

Omvårdnad gör skillnad

Icke-farmakologiska åtgärder vid vanligt förekommande symtom hos sköra äldre



© Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm

Författare: Monica Bergqvist, Ingela Lennström och tidigare upplaga även Berit Magnusson

För information: monica.e.bergqvist@regionstockholm.se

Omslagsillustration: iStock.com/oxign

Grafisk produktion: Luxlucid

Tryck: By Wind, Ödeshög 2022

ISBN: 978-91-639-9222-3

För att beställa boken: Maila antal exemplar och din arbetsplats och adress till: broschyren.medicarier@regionstockholm.se

Omvårdnad gör skillnad

Ickefarmakologiska åtgärder vid vanligt förekommande symtom hos sköra äldre

Detta är en bok för dig som arbetar med sköra äldre i hemmet på vård- och omsorgsboende eller i sjukvården.

FÖRORD

Vi lever allt längre. För en del betyder det ett långt friskt och aktivt liv, medan andra får sjukdomar och krämpor som behöver behandlas, och då oftast med läkemedel. Medicinska framsteg har också genom nya läkemedel och behandlings-principer, gjort det möjligt att behandla allt fler sjukdomar och tillstånd, vilket återspeglas i en sedan många år tilltagande läkemedelsanvändning hos äldre.

Läkemedel är dock inte alltid av godo. Åldersförändringar i kroppen gör människor mer känsliga för läkemedel, vilket tillsammans med ofta omfattande läkemedelsanvändning, påtagligt ökar risken för att drabbas av biverkningar och andra läkemedelsproblem. Nära var tionde akut inläggning av äldre på sjukhus bedöms bero på läkemedelsbiverkningar.

Riskerna med läkemedelsbehandling hos äldre är idag väl kända och många metoder och tillvägagångssätt har utvecklats för att minska dessa. Rutiner och stöd för ”klok läkemedelsförskrivning”, uppföljning av läkemedelsbehandlingar, läkemedelsgenomgångar, metoder för förbättrad dokumentation och informationsöverföring är några.

En av de viktigaste åtgärderna för att minimera riskerna vid behandling av äldre är att endast ordinera läkemedel när de förväntas göra nytta. Nyttan behöver sättas i förhållande till riskerna och i jämförelse med andra behandlingsformer. Flera tillstånd hos äldre kan med fördel behandlas ”icke-farmakologiskt”, det vill säga på annat sätt än med

läkemedel, vilket inte bara medför att man undviker riskerna med läkemedel utan också kan uppnå andra positiva effekter av behandlingen.

Många olika icke-farmakologiska behandlingsformer har tagits fram genom åren, från ”Säröbomber”, för en god natts sömn, till olika omvårdnadsåtgärder för att till exempel minska oro och beteendesymtom hos äldre med demens. Det finns stor kunskap i landet om detta, inte minst hos omvårdnads-personal. Hittills har det dock inte funnits någon ordentlig sammanställning av de olika metoderna, deras plats i vården och hur de kan användas i behandlingen av äldre.

Den här boken är den första som tar ett helhetsgrepp om detta område. Den tar upp vanliga och viktiga symtom som i första hand bör behandlas icke-farmakologiskt, såsom sömnbesvär och beteendesymtom vid demens. Varje symtom presenteras på ett systematiskt sätt, med information om bedömning, kartläggning, åtgärder och utvärdering. Boken vänder sig i första hand till sjuksköterskor verksamma inom äldre vården, men kan med behållning även läsas av övrig vårdpersonal, inte minst läkare som ju ansvarar för den medicinska behandlingen och att den är av bästa kvalitet.

Johan Fastbom, *Professor i geriatrisk farmakologi vid Aging Research Center (ARC), Karolinska Institutet*

INNEHÅLL

Inledning	10
Bokens användning och upplägg	10
Boken på webben	11
Bedömning av vetenskapligt underlag	12
Författare	15
Sköra äldre	17
Begreppet skörhet	18
Äldres reservkapacitet och inneboende kapacitet	22
Prioriterade områden	23
En åtgärd kan påverka symtom inom olika områden	29
Äldres läkemedelsbehandling	33
Läkemedel eller inte läkemedel det är frågan	34
Polyfarmaci	35
Interprofessionella team	36
Läkemedelsbehandling med god kvalitet	37
De 9 budskapen för god läkemedelsbehandling för sköra äldre	38
Traditionellt farmakologiskt arbetssätt	44
Sjuksköterskans farmakologiska omvårdnadsansvar	44
Omvårdnad	47
Omvårdnadens syfte	48
Personcentrerad omvårdnad	48
Möjliggör kontinuerlig fortbildning	49
Sjuksköterskans ansvarsområde	49
Undersköterskans ansvarsområde	50
Omvårdnadsprocessen	50
Uppföljning, utvärdering och journalföring	52
Omvårdnad vid demenssjukdom kan förebygga och lindra BPSD	55
Introduktion	56
Allmänna råd	58
Personcentrerad vård	58
Kommunikation	59

Levnadsberättelse	60
Multiprofessionellt teamwork	60
Boendemiljö	60
Möjliggör kontinuerlig utbildning	63
Handledning och reflektion	63
Kvalitetsregister	64
Problemet identifieras	65
Identifiera bakomliggande faktorer	66
Kartlägg med struktur	66
BPSD-team	68
Formulera ett mål	69
Ordinera ickefarmakologiska åtgärder	69
Aromaterapi	75
Rutin och struktur på dagen	75
Vårdhund och sällskapsdjur	76
Validering	77
Snoezelenmetoden	77
Reminiscence, stimulering av gamla minnen	78
Uppföljning, utvärdering och journalföring	79

Minska risken för undernäring **81**

Introduktion	82
Definition på undernäring	83
Måltider är en del av behandlingen	84
Tidiga tecken på ätsvårigheter eller nedsatt aptit	85
Risikfaktorer för undernäring	85
Kartlägg med struktur	87
Bedömningsinstrument	88
Bedöm risken för undernäring	89
Bakomliggande faktorer	91
Formulera ett mål	92
Ordinera individanpassade åtgärder	93
Olika kosten	97
Flera små måltider och mellanmål	98
Kosttillägg	99
Verksamhetens ansvar	100

INNEHÅLL FORTSÄTTNING

Uppföljning, utvärdering och journalföring	101
Viktmätning	102
Vid utskrivning till annan vårdinrättning eller hemsjukvård	103
Förebygga och lindra sömnbesvär	105
Introduktion	106
Allmänna råd	108
Problemet identifieras	109
Kartlägg med struktur	110
Formulera ett mål	113
Ordinera ickefarmakologiska åtgärder	113
Uppföljning, utvärdering och journalföring	117
Förebygga och lindra smärta	119
Introduktion	120
Kartlägg med struktur	121
Bedömningsinstrument	123
Smärtkliniker	125
Smärtombud	126
Formulera ett mål	126
Ordinera ickefarmakologiska åtgärder	126
Uppföljning, utvärdering och journalföring	137
Förebygga och lindra förstoppning	139
Introduktion	140
Problemet identifieras	140
Identifiera bakomliggande faktorer	141
Kartlägg med struktur	141
Formulera ett mål	143
Ordinera ickefarmakologiska åtgärder	143
Uppföljning, utvärdering och journalföring	148
Referenser	151
Bilagor	159

INLEDNING

Riktlinjer, vårdprogram och rekommendationer förespråkar ofta omvårdnad och andra ickefarmakologiska åtgärder för en rad olika symtom för patientgruppen ”sköra äldre” istället för eller som komplement till läkemedelsbehandling. Dessa ickefarmakologiska åtgärder baseras många gånger på god evidens och de flesta av dessa åtgärder är även helt biverkningsfria. Författarna till den här boken önskar medverka till att sköra äldre får en evidensbaserad omvårdnad och att ickefarmakologiska åtgärder ordineras före läkemedel eller i kombination med läkemedel utifrån vad som är bäst för varje enskild person.

Bokens användning och upplägg

Den här boken beskriver kortfattat evidensbaserade ickefarmakologiska åtgärder lämpliga vid vanligt förekommande symtom hos sköra äldre. Den vänder sig i första hand till sjuksköterskor och då främst inom geriatrisk vård i ordinärt eller särskilt boende samt geriatrisk sjukvård. Även läkare, studenter och annan vårdpersonal kan finna boken värdefull och användbar och den kan med fördel användas vid fortbildning för till exempel undersköterskor och vårdbiträden. Mycket av bokens innehåll kan ses som självklart för sjuksköterskor med erfarenhet inom äldrevården men kan då användas för implementering av strukturer och som ett verktyg för fördjupning och utbildning. Längst bak i boken finns checklistor för de olika områdena som tas upp i

boken. Checklistorna kan exempelvis användas för att säkerställa och följa upp att all personal på en enhet har ett visst bemötande och förhållningssätt som minskar risken för BPSD eller att enheten har rutiner som främjar aptiten och minskar risken för undernäring hos patienterna eller de boende.

Ta gärna del av de första kapitlen för att få en övergripande bild av patientgruppen och utmaningarna med äldres läkemedelsanvändning samt omvårdnadens syfte och betydelse. Därefter kan varje kapitel läsas separat.

Boken på webben

Omvårdnaden behöver stärkas och verktyg för struktur i omvårdnadsarbetet har efterfrågats. Nu tar Region Stockholm, Akademiskt primärvårdscentrum fram ett digitalt stödsystem baserat på bokens innehåll. Under våren 2023 kommer alla verksamheter få tillgång till ett webbaserat material och ett stöd för omvårdnadsåtgärder istället för (som komplement till) läkemedel för sköra äldre.

Webbverktyget kommer att innehålla en utbildningsdel för undersköterskor och vårdbiträden samt material för fortbildning och utvecklingsprojekt inom geriatrisk vård och omsorg.

Bedömning av vetenskapligt underlag

Att arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet innebär att väga samman sin expertkunskap med bästa tillgängliga vetenskap samt den enskilda personens perspektiv. Effekten av många ickefarmakologiska behandlingsmetoder visar ibland i sammanställningar ringa till måttlig evidens vilket inte nödvändigtvis innebär att de är värdelösa utan bara att det finns otillräckligt med vetenskapligt underlag. Resultat från enskilda studier kan dock vara positiva och för den enskilda personen kan åtgärderna vara effektiva. Många omvårdnadsåtgärder kan trots det svaga kunskapsunderlaget ändå rekommenderas eftersom det saknas alternativa åtgärder och den åtgärden som föreslås är den bästa möjliga. De ickefarmakologiska behandlingsmetoder som finns att tillgå är vanligtvis helt biverkningsfria.



Socialstyrelsen (2019). Att arbeta evidensbaserat.

I denna bok är vissa åtgärder evidensbaserade i högre grad än andra och de olika åtgärderna rekommenderas utifrån bästa tillgängliga kunskap. I boken beskrivs inte några åtgärder som har evidens för att vara verkningslösa eller skadliga.

Socialstyrelsens rangordning

Socialstyrelsen redovisar i sina nationella riktlinjer rangordnade åtgärder i en skala från 1 till 10. Högst rangordnade åtgärder ger stor nytta för patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället medan lågt rangordnade åtgärder ger begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till effekten. Låg rangordning får också åtgärder där det vetenskapliga underlaget är ofullständigt eller bristfälligt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd.

