-Stroke. Årsrapport 2009. www.riks-stroke.org
2. Socialstyrelsen. Befolkningens tandhälsa 2009. Rapport; 2010-6-5.
3. H Nilsson, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Dysphagia in stroke: A prospective study of quantitative aspects of swallowing in dysphagic patients. *Dysphagia* 1998; (13): 32–8.
4. Gabre P, Norman C, Birkhed D. Oral sugar clearance in individuals with oral motor dysfunctions. *Caries Res* 2005; (39): 357–62.
5. Hase JC, Birkhed D. Salivary glucose clearance, dry mouth and pH changes in dental plaque in man. *Arch Oral Biol* 1988; 33 (12): 875–80.
6. Maupomé G, Gullion CM, White BA, Wyatt CL, Williams BSN. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. *Spec Care Dentist* 2003; 23 (6): 199–208.
7. Nederfors T, Isaksson R, Mörnstad H, Dahlöf C. Prevalence of perceived symptoms of dry mouth in an adult swedish population – relation to age, sex and pharmacotherapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25 (3): 211–6.
8. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: Clinical aspects and treatment. *Gerodontology* 2003; 20 (2): 64–77.
9. Weatherell JA, Duggal MS, Robinson C, Curzon MEJ. Site-specific differences in human dental plaque pH after sucrose rinsing. *Arch Oral Biol* 1988; 33 (12): 871–3.
10. Millns B, Gosney M, Jack CIA, Martin MV, Wright AE. Acute stroke predisposes to oral gram-negative bacilli – a cause of aspiration pneumonia? *Gerodontology* 2003; (49): 173–6.
11. Zhu HW, McMillan AS, Mc-Grath C, Li LSW, Samaranayake LP. Oral carriage of yeasts and coliforms in stroke sufferers: a prospective longitudinal study. *Oral Dis* 2008; (14): 60–6.
12. Fields LB. Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. *J Neurosci Nurs* 2008; 40 (5): 291–8.
13. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Ariumi S, Tomonori M, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50 (3): 430–3.
14. Wårdh I, Hallberg LRM, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing. *Scand J Caring Sci* 2000; (14): 137–42.
15. Hunter RV, Clarkson JE, Fraser HW, MacWalter RS. A preliminary investigation into tooth care, dental attendance and oral health related to quality of life in adult stroke survivors in Tayside, Scotland. *Gerodontology* 2006; (23): 140–8.
16. Kerr GD, Sellars C, Bowie L, Bagg J, Sweeney MP, Langhorne P, Stott DJ. Xerostomia after Acute Stroke. *Cerebrovasc Dis* 2009; (28): 624–6.
17. Pow EHN, Leung KCM, Wong MCM, Li LSW, McMillan AS. A longitudinal study of the oral health condition of elderly stroke survivors on hospital discharge into the community. *Int Dent J* 2005; (55): 319–24.
18. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral Health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28 (6): 224–36.

Mål i mun – en artikel

Hur mycket som än satsas på bra mat och en trevlig måltidssituation för äldre så kan matlusten ändå utebli för dem som har problem med munhälsan. Inger Wårdh – verksam vid Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet – beskriver med utgångspunkt från ätandet varför det är så viktigt att uppmärksamma och hjälpa äldre med munvård. I artikeln finns tips riktade både till personer i ledande ställning och till sjuksköterskor, biståndsbedömare och vård- och omsorgspersonal. Dessa kan vara värdefulla när det gäller att förbättra äldres munhälsa och därmed också att förbättra matsituationen för många äldre.



Inger Wårdh
tandläkare och docent vid
Karolinska Institutet

Fler äldre har tänderna kvar

Åldrande har förr varit detsamma som tandlöshet, och i takt med att äldre tappade sina tänder, förändrades deras kostvanor. Man "doppade" brödet och de få som hade möjlighet skaffade "löständer", som dock oftast inte var till någon större hjälp vid tuggningen. Med tiden blev tandproteserna bättre och inte så sällan tog man beslutet att dra ut tänderna tidigt i livet istället för att laga dem, även om inte alla tänder var i hopplöst skick. Detta var vanligt ända fram till mitten av 1900-talet. Med stigande levnadsstandard och större tandläkartillgång sparades fler tänder. Den stora förändringen skedde när tandvårdsförsäkringen kom år 1974 och många fick råd med mer omfattande tandbehandlingar. En intensiv period följde för både tandläkare och tandtekniker. Idag har allt fler äldre många tänder kvar högt upp i åldrarna, men de flesta äldre har lagade tänder, och fastcementerade kronor och broar. Löständer blir allt mer ovanligt och istället skruvar man in implantat i käkbenet. Det har blivit ekonomiskt möjligt genom ett högkostnadsskydd i tandvårdsförsäkringen för dem som är 65 år och äldre.

Är det bättre med många tänder?

Fastsittande tänder förbättrar väl vår förmåga att njuta av alla sorters mat? Så borde det vara. Sanningen är dock att tänderna kräver god och regelbunden skötsel för att vara till glädje. Även de som har haft bra tänder i yngre dagar, får ett större behov av tand- och munvård när de blir äldre. Tandrötterna blottas när tandköttet kryper tillbaka och salivtillgången minskar, oftast som en följd av läkemedelsbruk. Detta gör att vi får svårare att hålla tänderna rena och att vi blir mer utsatta för tandsjukdomar. Situationen blir ännu svårare för de äldre som får försämrad syn och motorik, och avtagande ork och motivation.

Tand- och munproblem uppstår sällan över en natt, utan är ett resultat av en längre tids nedbrytande processer. Problemen noteras oftast när något går sönder eller gör ont. Trasiga tänder, skavsår, illapassande tandproteser, svampinfektioner och muntorrhet kan leda till tuggsvårigheter och undernäring. Det är inte heller bra att ha bakterier och matrester kvar i munnen. Tänk om något skulle hamna fel och komma ner i lungorna! Lunginflammation är en vanlig dödsorsak för sköra äldre. Likaså kan bakterier i munnen sprida sig via blodbanorna till hjärt-kärlsystemet och orsaka allvarliga komplikationer.

Munproblem hämmar matglädjen

Bra tänder hör ihop med god livskvalitet och bra kostval. "Nöjet vid bordet är det sista som överger oss" har det sagts. Men om man har dåliga, smärtande tänder eller sår i munnen, väljer man bort mat som annars retar aptiten. Mat med tuggmotstånd sorteras bort och vid såriga slemhinnor bränner frukt och bär som eld. De som saknar saliv måste också tänka på vad de stoppar i sig. Vissa saker går bara inte att få ner. När andra gläds åt en festinbjudan, tackar den med dålig munhälsa nej. Den äldre kanske har sett fram emot barnbarnets bröllop men vågar inte delta i middagen. Det är så pinsamt att inte kunna äta det som bjuds att en inbjudan blir ett hot istället för en glädje.

Äldrevården lägger ner mycket tid och pengar på att planera en god kosthållning och att utforma ätmiljön så att den blir tilltalande. Äldreboendena rapporterar att undernäring är ett vanligt bekymmer samtidigt som man ofta passerar maten och ger kosttillskott. Det finns många orsaker till detta, men det är olyckligt om man förbiser munhälsan eftersom orsakerna kan vara möjliga att påverka med relativt enkla medel. Måltiden ska vara en sinnesförnimmelse, men om man kommer till måltiden med resterna av förra dagens frukost kvar i munnen, kan denna sinnesförnimmelse knappast bli av det positiva slaget. Många äldre säger att maten inte "smakar". Det är kanske inte så

om äldre och mat



konstigt om man har en munhåla full av beläggningar och gamla matrester.

Ett problem som ofta skapar t.o.m. matvägran är svampinfektioner i munnen. Innan man kontaktar läkare och sätter in svampmedicin bör man tänka på munvårdens betydelse. Svampen är ofta en följd av dålig munhygien, muntorrhet eller tandproteser som sitter i munnen dygnet runt. Om man inte inför nya rutiner kring munvården blir medicinen endast en hjälp för stunden – eller ger kanske dålig effekt – och problemet återkommer snabbt.

Kosten i sig kan vara ett munbekymmer. Vi stoppar inte ostraffat i oss vad som helst när som helst. Varje gång vi äter något som innehåller socker startar en syrafrätning i munnen. Om detta sker alltför ofta skapas en sur munmiljö som hotar att förstöra både tänderna och slemhinnorna, med hål och infektioner. Ju mindre saliv vi har och ju fler skryms-

len att samla bakterier i, desto surare blir det och den onda cirkeln är igång. Ett sätt att stoppa denna process är att sluta servera södad saft mellan målen inom äldreården. Här passar lightdrycker bra om vatten blir för tråkigt. Kaloribehovet får täckas under måltiderna. Likaså är det olyckligt att utföra munvården innan man har serverat dagens sista mål. Då ligger allt kvar under nattens timmar och syrafrätningen kan härja fritt.

Symptom och patientgrupper som bör uppmärksammas

Den äldre kan inte alltid själv beskriva sina tand- och munbesvär. Ibland kan de äldre också tveka inför att "störa" vård- och omsorgspersonalen med sina problem, eller därför att de tycker att det är en privat fråga. Studier har dock visat att det oftare är vårdpersonalen som tvekar inför munvårdsarbetet än de äldre.

Personalen inom äldreomsorgen bör vara uppmärksamma på händelser som kan vara symptom på dålig munhälsa. Följande beteenden i samband med ätande bör föra tankarna till problem i munnen:

Den äldre

- matvägrar – kan ha en svampinfektion eller annat obehag i munnen
- har svårt att tugga – kan ha illasittande proteser, lösa tänder, saknade tänder och smärta
- har svårt att svälja – kan vara torr i munnen
- undviker varm eller kall mat – kan ha trasiga tänder som smärta
- undviker starkt kryddad eller syrlig mat – kan ha infekterade munslemhinnor eller infekterad tunga
- vill äta ensam – kan skämmas över dålig tandstatus som gör det svårt att äta.

Följande patientgrupper är extra viktiga att uppmärksamma



- Strokepatienter, som ofta har sväljsvårigheter. Matrester blir ofta liggande i den förlamade sidan av munhålan.
- Parkinsonpatienter, som inte klarar sin munhygien och ofta är muntorra.
- Dementa patienter, som inte förmår förklara eller förstå sin situation.
- Deprimerade patienter, som inte orkar bry sig om sina tänder.
- Patienter som äter många mediciner och ofta har svår muntorrhet.
- Patienter med nedsatt immunförsvar, som riskerar att drabbas av muninfektioner och allvarliga följdtilstånd av dessa infektioner.



Av någon underlig anledning verkar vi vara mer bekymrade över hur maten kommer ut istället för hur den kommer in."

var att man hade noterat att äldre och funktionshindrade ofta hade stora problem med tänderna, problem som ledde till ätsvårigheter. Reformen innebär att

äldre och funktionshindrade kan få en kostnadsfri munhälsobedömning i hemmet och nödvändig tandvård till samma pris som inom hälso- och sjukvården. Vård- och omsorgspersonalen erbjuds både

teoretisk och praktisk munhälsoutbildning. Förmånerna gäller dock bara inom kommunerna. Patienter som vårdas av landstinget betalar ur egen ficka och landstingsanställd vårdpersonal erbjuds inte munhälsoutbildning inom reformen.

Denna reform gör det möjligt för omvårdnadsberoende äldre att få en bedömning av sin munhälsa, och hjälp med nödvändig behandling. Utbildningen ger vård- och omsorgspersonalen kunskaper att både utföra egna muntkontroller och att sköta munvårdsarbetet. Det är dock viktigt att påpeka utbildningens praktiska del. Den sker bäst genom att vård- och omsorgspersonalen följer med när tandvårdspersonalen gör munhälsobedömningarna. Då kan de se hur munnen ser ut, och få instruktioner om munvård direkt på plats.

Vem är ansvarig för vad?

Det är landstingens ansvar att tandvårdsreformens medel kommer kommunerna till godo. Det sker via en upphandling, där både privata och offentliga tandvårdsgivare får lägga anbud på olika områden inom kommunen. Landstingen avgör sedan vem som ska få uppdraget och "beställer" tand- och munvårdstjänsterna av dessa. Sedan ska kommunerna söka upp de berättigade. En sjuksköterska eller biståndsbedömare avgör vilka som är behöriga att få ta del av förmånerna.

Inom särskilda boenden är det en-

kelt att identifiera dem som är berättigade, eftersom de boende har samma omvårdnadsnivå och det i princip gäller att informera och tillfråga alla. Innan man påbörjar munhälsobedömningen måste dock den äldre ge sitt skriftliga tillstånd och i de fall den äldre saknar förmågan till detta, får en talesman t.ex. en nära anhörig eller kontaktperson bland vård- och omsorgspersonalen gå in.

Det är svårare att identifiera de berättigade bland dem som bor kvar i det egna hemmet. Här ska biståndsbedömaren identifiera om den äldre är berättigad till förmånerna. I de flesta kommuner får den som är berättigad tre omsorgsinsatser per dag, plus natttillsyn. Regionala variationer förekommer dock.

Munhälsobedömningen utförs av en tandhygienist eller en tandläkare på den tandvårdsenhet som har upphandlats. Patienten får dock själv välja vilken tandläkare som utför den nödvändiga tandvården. Likaså är det möjligt att få intyg om nödvändig tandvård utan att ha accepterat munhälsobedömning. Ofta är det dock samma tandvårdsgivare som gör bedömningen, som också ger den nödvändiga tandvården.

266 miljoner användes inte under år 2005

Tandvårdsreformen kallas populärt för "uppsökeriet" och de som ska uppsöka de berättigade är vård- och omsorgspersonal och deras överordnade. Det har nu gått sju år sedan reformen trädde i kraft. Fortfarande är den okänd för många och många berättigade har varken nåtts av information eller fått bedömning och behandling. År 2005 blev 266 miljoner kronor över av de pengar som avsatts för ändamålet. Det är också en stor del av vård- och omsorgspersonalen som inte har fått munhälsoutbildning.

Orsakerna till detta kan sökas i kommunikationsproblem mellan landsting och kommun, men också i attityderna till munvård: integritet, äckel, rädsla. Munnen är ett lägprioriterat område inom omvårdnadsarbetet, även om de flesta rent teoretiskt inser att munnen är porten till matsmältningssystemet och därför viktig för hela kroppens hälsa.

Tandvårdsreformen kan förbättra äldres ätförmåga

År 1999 infördes en ny tandvårdsreform som bland annat subventionerar mun- och tandvård till omvårdnadsberoende personer. Bakgrunden till detta

Handlingsplan för reformens nyttjande

Avsikten med tandvårdsreformens för-
måner till de omvårdnadsberoende är att
förbättra de äldres livskvalitet och möj-
ligheter att äta normalt. De äldre har
naturligtvis olika svårigheter och olika
behov av insatser, men vissa saker är ge-
nerella. Därför föreslår vi följande, för att
öka nyttjandegraden av reformen.

Personer i ledande ställning bör

- möjliggöra för all vård- och omsorgs-
personal (även sjuksköterskor) att
delta i munhälsoutbildningarna.
- möjliggöra för minst en person i
personalen att närvara vid munhäl-
sobedömningarna och ta emot in-
formation och instruktioner från
tandvårdens personal.

Både personer i ledande ställning och vård- och omsorgspersonal bör

- informera de berättigade äldre om
förmånerna – och ge dem chansen
att fundera över om de önskar en
munhälsobedömning samt erbjuda
dem intyg om nödvändig tandvård.

Vård- och omsorgspersonalen bör

- följa instruktionerna på de mun-
vårdskort som skrivs vid varje mun-
hälsobedömning.
- ta med munvårdskorten vid tand-
vårdsbesöken.
- kontakta den tandklinik som upp-
handlats när man misstänker att nå-
got är fel, när man har problem med
munvården, och framför allt när nå-
gon har svårt att äta. Problemet kan
sitta i munnen och vara möjligt att
åtgärda.

Tips för det dagliga arbetet

Tandvården har bedrivit ett framgångs-
rikt förebyggande arbete. Detta är del-
vis en följd av att tandsjukdomar nu kan
förebyggas med relativt enkla åtgärder,
dock med en stor egen insats. Det fung-
erar för den som har resurser att ansvara
för sin egen hälsa. Men för den som har
blivit omvårdnadsberoende avtar dessa
resurser snabbt och man blir beroende
av andras hjälp. Vård- och omsorgsper-
sonalens del i de omvårdnadsberoende

patienternas munhälsa kan inte nog be-
tonas. De ser sina äldre varje dag och kan
gripa in på ett tidigt stadium genom att
hjälpa dem med munvården, med kon-
taktan med tandvården samt med kost-
hållningen.

Munvårdsrutiner är individuella och
ska instrueras för varje individ. Det är or-
saken till att vi använder munvårdskor-
tet och till att vårdpersonal ska närvara
vid munhälsobedömningarna. Det finns
dock vissa generella råd som med få un-
dantag passar alla.

- Avtagbara tandproteser ska inte bäras
nattetid, slemhinnorna behöver vila.
När man tagit av protesen kan man
rengöra insidan, och även rengöra
slemhinnan vid behov med en mjuk
tandborste eller någon form av skaf-
tad muntork.
- Patienter som har egna tänder – kan-
ske kombinerade med någon tand-
protes – ska ha fluortillskott förutom
det som finns i tandkrämen. Rådgör
med tandvårdspersonal om vad som
är bäst: sköljning, sugtabletter eller
gel i skena eller på borste. Tänk också
på att tuggummi kan vara ett alterna-
tiv också för äldre. Fluor är inte bara
för barn, det är om möjligt ännu vik-
tigare för äldre.
- Den som äter mediciner löper stor
risk för muntorrhet och ska ha hjälp
med salivstimulerande preparat. Det
finns t.ex. sugtabletter med fluor,
som dessutom kan skrivas på recept,
och som ingår i rabattsystemet för lä-
kemedel.
- Den som är mycket muntorr el-
ler inte klarar av sugtabletter, ska ha
hjälp med salivsättning. Det finns
i sprayform men också som gel, som
även passar bra att lägga under prote-
ser.
- Det är bättre att lägga tid på en or-
dentlig munrengöring om dagen, än
att slarva över det hela ett par gånger
per dag. Munvård tar tid! Om sche-
mat så tillåter, bör munrengöringen
främst ske på kvällen. Annars rekom-
menderas en sköljning med vatten
efter sista kvällsmålet och gärna en
fluorinnehållande sugtablett eller
tuggummi för de med egna tänder.

Munvårdsombud – ett gott exempel

De flesta äldreboenden har ombud för
olika delar av omvårdnadsarbetet, t.ex.
kostombud. Detta har visat sig fram-
gångsrikt även i munvårdsarbetet.
Munvårdsombudet kan utses ur perso-
nalgruppen och efter extra munhälsout-
bildning få ansvar för munvårdsarbetet
på avdelningen eller enheten. Munvårds-
ombudet blir första instansen för mun-
vårdsfrågor och håller kontakten mel-
lan boendet och tandvården samt inte
minst med dem som ansvarar för kost-
frågorna. Beroende på rapporteringsru-
tinerna, dokumenterar munvårdsombu-
den själva eller rapporterar till ansvarig
sjuksköterska. Systemet har mest provats
inom särskilda boenden men det ger en
möjlighet till förbättrat munvårdsarbete
även för hemmaboende, omvårdnadsbe-
roende äldre. De blir ständigt fler, och
här är sambandet mellan munhälsa och
kost ytterst viktigt att uppmärksamma i
tid eftersom det är svårare att skapa och
behålla goda rutiner i hemmiljö än på
särskilda boenden.

Slutord

Av någon underlig anledning verkar vi
vara mer bekymrade över hur maten
kommer ut istället för hur den kommer
in. Magen får större uppmärksamhet än
munnen. Men magen mår bättre om
maten tuggas väl, och munnen är alltså
viktig även för magen.

Rubriken ”Mål i mun” kan tolkas oli-
ka. Målet kan vara mat, men också ord.
De omvårdnadsberoende äldre har ofta
svårigheter med båda dessa företeelser. Vi
kan hjälpa de äldre att njuta av och till-
godogöra sig maten genom att dels vara
talesmän för dem när de behöver hjälp
med sin munhälsa och dels hjälpa dem
att utföra munvården. ●

Tio råd för en bevarad/ bättre tand- och munhälsa

1

Hål i tänderna – karies – är en frätskada som uppstår när det blir surt i munnen. När vissa bakterier får tillgång till socker, bildas syra → småätande av söta födoämnen och frekvent tillförsel av sockerhaltiga drycker är farligt för tänderna.

2

De mediciner som tas vid Parkinsons sjukdom ger ofta muntorrhet. Förutom att det är allmänt besvärande att sakna saliv, ger det också en kraftigt ökad risk för sämre munhälsa, bla karies. En torr mun är "sur".

3

Om man ofta intar sockerhaltig mat/dryck och/eller är torr i munnen är det viktigt att tillföra fluor. Fluor kan tillföras i många olika former förutom via tandkräm. Det finns sugtabletter, tuggummi, tandkrämer/geler med extra hög fluorhalt och sköljvätskor. Välj en sköljvätska med 0,2 procent fluor – och om munslemhinnorna tål det; skölj inte bort det fluorinnehållande tandkrämskummet efter tandborstning.

5

Om man bär avtagbar protes, är det också viktigt att beakta muntorrhet. Protesen sitter sämre i en torr mun och orsakar oftare skavsår. Se till att placera saliver-sättningsmedel eller olja i protesens, innan den sätts in – och smörj hela munhålan. Upprepa gärna flera gånger per dag.

6

Är det svårt att göra rent i munnen? Håll regelbunden kontakt med en tandhygienist- gärna en gång var tredje månad. Det är väl spenderade pengar.

4

Vid grav muntorrhet, finns det risk att munslemhinnorna blir såriga och infekterade – ofta med svamp. Då behöver man tillföra saliver-sättningsmedel. Bäst brukar ett oljebaserat medel vara – och varför inte använda matoljan som redan finns i skafferiet? Man smörjer runt ca en matsked olja med tungan. Detta är särskilt viktigt innan sänggåendet, då salivproduktionen blir ännu mindre under natten.

7

Tag också hänsyn till dagsform och dygnsrytm. Gör tand- och munvård en tid på dagen när du mår bra och boka inte tandvårdsbesök när du troligen kommer att vara i dålig form. Informera kliniken personal att alla parter vinner på att du är i god form när du kommer.



8

Har du satsat på implantat? Då är det mycket viktigt att du håller rent runt skruvarna. Annars kan du drabbas av sk implantit, vilket är en liknande sjukdom som parodontit/tandlossning men som istället kan leda till lossnande skruvar.

9

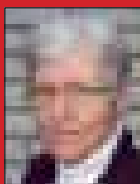
Är ditt problem inte muntorrhet utan dregling? Då behöver du smörja in dina munvinklar med någon fuktavvisande salva, t ex Idomin, för att undvika smärtsamma sprickor. Deglingen är ett symptom på att du inte hinner svälja undan din saliv. Träna sväljning – gärna tillsammans med en logoped – eller försök initiera din sväljreflex t ex med att tugga tuggummi.

10

Tandvård kostar pengar – och det finns idag ingen skräddarsydd subventionering till Parkinsonsjuka som behöver tandvård, trots att man vet att den som är Parkinsonsjuk har ett ökat behov av tandvård. Dessutom finns det nog roligare saker att göra, än att laga tänderna – och tandlagningar/ersättningar blir aldrig lika bra som originalet. Du har mycket att vinna på att vara noggrann med mun- och tandskötsel och att regelbundet kontrollera tänderna, precis som en bilägare besiktigar sin bil och åtgärdar det som slitits eller gått sönder.