Siffran 1 anger åtgärder med störst angelägenhetsgrad och siffran 10 anger åtgärder som ger mycket liten nytta eller är skadliga för patienten vid de aktuella tillstånden (så kallade icke-göra). Tillstånds- och åtgärdscombinationerna är endast rangordnade i förhållande till varandra inom sjukdomsområdet. Eftersom rangordningen inte är i förhållande till andra sjukdomsområden är en 3:a i till exempel de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demens inte direkt jämförbar med en 3:a i Socialstyrelsens övriga nationella riktlinjer. Många av rekommendationerna har trots det svaga kunskapsunderlaget fått en hög rangordning. Ett skäl till detta är att det saknas alternativa åtgärder och den åtgärd som föreslås är den enda eller bästa möjliga. De olika åtgärderna rekommenderas utifrån bästa tillgängliga kunskap.

SBU:s evidensgraderingsystem

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samlar, granskar och väger samman befintliga forskningsresultat för att hitta svaret på en fråga. Exempel på detta kan vara vilken behandling som är bäst vid en viss sjukdom, eller vilka stödinsatser som är effektiva. Relevanta studier väljs ut och kvalitetsgranskas. SBU använder evidensgradering enligt GRADE där tillförlitligheten graderas som:

- ⊕⊕⊕⊕ hög,
- ⊕⊕⊕○ måttlig,
- ⊕⊕○○ låg eller
- ⊕○○○ mycket låg.

Om det saknas studier som uppfyllt inklusionskriterierna klassificerar SBU det som GRADE (o).

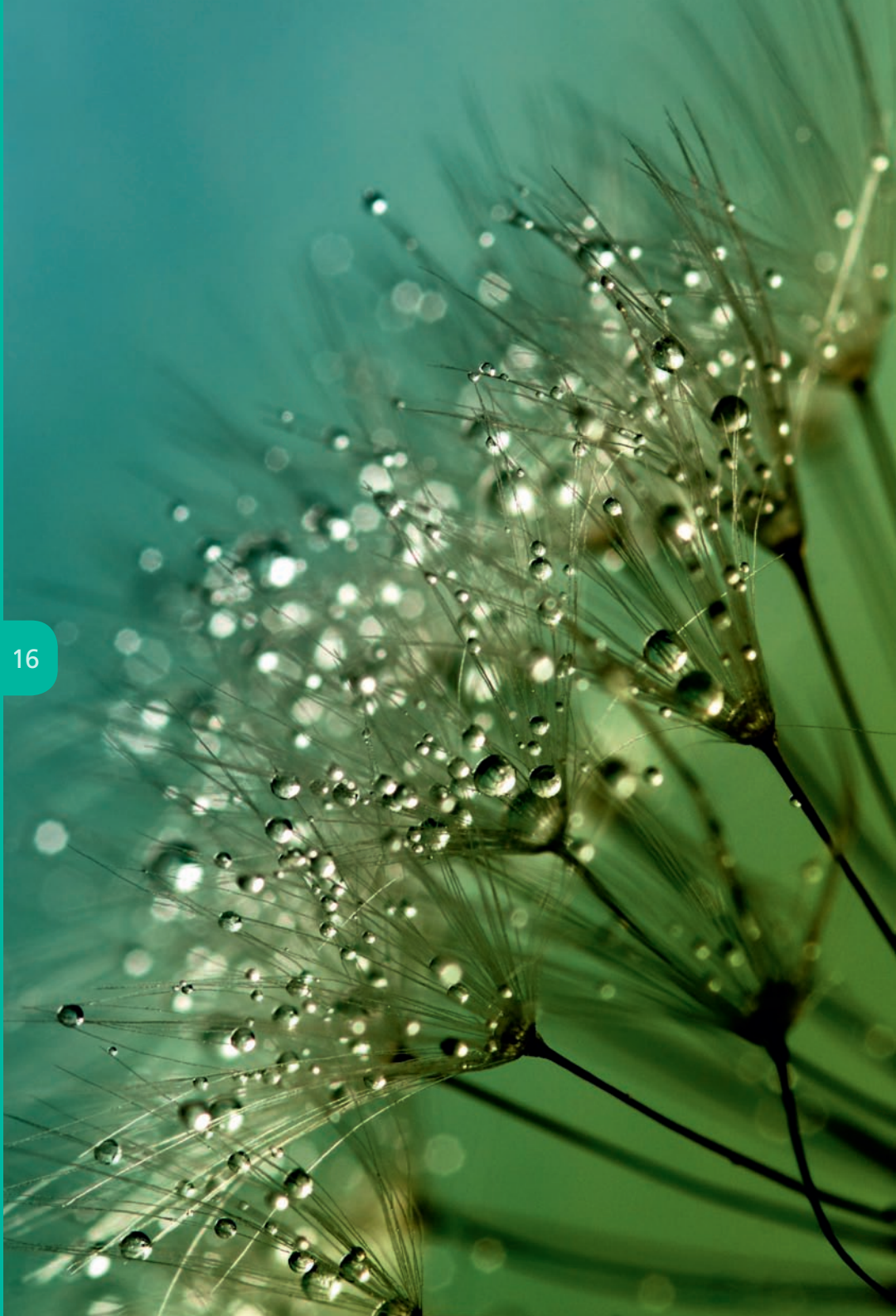


Författare

Den första upplagan av boken är framtagen av Medicinsk fortbildning, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Region Stockholm av Monica Bergqvist och Berit Magnusson.

Denna tredje upplaga är utökad med nya kapitel och nytt uppdaterat innehåll och är framtagen av Monica Bergqvist och Ingela Lennström, Akademiskt primärvårdscentrum (APC) Region Stockholm.

Författarna är sjuksköterskor med lång erfarenhet inom sjuksköterskeyrket och inom både pedagogik och området sköra äldre. Författare Monica Bergqvist är med. dr. och legitimerad sjuksköterska med mångårig erfarenhet inom akutsjukvården. Monica arbetar idag på Karolinska Institutet med utbildning för sjuksköterskestudenter samt på APC med fortbildning till sjuksköterskor. Monica disputerade 2010 med avhandlingen ”Drug-related problems: nurses role and responsibility”. Ingela Lennström är legitimerad sjuksköterska med filosofie magisterexamen med huvudämnet Pedagogisk inriktning vårdpedagogik. Ingela har mångårig erfarenhet inom bland annat avancerad hemsjukvård.



SKÖRA ÄLDRE

Skörhet (frailty) kan beskrivas som ett tillstånd av påskyndat biologiskt åldrande där kroppen gradvis förlorar förmågan att hantera påfrestningar. Skörhet går delvis att förebygga och behandla med fysisk aktivitet, god nutrition och en personcentrerad läkemedelsbehandling.

Begreppet skörhet

Begreppet skörhet används för att tydliggöra äldre personers biologiska ålder istället för den kronologiska åldern och kan definieras på olika sätt, men det är vanligt att skörhet beskrivs utifrån förekomsten av minst tre av följande fem kriterier: ofrivillig viktförlust, svaghet, orkeslöshet eller utmattning, långsam gånghastighet eller låg fysisk aktivitet.

Skörhet är ett begrepp som bättre än multisjuklighet identifierar äldre personer i behov av ett särskilt multidimensionellt omhändertagande.

Bedömning av skörhet

Det finns ett flertal validerade riskbedömningsinstrument för skörhet. En graderande skörhetsbedömning kan hjälpa till att identifiera äldre med ett stort behov av vård och omsorg och bidra till att fatta beslut om relevanta insatser.

Ett exempel på instrument som används kliniskt för att identifiera och gradera skörhet är Clinical frailty scale (CFS, Klinisk skörhetsskala) som är en skala i 9 steg som möjliggör gradering av skörhet/funktionsnedsättning. Clinical frailty scale är enkel att använda och bedömningen kan användas för identifiering av patienter som behöver ett geriatriskt eller multiprofessionellt omhändertagande. Skalan är också ett bedömningsinstrument för att kunna förutsäga behov av vård på vård- och omsorgsboende eller sjukhus.

De nio skalstegen sträcker sig från bedömningen ”mycket vital” till ”terminalt sjuk”. Bedömningen bör alltid göras utifrån individens ”normala” status, det vill säga inte under till exempel en pågående infektion då personen kommer till en akutmottagning och är sjuk utan bedömningen ska vara baserad på status innan insjuknandet. Skattningen bör göras av sjuksköterska eller läkare som har god kännedom om personen. Skalan bör inte användas på individnivå för att



bedöma personens nytta av olika behandlingar utan som tillägg av en individuell klinisk bedömning.

Clinical frailty scale är ett verktyg bland många och ska inte användas ensamt när beslut om vårdnivå och behandling tas, det är den sammantagna kliniska bedömningen som är viktigast. En person som är inskriven i hemsjukvården eller bor på ett vård- och omsorgsboende är ofta skör och erhåller ett högt värde på CFS, eftersom flera av de skörhetskriterierna på CFS-skalan också är kriterier för att vara i behov av den vård och omsorg som hemsjukvård och vård- och omsorgsboende erbjuder.

Clinical Frailty Scale*

1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
2. Vital – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, till exempel beroende på årstid.
3. Klarar sig bra – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader.
4. Sårbar – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.
5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.
6. Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.

7. Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
9. Terminalt sjuk – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet.

Att skatta skörhet hos individer med demens

Skörhetsgraden motsvarar demensgraden. Vanliga symtom vid lindrig demens är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt. Vid måttlig demens är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning. Vid svår demens kan de inte utföra personlig egenvård utan hjälp.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. © 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Översatt till svenska av Niklas Ekerstad, Trollhättan 2017.

Äldres reservkapacitet och inneboende kapacitet

Äldre personer har nedsatt motståndskraft mot fysisk och psykisk stress, är mer känsliga för vätskebrist och har en försämrad förmåga att upprätthålla jämnvikt i kroppens miljö. Sköra äldre har till skillnad från andra vuxna en mindre reservkapacitet och behöver längre tid för återhämtning efter till exempel en infektion eller efter en tid av lågt näringsintag eller efter flytt till annat boende. Även en kort sjukdomsperiod med sängläge kan leda till att funktioner förloras.

Det är viktigt att stärka den reservkapacitet som finns för att möjliggöra för personen att komma tillbaka till sin tidigare funktionsnivå efter en sjukdomsperiod. Reservkapacitet för både kondition och muskelstyrka kan ökas genom träning.

En persons inneboende kapacitet är sammansättningen av alla fysiska och mentala förmågor som en individ kan utnyttja. Flera tillstånd förknippade med nedgångar i en persons inneboende kapacitet hänger ofta ihop och kräver därför ett integrerat och personcentrerat förhållningssätt i bedömning och behandling.

Inneboende kapacitet

Inneboende kapacitet är sammansättningen av alla fysiska och mentala förmågor som en individ kan utnyttja.

Funktionsförmåga

Funktionsförmåga är individens inneboende kapacitet, miljön individen vistas i och samspelet mellan dem.

Prioriterade områden

För att främja välbefinnande behöver personens funktionsförmåga upprätthållas och utvecklas. WHO har tagit fram prioriterade områden där vården genom olika åtgärder kan stärka och bevara kapacitet och funktion.