Behåll det friska friskt på äldre dar' – betydelsen av god munhälsa för äldre

Ivar-Lo Johansson besökte ålderdomshem i Sverige i mitten av 1900-talet för en reportageserie som år 1952 utkom i bokform "Ålderdoms-Sverige"⁽¹⁾. Ivar Lo-Johanssons bok blev en väckarklocka som bidrog till att samhällets vård och omsorg om de hjälpbehövande äldre byggdes upp under 1960- och 1970-talen. Det har också skett en förbättring av levnadsförhållanden som tillsammans med medicintekniska framsteg har medfört att de allra flesta i Sverige sannolikt kommer att leva ett långt liv. Tidpunkten för ohälsa och funktionsnedsättningar har också förskjutits upp till högre åldrar.



Gunilla Nordenram
Docent, Med dr, Leg tandl.
Karolinska Institutet
Institutionen för Odontologi
Avdelningen för Gerodonti
Box 4064
141 04 Huddinge

I boken Ålderdoms-Sverige konstateras att "det kommer en dag, när vi alla biter försiktigt i brödet" som ett uttryckt för att dålig tandhälsa och tuggproblem hörde till det normala åldrandet.

När jag tillträdde min första anställning som tandläkare på en liten ort i Västernorrland år 1964 hade patienterna många tänder som fick tas bort för att de var mycket trasiga. En del trasiga tänder hade gått att spara om de rotfylldes men för många patienter blev rotfyllning och en guldkrona en alltför dyr behandling och man föredrog att få den onda tanden borttagen. Man skulle ju ändå tappa sina tänder och ha löständer när man kom upp i åren. Då var det ju ingen idé

att kosta på så mycket tandbehandling! Varje vecka fick 5–10 av ortens innevånare nya löständer. Även om patienterna av en 25-årig tandläkare uppfattades som gamla så var det vanligen medelålders personer, 50- och 60-åringar, som fick nya, fina tänder som skulle ligga i vatten under natten.

Sedan 1964 har det hänt mycket inom tandvården. Vi har lärt oss att sköta våra tänder mycket bättre, numera ofta med gott stöd av en tandhygienist. Fluor, som introducerades på 1970-talet, har drastiskt minskat kariesangreppen både till antal och omfattning. Idag är Sverige en av världens tandfriskaste befolkningar. Att ha synliga tandluckor eller vara tandlös är alltmera avvikande och därmed har det också blivit ett socialt stigma.

Andelen tandlösa personer bland 70-åringar i Göteborg minskade från 56 procent 1983 till 7 procent år 2003 (2). Samma utveckling rapporterades i en undersökning från Jönköping där andelen tandlösa personer i åldersgruppen 40–70 år minskade från 16 procent 1973 till 8 procent 1993 och en procent 2003 (3). Antalet egna tänder ökade parallellt med den sjunkande andelen tandlösa från 13 stycken år 1973 till 21 stycken år 2003.

Myten ”gammal och tandlös” har fått stryka på foten eftersom numera allt flera, allt äldre har allt flera av sina egna tänder i behåll och tandförluster kan ersättas med broar, tandimplantat eller avtagbara tandersättningar. Även i de allra äldsta åldersgrupperna är man numera angelägen om att bevara sin munhälsa livet ut. I en intervjustudie av äldre personer från år 2004 ansåg de intervjuade, som hade en genomsnittsalder på drygt 78 år, att god munhälsa var viktigt för att kunna tugga, för utseendet, för välbefinnandet, frisk andedräkt och för att känna sig trygg i sällskap och vid måltider (4).

I en SBU-rapport om tandförluster framkommer det att förlora tänder och vara helt eller delvis tandlös innebär sänkt självkänsla, lägre social status och försämrad funktion (5). En mardöm är att löständer skall lossna när man skrattar eller hostar eller att den avtagbara protesen skall glappa eller lossna när man äter i sällskap med andra.

När man fått behandling för sin tandlöshet rapporteras den förbättrade funktionen som att man nu kan äta och njuta av maten, tala (utan att läspa), le/skatta, kyssas och vissla.

Andelen som upplever nedsatt tuggförmåga minskade i alla åldersgrupper i Sverige under tidsintervallet 1980–2004 enligt Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållande. Denna utveckling är särskilt tydlig bland de allra äldsta individerna. I åldersgruppen 74–84 år ansåg drygt 30 procent att de hade dålig tuggförmåga år 1980 mot 20 procent 2005 (6). Det innebär att samtidigt som andelen tandlösa minskat kraftigt har tuggförmågan blivit allt bättre och särskilt så bland de äldre.

Väl fungerande tänder och god munhälsa främjar allmänhälsan och välbefinnandet. Dåliga tänder och dålig munhälsa kan inverka på förmågan och önskan att äta och njuta av måltiden vilket leder till bristfälligt näringsintag medan näringsbrist å andra sidan kan ge i symtom i munnen. Detta samspel mellan munhälsa och nutrition gör att det behövs ett samarbete mellan vården och tandvården så att eventuella bidragande orala problem vid malnutrition kan uteslutas eller undanröjas.

Har patienten svårt att föra maten från tallriken till munnen kan man få lämplig hjälp med detta. Har man svårt att svälja måste detta också utredas och åtgärdas på lämpligt sätt. Matens passage genom munhålan till sväljningsprocessen

kräver också fungerande ”redskap” för en effektiv tuggning vilket ofta förbises i medicinska sammanhang. Genom tuggning stimuleras salivfunktionen som behövs för att forma tuggan och göra den hal och påbörja matsmältningen genom enzymet amylas som finns i saliven.

Antalet tänder kan ses som ett mått på tuggförmåga men den beror också på

”

För att kunna njuta av maten och ha en god livskvalitet är det viktigt att vara rädd om tänder och munhälsa hela livet.”

hur tänderna är placerade i munnen, om de är hela och sitter väl fast. Det anses att man behöver ha minst 20 naturliga tänder för att kunna tugga men oftast kräver en sådan partiell tandlöshet en komplettering med fasta broar eller avtagbara proteser för en god tuggfunktion. Med få tuggkontakter blir det svårt att äta frukt, grönsaker, mjukt/seggt bröd och kött och kosten blir istället mera rik på fett och socker.

Om man har helproteser är tuggförmågan reducerad och det tar därmed längre tid att äta. Protesbärare undviker svårtuggad mat och väljer ofta mjuka produkter vilket lätt leder till obalanserat kostintag. Proteser som täcker gommen, täcker också smaklöken som finns där så att det blir svårare att känna vad maten smakar.

På äldreboende med många demenssjuka och bland äldre som vårdas i eget hem finner man ofta många individer med dåligt näringstillstånd. Detta har många samverkande faktorer som hög ålder, flera samtidiga och kroniska sjukdomar, många läkemedel, aptitlöshet, fysiska funktionsnedsättningar och ringa social stimulans/ensamhet. I en studie av sjukhemsboende fann man ett samband mellan nedsatt tuggfunktion och måttlig malnutrition mätt med MNA, Mini Nutritional Assessment (7). Vid grav malnutrition var patienternas kognitiva och fysiska status ofta så nedsatt att tuggförmågan inte påverkade nutritionsstatus. Slutsatsen av denna studie var att åtgärder för att förbättra nutritionen måste göras innan svåra malnutritionstillstånd har utvecklats. Givetvis skall alla med tandvårdsbehov få sådan hjälp men effekt på nutritionstillståndet kan bara förväntas om processen inte har gått för långt. Eller med andra ord, skall rehabiliterande tandvård sättas redan när patienten börjar visa tecken på malnutrition, för att bättre tuggfunktion skall kunna ge effekt på näringstillståndet.

Det tänder som den äldre personen skött och kostat på vill man förstås behålla livet ut. Ökar då risken för tandförluster när man åldras? Egentligen inte men risken att drabbas av tandsjukdom kan öka. Tänderna och slemhinnorna behöver vara omspolade av saliv för att hålla sig friska. Många läkemedel som är vanliga bland äldre har som biverkan att de ger muntorrhet. Muntorrhet utgör en risk för munhälsan alldeles bortsett från att det är svårt att svälja och obehagligt att vara torr i munnen i största allmänhet.

För att skydda tänderna och slemhinnorna kan man skölja munnen med vat-

ten efter måltid eller tugga en salivstimulerande tablett som gärna får innehålla fluor. Apoteken, tandläkare eller tandhygienister kan ge råd. Vidare bör tänderna skyddas med mera fluor än vad man får genom tandkrämen. Fluortillägg kan vara i tablettform eller som sköljvätska. Vid muntorrhet kan tandläkare eller tandhygienist ge individuella råd om preparat och metoder som är anpassade efter den enskilda patientens behov.

Om man drabbas av någon kronisk ålderssjukdom som t.ex. stroke, Parkinsons sjukdom eller demens kan sjukdomen i sig öka risken för tandsjukdom. Det faktum att man blir beroende av andras hjälp för de dagliga aktiviteterna är ofta ett större hot mot munhälsan än sjukdomen eftersom man då också blir beroende av att andra för att få sin munhygien skött. För den sjuka gamle inte hjälp med en god daglig munhygien kan tänderna, som man bevarat genom livet, rasa och det kan gå ganska fort. Karies kommer snabbt vid utebliven eller dålig munhygien, fyllningar trillar ut, kronor

fraktureras och broar lossnar. Det blir en oral katastrof i ett skede av livet då man har tillräckligt med andra sjukdomsbekymmer. Även implantat behöver daglig rengöring för att inte ställa till med problem.

Det är extra viktigt att äldre bibehåller sin tandläkare- och tandhygienistkontakt vid kroniskt sjukdom så att man i tid kan förebygga en "oral katastrof". Vid kroniska sjukdomstillstånd och/eller handikappad kan man känna sig trött och omotiverad att gå till sin tandläkare eller tandhygienist och man skjuter på besöken. När man senare får besvär från sina tänder har det ofta hunnit blir onödigt stora skador som t.o.m. kan vara omöjliga att laga.

För att kunna njuta av maten och ha en god livskvalitet är det viktigt att vara rädd om tänder och munhälsa hela livet. Det är så lätt att munnens och tändernas skötsel blir bortglömd eller bortprioriteras vid kroniska sjukdom och då blir munnens ohälsa ett extra och onödigt handikapp i skör livssituation. ●

Referenser

1. Lo-Johansson I. Ålderdoms-Sverige. Bonniers folkbibliotek, Stockholm 1952
2. Österberg T, Carlsson GE. Dental state, prosthodontic treatment and chewing ability – a study of five cohorts of 70-year-old subjects. *J Oral Rehabil* 2007;34:553-9
3. Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin SA, Norderyd O et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). Part II: Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2005;29:139-55
4. Andersson K, Nordenram G. Attitudes to and perceptions of oral health and oral care among community dwelling elderly residents of Stockholm, Sweden: an interview study. *Int J Dent Hyg* 2004;2:8-18
5. SBU rapport 204. Tandförluster. En systematisk översikt. Sid 59-87. Stockholm 2010
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Tandhälsa sid 409-416 Västerås 2009
7. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. *Aging Clin Exp Res* 2001;13:370-377

Att åldras – ökad risk för sämre tandhälsa?



Tandhälsan har förbättrats betydligt under senare decennier och bland annat resulterat i att allt fler äldre har många av de egna tänderna kvar högt upp i åldrarna. I genomsnitt beräknas en 80-åring ha drygt 18 kvarvarande tänder (Hugosson et al. 2005). Troligtvis kommer en ytterligare ökning att ske (Österberg et al. 2000). Trots de fördelar som detta ger kan det för de äldre som har behov av vård och omsorg innebära problem, exempelvis ökad kariesförekomst och tandlossning.



Pia Andersson
Dr odontologisk vetenskap,
leg tandhygienist
Avdelningen för
hälsovetenskap, Högskolan
Kristianstad, Kristianstad

De äldre har ofta fått mycket tandvård, och har därmed många fyllningar, kronor och fasta protetiska ersättningar som kräver särskilda munhygieninsatser. Allmänsjukdomar, läkemedelsintag och funktionshinder kan medföra sämre munvård samt muntorrhet, vilket är negativt för tänder och munslemhinnor. Med det ökande antalet äldre i dagens och morgondagens samhälle bedöms omhändertagandet av våra äldres munhälsa öka i framtiden, vilket kräver stora insatser för såväl tandvårds- som vårdpersonal.

Faktorer hos äldre av betydelse för munhälsan

Äldre som är friska eller har få problem med allmänhälsan har oftast en god munhälsa. Det finns emellertid en rad faktorer som kan leda till en förhöjd risk för att utveckla sjukdomar i munnen. De flesta äldre har fått en annan start i livet

än senare generationer. Fluor ger positiva effekter på tänderna för minskad kariesförekomst, men dagens 80-åring har som längst borstat tänderna regelbundet med fluortandkräm sedan 40-årsåldern. Vid kvarvarande tänder och skarvar vid fyllningar, kronor och broar, finns ett stort antal tandytor där mikroorganismer trivs som kan innebära att tandsjukdomar utvecklas. Vid tandimplantat (kåkbensförankrade broar) finns denna risk vid titanskruvarna som fäster den kåkbensförankrade bron vilket kan innebära att inflammationer uppstår och som kan leda till att tandimplantatet förloaras. Blottlagda rotytor är vanligt hos äldre personer och har uppstått genom felaktig tandborstteknik, användning av för hård tandborste eller behandling av tandlossning. Rotytan har ett lägre mineralinnehåll och har en skrovligare yta, vilket gör att mikroorganismer lättare ansamlas. Det finns därför ökad risk för att karies utvecklas.

Saliv

Saliven är viktig för en god munhälsa, för munhålans komfort och det totala välbefinnandet. Dess innehåll av bland annat

oorganiska salter, till exempel kalcium och fosfater, bikarbonat, antimikrobiella system samt förmåga att spola rent och transportera mikroorganismer och rester har stor betydelse. Minskad salivsekretion är av flera orsaker vanligt hos äldre personer. Åldrandet i sig kan medföra att sekretionen minskas, men den vanligaste orsaken är intag av läkemedel med muntorrhet som biverkan. I synnerhet personer som har många läkemedel har stor risk för minskad salivsekretion. Minskad salivsekretion kan också finnas hos personer med sjukdomar, till exempel diabetes, Alzheimers och reumatoid artrit. Diarré, undernäring, stress och oro är andra orsaker (Sreenby 2000). Minskad salivsekretionen innebär att mikroorganismer stannar kvar längre vid tänderna, vilket gör att karies, tandköttsinflammationer och tandlossning kan utvecklas på kort tid.

Kostintag

Kostfaktorer som är negativa för tandhälsan, det vill säga intag fler än fem gånger per dag och högt sockerintag, skiljer sig inte åt för äldre jämfört med yngre personer. Dock ses många gånger ett ökat in-

Tabell 1. Munbedömningsinstrumentet ROAG

Områden	Metod	Graderad symtombeskrivning		
		1	2	3
Röst	Tala, lyssna	Normal röst	Torr, hes, smackande	Svårt att tala
Läppar	Observera	Lena, ljusröda, fuktiga	Torra, spruckna Sår i mungipor	Såriga, blödande
Munslemhinnor (Avlägsna avtagbar protes)	Använd belysning och munspegel*	Ljusröda, fuktiga	Röda, torra områden med färgförändring, Beläggning	Sår med eller utan blödning
Blåsor				
Tunga	Använd belysning och munspegel, Observera	Ljusröd, fuktig med papiller	Inga papiller, röd, torr Beläggning	Sår med eller utan blödning, Blåsor
Tandkött	Använd belysning och munspegel, Observera	Ljusrött och fast	Svullet, rodnat	Spontan blödning
Tänder	Använd belysning och munspegel, Observera	Rena, ingen synlig beläggning eller matrester	Beläggning eller matrester lokalt, Trasiga tänder	Beläggning eller matrester generellt
Protes	Observera	Rena och fungerande	Beläggning eller matrester, Fungerar dåligt	Används ej
Saliv	Dra med munspegel längs med kindens insida	Glider lätt	Glider trögt	Glider inte alls
Sväljning, Relaterat till smärta och muntorrhet	Svälja Observera och fråga	Obehindrad sväljning	Obetydliga sväljproblem	Uttalade sväljproblem

*Observera: hö kind, insida läpp, överkäke, vä kind, insida läpp underkäke, gom, munbotten

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat av Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, rev sept 2000

tag av sötsaker och söt dryck i den äldre generationen och problem som sömnlöshet, kan etablera ovanor i form av småttande nattetid. Ett kostintag som tidigare inte gett upphov till problem kan i en torr mun och där det finns rikligt med mikroorganismer resultera i munsjukdomar. Hos äldre personer som är undernärda eller har risk för att utveckla undernäring krävs energirika och täta mål och som är negativt för tandhälsan, eftersom denna ofta har ett högt socker-innehåll. Hos dessa personer är det därför extra viktigt med en ytterst noggrann munhygien, tandkräm med högt fluorinnehåll (5000 ppm natriumfluorid), extra fluortillförsel förutom tandkräm samt salivstimulerande- eller saliversättningsmedel då detta behövs.

Munhygien

Avtagande ork, nedsatt syn och försämrad finmotorik kan påverka förmågan att utföra munvård. Efter en stroke kan förmågan att avlägsna matrester och läkemedel vara nedsatt och denna sk. hamstring kan innebära skador på tänder och munslemhinnor. Personer med Parkinson, demenssjukdomar och psykiska sjukdomar

Tabell 2. Formulär för notering av munstatus vid användning av ROAG.

TANDSTATUS (Markera med kryss)

- ☐ Har enbart egna tänder
- ☐ Har egna tänder samt delprotes
- ☐ Har egna tänder samt delprotes i en käke, saknar egna tänder men har helprotes i andra käken
- ☐ Saknar egna tänder och tandersättnings helt
- ☐ Saknar egna tänder helt, men har helprotes i en eller båda käkarna
- ☐ Implantat finns

Datum					
Röst					
Läppar					
Munslemhinnor					
Tunga					
Tandkött					
Tänder					
Protes					
Saliv					
Sväljning					
Signatur					

kan ha matrester kvar länge i munnen på grund av stelhet i ansiktets och munnens muskler.

Att utföra munvård kan vara svårt ef-

ter en stroke om hemparensen involverar den hand och arm som används vid rengöringen. Negligering av den förlamade sidan kan resultera i utebliven munvård.

Vid minnesstörning, som hos personer med demens, är risken stor att munhygien glöms. Munvården kan också påverkas hos personer med reumatoid artrit pga. minskad rörlighet, deformation och värk i händer och fingrar. På grund av nedsatt förmåga att själv sköta sin munhygien måste hjälpmedel användas som möjliggör en god munhygien. Det finns speciella tandborstar, mellanrumshjälpmedel och grepp som kan sättas på munvårdshjälpmedlen som kan vara lämpliga för personer som har motoriska svårigheter.

Bedömning av munhälsa

Äldre som på särskilda boenden eller i ordinära boenden som har omvårdnadsbehov behöver ofta specifika munvårdande insatser. Det är viktigt att bedöma vad den äldre själv klarar av att sköta och ge stöd då förmågan brister eller saknas. Vårdpersonalen en viktig resurs för dessa äldres munvård. Det är nödvändigt munhälsan bedöms och åtgärder utförs för att undvika sjukdomar och förändringar i munnen (Andersson 2004). Tyvärr är munhälsan ofta ett område som förbises inom omvårdnad (Paulsson 2000, Wårdh et al. 2000), vilket kan bero på att munvård kan upplevas som ett intrång på vårdtagarens integritet. Denna uppfattning stämmer däremot inte alltid med vårdtagarens som kan tycka att det är positivt att vårdpersonalen är uppmärksam på deras munstatus (Öhrn et al. 2001). Hos många äldre blir problemen i munnen dolda eftersom många lider i tysthet, i synnerhet de som inte kan förmedla att de har ont eller andra problem i munnen. Problem kan ibland uppstå snabbt och drastiskt förvärras hos personer som har nedsatt immunförsvar eller är undernärda. Det är därför viktigt att problem upptäcks innan konsekvenserna blir stora. I omvårdnad av äldre personer sker ofta bedömning av undernäring, fall och trycksår. Att bedöma munhälsa måste vara lika självklart.

För att bedömning av munhälsan ska ske strukturerat, så att det alltid görs på samma sätt oavsett vem det är som bedö-

mer, ska ett bedömningsinstrument användas. ROAG (Revised Oral Assessment Guide) finns och har utvecklats för att vårdpersonal ska kunna upptäcka problem i munhålan hos vårdtagare inom sjukhusvård och äldreomsorg (Andersson 2004). ROAG finns sedan helt nyligen som en modul i kvalitetsregistret Senior Alert, men kan även användas fristående av dem som inte är anslutna till registret. ROAG innehåller olika områden i munhålan som ska bedömas, hur bedömningen ska ske och en graderad symtombeskrivning (se Tabell 1). Avsikten med munbedömningen är inte diagnostik, utan att ge en bild över munhålan tillstånd. Sjuksköterskan ansvarar för att bedömningen utförs, även om undersköterskan utför bedömning och munvårdsåtgärder.

Resultatet av bedömningarna noteras för att åtgärder ska kunna göras och följas upp, vilket sker på ett separat formulär (Tabell 2). Noteringarna utgör underlag till dokumentationen som måste göras i vårdtagarens journal. Resultatet från munbedömningarna måste ses i ett helhetsperspektiv, där vårdtagarens förmåga och resurser måste beaktas. Munhälsan måste sättas i relation till resultat från andra bedömningar som görs. Vikt, BMI eller antal läkemedel kan kopplas till ROAG genom att en extra rad för aktuellt värde sätts in. Därigenom kan exempelvis minskad vikt eller minskat BMI sättas i relation till om problem i munnen kan vara en av orsakerna till detta.

Vid inskrivning till en vårdavdelning eller flytt till särskilt boende ska en första munbedömning göras och utifrån denna beslutas hur ofta de fortsatta bedömningarna ska ske. Intervallen fastställs med beaktande till om det finns befintliga problem i munnen och risken för att utveckla problem. Vårdtagare kan ha behov av dagliga munbedömningar, tex. vid strålbehandling av huvud- och halsområdet eller då höga doser cytostatika ges. Täta munbedömningar behövs också hos vårdtagare som har stroke, demenssjukdom, Parkinson eller är undernärda/risk för undernäring. Det finns däremot inte samma behov av täta bedömningar

hos vårdtagare med god munhälsa. Först när något händer, exempelvis sjukdom, förändrad läkemedelsbehandling, undernäring eller plötslig viktnedgång, krävs tätare bedömningar. Munhälsan måste bedömas även om vårdtagaren omfattas av uppsökande tandvård av tandhygienist eller tandläkare, eftersom mycket kan hända mellan besöken av tandvårdspersonal.

Åtgärder måste genast sättas in när problem med munhälsan upptäcks. Vis-a åtgärder, som munvård och att sätta in medel mot muntorrhet, kan ske av vårdpersonal. Ibland måste sjuksköterskan konsultera annan profession, tex. läkare, tandhygienist eller tandläkare. Ibland behöver remiss skickas till tandvårdsklinik. Munbedömningar måste alltid upprepas fortlöpande för att utvärdering av insatta åtgärder ska kunna göras. Utifrån utvärderingen beslutas om åtgärderna behövs ytterligare eller ska förändras alternativt bytas ut. ●

Referenser

- Andersson P. (2004) Assessments of oral health status in frail patients in hospital. Thesis. Faculty of Odontology. Malmö University.
- Hugosson A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin S-Å, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. Tandhälsöförändringar hos 3-80-åringar i Jönköping under 30 år (1973-2003). II. Resultat från kliniska och röntgenologiska undersökningar. Swedish Dental Journal 2005; 29:140-155.
- Paulsson G. (2000) Caring for oral health in the elderly. Knowledge, conceptions and attitudes among nursing personnel. Thesis. Malmö University, Malmö, Sweden.
- Sreebny, LM (2000). Saliva in its health and disease: an appraisal and update. International Dental Journal 50: 140-161.
- Wårdh I, Hallberg R-M L, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Oral health care – a low priority in nursing. Scand J Caring Sci 2000; 14: 137-142.
- Öhrn K, Wahlin Y-B, Sjöden P-O. (2001). Oral status during radiotherapy and chemotherapy: A descriptive study of patients experience and the occurrence of oral complications. Supportive Care in Cancer 9: 247-257.
- Österberg T, Carlsson GE, Sundh V. (2000) Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975 to 1997 by Statistics Sweden. Acta Odontologica Scandinavica 58: 177-182.