Dessa områden har fokus i detta kapitel:

- Muskelsvikt
- Begränsad rörlighet
- Kognitiv försämring
- Undernäring
- Syn och hörselnedsättning
- Depressiva symtom

Sköra äldre är en utsatt grupp med stora vård- och omvårdnadsbehov och ofta med en kort tid kvar i livet. En god livskvalitet är därför av stor vikt för denna grupp. Även för mycket sköra personer kan mycket göras för att förebygga bibehålla och utveckla funktionsförmåga för att på så sätt bevara och öka hälsa och livskvalitet samt bromsa ett ökat vårdbehov. Det är av stor vikt att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person och att möjliggöra för hen att delta i det som personen värderar högt i livet och för att så långt möjligt bibehålla så mycket som möjligt av sin autonomi (självständighet och oberoende).

Muskelsvikt

Sarkopeni eller muskelsvikt är en allmän, ökande förlust av muskelmassa, styrka och funktion. Förlusten kan bero på sjukdom, dålig kost eller brist på fysisk aktivitet eller ingen uppenbar orsak utan är associerat med åldringsprocessen. Alternativt beror tillståndet på en kombination av alla dessa faktorer. Antalet muskelfibrer minskar vid åldrande och sammansättningen av vatten, fett och muskler förändras i och med att fett och vatten blir större i förhållande till muskelmassan som minskar. Detta i sin tur leder till nedsatt muskelstyrka som i sin tur ökar risken för fall och att personen kan bli rädd för att ramla och därför känner mindre lust att röra på sig. Otillräckligt näringsintag och otillräcklig fysisk aktivitet leder till än mer förlust av muskelmassa. Eftersom fettmassan samtidigt ökar kan det maskera minskad muskelmassa eftersom ingen viktnedgång då ses. Det är relativt enkelt att bedöma muskelfunktion, och därmed proteinundernäring, med ett verktyg som en handdynamometer för att mäta greppstyrkan. Detta verktyg mäter hur hårt en person kan klämma ihop verktyget med en hand. Låg handgreppsstyrka indikerar behovet av träning och en kost som innehåller mer protein. Både otillräcklig nutrition och för lite fysisk aktivitet leder till förlust av muskelmassa och muskelstyrka.

Begränsad rörlighet

Begränsad eller nedsatt rörlighet är vanligt bland äldre men är inte en oundvikligt följd av åldrande. Genom en sammanfattad bedömning av sjuksköterska, läkare och fysioterapeut kan ett program för regelbunden träning skraddarsys utifrån personens kapacitet, vilja och behov. Den rörlighet som finns kan då bibehållas eller förbättras. Att anpassa miljön och tillhandahålla lämpliga hjälpmedel är ett effektivt sätt att bibehålla rörligheten. Detta genom att skapa förutsättningar för autonomi genom att personen med hjälpmedel självständigt kan klara av saker i sin vardag.



Kognitiv försämring

Kognitiv svikt kan minimeras och ibland vändas genom en allmän strategi för en hälsosammare livsstil, kognitiv stimulans och social aktivitet. Genom en individanpassad behandling av medicinska diagnoser som diabetes och högt blodtryck kan försämringar i kognitiv kapacitet minska. Nedsättningar inom andra områden, såsom hörsel, syn och rörelseförmåga, kan försämma kognitionen och bör därför alltid bedömas och åtgärdas. För en person med demenssjukdom behövs ofta flera specialisters bedömning för en personcentrerad vårdplan.

Undernäring

God nutrition har stor påverkan på äldres hälsa och välbefinnande och att tillgodogöra sig tillräckligt med näring är nödvändigt för att upprätthålla viktiga funktioner, läka sår, förhindra sjukdom och förhindra för tidig död. En bedömning av en persons näringsstatus bör göras regelbundet (när personen flyttar in på särskilt boende eller skrivs in i hemsjukvården, när hälsan förändras/försämras eller vid behov om näringsintaget eller aptiten minskar). En fullständig bedömning av näringsstatus kräver specialkunskaper och ibland blodprover eller andra undersökningar. En balanserad kost i tillräckliga mängder ger vanligtvis de nödvändiga vitaminerna och mineralerna för äldre människor, men brister på vitamin D och B12 är vanliga. Undernäring leder ofta till viktminskning – men inte alltid. Fettmassa kan ersätta muskelmassa och lämna vikten oförändrad.



Syn- och hörselnedsättning

Både nedsatt syn och nedsatt hörsel kan påverka en persons kognition. Nedsatt syn innebär svårighet att se på TV, att läsa och kanske innebär att personen undviker sociala sammanhang vilket kan leda till nedstämdhet. Många personer med synnedsättning kan få sina tillstånd behandlade därför är det viktigt att bedöma graden av synnedsättning och verifiera eller avfärda ögonsjukdom. Glasögon kan ofta korrigera förlust av syn på nära håll eller på avstånd. Hjälpmedel (förstoringsglas) kan stödja de med synnedsättning som inte kan korrigeras med glasögon. Tillräcklig belysning i hemmet eller på boendet samt större storlek på bokstäverna på skyltar och vägvisare på boendet kan underlätta.

Nedsatt hörsel kan precis som nedsatt syn påverka en persons vilja att delta i sociala sammanhang, svårighet att hänga med i samtal och att lyssna på radio. Enkla åtgärder i form av hjälpmedel och anpassat bemötande kan minska effekten av hörselnedsättningen. Att förbättra själva hörseln involverar hörapparater eller implantat. Att tala tydligt, att sitta så personen med hörselnedsättning ser den som talar och minska bakgrundsljud kan underlätta.

Depressiva symtom

Nedsättningar inom andra tidigare nämnda områden, såsom hörsel eller rörlighet, kan försämra funktionsförmågan, minska socialt deltagande och kan bidra till uppkomst av depressiva symtom som nedstämdhet, smärta och minskad aptit. Även ensamhet, inaktivitet och läkemedelsbiverkningar kan orsaka depressiva symtom.

En underbehandlad smärta kan också visa sig som depressiva symtom. Det är dock viktigt att alltid bedöma en persons symptom för att skilja depressiva symtom från en depression.



Depressiva symtom kan vanligtvis åtgärdas eller lindras med åtgärder i patientens miljö såväl i sociala sammanhang som i vardagsaktiviteter. Det är viktigt att se över befintliga eller nya hjälpmedel som rollator, glasögon och hörapparat. Även patientens läkemedelsbehandling behöver gås igenom för att utesluta biverkningar.

En depression kan vara svår att diagnostisera hos äldre personer då själva åldrandet kan uppvisa liknande och ibland samma symtom som lindrig, måttlig eller svår depression. Därför måste varje utredning göras utifrån varje enskild person och med en helhetsbedömning av patienten med både fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter inkluderade för en korrekt diagnostik. Det förekommer både underdiagnostik, underbehandling och överbehandling av depression hos äldre. En diagnostiserad depression kräver en mer omfattande och vanligtvis specialiserad vård och i vissa fall även läkemedelshandling.

En åtgärd kan påverka symtom inom olika områden

Ett integrerade tillvägagångssätt är viktigt eftersom det inom flera av tillstånden som är vanligt förekommande hos sköra äldre finns åtgärder som ger effekt på flera av tillstånden det vill säga, en åtgärd kan påverka flera symtom i en positiv spiral. Till exempel är styrketräning nyckelåtgärden för att förhindra förlust av rörlighet, samtidigt skyddar styrketräning indirekt hjärnan mot depression och kognitiv försämring och hjälper till att förebygga fall. Näring förstärker träningens effekter och ökar samtidigt muskelmassa och styrka. Genom ett integrerat synsätt är det möjligt att påverka flera av de faktorer som ökar risken för försämrat hälsotillstånd.

Det är också så att flera av de vanligt förekommande symtomen hos sköra äldre påverkar varandra negativt. Som exempel kommer en person med obehandlad smärta riskera att bli mer stillasittande vilket påverkar muskelstyrkan och välbefinnande. En person som har ont och inte kan vara fysiskt aktiv kommer att lättare drabbas av förstoppning, sömnbesvär och minskad aptit.



Fysisk aktivitet

De flesta äldre personer har god effekt av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan förebygga många åldersrelaterade sjukdomar och kan också leda till bevarad funktion och förebygga fall.

Alla äldre rekommenderas regelbunden fysisk aktivitet av såväl aerob (kondition) som muskelstärkande karaktär samt träning av balans. Den fysiska aktiviteten ska vara anpassad för den enskilda individen, med fördel utifrån bedömning av fysioterapeut och arbetsterapeut. Träningen/aktiviteten ska kontinuerligt följas upp och utvärderas.

För att möjliggöra daglig fysisk aktivitet är det viktigt med anpassning av gånghjälpmedel, rullstol och liknande, samt återkommande utevistelser och delaktighet i boendets rutiner.

Den senaste evidensen för sambandet mellan hälsa och fysisk aktivitet visar att all rörelse räknas även om det är små rörelser och korta pass. Därför gäller för sköra äldre att de bär röra sig mer och sitta mindre. Den som är fysiskt aktiv mår bättre, sover bättre och fungerar bättre. Styrketräning förbättrar såväl styrka som funktionsförmåga även hos de allra äldsta och hos sköra äldre. Pulshöjande träning kan utöver förbättrad kognitiv och affektiv funktion, också ha en positiv effekt på välbefinnande och tilltro på egen förmåga (self-efficacy) (50).

Fysisk aktivitet bidrar också till förbättrad kognitiv funktion och funktionsförmåga hos personer med demens. Det finns starkt vetenskapligt underlag för att fysisk aktivitet kan minska oro och nedstämdhet och förbättra sömnen men också att fysisk aktivitet förbättrar hälsorelaterad livskvalitet hos äldre.

Äldre bör vara så aktiva som deras tillstånd medger. Aktiviteter såsom vardagssysslor och långsam promenad kan vara tillräckligt ansträngande för att ge betydelsefulla hälsovinster. För sköra äldre kan det vara värdefullt att bryta långvarigt stillasittande genom uppresning till stående med jämna mellanrum.





ÄLDRES LÄKEMEDELS- BEHANDLING

Läkemedel förlänger liv minskar sjuklighet och förbättrar livskvalitet, men om läkemedelsbehandlingen inte individanpassas, följs upp och utvärderas kan läkemedel istället förkorta liv, öka sjuklighet och försämra livskvalitén. Äldre personer är en sårbar grupp när det gäller läkemedelseffekter och de löper större risk för att drabbas av biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem än yngre.

Läkemedel eller inte läkemedel det är frågan

Att äldre personer är en sårbar grupp när det gäller läkemedelseffekter beror på ett flertal faktorer. Naturliga åldersförändringar i samverkan med sjukdomar leder till förändringar i kroppen som kan ge både förstärkt och förlängd effekt av läkemedel. Många äldre använder läkemedel utan korrekt och aktuell indikation, läkemedel som är olämpliga för äldre, olämpliga läkemedelskombinationer eller för hög dos i förhållande till ålder och organfunktion.

Bristande uppföljning och utvärdering av läkemedelsbehandling kan vara en orsak till dessa kvalitetsbrister. Kvalitetsbrister i äldres läkemedelsanvändning kan även vara underbehandling. Underbehandling innebär att en individ inte får någon behandling alls för ett tillstånd eller att behandlingen är ineffektiv eller inte följer aktuella



rekommendationer. Underbehandling av äldre har visats vid bland annat depression, smärta, osteoporos och hjärtsvikt. En av de viktigaste åtgärderna för att minimera riskerna vid behandling av äldre är att endast ordinera läkemedel när de förväntas göra nytta och att avsluta behandlingen när risken och svårigheterna för patienten överstiger nyttan. Detta kan låta som en självklarhet men innebär i praktiken en regelbunden och noggrann uppföljning där nyttan med läkemedlet kontinuerligt vägs mot riskerna och jämförs med andra behandlingsformer.

Det vetenskapliga underlaget för läkemedelsbehandling i den här patientgruppen, sköra äldre, är ofta begränsat och andra åtgärder än de farmakologiska är ofta både säkrare och mer effektiva vid vissa symtom. För att läkemedelsbehandlingen ska vara verksamt och få avsedd effekt utan biverkningar måste den integreras med annan behandling och vård och passa in i personens övriga liv.

Polyfarmaci

Att använda många läkemedel – polyfarmaci – innebär en ökad risk för olika läkemedelsrelaterade problem. Det har i forskning visats att skillnaden mellan olika vård- och omsorgsboendes läkemedelsförskrivning är stor. Graden av polyfarmaci varierar mellan olika vård- och omsorgsboenden och även mellan olika kommuner. Polyfarmaci eller annan olämplig läkemedelsförskrivning kan spegla en icke optimal omvårdnad eller en vård som inte är personcentrerad. Vice versa kan en icke optimal omvårdnad leda till polyfarmaci och olämplig läkemedelsförskrivning. Läkemedelsbehandlingen kan inte utformas för sig själv utan den utformas i kombination med omvårdnad och annan vård och behandling.

Interprofessionella team

Det är av största vikt att det finns interprofessionella team i vården av sköra äldre för att vård- omvårdnad och läkemedelsbehandling ska kunna integreras. Sjuksköterskan är oftast den vårdpersonal med formell kompetens inom såväl farmakologi, patofysiologi som omvårdnad, som har nära och tät kontakt med patienten.

I patientens hem eller på vård- och omsorgsboende är det oftast undersköterskor och vårdbiträden som arbetar närmast patienten. De har ofta god kunskap om personen de vårdar, dennes sociala situation, preferenser och vilja. Därför är teamarbetet en förutsättning för en god och personcentrerad vård. Sjuksköterskan i samverkan med omvårdnadspersonalen tar ofta initiativ till att läkemedelsbehandling påbörjas, justeras eller avslutas. Vid såväl insättning av läkemedel som vid utsättning av läkemedel har vårdteamet stor betydelse för att observera och följa upp effekter och bieffekter.

Andra personer som kan ingå i teamet är apotekare, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister. Utifrån personens behov kan även andra professioner ingå.



Läkemedelsbehandling med god kvalitet

Det finns ett antal aspekter att ta extra hänsyn till när det gäller sköra äldres läkemedelsbehandling.

För att säkerställa att den äldre får en läkemedelsbehandling som är säker och av hög kvalitet finns ett antal åtgärder:

- Personcentrera läkemedelsbehandlingen.
- Gör patienten delaktig.
- Arbeta i team.
- Använd ickefarmakologiska åtgärder när så är lämpligt.
- Utvärdera kontinuerligt effekten och ta ställning till fortsatt behandling.
- Möjliggör kontinuerlig fortbildning för all vårdpersonal.
- Genomför läkemedelsgenomgångar enligt gällande riktlinjer och struktur.

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsgenomgångar är en strukturerad metod för att öka kvaliteten och säkerheten i läkemedelsbehandlingen, särskilt hos sköra äldre som är en utsatt grupp. Det finns två olika sorters läkemedelsgenomgångar, enkel och fördjupad. Det finns en webbutbildning om läkemedelsgenomgångar som du når via Janusinfo.se

De 9 budskapen för god läkemedelsbehandling för sköra äldre



Individanpassa läkemedelsbehandlingen

Det är alltid viktigt att individanpassa en persons läkemedelsbehandling men för äldre är det än mer viktigt. Olikheterna människor emellan ökar ju äldre vi blir och det finns egentligen inte något "normalt åldrande". Hur vi åldras bestäms av olika samverkande faktorer såsom arv, levnadsvanor och sjukdom. De äldre är därför en mer heterogen grupp än yngre vilket innebär att en grupp 80-åringar har en större variation i effekt av läkemedel och läkemedelsnedbrytning än en grupp 40-åringar som är mer lika varandra avseende farmakodynamik och farmakokinetik.



Äldre har känsligare fysiologi

Äldre är en sårbar grupp vilket har flera anledningar. Äldre är känsligare för läkemedel och läkemedel stannar kvar längre i kroppen. Äldre har ofta flera diagnoser och nedsatta funktioner som påverkar läkemedelseffekten och nedbrytning. Dessutom är många äldre förskrivna många olika läkemedel. Äldre har nedsatt salivsekretion vilket gör det svårt att svälja läkemedel samt fördröjer nedbrytningen av läkemedel.

Vidare har äldre nedsatt magsyresekretion vilket innebär att läkemedel stannar kvar längre och det tillsammans med ett försämrat magslemhinneskydd innebär en ökad risk för sår i magslemhinnan orsakat av läkemedel. Sämre blodflöde och långsam tarmrörelse gör också att läkemedel stannar kvar längre. En försvagad blod-hjärnbarriär innebär att läkemedel som påverkar hjärnan och kognitionen ger snabbare, mer långvariga och svårare biverkningar i form av minnessvikt och förvirringstillstånd hos äldre än hos yngre.

Baroreflexen, som reglerar blodtrycket vid kroppslägesförändringar fungerar sämre hos äldre, vilket kan medföra blodtrycksfall vid uppresning (ortostatisk hypotension). En försämrad baroreflex ökar på så sätt risken för läkemedelsorsakat blodtrycksfall. Äldre har en förändrad fettfördelning med mer fett än vatten och muskler procentuellt sett. Detta har betydelse för fettlösliga läkemedel (såsom sömn-, lugnande-, smärtstillande läkemedel och psyko-farmaka) som då stannar kvar längre i kroppen. Äldre har en minskad mängd acetylkolin som är den viktigaste transmitter-substansen för det parasympatiska nervsystemet. Detta har betydelse för antikolinerga läkemedel som har det gemensamt att de minskar överföringen av acetylkolin vilket innebär en minskad aktivitet i det parasympatiska nervsystemet. Detta ger biverkningar i form av minskad salivproduktion, minskad tarmperistaltik och framförallt minskad koncentrationsförmåga, minnessvårigheter och förvirring.



Njurens funktion avtar

Njurfunktionen avtar med stigande ålder hos alla människor men med stora individuella variationer. Detta har stor betydelse för att flertal läkemedel som utsöndras via njurarna och för läkemedel som kan skada njurarna. Därför måste njurfunktionen följas regelbundet genom att mäta kreatininclearance och läkemedelsbehandlingen måste anpassas till patientens förändrade njurfunktion.



Det finns läkemedel som är olämpliga för äldre

Det finns olämpliga läkemedel man bör undvika på grund av att de ger biverkningar hos äldre som överstiger dess nytta och bättre alternativ finns att tillgå. Men det är trots allt de vanligaste läkemedlen som ger flest biverkningar som inte följts upp, dosjusterats, individanpassats eller anpassats till en sjunkande njurfunktion.



Läkemedelsbiverkningar är vanliga

Läkemedelsbiverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem hos äldre är vanliga och orsakar cirka 10 procent av alla akuta inläggningar i Sverige. Det är oftast biverkningar i form av blodtrycksfall, magblödning, fall och förvirring. Många biverkningar kan dock vara svåra att upptäcka eftersom de misstolkas som symtom på sjukdom eller åldrande såsom yrsel, trötthet och muntorrhet.

PHASE 20 är ett verktyg för att ta reda på om en patient har biverkningar. Det finns också beslutsstöd integrerade i flera journalsystem som kan användas för biverkningsbedömning.

Patientversion

PHASE-20
 — skattningsskala för möjliga läkemedelsrelaterade symtom

Du hittar information om PHASE-20 samt instruktion för ifyllnad på baksidan

Namn	Personnummer	Datum			
Fyller i enkäten					
<input type="checkbox"/> Självständigt <input type="checkbox"/> Med stöd av närstående <input type="checkbox"/> Med stöd av vårdpersonal					
Namn:					
Markera rutan vid det alternativ som du bedömer bäst motsvarar besvärnivån under de senaste två veckorna. Lämna förtydligande kommentarer i marginalen vid behov. Ringa in de besvär som stämmer bäst och stryk över de besvär som inte stämmer.					
	Inga besvär	Små besvär	Måttliga besvär	Stora besvär	Kommentar
1. Yr/stadig/faller lätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Trött/dåsig/orkeslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Sover dåligt/mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Ont i magen/ont i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Orolig/ängestylid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lättirriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Gömsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Dålig aptit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Muntorr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Illamående/kräks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Svullna ben/anklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Andfädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Tätta trängningar/ urinläckage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Kläda/tulsig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Annat, till exempel smärta (ange vad)					
..... Hur mycket har det besvärat dig de senaste två veckorna?					
<input type="checkbox"/> Små besvär <input type="checkbox"/> Måttliga besvär <input type="checkbox"/> Stora besvär					

Omvårdnaden går hand i hand med läkemedel

Läkemedelsbehandlingen kan inte utformas för sig själv utan den utformas i kombination med omvårdnad och annan vård och behandling. Många symtom hos sköra äldre behandlas bäst med omvårdnad eller i en kombination med läkemedel och omvårdnad.

Läkemedel mot beteendemässiga symtom vid demenssjukdom (BPSD) bör undvikas

Vid BPSD-symtom har läkemedel en mycket liten plats och andra åtgärder är mer effektiva och utan biverkningar läs mer om detta i kapitel 4.

Sömnläkemedel bör undvikas

Behandling med sömnmedel hos äldre är förknippat med påtaglig risk för dagtrötthet, balansstörning, yrsel och nedsatt kognition. Dessutom ses rebound-fenomen med sömnstörning vid utsättning, vilket ytterligare försvårar behandlingsavslut. Vid sömnstörningar ska bakomliggande orsaker kartläggas och åtgärdas och icke-farmakologisk behandling ska väljas i första hand. Läs mer om detta i kapitel 6.



Läkemedel kan öka fallrisken

Det finns ett flertal läkemedel som ökar risken för fall hos patienten och många av dessa läkemedel är vanligt förekommande i läkemedelsbehandlingen hos sköra äldre. Läkemedel som vätskedrivande, sömnläkemedel, anti-depressiva, lugnande och blodtryckssänkande kan öka fallrisken. En fallriskbedömning baseras bland annat på om personen använder flera olika läkemedel. Frågor kring patientens läkemedel bör ställas såsom hur patienten tar sitt läkemedel då likväl uteblivna doser som för höga doser kan öka risken för fall.