Hemtandvård som mobil tandvård

Andelen äldre som har sina egna tänder kvar ökar kraftigt vilket ställer krav på tandvården och på tandvårdsteam som arbetar med äldres munhälsa. Det krävs vårdmodeller som är effektiva och erbjuder ökad tillgänglighet.

Foto: Johan Eklund



Göran Friman
leg tandläkare
Karolinska institutet
Karlstads universitet
goran.friman@ki.se

Under 1990-talet uppdagades ett eftersatt och ökande munhälso- och tandvårdsbehov hos vissa patientgrupper. Detta ledde till ett reformerat tandvårdsstöd 1999 som omfattande bland annat Nödvändig tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning för att komma till rätta med brister i munvården och försämrad munhälsa. Patientavgiften vid denna landstingsadministrerade tandvård är densamma som hälso- och sjukvårdsavgiften och det är fritt val av vårdgivare.

För flera i gruppen sköra multisjuka äldre och vid kognitiva beteendestörningar som vid demens, kan tillgång till mobil tandvård vara en möjlighet till

munhälsovård och tandvård även om den stationära tandvårdsmottagningen alltid är förstahandsalternativet. Mobil tandvård som vårdmodell är därför ett komplement till den stationära tandvårdsmottagningen och kan bedrivas med olika vårdutbud beroende på den mobila utrustningens omfattning:

- I. Komplet vårdutbud med flyttbar tandvårdsmottagning
- II. Komplet vårdutbud med flyttbar komplett tandläkarutrustning
- III. Begränsat vårdutbud med hemtandvård och bärbar utrustning

Hemtandvård som mobil tandvård

Hemtandvård erbjuder ett begränsat vårdutbud men fyller en viktig funktion, även om det hittills föreligger ett otillräckligt vetenskapligt underlag för vårdmodellen. Samarbete med omsorgspersonal underlättas genom att tandvårdspersonal finns tillgänglig på om-

vårdnadspersonalens arbetsplats och kan handleda i enskilda omvårdnadstagares munvård. Vid all typ av vård finns ett absolut krav på patientsäkerhet, kvalitet, smittskydd och vårdhygien. Den mobila bärbara utrustningen har begränsningar. Vården ska vara av samma tekniska kvalitet som om den utförs på en mottagning och detsamma gäller kravet på smittskydd och vårdhygien samt de eventuellt övriga miljökrav som respektive kommun ställer på verksamheten.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhetslagen, 2010, innebär krav på verksamheter för att förebygga och undanröja risker. Lagen reglerar att vårdgivare får ett tydligt ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador. Vid hemtandvård kan patientsäkerheten vara svårare att tillgodosä eftersom samma krav ställs som vid en stationär tandvårdsmottagning. Tera-

peuten har sämre möjligheter att hantera akuta situationer, terapeutiska och tekniska komplikationer.

Vårdkvalitet

Tekniskt svår och avancerad munhålsvård och tandvård kräver fullständig tandvårdsutrustning. Alla avsteg från den utrustningen som vid hemtandvård, påverkar direkt valet av terapi. Detta gäller olika typer av tandersättningar och särskilt vid kirurgiska ingrepp i munhålan då omvårdnadsansvarig sjuksköterska bör konsulteras. I begreppet vårdkvalitet ingår också att sköra multisjuka äldre bör ha en ansvarig tandläkare som upprättar en långsiktig vårdplan som omvårdnadsansvarig sjuksköterska får ta del av.

Smittskydd och vårdhygien

Den viktigaste grundprincipen i alla vårdssituationer, oavsett verksamhet, är att skapa en barriär mot smitta och smittspridning. Detta innebär praktiskt

att basala hygienrutiner ska tillämpas i alla vårdssituationer för att förebygga smittspridning av såväl känd som okänd smitta. Det rena måste bevaras rent och spridning av sjukdomsframkallande mikroorganismer förhindras, vilket är extra viktigt att beakta i miljöer med risk för resistensutveckling och där personer med nedsatt immunförsvar vårdas.

Fördelar med hemtandvård

För många är tillgång till hemtandvård ett rationellt sätt att få tillgång till förebyggande munhålsvård för stora grupper äldre och personer med funktionsnedsättning. Det föreligger svårigheter med hemtandvård, men det finns stora fördelar. Patientgruppen lämnar sällan återbud. Munhålsvården blir tillgänglig för fler omvårdnadstagare. Genom att hemtandvård sker på plats upplevs mindre oro för den äldre och i synnerhet för personer med kognitiva störningar. Tandvårdspersonal har även lättare att få ett gott sam-

bete med omvårdnadspersonalen genom att finnas tillgänglig på deras arbetsplats.

Hemtandvård eller kliniktandvård

Munhålsvård och tandvård vid stationär tandvårdsmottagning är alltid att föredra, men hemtandvård behövs och fyller en viktig funktion för att möjliggöra och bibehålla god munhälsa på äldre med stort omvårdnadsbehov. Genom att ett begränsat vårdutbud kan ges vid hemtandvård, bör därför samtliga vårdgivare som utför hemtandvård ha tillgång till stationär eller mobil tandläkarmottagning i närområdet för att kunna erbjuda fullständig behandling. Även svårt sjuka och sköra äldre har rätt till samma tandvård, samma vårdkvalitet och på lika villkor som övriga befolkningen, men de bör erbjudas förebyggande munhålsvård genom hemtandvård i större omfattning än nu av fler vårdgivare för ökad tillgänglighet. ●



Foto: www.fotoakuten.se

Nordisk omsorg för äldre – en förebild för Spanien?

Befolkningsprognoser fram till 2060 visar på en förändring i sammansättningen av befolkningen, där antalet personer i arbetsförålder minskar medan andelen äldre personer med ett möjligt ökande behov av omsorg och vård ökar.

Jonas E Andersson
architect SAR/MSA, Ph D
Arkitekturskolan, Skolan för Arkitektur och
Samhällsbyggnad, Kungl. Tekniska Högskolan,
KTH, Stockholm
jonas.andersson@arch.kth.se

Det är ett pågående fenomen att andelen personer 65 år och äldre i befolkningen ökar i de flesta länder. I Europa intar Grekland, Italien och Tyskland tätplatserna med 19–20

procent av befolkningen. Sverige ligger på en fjärde plats med 18 procent. Övriga europeiska länder ligger några procentenheter lägre, mellan 11 till 17 procent, och de följer de förberedelser som de fyra länderna i täten vidtar på tröskeln till ett samhälle som karakteriseras av en stor andel personer i de övre åldersgrupperna. Ett sådant land är Spanien, där gruppen äldre personer 65 år och uppåt uppgår till ca 17 procent av befolkningen. Den demografiska föränd-

ringen i Spanien kommer att bli större än de prognoser som görs för Sverige: beroendeförhållandet (antal äldre person jämfört med personer i arbetsförålder) år 2050 uppskattas till 58,7 i Spanien mot 41,9 i Sverige.

Boendeformer för äldre har en institutionskänsla

Bland den ökande gruppen äldre i Spanien finns ett stigande missnöje med de boendeformer som erbjuds på ålderns

höst. Det befintliga utbudet av boenden för äldre personer med någon form av långvarigt sjukdomstillstånd är ofta storskaliga anläggningar. Både arkitekturen och omsorgs- och vårdarbetet har en institutionell prägel med tydliga likheter med sjukhusmiljöer. På gräsrotsnivå förekommer det initiativ att på eget bevåg skapa alternativa boendeformer. Dessa boendeformer utgår från gemensamma intressen eller livsfilosofi för att skapa en samhörighet och en långsiktig trygghet. I många avseenden påminner initiativen om de boendeformer som finns in Norden såsom kollektivboende eller seniorboende. Frågan om äldres boende i ett framtidsperspektiv har engagerat både enskilda och organisationer. År 2009 grundade det spanska försäkringsbolaget Caser Seguros en särskild stiftelse för att lyfta frågan om goda boendeformer för äldre med omfattande omsorgsbehov, Fundación Caser para la dependencia (för de sköra äldres rättigheter). Ett år senare, 2010, grundades en annan stiftelse, Fundación Pílares para la autonomía personal (för de äldres personliga frihet). Bägge stiftelserna har många medlemmar och är verksamma i hela Spanien, även om inte det exakta medlemsantalet har gått att fastställa inför denna artikel.

Nationellt upprop om boende för äldre

Under 2011 har de två stiftelserna Fundación Caser och Fundación Pílares samarbetat för att arrangera en internationell konferens kring bostadskvaliteter och omsorgsmodeller för äldre. Fokus har legat på samspelet mellan arkitekturs form och sättet att utforma och ge omsorg och vård till sköra äldre personer. I arbetet att ordna konferensen har den svenska äldreomsorgskonsulten Astrid Lindström deltagit. Lindström har sedan 1970-talet arbetat i Spanien och hon har de senaste åren ordnat flera studieresor till Danmark och Sverige för att studera goda exempel på både boendeformer för äldre. Det har handlat om både bostäder inom det ordinära bostadsbeståndet för äldre med små omsorgsbehov, och för sköra äldre personer med en biståndsbedömd omsorg och vård. I månadsskiftet november-december genomfördes konferensen med stöd av det särskilda reger-

ingsorganet IMSERSO, som hanterar socialförsäkringsfrågor för äldre personer. Konferensen hade rönt ett stort nationellt intresse och mer än 300 personer samlades i Palacio de Congresos i Madrid under perioden den 30 november till den 1 december 2011. Konferensen invigdes av en representant från det spanska socialdepartementet, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Professor Adela Cortina Orts vid Universitet i Valencia öppnade konferensen med att reflektera över den demografiska förändring som sker i världen. Cortina Orts menar att det mognande samhället är resultatet av en tyst revolution, som har sin upprinnelse flera år tillbaka i tiden. Den har inneburit en påtaglig samhällsförändring genom att barndomstiden blir kortare, ungdomstiden har förlängts, och fler levnadsår har lagts till perioden efter de yrkesverksamma åren. Det har medfört att traditionella föreställningar om familjen och kvinnans roll har ändrats, liksom att generationen äldre har blivit fler. Det finns skäl för att tala om en grånande eller silvrande grupp personer i samhället, även om benämningen bara anspelar på hårets naturliga färgförändring. Cortina Orts betonar att åldrandet i högsta grad är nära kopplade till individuella egenskaper i form av genetiskt arv och livsstil, ekonomi och samhälle. Samhällets uppgift är därför enligt Cortina Orts att skapa de bästa förutsättningarna så att varje enskild individ kan fullfölja sin individuella livsplan. Samhället måste i lika grad bekräfta och inkludera alla individer oavsett kön eller ålder för att främja individens upplevelse av självkänsla och skapa delaktighet i samhället.