Traditionellt farmakologiskt arbetssätt

Ett traditionellt medicinskt paradigm fokuserar på en medicinsk diagnos eller ett symptom som ska behandlas, där läkemedelsbehandling ofta är förstahandsalternativet. Om en person har sömnproblem är det i ett traditionellt medicinskt paradigm ett insomningsläkemedel som i första hand ordineras. Detta oftast utan att man först genomfört en strukturerad sömnutredning och tagit reda på orsaken till sömnstörningen. Om denna kartläggning gjorts hade det kanske visat sig att personen får för lite stimulans och ljus dagtid eller sover flera timmar på dagen. Det blir då inte längre lika självklart att välja läkemedelsbehandling som ett första behandlingsalternativ. En promenad varje morgon och kväll samt hjälp med att delta i sociala aktiviteter kan istället bli förstahandsåtgärder. Många vanligt förekommande symptom hos sköra äldre kan förebyggas och lindras genom personcentrerad omvårdnad istället för, eller som komplement till läkemedelsbehandling. Det finns flera omvårdnadsåtgärder som i forskning har visat på bättre resultat än läkemedel, såsom till exempel oro, BPSD-symtom hos personer med demens och många symptom hos sköra äldre behandlas bäst med en kombination av läkemedel och omvårdnad.

Sjuksköterskans farmakologiska omvårdnadsansvar

Sjuksköterskan har det farmakologiska omvårdnadsansvaret vilket bland annat innebär att eventuella biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem (LRP) uppmärksammas. Ansvaret innebär också att läkemedelsbehandlingens värde i förhållande till dess risker och obehag för patienten ifrågasätts och omprövas.



Farmakologisk omvårdnad

Farmakologisk omvårdnad innebär de bedömningar och åtgärder som sjuksköterskan utför i samband med läkemedelsbehandling, såsom;

- iordningställande av ordinerad läkemedelsdos med hänsyn tagen till läkemedelsformen och patientens behov.
- utbildning av patient och närstående om läkemedlets effekt, form, administreringsätt och biverkningsobservation.
- administrering av ordinerad läkemedelsdos på ett för patienten optimalt sätt, med bevarande av patientens värdighet och integritet.
- underlättande av/medverkan till patientens ansvarstagande och självständighet i läkemedelsbehandlingen med hänsyn tagen till patientens inställning och kunskap om läkemedel.
- uppföljning av patientens reaktion på läkemedel.
- dokumentering av planering, genomförande och resultat av ovanstående moment utifrån patientens behov.

Söderholm & Kjellgren 2003



OMVÅRDNAD

Det går inte att dela upp vården av den sköra äldre i medicinsk vård och omvårdnad utan dessa följs åt och kompletterar varandra. Omvårdnaden har flera syften än att bota, förebygga och lindra sjukdomar och symtom. Omvårdnadens syfte är även att öka livskvalitet, bidra till att må bra i nuet, öka och bevara självständighet, öka och bevara delaktighet, ge förutsättningar för trygghet samt bevara patientens värdighet, integritet och autonomi.

Omvårdnadens syfte

Det går inte att dela upp vården av den sköra äldre i medicinsk vård och omvårdnad utan dessa följs åt och kompletterar varandra. I en personcentrerad vård är medicinsk vård, farmakologisk behandling, omvårdnad, egenvård och livsstilsåtgärder integrerade och kan inte separeras från varandra. För att sköra äldre ska erhålla en vård och omvårdnad med hög kvalitet krävs ett personcentrerat arbetssätt och ett interprofessionellt samarbete.

Omvårdnad har inte alltid effekt på symtom utan omvårdnaden har ett bredare syfte än läkemedelsbehandling. Omvårdnaden har förutom att bota, förebygga och lindra sjukdomar och symtom till syfte att öka livskvalitet, bidra till att må bra i nuet, öka/bevara självständighet, öka/bevara delaktighet, ge förutsättningar för trygghet och upplevelse av respekt samt syftet att bevara patientens värdighet, integritet och autonomi.

För att förebygga ohälsa och bevara hälsa och livskvalitet hos sköra äldre finns det en rad allmänna åtgärder och förhållningssätt som genom forskning och erfarenhet visats effektiva.

Personcentrerad omvårdnad

Sjukdom och dess behandling är en del av en persons liv, ibland en stor del och ibland en mindre del. Många vanligt förekommande symtom hos sköra äldre kan förebyggas och lindras genom personcentrerad omvårdnad. I den personcentrerade vården är det viktigt att ta reda på och förstå vad som är viktigt för just den personen. Personen måste ges möjlighet att utifrån sin förmåga och vilja involveras i de beslut om vård och behandlingen som tas. Personcentrerad omvårdnad innebär att personen, inte sjukdomen, sätts i fokus och har sin utgångspunkt i personens upplevelse där

personalen strävar efter att förstå beteenden ur personens perspektiv. Personcentrerad omvårdnad innebär vidare att hänsyn tas till såväl familj och miljö som till kulturella och livsåskådningsaspekter. Det innebär att se till individens erfarenheter och förutsättningar, med olika sjukdomar i olika kombinationer och olika stadier. Om personen bor på ett vård- och omsorgsboende är det viktigt att miljön är personligt anpassad och hemlik. I en personcentrerad vård är medicinsk vård, farmakologisk behandling, omvårdnad, egenvård och livsstilsåtgärder integrerade och kan inte separeras från varandra. För att sköra äldre ska erhålla en vård och omvårdnad med hög kvalitet krävs ett personcentrerat arbetssätt och ett interprofessionellt samarbete.

Möjliggör kontinuerlig fortbildning

Ny kunskap om effektiva behandlingar och metoder förs kontinuerlig fram. Därför är det viktigt att erbjuda fortbildning, vid upprepade tillfällen, till all personal som ingår i teamet närmast de sköra äldre. Demenssjukdomar och BPSD är ett område som i dag beforskas flitigt och därför under ständig utveckling. Fortbildningen bör innehålla grundläggande kunskap om demenssjukdom och information om BPSD, hur detta förbyggs och lindras, BPSD-registret, nyttan kontra riskerna med läkemedelsbehandling samt aktuella ickefarmakologiska åtgärder.

Sjuksköterskans ansvarsområde

Sjuksköterskan har omvårdnadsansvaret och är arbetsledare för omvårdnadsarbetet. I sjuksköterskans ansvar ingår bland annat att identifiera risker, förebygga, observera och behandla olika symtom och besvär hos patienterna som till exempel sömnproblem, oro, smärta och förstoppning. Säkerställa att patientens vätskebalans och näringsbehov tillgodoses samt att patientens elimination är funktionell.

Undersköterskans ansvarsområde

Undersköterskan ska kunna uppvisa kunskap om hur sjukdomar, skador och olyckor kan förebyggas och även ha kunskap om hur funktionsförmågan hos sköra äldre kan bevaras och förbättras. De ska även kunna stödja personen till aktivitet i det dagliga livet. Vidare ska en undersköterska kunna beakta personens självbestämmande och integritet, kunna skapa förutsättning för personen att vara delaktig i den dagliga vården och omsorgen. Undersköterskor ska också kunna identifiera tecken på förändringar i individens hälsa. Och skapa förutsättningar för personen att tillgodose sig det dagliga närings- och vätskebehovet

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen som är en beslutsmodell och en problemlösningssmodell hjälper sjuksköterskan och övrig vårdpersonal att på ett systematiskt sätt identifiera och bedöma den sköra äldres behov av omvårdnad, ställa omvårdnadsdiagnoser, sätta upp kortsiktiga och långsiktiga omvårdnads mål samt ordinera evidensbaserade omvårdnadsåtgärder utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. I omvårdnadsprocessen ingår också att följa upp effekt av insatta åtgärder.

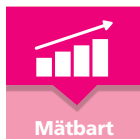
I omvårdnadsprocessens alla steg samarbetar sjuksköterskan och undersköterskan och genomför alla stegen tillsammans med den äldre personen:

- Bedömning med datainsamling
- Omvårdnadsdiagnos
- Omvårdnads mål
- Planering med omvårdnadsåtgärder och genomförande
- Utvärdering

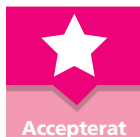
Omvårdnadsmålen bör utformas utifrån SMART-modellen



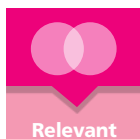
Målet ska vara tydligt och exakt och ska inte kunna missförstås.



Målet ska till exempel kunna mätas i timmar och minuter, i viktuppgång eller antal kalorier, i antal avföringar per vecka eller i en siffra som är framtagen med hjälp av en validerad skala (till exempel VAS). Målet kan också mätas genom att patienten upplever och säger att det blivit en förbättring eller att personalen observerar en förbättring.



Målet ska utformas i samråd med patienten och det är först och främst patienten som ska förstå och acceptera det uppsatta målet. Det är också viktigt att all involverad personal (även närstående ibland) förstår vad målet innebär och känner motivation och tro på att målet kan uppfyllas. Delaktigheten i hela teamet (där patient och närstående ingår) är väsentligt för att lyckas.



Målets uppfyllelse ska vara av betydelse för patientens hälsa eller livskvalitet och ska leda till något positivt. Det ska också vara möjligt att uppnå målet.



Det ska finnas tidsangivelse för när målet ska vara uppfyllt. Tidsangivelserna kan vara flera då målen kan vara både ett kortsiktigt och ett långsiktigt.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

Det är viktigt att på ett systematiskt sätt utvärdera de åtgärder som satts in och följa upp de uppsatta målen över tid. Både kartläggning, planering, utförande och uppföljning ska ske tillsammans med patienten och vara individuellt anpassad. Planeringen av patientens vård, alla bedömningar, överväganden, beslut och utvärderingar ska noga och tydligt dokumenteras i patientjournalen. Eventuellt behöver nya åtgärder ordineras. Dokumentationen ska också innehålla på vilket sätt patienten och eventuella närstående varit delaktiga i planeringen, vilken information som givits samt hur vården förvissat sig om att patienten och/eller närstående har förstått informationen.



OMVÅRDNAD VID DEMENS- SJUKDOM KAN FÖREBYGGA OCH LINDRA BPSD

För att personer med demenssjukdom i måttlig till svår demensfas ska uppleva välbefinnande krävs en god omvårdnad med gott om tid och relationer byggda på tillit och trygghet.

Om stora delar av språket gått förlorat och personen ej kan uttrycka sina behov och önskningar är det viktigt att vårdpersonalen hittar andra vägar till förståelse. Vårdpersonalens bemötande och kommunikationsförmåga har stor betydelse för personens välbefinnande.



Introduktion

Personen med demenssjukdom bör bemötas med respekt som en unik och kapabel person med bevarande av autonomi, självbestämmande, värdighet och rättigheter, trots förändrade funktioner.

Personer med demenssjukdom har också behov av meningsfulla individuellt anpassade aktiviteter eller stimulans, som kan omfatta såväl fysisk aktivitet som social samvaro. Det kan till exempel handla om utevistelse, hushållssysslor, musik eller dans. Det bör vara aktiviteter som stimulerar personen och som ger utrymme för egen tid där personen är i centrum. Aktivitet innebär också att få vara delaktig i utförande av det dagliga livets normala aktiviteter. Att vara lyhörd för den enskildes behov och önskemål, till exempel varierande dagsform eller lust att delta i olika aktiviteter, är en viktig del av det personcentrerade förhållningssättet som är grunden för omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Termen BPSD är en förkortning för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens och förekommer hos de flesta personer med demenssjukdom någon gång under sjukdomsförloppet. BPSD omfattar en rad olika symtom och innebär stort lidande för den drabbade och dennes närstående samt

utmaningar för vårdpersonalen. Det är viktigt att inte se symtomen som problematiska i sig, utan snarare som beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå för omgivningen. Symtomen kan till exempel vara förklarliga reaktioner i en stökig miljö eller uttryck för någonting som personen vill förmedla. Det krävs alltid en noggrann analys av möjliga utlösande faktorer. Starkt vetenskapligt stöd finns för att åtgärderna vid BPSD i första hand bör vara ickefarmakologiska.

Här följer några exempel på beteendestörningar och psykiska symtom vid demens (BPSD).

- Känsломässiga svängningar
- Aggressivitet
- Apati
- Vanföreställningar, hallucinationer och illusioner
- Oro
- Rädsla
- Depression
- Ångest
- Aptit- och ätförändringar
- Vandrande
- Ropande
- Sömnstörning
- Sexuellt opassande beteende eller hämningslöshet

Allmänna råd

Starkt vetenskapligt stöd finns för att åtgärderna vid BPSD i första hand bör vara ickefarmakologiska. Det finns en rad allmänna råd för vård- och omsorgspersonalen att tillämpa för att förebygga och lindra BPSD. Längst bak i boken finns en checklista med råd att tillämpa vid bemötande och omvårdnad av personer med demenssjukdom (bilaga 1: Allmänna råd till vårdpersonal för att förebygga och lindra BPSD).

Personcentrerad vård

Om vården och omvårdnaden inte utförs personcentrerat kan BPSD utlösas eller förvärras.

En person med demenssjukdom kan uppmuntras att berätta om sig själv för att underlätta förståelsen för denne. Personalen bör eftersträva att involvera personen i sociala sammanhang och bemöta personen som en individ med egen självkänsla, egna upplevelser och rättigheter. Personalen bör också sträva efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv och värna om självbestämmandet. Att skapa en relation där man försöker möta personen i dennes upplevelse av världen är en viktig del för att förebygga BPSD.



Kommunikation

Det är viktigt att kommunikationen med personer med demenssjukdom är personcentrerad och att personen kan bibehålla sin identitet och få vara den hen är och vill vara. Det är vårdpersonalens uppgift att ta vara på alla uttryck som personen förmedlar och anstränga sig för att tolka och förstå vad personen vill uttrycka. Här har levnadsberättelsen en stor betydelse för att kunna stötta personen i kommunikationen när minnet sviktar. Personen behöver få känna sig värdefull, betydelsefull och få uttrycka sina känslor. Det är viktigt att vårdpersonalen kan validera det personen vill säga och bekräfta den känslan som personen vill förmedla.

I den svåra fasen av demenssjukdomen kan minnet helt försvinna och det blir svårt att formulera egna ord och förstå andras ord. Därför behöver personer i den svåra fasen få stöd att kommunicera på andra sätt, genom blickar kroppsspråk och fysisk beröring. Vårdpersonalen bör kunna läsa av personens ansiktsuttryck och eventuella ljud och själv komplettera sina ord med gester och kroppsspråk för att underlätta kommunikationen.

I kommunikationen med personer med demenssjukdom

- Lyssna
- Var nyfiken, lyhörd och respektfull

Vårdpersonalens uppgift är att

- Stötta
- Stärka
- Förstå

Levnadsberättelse

Varje enskild person ska få möjlighet att fortsätta vara huvudrollsinnehavare i sitt eget liv. För att skapa en bild av den demenssjuka och lära känna och förstå hen som en hel individ är Levnadsberättelsen ett viktigt verktyg. Varje människas levnadsberättelse är unik. Genom att ha god kunskap om den demenssjukes viktiga händelser i livet, egenskaper och vanor kan vård- och omsorgspersonal bättre stödja och trösta när minnet sviker och vardagen inte längre fungerar. Det är den demenssjukes personlighet och upplevelse av verkligheten som ska vara utgångspunkt. Personal och närstående bör också eftersträva att involvera personen i sociala nätverk.

Multiprofessionellt teamarbete

Ett multiprofessionellt team är nödvändigt för att få ett gott resultat vid BPSD. Multiprofessionellt arbete innebär att bedömningar som kräver flera perspektiv och kompetenser underlättas och att personens behov tillgodoses ur ett helhetsperspektiv. I teamet ingår personen själv, eventuella närstående, läkare, sjuksköterska samt vårdbiträde/undersköterska/kontaktperson. Övriga medlemmar i teamet kan variera utifrån personens behov och kan exempelvis vara kurator, arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller dietist.

Boendemiljö

Det finns ett samband mellan den fysiska miljön på boendet och de boendes beteende och deras livskvalitet. Positiva samband har visats mellan småskalighet, enkelrum med möjlighet till privatliv, egna möbler och personliga tillhörigheter samt tillgängliga lokaler för gemenskap. En hemlik fysisk miljö kan bidra till ökad interaktion, minskad oro och agitation samt ökat välbefinnande. En god psykosocial miljö hänger nära samman med personcentrerad vård. Personen som bor på boendet måste känna trygghet, få tid, utrymme

och möjlighet för meningsfulla aktiviteter och social samvaro.

En lugn ljudmiljö

På ett boende för personer med demenssjukdom vistas ofta många på liten yta vilket ger en ökad ljudnivå. Höjda röster, stök och skrammel kan verka stressande och utlösa oro och agitation hos personen med demenssjukdom. En lugn ljudnivå kan däremot minska agitation och oro. Det är därför viktigt att säkerställa en lugn ljudmiljö på vård- och omsorgsboende och att identifiera och i möjligaste mån eliminera de ljud som finns (tvättmaskin, varuvagnar, mobiltelefoner etc.).



Vård- och omsorgsboendet utformning

För att underlätta för den demenssjuka att orientera sig på boendet kan ett flertal åtgärder vidtas. Skyltar kan sättas upp som visar var toaletten finns, namn utanför rummen eller pilar på golvet som pekar ut riktningen till olika utrymmen. Symboler och bilder fungerar vanligen bättre än text. Rum och lägenheter som är placerade kring en central, gemensam yta kan också underlätta orienteringen för en demenssjuk person. Det är viktigt att ljuset är bra utan skuggor eller bländning för att underlätta för patienten kan orientera sig

samt undvika feltolkningar av rummet. Att färgsätta och utforma den fysiska miljön så att den underlättar möjligheterna att orientera sig har i viss forskning visats effektivt.

Personer med demenssjukdom har ofta ett nedsatt djupseende och försämrade uppfattningsförmåga och därför kan till exempel trösklar behöva tas bort eftersom en tröskel kan uppfattas som ett högt hinder. Även mönster i golv och på mattor bör undvikas eftersom de kan feltolkas och skapa förvirring, golv som plötsligt byter färg kan uppfattas som vatten eller hål.

Markerade dörrar där det tydligt står ”UT” kan för vissa personer med demenssjukdom skapa oro och en vilja att gå ut. När dörren sedan är låst ökar känslan av instängdhet. Dörrar som patienten säkert kan gå igenom bör därför vara markerade för att synas väl. Dörrar som den demenssjuka inte bör gå igenom ensam kan kamoufleras med hjälp av till exempel en mönstertapet som döljer dörren eller med samma kulör som på väggen.

Utomhusvistelse

Att få möjlighet att vistas utomhus dagligen kan bidra till att normalisera dygnsrytmen, minska aggressivitet och öka välbefinnandet. Utsikten från fönstren kan stärka förmågan att orientera sig i tid och rum samt locka till utevistelse. Det kroppsegna hormonet melatonin gör oss sömna och dagsljuset stänger av melatoninproduktionen. Om personen bara kommer ut en gång om dagen bör det ske på förmiddagen för regleringen av melatonin (se kapitlet om sömn). Den demenssjuka behöver en trädgård där denna kan röra sig tryggt och där det finns igenkännliga inslag och möjlighet att sitta ned. De boende bör helst kunna gå ut och in självständigt.



Möjliggör kontinuerlig fortbildning

Fortbildning och handledning bör erbjudas kontinuerligt till all personal som ingår i teamet närmast äldre med demenssjukdom. I fortbildningen bör ingå vad BPSD är, hur detta förbyggas och lindras samt grundläggande kunskap om demenssjukdomarna och olika signifikanta symtom, BPSD-registrets funktioner, nyttan kontra riskerna med läkemedelsbehandling samt ickefarmakologiska åtgärder. Det finns övertygande evidens för att utbildning i kommunikation och personcentring till vårdpersonal på vård- och omsorgsboenden har effekt på de boendes agitationssymtom både direkt och efter 6 månader. Det är dessutom en fördel om det finns vård- och omsorgspersonal inom verksamheten som har en längre påbyggnadsutbildning med inriktning mot demenssjukdom, som kan stödja den övriga personalgruppen och bidra till att utveckla verksamheten.

Handledning och reflektion

För att kunna utföra en god personcentrerad vård och omsorg behöver vård- och omsorgspersonalen utbildning, träning och handledning inom området. Det kan vara

utmanade och svårt att möta, förstå och vårda personer med demenssjukdom. All vård- och omsorgspersonal behöver därför ges möjlighet till att reflektera över och praktiskt träna komplexa situationer och bemötande. Detta kan ske vid särskilda reflektionsmöten där tid och resurser avsätts för ändamålet. Syftet med reflektionsmötena är att komma fram till vad som fungerar bra respektive mindre bra i det konkreta mötet med personerna som man vårdar. Reflektionsmötet leds av en person från den egna arbetsgruppen som har särskild kunskap inom området. Handledaren leder undersköterskor och vårdbiträden i ett behovsriktat bemötande och systematiskt arbetssätt.

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister finns för att utveckla och säkra vårdens kvalitet och framställa statistik för jämförelse, kvalitetsutveckling och forskning. Inom demensområdet finns det idag två kvalitetsregister: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD-registret).

SveDem

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister som består av fyra delar: specialistenheter, primärvårdsenheter, särskilt boende och hemsjukvård med omsorgsinsatser. SveDem är viktig för regioners och kommuners uppföljning av vård- och omsorg för personer med demenssjukdom.

BPSD-registret

Målet med BPSD-registret är att minska beteendemässiga och psykiska symptom hos personer med demenssjukdom med hjälp av teambaserade vård- och omvårdnadsåtgärder. Kvalitetsregistret bygger på att personal gör skattningar av

BPSD med hjälp av skattningsskalan Neuro Psychiatric Inventory, Nursing Home (NPI-NH) hos personer som har vård- och omsorgsinsatser. Efter skattningen genomförs en analys med stöd av en checklista. Denna skattning och bedömning är grunden till en bemötande och kommunikationsplan där personalen ska beskriva hur mötet mellan personen och personalen ska vara för att förebygga och minska BPSD.

För att personalen ska få tillgång till inloggning i registret krävs att man genomgått en administratörsutbildning. Utbildningen sker av en lokal certifierad utbildare.

Problemet identifieras

BPSD uppmärksammas oftast av närstående eller vårdpersonal. Det ligger i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att, i samarbete med teamets övriga medlemmar samt eventuella närstående, förebygga, kartlägga och lindra BPSD hos personer med demenssjukdom. I varje enskilt fall måste de specifika symtom som personen har kartläggas och analyseras för att kunna behandlas korrekt. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder kan bedömas och sättas in.