Utblick mot Nordeuropa och USA

Efter inledningen kring det mognande samhälle som Spanien är på väg mot, följde presentationer från Danmark, Storbritannien och Tyskland, samt USA. Professor Marianne Knudstrup, Ålborg Universitet, presenterade en studie från 2007 om äldre personers upplevelse av trivsel i särskilda boendeformer, som fortsättningsvis i denna text kallas för äldreboende. Studiens slutsats är att trivselfaktorer verkar utifrån och in, och beror av den omgivning som finns nära el-

ler inom räckhåll från äldreboendet. Det handlar å ena sidan om den trygghet och de upplevelser, som skapas inom boendet genom egna minnessaker, personalens omsorg och vård, samt sociala relationer, och å andra sidan om den säkerhet och tillgänglighet som den yttre miljön erbjuder. Samtidigt menar Knudstrup ut att många av dessa grundläggande egenskaper för upplevelse av triv-



I Danmark precis som i Sverige är äldreboende och äldreomsorg ett gemensamt ansvar för samhället, medan boendeformen i Tyskland har institutionella drag och äldreomsorgen ligger på de anhöriga."

sel i äldreboendet har en svag ställning i den besluts- och planeringsprocess som omger skapandet av ny arkitektur för en sådan boendeform. I Danmark precis som i Sverige är äldreboende och äldreomsorg ett gemensamt ansvar för samhället, medan boendeformen i Tyskland har institutionella drag och äldreomsorgen ligger på de anhöriga. Den tyskspaniske sociologen Miguel Montero Lange förklarar att i Tyskland så kan man urskilja fyra olika typer av boendeformer för sköra äldre som reflekterar olika socialpolitiska skeden. Det är fråga om specialkliniker, geriatrika avdelningar, äldreboenden och gruppboenden. Generellt sett så finns det få enkelrum för äldre i Tyskland, och små gruppboende ligger högst kostnadsfritt. Ansvaret för äld-

reomsorg är inte lika tydligt fördelat mellan nationell och lokal nivå i Tyskland som i de nordiska länderna, men Montero Lange menar att det sker en nyutveckling. Det s.k. kvarterskoncept med närhet till vård och omsorg innehåller flera sorters boendetyper för äldre personer både med få eller omfattande omsorgsbehov.

I Storbritannien är situationen annorlunda. Jeremy Porteus, tidigare ansvarig för boendefrågor för äldre på det brittiska hälsodepartementet, men numera ansvarig för webbportalen HOUSING LIN, berättar om pågående regeringsinitiativ, s.k. grey deals, som syftar till att främja äldre personers delaktighet och integration i samhället. Dessa initiativ har främst avsett åtgärder för att främja äldres möjlighet till kvarboende inom det ordinarie bostadsbeståndet och öka närheten till omsorg. I Storbritannien är äldreboendet och äldreomsorg en del av de anhörigas ansvar. Även om satsningarna främst avsett ageing in place, så menar Porteus att det även sker en upprustning av den särskilda boendeformen. Det handlar om att utveckla nya typer av sådana boendeformer, extra care housing för att gå ifrån invanda benämningar som care homes eller residential care homes. Amerikanskan Karen C. Schoeneman har arbetat med boende- och omsorgsfrågor för äldre som bor i vårdboenden sedan 1989 inom det federala Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS). Schoeneman beskriver de amerikanska vårdboendena som storskaliga institutioner. Det handlar i genomsnitt om 110 bäddplatser i patientrum, vanligen delade av två personer. Totalt finns det ungefär 18000 olika vårdboenden i USA med sammanlagt 15 700 platser. Schoeneman ser flera problem i den utformning som vårdboendena har. Förutom att beståndet är relativt gammalt, så finns det begränsningar både i byggnadslagstiftningen och i sättet att bedriva äldreomsorg som skapar svårigheter att förverkliga boendemiljöer som utgår från de äldre personernas individuella behov.

Arkitektur för sköra äldre personer

Professor Victor Regnier är arkitekt och äldreforskare verksam vid University of South California och University of Kansas. Enligt den klassiska metoden för att utveckla ny kunskap inom arkitektur har Regnier genomfört flera olika fallstudier av äldreboenden runt om i världen som kan fungera som förebilder när man skapar nya liknande byggnader. Regniers goda exemplen är hämtade från Danmark, Finland, Kanada, Nederländerna, Sverige, Storbritannien och USA. Tillsammans ger dessa äldreboenden underlag för att skapa en lista på närmare 100 miljökriterier som behöver övervägas vid skapandet av ny arkitektur för sköra äldre personer. Kriterierna utgår från de äldre personernas behov och skapar stimulans i vardagen och avser aspekter i utformningen av arkitektur. Det handlar att iscensätta det byggda rummet och den intilliggande naturen för att bilda ett ramverk kring en äldreomsorg som är byggd på tydliga värdegrunder. Enligt Regniers definition är äldreboendet Vigs Ångar, Köpingebro i Skåne, ett gott exempel på ett sådant boende. Av de totalt sextio bilder som han visade, så var 10 procent tagna på detta äldreboende, men även danska exempel användes återkommande.

Författaren till denna text bidrog med några förklaringar till varför särskilda boendeformer från de nordiska länderna kan fungera som exempel på goda boendemiljöer för sköra äldre personer. Sett i ett arkitektoniskt utvecklingsperspektiv så har riktlinjerna för dagens utformning av särskilda boendeformer rötter i en medveten strävan att med arkitektävlingen som medium visualisera sociala reformer rumsigen. Detta har skett på nationellt plan vid tre tillfällen i Sverige, 1907, 1948 och 1979, samt i Norge i slutet av 1940-talet. Arkitektur som ett socialpolitiskt instrument är fortfarande ett område som är litet beforskat, men det finns anledning att tro att samma arbetsätt kan ha använts i Danmark. En jäm-

förelse mellan de nordiska länderna visar på att Sverige och Finland utmärks av både få särskilda boendeformer och en relativt liten äldreomsorg i hemmet, medan Danmark intar ett mellanläge. Norge och Island utgör å andra sidan motsatsen med både många särskilda boendeformer och en stor äldreomsorg i hemmet. Samtidigt finns det en demografisk skillnad i och med att andelen äldre är något mindre i Danmark (16,8 procent), Finland (17,5 procent), Island (12,3 procent) och Norge (15,1 procent).

Konferensdagarna hade en dominans av exempel från Nordeuropa, Storbritannien och Tyskland, men Frankrike fanns också med för att presentera en aspekt som annars hade förbisetts – utomhusmiljön. Marie Jo Guisset är en fransk äldreforskare, som är verksam vid Fondation Médéric Alzheimer, i Paris. Fondation Médéric är en stiftelse som grundades 1999 av det franska försäkringsbolaget

”

Det handlar att iscensätta det byggda rummet och den intilliggande naturen för att bilda ett ramverk kring en äldreomsorg som är byggd på tydliga värdegrunder.”

Malakoff Médéric, som arbetar med olika socialförsäkringar. Stiftelsen har en allmännyttig inriktning och ger stöd åt anhörigvårdare av personer med Alzheimersjukdom eller andra åldersrelaterade besvär. Stiftelsen bedriver även forskning om samspelet mellan människa, miljö och omsorg. Guisset presenterade en ny

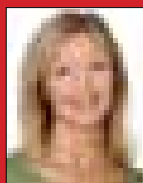
publikation från stiftelsen som handlar om riktlinjer för att skapa en säker och trygg utomhusmiljö för personer med en demenssjukdom: "L'identité retrouvée. Nouveaux liens, nouvelles solidarités pour une autre approche de la maladie Alzheimer (Den återfunna identiteten. Nya band, nya gemenskaper för att möta Alzheimers sjukdom).

Exempel på spansk nyorientering

Tvådagarskonferensen innehöll inte bara presentationer från sju inbjudna utländska forskare, utan även flertalet både korta och långa presentationer från äldreomsorgsverksamhet från de sju autonoma spanska regionerna. Som utländsk deltagare är det alltid intressant att lyssna och förstå hur frågan om god arkitektur och äldreomsorg uppfattas av konferensdeltagarna. På den här konferensen var gensvaret översvallande att ämnet diskuterades, och presentationer och tal var entusiastiska. I flera fall kom talarna upp i ett astronomiskt högt antal ord per minut, vilket gjorde det omöjligt för både simultanttolkar och ett ovant öra att förstå vad som avhandlades. Dock gav flera presentationer stöd till Fundación Caser och Fundación Pílares uppfattning om att spansk äldreomsorg i många avseenden främst har institutionella drag. De försök som har gjorts i en mer individbaserad omsorg har skett i miljöer som har tydliga drag av att vara en geriatrisk sjukhusavdelning. En samsyn uppstod mellan den nordiska uppfattningen om god äldreomsorg och de försök som görs i Baskien. Här påpekade arrangörerna att denna region på grund av separatiströrelsen och terroristorganisationen ETA utgör ett särfall, eftersom större nationella anslag medges till Baskien än till andra regioner. Ett initiativ inom det ordinära bostadsbeståndet som presenterades var Los Milagros i Málaga, som i många avseenden påminner om hur vi i Sverige resonerar kring den tolkning som ska göras av Äldredelegationens förslag till trygghetsboende. ●

Succé för den 2:a Nationella Konferensen för Palliativ Vård!

Den 13–14 mars gick den andra nationella palliativa konferensen av stapeln i Stockholms Folkets Hus. Temat för konferensen var Palliativ Vård för Alla, vilket hade lockat drygt 700 kliniskt verksamma personer från olika palliativa vårdformer inom sjukvård och äldreomsorg samt forskare, utbildare och utvecklingsansvariga från alla professioner inom vård. Konferensen arrangerades av Stockholms Sjukhem, Ersta Sköndal Högskola, Ersta diakoni samt Nationella Rådet för Palliativ Vård med syftet att utgöra ett forum för spridning av ny kunskap och goda idéer samt att stimulera till att nätverka.



Helle Wijk
leg. sjuksköterska, docent,
Sahlgrenska Akademien,
Institutionen för Vårdvetenskap
och Hälsa med kombi-
nationstjänst vid Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
helle.wijk@vgregion.se

Konferensen omfattade två dagar med plenarföreläsningar, parallella sessioner, postersessioner samt tillfällen till möten mellan symtomexperter och diskussioner inom yrkesgrupper.

Konferensen öppnades av ordförande för Nationella rådet för palliativ vård, Carl Johan Fürst, rektor vid Ersta Sköndal Högskola Jan-Åke Hansson och sjukhusdirektör vid Stockholms sjukhem Elisabeth Wennlund. Därefter bjöds publiken på en exotisk musikinledning med trummor av olika slag varpå regeringens äldreomsorg Eva Nilsson-Bågenholm hälsades varmt välkommen. Eva talade utifrån rubriken *Palliativ vård för alla* och berättade om regeringens satsning på insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Satsningen har lett fram till beslutet om ett omfattande uppdrag till Socialstyrelsen att kartlägga primärvårdens ansvar och insatser, fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering, genomföra registeranalyser, utveckla statistiken, för-

bättra läkemedelsanvändningen för äldre, utveckla öppna jämförelser för äldre och förbättra rättssäkerheten. För detta arbete är medel avsatta motsvarande 63 miljoner kronor. När det gäller god vård i livets slutskede specifikt redogjorde Eva för de incitament som är införda som stimulans till en ökad vårdkvalitet inom palliativ vård. De omfattar sammanlagt 50 miljoner att fördela till de verksamheter som registrerar 70 procent eller fler av dödsfallen i palliativa kvalitetsregistret, och 20 miljoner att fördela till dem som registrerar att vid minst 60 procent av dödsfallen har ett brytsamtal genomförts. Nästa steg är att fokusera på god smärtlindring samt riktade satsningar inom primärvården i form av utbildning och samordningsinsatser för primärvårdsläkare där det fortfarande finns ett stort kompetensbehov att fylla. Såväl privata som offentliga vårdgivare inom landsting och kommun har möjlighet att ta del av stimulansmedlen.

Under eftermiddagen presenterades en rad olika projekt inom ramen för parallella sessioner, där ett av många handlade om *vårdmiljöns betydelse inom palliativ vård*. Efter en inledning kring kopplingen till personcentrerad vård och fysisk och psykosocial miljö samt vårdmiljöns plats inom de kommande nationella riktlinjerna av Helle Wijk, följde presentationer avseende best praxis med

exempel på hur man har arbetat med att låta den fysiska miljön utgöra en integrerad del av vårdfilosofin vid Änggårdens Hospice i Göteborg framfört av Lisbeth Knevel och Kit West, samt ett inslag kring framtidens palliativa vårdmiljöer i form av ett förslag till ny byggnad för psykiatri och palliativ vård vid Linköpings Universitetssjukhus framfört av Anna Wrener och Saga Karlsson, två masterstudenter inom Arkitektur vid Chalmers Tekniska Högskola, Göteborg Healthcare Studion. Under kvällen samlades många till en middag på Solliden med trevlig underhållning.

Dag två inleddes med reflektion över gårdagen följt av en intressant föreläsning av professor i palliativ medicin, Peter Strang inom ämnet *Palliativ vård vid olika diagnoser – likheter och olikheter*. Efter pausen fortsatte professor i omvårdnad Carol Tischelman med en tankvärd föreläsning om *Symtom i palliativ vård, får vi helheten genom att mäta delarna?* Efter lunch och postersession med prisutdelning avslutningstalade professor i idéhistoria vid Göteborgs Universitet, Karin Johannisson, utifrån ämnet *den moderna döden*. Den 3:e Nationella konferensen i Palliativ Vård äger rum i Göteborg den 4–5 mars 2014. ●



Det goda åldrandet

Boken syftar till att belysa ett gott åldrande och hot mot ett gott åldrande ur ett salutogent perspektiv samt till att spegla komplexiteten i åldrandet.

Huvudbudskapet är att många äldre personer har det bra under åldrandet, men att det är möjligt att främja upplevelse av hälsa även hos de som lever med olika former av illabefinnande i samband med förluster, ohälsa eller under

den sista tiden i livet. Att främja hälsa handlar om att ta tillvara yttre och inre resurser hos äldre personer, hos deras närmaste och i samhället samt att ge adekvat vård och omsorg, medicinsk behandling och rehabilitering.

I boken medverkar 13 forskare inom arbetsterapi, geriatrik, omvårdnad och sjukgymnastik. Alla har omfattande erfarenhet av forskning om äldre personer. De olika perspektiven ger en bild av aktuell forskning om äldre personers situation.

Boken är i första hand avsedd för studenter på grundläggande nivå och för vidareutbildning av personal inom vård och omsorg, men den är också lämplig att använda inom praktisk verksamhet. ●



Ingeborg Höök, Linus Höök

Hund på recept – Sveriges första vårdhundar

Att använda hundar inom vården är inget nytt fenomen. Men verksamheten har oftast skett oreglerat och på initiativ av eldsjälar som sett vad hunden kan utträta inom äldre vården. Sedan Svenska

vårdhundskolan inledde sitt landsomfattande arbete för två år sedan har det skett en revolution på området. Vårdhundsteam har utbildats och jobbar professionellt inom olika vårdinstitutioner över hela landet, forskningsprojekt har startat och begreppet Vårdhund har flyttat in i offentligheten.

Initiativtagaren till Svenska vårdhundskolan, Ingeborg Höök, presenterar nu den första boken om vårdhundar enligt en svensk modell. Genom intervjuer och ett rikligt bildmaterial möter vi landets första professionella vårdhundsteam liksom andra nyckelpersoner i verksamheten. Vi får möta hundar som jobbar inom demensvården, hos personer med förvärvat hjärnskada och inom barnsjukvård. Vi lär oss om vilka förberedelser som krävs innan en vårdhund börjar

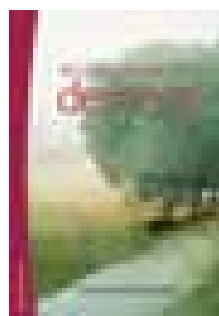
jobba och får se exempel på många av de gripande effekter som följer av kontakten med vad som kallas människans bästa vän. ●

Mat och miljö i bilder, ett redskap att använda i vården

Som närstående eller vård- och omsorgspersonal till en demenssjuk person, finns det mycket man kan göra med både maten och måltidsmiljön för att öka aptiten och på längre sikt, kroppsvikten. Att se över matsituationen och optimera måltidsmiljön kan förbättra den demenssjukes både nutritions- och allmäntillstånd, och därmed livskvaliteten. Nestor FoU-center kommer under 2012 att ge ut en kostbilderbok vid demens, som är riktad både till närstående samt vård- och omsorgspersonal. Det är Nestor FoU-centers dietist och projektledare, Jasmin Matinzadeh, som arbetar med att ta fram denna bok. Syftet med boken är att den med hjälp av handfasta, konkreta tips och råd, ska kunna främja måltidsmiljön och förbättra energi- och näringsintaget för demenssjuka personer. Boken är tänkt att inspirera alla personer som runt om i landet vårdar en demenssjuk anhörig eller vårdtagare.

Bokens fokus kommer att ligga på de illustrativa bilderna, vilka kan ge läsaren goda tips och råd vid olika matsituationer och måltidsmiljöer. Olika faktorer som påverkar matintaget vid demenssjukdomar kommer att tas upp, samt tips på hur man kan göra för att förbättra matsituationen för de äldre.

Boken riktar framförallt till enskilda äldre personer med demenssjukdomar och deras närstående, samt till vård- och omsorgspersonal på sjukhus, vårdcentraler, äldreboenden och inom hemtjänsten. ●



Anna-Karin Edberg (red.)

Att möta personer med demens

Boken ger redskap som underlättar mötet med personer som har en demenssjukdom. Den genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt och betonar värdegrunden samt den fysiska och psykosociala vårdmiljöns betydelse för vårdens inramning. I

denna andra upplaga har vissa kapitler utgått och många tillkommit. Boken är helt omarbetad i linje med den kunskap som vi har idag. ●

AVHANDLING

Hälsofrämjande åtgärder för äldre personer är verksamma!

Äldre personer som får ett hembesök eller deltar i seniorträffar får bättre hälsa och behöver mindre hjälp i vardagen. Det är forskningsresultat i en ny avhandling av arbetsterapeuten Susanne Gustafsson som kan få betydelse för utformningen av framtida hälsofrämjande åtgärder.

Studien Äldre Personer i Riskzon var ett samarbete mellan statsdelen Örgryte/Härlanda i Göteborg, Göteborgs Universitet och Vårdalinstitutet. Syftet var att undersöka om hälsofrämjande åtgärder kan fördröja försämring av hälsan och livskvalitet samt minimera behovet av sjukvård. 459 personer över 80 år bosatta i sitt eget hem har varit indelade i tre grupper. En grupp, kontrollgruppen, har inte fått några

åtgärder. Den andra gruppen har fått ett förebyggande hembesök och den tredje gruppen fick delta i en studiecirkel med fyra seniorträffar och ett uppföljande hembesök. Resultatet visar att de som fått hembesök eller deltagit i seniorträffar skattar sin egen hälsa högre än kontrollgruppen efter tre månader. De som har fått båda åtgärderna har inte heller lika stort behov av hjälp med vardagliga sysslor, t.ex. städa eller laga mat, efter ett år. Båda åtgärderna ger positiv effekt men seniorträffarna är mest verksamma då effekten med ett mindre behov av hjälp kvarstår i upp till två år. Resultatet är lovande men ytterligare analyser av andra hälsomått och en ekonomisk värdering behövs innan den ena eller den andra åtgärden slutligen kan förordas. ●

Alla är vi lika mycket värda, oavsett ålder, bakgrund, kön, etnicitet eller sexuell läggning. Inte sant?

Så underligt då, att vi har en mycket märklig inställning i vårt samhällssystem till de gamla, eller äldre, som vi oftast säger.

De gamla föräldrarna, eller släktingarna är ju lika mycket värda som Du och jag. Som våra barn och barnbarn.

Det är dags att ändra inställning till åldrandet! Det är en naturlig del av Livet. En fas, en period som vi alla bör känna till, acceptera och få möjlighet att leva igenom på ett värdigt sätt.

Vi kommer alla att hamna där, bli i behov av någon slags hjälp och säkert också omsorg och vård.

Vi vill ha möjlighet att åldras och fortstätta ha samma möjligheter rättigheter som när vi var i vår krafts dagar. Själva bestämma över våra liv så länge vi är kapabla.

Självklart ska vi alla kunna få ett äldreboende som passar oss, där vi kan bo med vår make/maka/partner. Och vi måste kunna påverka tider för den hjälp och omsorg vi då behöver.

Andra kanske föredrar att bo kvar hemma som vanligt med hemtjänst till det blir dags för ett sjukhem. Då ska de kunna göra det.

Det är viktigt att vi får ha glädjen kvar. Så prioritera det goda, det positiva, det som ger oss stimulans att leva vidare!

Skapa inte bara ett Dödens väntrum med glädjelösa, tomma dagar. År som enbart rymmer väntan. Väntan på att någon eventuellt kommer och eventuellt byter på oss. Som pliktskyldigast ger oss en matlåda med något odefinierbart innehåll som värmts upp i mikro. Som möjligen, om vi har tur, byter några ord med oss vid uppstigning och sänggående. Men som hela tiden tittar på klockan...

Bättre vård minskar kostnaderna och ger våra äldre ett värdigare och mer njutbart liv.

Det är vi väl alla värda på livets höst?

Nej dags att tänka nytt. Sätt människan i fokus.

Hela livet! ●

Alexandra Charles



Foto: Angelica Engström

PRE NUME RERA PÅ Ä.

Håll dig ájour med vad som händer inom äldrevården! Ä är en tidskrift för dig som arbetar inom äldreomsorg, äldrevård och geriatrik. Ä utkommer med 4 nummer per år.

Varje nummer av tidningen har teman med fördjupning inom olika områden, såsom Demensvård, Äldre & Läke-medel, Promotion och prevention, Palliativ vård, etc.

Priset för en helårsprenumeration är 275 kronor.

Anmäl att du vill prenumerera till:
ssk_aldrevard@hotmail.com

Alternativt till:
Eva Saaw
S:t Olovsgatan 13, 731 31 Köping
Telefon: 070-200 22 40

KALENDARIUM

10–13 juni 2012

Nordisk gerontologisk konferens
Köpenhamn
För mer info följ länken
<http://www.ngf-geronord.se/>

11 juni 2012

Jämlik vård Nationell konferens
Tid: 10:00–16:00, 2012
Plats: Clarion Hotel Stockholm,
Ringvägen 98, Stockholm
För mer info gå in på SKL hemsida

Frågor om konferensens innehåll
Marianne Granath, Telefon 08-452 78 95
marianne.granath@skl.se

10–11 oktober 2012

Nationella Kvalitetsregister konferensen
Forum för medicinsk kvalitet och ständigt
förbättringsarbete
Programmet kommer att vara klart i slutet av maj,
då kommer man även att kunna anmäla sig.
För mer info SKL hemsida
<http://www.skl.se/kalender?pageID=8c2d6af1-a8ba-41ab-8e74-bbf5f18233fb>

22–23 oktober 2012

Skandinavisk konferens om ledarskap
och Demens
God demensvård – en fråga om ledarskap?
Köpenhamn
För mer info gå in på svensk demenscentrums
hemsida www.demenscentrum.se
För anmälan följ länk;
<https://www.conferencemanager.dk/bridging-the-gap-se/Registrering.html>

21–22 november

Nationell äldrekonferens:
Äldrevård – en bransch i utveckling!
Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldre-
vårds årliga konferens
Plats: Göteborg, Wallenberg konferens Göteborg
Program kommer inom kort att presenteras på
vår hemsida;
<http://www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Riksforeningen-for-Sjukskoterskan-inom-Aldrevard/KonferensUtbildning/>

Nytt från Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård

Riksföreningens bidrag till att synliggöra professionen

Styrelsen för Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldre-
vård är i full gång med arbetet med att ta fram en kompe-
tensbeskrivning som beskriver yrkesrollen och den profes-
sionella kompetensen för sjuksköterskor som är verksamma
inom äldrevård och äldreomsorg. Den färdiga kompetens-
beskrivningen kommer att ha ett övergripande och väggle-
dande perspektiv. Kompetensbeskrivningen beräknas vara
klar under våren 2012.