Ett problembeteende kan vara ett uttryck för ett fysisk eller psykiskt obehag. Det kan också vara ett uttryck för en otillfredsställande livssituation som uttrycks på ett sätt som omgivningen har svårt att tolka. Ett tillsynes planlöst vandrande kan på något sätt vara meningsfullt för den personen som vandrar men obegripligt för vårdpersonalen innan de kunnat tolka och förstå vad den demenssjuke upplever och vill uttrycka. Behandlingen måste grundas i en förståelse för vad som kan orsaka eller utlösa symtomen.

Identifiera bakomliggande faktorer

Det finns ett flertal sjukdomar och tillstånd som kan orsaka, förvärra eller utlösa BPSD och naturligtvis ska dessa vara så optimalt behandlade som möjligt. Ett flertal av vanligt förekommande läkemedel kan också orsaka eller förvärra BPSD. Om patienten är ordinerad något sådant läkemedel måste det beslutas om det läkemedlet kan sättas ut eller minskas i dos för att lindra patientens besvär. Det kan också finnas bidragande orsaker till symtomen i miljön eller i vårdens struktur.

Längts bak i boken finns en checklista för orsaker och bidragande eller utlösande faktorer för BPSD (bilaga 2: Orsaker och bidragande eller utlösande faktorer för BPSD).

Kartlägg med struktur

För att framgångsrikt kunna hjälpa personer med BPSD är en strukturerad kartläggning en förutsättning. Kartläggningen startar med att vårdpersonal med hjälp av en bedömningsmall kartlägger i vilka situationer personen ger uttryck för ett visst beteende. Kartläggningen bör pågå i minst 5-6 dygn och syftar till att tydliggöra mönster, hitta bakomliggande orsaker och utlösande faktorer till personens BPSD. Parallellt kartläggs också i vilka situationer personen ger uttryck för att trivas och må bra.

Kartläggningen bör omfatta:

- när på dygnet symtomen uppstår
- när patienten är lugn och nöjd
- vad har man provat innan och hur det gick
- en beskrivning av hur personens symtom visar sig
- hur de fördelar sig över dygnet
- i vilka situationer och miljöer de uppstår
- en bedömning av behovstillfredsställelse av personens basala behov
- en bedömning av omgivande miljö och hur interaktionen med personal, närstående och andra boende ser ut
- en medicinsk utredning med bedömning av fysisk och psykisk status, och
- en fördjupad läkemedelsgenomgång

Observation görs av teamet med hjälp av en checklista och NPI-skalan eller annan lämplig skattningsskala där frekvensen och allvarlighetsgraden på olika symtom bedöms. Ofta kan en tvåveckors inledande observation och bedömning behövas innan åtgärder kan sättas in.

Bedömningsinstrument

Det finns flera olika skattningsskalor som kan användas för att bedöma förekomst, grad och frekvens av BPSD samt orsaker till BPSD.

Nedan är exempel på bedömningsinstrument som ofta används.

- The Neuropsychiatric Inventory (NPI) – ett mätinstrument där frekvens och grad av beteendemässiga och psykiska symtom vanliga vid demenssjukdom skattas.
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) – fokuserar specifikt på aggressiva och icke aggressiva verbala och fysiska beteenden.
- Abbey Pain Scale – för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom.
- Cornells depression scale – för bedömning av depression vid demenssjukdom.

BPSD-team

Ett så kallat BPSD-team, som finns i flera regioner, är ett multiprofessionellt team som har specialkunskaper i BPSD och kan stötta vårdpersonalen i svåra situationer. Istället för att flytta en demenssjuk person med symtom som är svåra att hantera kan teamet hjälpa till att lösa problemen på plats. BPSD-teamet kan göra punktinsatser med bedömningar och föreslå åtgärder. Vårdpersonalen är delaktiga under hela processen och får konsultation, information, rådgivning och handledning. Själva ordinationerna görs sedan av ansvarig sjuksköterska, i form av omvårdnadsåtgärder och av läkare (i form av läkemedelsförändringar).

BPSD-teamet i Stockholms län tar emot remisser skriven av läkare på vård- och omsorgsboende eller geriatrisk klinik, patienten måste var folkbokförd i länet och ha en demensdiagnos och BPSD-symtomen ska ha ett förhållande till grundsjukdomen demens. Insatserna från teamet är avgiftsfria.

Formulera ett mål

Ett mål formuleras i teamet enligt SMART-strukturen (läs mer i kapitel 3 – Omvårdnad).

Det kan vara ett kortsiktigt och/eller långsiktigt mål. Ett långsiktigt mål kan ta olika lång tid innan det kan utvärderas adekvat, beroende av symtomet, det uppsatta målet och åtgärden.

Ordinera ickefarmakologiska åtgärder

Det finns starkt vetenskapligt stöd finns för att åtgärderna vid BPSD i första hand bör vara ickefarmakologiska.

Det är sjuksköterskan som tillsammans med övriga i teamet ordinerar individanpassade åtgärder. Åtgärderna sätts in i samråd med patienten och det är viktigt med förankring och diskussion i teamet om vilka åtgärder som passar just den här personen med just den här problematiken.

Åtgärderna kan ordineras fristående eller som komplement till läkemedelsbehandling.



Fysisk aktivitet

Det finns måttligt stark evidens för att personer med demenssjukdom bör utföra daglig fysisk aktivitet för att öka förmågan att utföra aktiviteter i dagliga livet och för att påverka de kognitiva funktionerna. Genom att personer med demenssjukdom utför daglig fysisk aktivitet kan aggressivitet och vandringsbeteende påverkas i positiv riktning.

All form av regelbunden fysisk aktivitet kan vara positiv vid depression hos äldre. Den fysiska aktiviteten kan för vissa personer ske i grupp men för många är det individuellt anpassad aktivitet tillsammans med personal som är att föredra.

Musik

Forskning visar att musik kan ha positiva effekter genom att skapa lugn, underlätta kommunikationen och genom att väcka minnen till liv. Musik kan också vara jag-stärkande och underlätta i vardagliga situationer för både den demenssjuka och för personalen. Musik har också visats kunna dämpa motorisk oro. Det är viktigt att veta vilken musik

personen tycker om och att musiken sedan väljs och anpassas utifrån personens smak och utifrån syftet med musiken. När personen ska göra någon aktivitet bör musik med tempo i väljas. När personen ska sova, vila eller på annat sätt komma till ro bör musik med lägre puls än vår egen väljas.

För att skapa en lugnade miljö vid måltider bör instrumental musik väljas eftersom musik med text är mer krävande för hjärnan. Musik med sångtext kan istället användas som en aktivitet. Att sjunga välkända texter kan framkalla minnen och minska oro och ångest. Musik och sång kan användas även vid svår demenssjukdom.

En rapport från SBU 2019 visar att effekterna av musikbaserade terapeutiska insatser oftast är gynnsamma, om än små och kortsiktiga. Men med hänsyn till gruppens sjukdomsbild och komplexa behov kan även en insats som lindrar och hjälper för stunden vara betydelsefull, vilket överensstämmer väl med omvårdnadens syfte. Musikbaserade terapeutiska insatser vid minst fem tillfällen minskar troligen depressiva symtom och BPSD hos personer med demenssjukdom. I fråga om välbefinnande, livskvalitet samt oro visar SBU-översikten möjligen en gynnsam effekt på kort sikt. Man kunde inte se några skillnader i effekt om det var en musikerapeut eller annan person som höll i musikinsatsen. Det har inte påvisats några oönskade effekter eller biverkningar av musikbaserade terapeutiska insatser. En viktig aspekt är dock att musikbaserade terapeutiska insatser kanske inte passar alla personer med demens och att det personcentrerade arbetssättet är av största vikt.

Vårdarsång

Vårdarsång innebär att den som vårdar patienten sjunger eller nynnar vid omvårdnadsarbetet som ett redskap för kommunikation. Vårdaren kan sjunga själv eller tillsammans med patienten för att förbättra samspelet. När

kommunikationen blir bättre, minskar oron och agitationen. Forskning visar att vårdarsång underlättar arbetet och har en positiv inverkan på både patienten och den som vårdar. Den musik som visat sig ge bäst effekt är musik från den demenssjukes ungdom.

På demenscentrums hemsida finns mer information om hur musik kan användas i omvårdnaden på olika sätt, här finns även en webbutbildning ”Mötas i musik”.



Sinnesstimulering

Olika sinnesstimulerande aktiviteter kan minska både agitation och apati, förbättra kommunikationen samt öka välbefinnandet. De sinnesstimulerande aktiviteterna kan ske i specialdesignat rum eller integreras i vardagliga aktiviteter. Sinnesstimulering bör ske ostrukturerat och kravlöst för den demenssjuka i en trygg och tillåtande miljö.

Sinnestimulerande produkter

Vården kan med fördel använda sig av olika hjälpmedel för att hjälpa patienter med sömnproblem, motorisk oro, vandringsbeteende och plockighet. På varje större enhet eller inom varje stadsdel bör det finnas möjlighet att prova dessa produkter till enskilda personer där sjuksköterskan identifierat att ett behov finns.

Exempel på sinnesstimulerande produkter

- **Tyngdtäcke:** Tyngden hjälper till att förbättra kroppsuppfattningen och det ökade trycket mot kroppen ger lugn och trygghet. Används vid sömnsvårigheter eller stor motorisk oro.
- **Knätäcke** för oroliga fingrar.
- **Tyngdväst** kan ge bättre kroppsuppfattning och verkar lugnande.
- **Positionskuddar** hjälper till att behålla rätt ställning för att underlätta behandling och träning men också för att avlasta och ge bättre balans för att kunna sitta.
- **Gungstol** med ett inbyggt program med små rörelser och musik som kan ställas in efter varje användares specifika behov. Gungstolen kan ge ökat välbefinnande hos personer som är oroliga, har ångest eller är deprimerade.
- **Robotkatten:** Ett "mjukdjur" som andas, avger värme och spinner. Robotdjur kan vara positivt för hälsa och välbefinnande hos personer med demenssjukdom. De äldre, personal och anhöriga har beskrivit att robotdjur bidragit till minskad oro, mindre känsla av ensamhet, minskad depression, stimulans av minne, upplevd tillhörighet samt ökad livsglädje och socialt samspel. Ett personcentrerat arbetssätt är viktigt eftersom inte alla har en positiv upplevelse av robotdjur.
- **Empatidockor:** Rogivande för många med demenssjukdom är att ha en docka att krama. Musikdockan kan användas vid hallucinationer och aggressivitet.
- **Side by side cykel:** En parcykel som den demenssjuke kan cykla på tillsammans med vårdare eller närstående. Cykeln ger möjlighet till träning, aktivitet och social samvaro.
- **Virtuella världar (VR):** Forskning pågår om VR skulle kunna påverka oro, ångest och minska läkemedelsförbrukning. Det finns exempel på upplevelserum och virtuella cykelturer i barndomens kvarter.



Beröring och mjuk massage

Att uppleva fysisk beröring är ett grundläggande behov hos människan. Mycket tyder på att ju svårare demenssjukdomen är och ju mer nedsatta sinnesorganens funktion är, desto viktigare är beröringen. Genom beröring kan trygghet öka och stress minska. Beröring kan frigöra oxytocin, ett hormon som kan ha en rad positiva effekter på hälsan och som också verkar avslappnande. Fysisk beröring i form av handmassage samt beröring på axlar och armar, i kombination med lugnande tal, har visat sig resultera i en mer långsam puls både på morgonen och på eftermiddagen.