Du som arbetar med äldrevård och är medlem i riksföreningen kan söka stipendium

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård har med
stöd av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare, inrättat ett
stipendium på 10 000 kronor för att bidra till forskning, ut-
veckling och förändringsarbeten inom området äldrevård.

Vem kan söka?

Stipendium kan sökas av legitimerade sjuksköterskor som är
medlemmar i föreningen eller som är i början av sin forskar-
utbildning och som vill starta kliniska utvecklingsprojekt.

Utdelning av stipendiet sker vid Riksföreningens årliga
konferens den 21-22 november.

Riksföreningen som remissinstans

Riksföreningen har haft möjlighet att avge yttrande avseen-
de några statliga utredningars betänkande och förslag un-
der 2011.

Remissen "Förslag till föreskrifter och allmänna råd om
ansvar för personer med demenssjukdom och bemanning
i särskilda boendet" från Socialstyrelsen kommer att få stor

betydelse för framtida personer med demenssjukdom. Läs yttrandet på riksföreningens webbplats. Vi följer utvecklingen och i möjligaste mån ger yttrande till departement och verk.

Planering av riksföreningens verksamheter

Varje år ger riksföreningen ut en verksamhetsberättelse och planerar för det kommande året. På vår webbplats kan du läsa de senaste årens verksamhetsberättelser och årets verksamhetsplan.

Känn dig välkommen till riksföreningens webbplats

Hör gärna av dig med synpunkter och förslag till exempel om du har något du vill berätta för oss och eller delge och sprida till kollegor! www.aldrevard.se ●

STIPENDIUM

Du som arbetar med äldrevård och är medlem i riksföreningen sök stipendium!

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård har inrättat ett stipendium på 10 000 kronor för att bidra till forskning, utveckling och förändringsarbeten inom området äldrevård.

Vem kan söka?

Stipendiet kan sökas av legitimerade sjuksköterskor som är medlemmar i föreningen eller som är i början av sin forskarutbildning och som vill starta kliniska utvecklingsprojekt.

Utdelning av stipendiet sker vid Riksföreningens årliga konferens den 21–22 november. Stipendiaten ska personligen motta stipendiet under konferensen.

Har du frågor kontakta Kristina Iritz-Hedberg, telefon 08-690 95 27 eller mejla, kristina.iritzhedberg@liber.se

Detta kan man inte söka stipendium för:

- Ersättning för kandidat- eller magisteruppsatser
- Förlorad arbetsinkomst/lönekostnader
- Resekostnader

Ny styrelsemedlem



Mitt namn är **Ellenor Sörqvist** och jag är en pigg och glad tjej på 30 år. Jag läste till sjuksköterska i Jönköping och tog min examen 2004. Min arbetsplats är en geriatrisk ortopediskavdelning på Uddevalla sjukhus. Där vårdas patienter över 65 år med ortopediska skador så som exempelvis höftfrakturer. Nu i mars startades på avdelningen även upp en verksamhet som innefattar patienter som behöver amputeras.

Har alltid haft ett stort intresse för att arbeta med äldre personer och sett det som ett mycket givande och spännande arbete. Vilket har lett till att jag haft en önskan om att få vidareutbilda mig inom ämnet geriatrik och även kunna få chans att utveckla äldrevården. Detta har bidragit till att jag precis avslutat min utbildning till specialist sjuksköterska inom Vård av äldre och tagit magisterexamen i omvårdnad.

Tycker det är mycket spännande och roligt att ha blivit invald som styrelsemedlem i Riksföreningen för Sjuksköterskan inom äldrevård. Och ser fram att få var med och driva och arbeta med frågor inom äldrevården. ●

ÅRSMÖTE

Riksföreningens årsmöte 2012

Riksföreningen för Sjuksköterskan i Äldrevård höll sitt årsmöte den 22 mars, i anslutning till Lust & Kunskap i Örebro. Tyvärr var det inte så många medlemmar som hörsammat kallelsen men vi kunde i alla fall glädjas åt att en ny styrelsemedlem kunde väljas in. Övriga i styrelsen sitter kvar ytterligare en period. Sedvanliga årsmötespunkter avverkades och vi kunde konstatera att året fallit väl ut, såväl verksamhetsmässigt som ekonomiskt. Det är mycket på gång inom den verksamhet som vi representerar, likaså i styrelsearbetet. Vi ser fram emot att få presentera kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor inom äldrevård. Kommunaliseringen av hemsjukvården är högst aktuell. Ett nytt spännande verksamhetsår startar med många uppgifter som behöver göras och den "gamla" styrelsen hälsar Ellenor Sörqvist varmt välkommen som styrelseledamot!

Eva Saaw



Om Riksföreningen för Sjuksköterskan inom Äldrevård

Vården och omsorgen av äldre är en högaktuell fråga. Antalet äldre blir allt fler och därmed också antalet multisjuka äldre. Den äldre personen har dessutom fått en betydligt starkare ställning vad gäller planering och innehåll av sin egen vård och omsorg. Detta möjliggör utveckling men ställer också höga krav på kvaliteten av vård, omsorg och utbildning. Inom dessa områden har sjuksköterskan inom vård av äldre en viktig funktion.

Målet med riksföreningen är främst att stärka och stödja sjuksköterskans profession samt främja god omvårdnads kvalitet inom gerontologi och geriatrik.

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård har funnits sedan 1969 och har nu cirka 500 medlemmar. Föreningen är samarbetspartner med Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet.

Monica Berglund är sedan 2007 föreningens ordförande.

Riksföreningen för sjuksköterskan inom äldrevård vill;
Stärka sjuksköterskans roll genom att verka för högre kompetens, tydliga mandat och karriärvägar.

- Verka för att sjuksköterskan i vården av äldre har specialutbildning inom vård av äldre.

Tydliggöra funktionen specialistsjuksköterska inom vård av äldre som omvårdnadsexpert, ledare och pedagog.

- Genom att ta fram en kompetensbeskrivning.

Utveckla kvaliteten i omvårdnaden.

- Arbeta för att nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser och prioriteringsunderlag innehåller omvårdnadsdata inom äldreområdet.
- Sprida kunskap om de instrument som finns t ex Senior Alert, BraVä, Palliativa registret.

Utveckla evidens – och erfarenhetsbaserad omvårdnad av äldre.

- Sprida kunskap till sjuksköterskor inom äldrevård om hur evidens- och erfarenhetsbaserad omvårdnad kan användas
- Bidra till att chefer och ledare ökar sin kunskap om evidens- och erfarenhetsbaserad omvårdnad

Arbeta för att utveckla sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.

- Sprida SSF:s broschyr "Strategin för sjuksköterskornas hälsofrämjande arbete"

Delta i den nationella debatten för att påverka utvecklingen inom äldres vård och omsorg.

- Att vara en naturlig remissinstans när det gäller äldre frågor och besvara remisser från Socialstyrelsen, regeringskansliet och andra aktörer

Skapa forum där sjuksköterskor kan mötas, diskutera och lära av varandra.

- Riksföreningens konferens, hemsida, medlemstidning

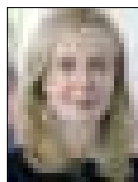
Utveckla organisationen

- Aktivt rekrytera medlemmar och studerandemedlemmar
- Stärka samarbetet med sektioner, nätverk och andra organisationer, t ex SSF och Vårdförbundet
- Profilera Riksföreningen genom att synliggöra att föreningens arbete gör skillnad för vården och professionen
- Anordna och medverka på konferenser med nya rön inom forskning och utveckling inom äldreområdet

Styrelsen



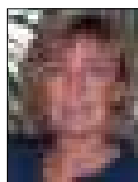
Monica Berglund Fägersten
Ordförande
Leg. sjuksköterska, Direktör vid
Tre Stiftelser i Göteborg
E-post: monica.berglund@avo.nu



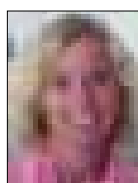
Kristina Iritz-Hedberg
Vice ordförande
Leg. sjuksköterska, Liber förlag
E-post: kristina.iritzhedberg@liber.se



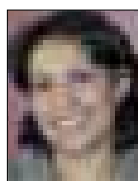
Helle Wijk
Sekreterare
Leg. sjuksköterska, Docent, Sahlgrenska Akademien,
Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa med kombinationstjänst vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
E-post: helle.wijk@vgregion.se



Eva Saaw
Ekonomiansvarig och medlemsansvarig
Leg. sjuksköterska, Utvecklare inom
Vård & Omsorg, Köpings kommun
E-post: eva.saaw@koping.se



Helena Johansson
Ansvarig för marknadsföring & annons
Leg. sjuksköterska, Strömstads kommun
E-post: helena.johansson@stromstad.se



Eva Stål Söderberg
Webbansvarig
Leg. sjuksköterska, Projektledare i Demensrådet,
Stockholm
E-post: eva.p.stal-soderberg@sl.se

Dela med dig till dina kollegor här i Tidningen Ä!

Du är mycket välkommen att skicka in din artikel, ditt debattinlägg eller rapport till redaktören för Tidningen Ä, Helle Wijk, helle.wijk@gu.se

- Skicka helst din text via e-mail med bifogad fil (Word).
- Vi vill alltid ha porträttbild av dig som författare. Skicka gärna även andra foton, teckningar, diagram, tabeller etc. som kan illustrerar ditt bidrag. Skicka helst digitalt. Om icke-digitalt material önskas i retur, bifoga namn, adress och ett frankerat kuvert.
- Ange ditt namn, yrke/titel, tjänsteställe och kontaktuppgifter.
- För vår planering, meddela oss om möjligt i god tid före manusstopp att bidrag kommer.
- Vi förbehåller oss rätten att redigera och korta bidragen vid behov.

Tack på förhand.



Riksföreningen för
Sjuksköterskan inom
Äldrevård

KONFERENS

Äldrevård – en bransch i utveckling!

21–22 november 2012 » Wallenberg konferens Göteborg

ONSDAG DEN 21 NOVEMBER

- 08:30** Registrering, utställare och kaffe
- 09:30** Konferensen öppnas
Välkommen Monica Berglund ordförande
Utställarna presenteras av ordförande för konferensen
- 10:00** Stöd för God vård för äldre
- Personcentrerad vård gör skillnad!
Helle Wijk
 - Patientnärmre vård en förutsättning
Marianne Inde
 - Det som inte är dokumenterat är inte gjort! – *Anna Forsberg*
- 12:00–13:15** Lunch
- 13:15** Palliativ vårdfilosofi för vård av äldre
Wilhelmina Hoffman
- 14:00** Måltidsglädje för god nutrition
- Ätande och nutrition, sjuksköterskans ansvar – *Ann Ödlund Olin Kl*
- 14:45** Kaffe och utställare
- 15:15** Måltidsglädje för god nutrition fortsättning
- Dator till stöd för mjölk och bröd
Albert Westergren H Kr
 - Konsistensanpassad matglädje
Anette Andersson
- 16:45** Avslutning

TORSDAG DEN 22 NOVEMBER

- 09:00** Hålla tätt – lätt som en plätt
- Inkontinens något att tala högt om!
- 10:00** Kaffe
- 10:30** Äldre män som läcker
Ulf Malmsten
- 11:30** Stipendieutdelning
- 11:45** Lunch
- 13:00** Palliativa vård
- De nya palliativa riktlinjerna
Joakim Öhlén Ersta Sköndal
 - När livsrummet krymper
Jane Österlind
- 14:30** Kaffe
- 15:00** Hur andlig är Du på en skala?
Daniel Brattgård
- 15:45** Lotter och prisutdelning

PRIS: 2 700 kr/deltagare + moms
vid anmälan före 31/8 2012
därefter 3 200 kr per person
+ moms.