Mjuk massage är ett samlingsbegrepp för taktil stimulering, taktil massage, aroma-terapimassage, hudmassage, beröringsmassage och efflurage. Dessa är alla massagemetoder som ges med mjuka och fasta strykningar, lätta tryck och cirkelrörelser på huden. Mjuk massage kan ges på olika delar av kroppen (fingrar, händer, armar, skuldror, nacke, rygg och fötter) av både personal och närstående. Massagen bör ske i en lugn miljö och pågå i allt från några minuter till en halvtimme.

Taktil massage består av mjuka omslutande varsamma strykningar och tryckningar. Massagen ges med vegetabilisk olja till lugn och avslappnande musik och personen som får massagen ligger eller sitter inbäddad i täcke och kuddar.

Rörelserna görs med varm hand i en lugn rytm efter ett strukturerat mönster. Den som masserar ska vara uppmärksam på signaler som ansiktsuttryck, andning och muskelspänning.

Det finns ringa vetenskaplig dokumentation om mjukmassage till personer med demenssjukdom men de forskningsresultat som finns tyder på att massagen kan ge positiv effekt på depression, ångest, humör, vaken- och kontaktbarhet samt på vissa minnesfunktioner. Någon studie har också visat positiv effekt på slag mot vårdare och skrikbeteende. För en del personer kan beröringen upplevas för intim och man kan då använda till exempel en massage-rulle emellan patienten och vårdaren. Taktill massage kan användas som en daglig åtgärd vid till exempel sänggående för att komma ned i varv.

Aromaterapi

Vid aromaterapi stimulerar man personens luktsinne med hjälp av väldoftande oljor. Syftet är att öka välbefinnande, minska stress och ge smärtlindring och därigenom uppnå minskad oro och aggressivitet hos personer med svår demenssjukdom. Aromaterapi kan också fungera bra för personer med apati.

Rutin och struktur på dagen

Det är viktigt att det finns en rutin för den demenssjuke att förhålla sig till. Det kan finnas ett schema med tider och ordning på olika aktiviteter och måltider. Syftet med realitetsorientering är att stimulera den demenssjuka till att inte isolera sig från verkligheten. Träningen kan genomföras individuellt eller genom mer strukturella anpassningar av miljön. Det kan vara att till exempel sätta upp klockor, almanackor och skyltar. Att personalen regelbundet pratar

om vilken årstid och veckodag det är eller att läsa ur dagens tidning och prata om aktuella händelser. Forskning visar att realitetsorientering kan göra att personer med mild till måttlig demens kan bli mer medvetna om sin identitet och sin omvärld. Det finns ännu ingen forskning som visat om realitetsorientering fungerar när demenssjukdomen blir svårare eller om det finns effekter som stannar kvar under en längre tid.



Vårdhund och sällskapsdjur

Att få träffa en vårdhund eller att få ha sitt eget sällskapsdjur hos sig har i viss forskning visats sig vara betydelsefullt för personer med demenssjukdom. Umgänget med husdjur kan ha en lugnande effekt genom att sänka blodtrycket och vid beröring av djuret frigörs hormonet oxytocin, som verkar lugnande. Kliniska erfarenheter visar att personer med demenssjukdom blir mindre deprimerade och mer aktiva när de är tillsammans med djur. Hundar kan locka ut personer från sina rum till att följa med på promenad eftersom promenaden blir viktig då hunden behöver komma ut. Hundarna har setts trösta och lugna personer som haft ångest och varit orolig.

Forskning visar att en vårdhund och teamet runt denna kan möjliggöra kommunikation och ta fram personligheten ur en person med demenssjukdom. Den vetenskapliga evidensen för patientnyttan av vårdhundar inom demensvården är dock ännu otillräcklig även om man har kunnat se individuella positiva effekter.

Validering

Validation kan beskrivas som ett sätt att bemöta personer med demenssjukdom. Syftet är att bekräfta de känslor som personen uttrycker och skapa värdighet genom att visa att vi accepterar personens uppfattning om verkligheten. Det kan till exempel vara att patienten uttrycker oro för en son som är ensam hemma, även om sonen sedan länge är vuxen och klarar sig själv kan känslan av oro bekräftas istället för att "viftas bort" med en logisk förklaring. Genom att vårdaren hjälper den demenssjuka personen att uttrycka sina känslor kan självkänslan stärkas, kommunikationen förbättras och oro minska.

Snoezelenmetoden

Ordet "snoezelen" är en blandning av de två holländska orden "snuffelen" (snusa, lukta, använda sina sinnen, vara aktiv) och "doezelen" som betyder dåsa (koppla av). Metoden innebär att man använder sig av ett särskilt utrustat rum där flera sinnen stimuleras samtidigt, syn, lukt, hörsel, smak och känsel. Det kan innefatta välluktande oljor, mjuka mattor att gå på, genomskinliga rör med upplyst bubblande vatten eller konstgjorda eldstäder och musik. Snoezelen kan genomföras i grupp eller individuellt. Syftet med metoden är att personen ska uppnå välbefinnande i en kravlös miljö. Genom att ge den demenssjuke stimulering utan intellektuell ansträngning kan personen vila från en överstimulerande miljö. Metoden kan även användas för

personer med svår demenssjukdom för att förbättra kommunikationen samt uppleva glädje och meningsfullhet. Forskning har visat att snoezelenmetoden kan fungera som ett verktyg för att bemöta både oro, rastlöshet och aggressivitet. Forskningsresultaten är dock motstridiga och man kan inte vara säker på om snoezelen har effekt på svårt demenssjuka personer.

Reminiscence, stimulering av gamla minnen

Reminiscence betyder hågkomst eller minne och är ett sätt att öka lusten och viljan att kommunicera och har även visats förebygga och reducera depression hos äldre. På boendet kan sjuksköterskan på ett strukturerat sätt använda sig av metoden genom att ordna med att en grupp äldre träffas en bestämd tid och samtalar om ett förutbestämt ämne. Sjuksköterskan (eller någon annan) fungerar som samtalsledare och syftet är att personerna i gruppen ska få bekräftelse på vem de är och vem de har varit vilket kan stärka självkänslan och upplevelsen av gemenskap.

Mest praktiskt är att ha 4–6 personer i gruppen och ämnen att diskutera kan vara till exempel gamla recept, barndomen, bröllop eller första jobbet. Man kan också arbeta med reminiscens med en enskild person. Upplevelser från personens tidiga liv kan finnas kvar länge hos en person med demenssjukdom.

Med hjälp av så kallade ”triggers” som fotografier och olika föremål från förr, kan kommunikationen underlättas. Ett exempel på aktivitet är att tillsammans med personen sammanställa en bok om personens liv. Skapandet av boken är en positiv aktivitet och den färdiga boken kan sedan användas som ett kommunikationsredskap mellan personal och patient. Kunskap om personens levnadshistoria är nödvändigt för att kunna väcka minnen till liv och närstående kan ha en viktig roll att hjälpa till att kunna väcka minnen hos personen. Vetenskapliga studier tyder

på att metoden kan ge en positiv effekt för stunden, men inte över en längre tid.

Minnen kan vara behagliga och ge glädje men också smärta och sorg. Därför bör vårdpersonalen vara beredd på att kunna ge tröst och stöd. Genom reminiscensmetoden kan personer med demens uppleva ökad självkänsla och stärkt identitet då de får prata om en tid när de var friska.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

All personal bör arbeta enligt en individuellt utformad bemötandepplan som ska finnas nedskrivna i patientens journal. De åtgärder som ordinerats ska följas under en bestämd tid och därefter utvärderas genom att en ny skattning utförs.

För att framgångsrikt kunna hjälpa patienter med BPSD är en strukturerad kartläggning, kontinuerlig utvärdering och journalföring en förutsättning. Hur ofta man utvärderar är individuellt och beror på vilka symtom man behandlar och vilka åtgärder som används.

För personer med BPSD kan strukturerad uppföljning och utvärdering av besvären bidra till minskade besvär, förbättrad funktion, ökad livskvalitet och ett minskat omsorgsbehov. Även närstående till personen med BPSD påverkas positivt av en strukturerad uppföljning och utvärdering. Strukturen ger mätbara resultat både på individnivå och på enhetsnivå.

Hos personer med BPSD som även lider av andra sjukdomar eller tillstånd är det viktigt att även genomföra regelbundna medicinska bedömningar. Dels för att kunna diagnostisera och behandla nytillkomna eller förvärrade symtom och sjukdomstillstånd som personen har svårt att uttrycka, dels för att ompröva och justera redan insatta behandlingar. Patientens och eventuella närståendes upplevelser och delaktighet bör också journalföras.



MINSKA RISKEN FÖR UNDERNÄRING

Undernäring och risk för undernäring är vanligt bland sköra äldre. I dag förekommer undernäring hos både hemma-boende äldre och de som bor på vård- och omsorgsboende. En stor del (upp till 80 procent) av de äldre patienter som vårdas på sjukhus, inom rehabiliterings- verksamheter och på vård- och omsorgs- boende har ättsvårigheter av olika slag.



Introduktion

Att få tillgodogöra sig tillräckligt med näring är nödvändigt för att upprätthålla viktiga funktioner, läka sår, förhindra sjukdom och förhindra för tidig död. Trycksår, fall och undernäring har en koppling till varandra där undernäring påverkar de andra två i hög grad.

En olämplig eller icke individanpassad läkemedelsbehandling kan påverka risken för undernäring i hög grad. Det är därför viktigt att läkemedelsbehandlingen utvärderas regelbundet och att ickefarmakologiska åtgärder väljs i första hand då det är det bästa för patienten. Läkemedel kan påverka aptiten, orsaka illamående och muntorrhet. Läkemedel kan också påverka kognition och orsaka trötthet som kan försvåra eller minska viljan till att äta.

Definition på undernäring

Undernäring definieras som ett tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning eller funktion eller av en persons sjukdomsförlopp. Bristen på näringsämnen kan förekomma antingen ensamt eller i kombination med inflammationsdriven katabolism. Det är viktigt att komma ihåg att undernäring inte alltid syns, utan kan förekomma även hos personer med övervikt och fetma.

Komplikationer och risker vid undernäring

Komplikationer:

- Nedsatt funktionsförmåga
- Muskelsvaghet
- Nedsatt immunförsvar
- Nedsatt sårhelingsförmåga
- Infektionskänslighet
- Svårighet att klara annars lindriga sjukdomar
- Förvirring
- Förstoppning eller diarré

Ökad risk för:

- Trycksår
- Fall
- Ohälsa i munnen
- Infektioner
- Operationskomplikationer
- Depression
- Att dö i förtid

Måltider är en del av behandlingen

Måltiderna är inte bara ett intag av näring utan de är också mycket betydelsefulla för välbefinnande, god livskvalitet och för att skapa en struktur i tillvaron. Att få äta en god måltid vid ett vackert dukat bord tillsammans med personer att samtala med kan bidra till glädje, trivsel och meningsfullhet. Maten är också en del av den medicinska behandlingen. God, hälsosam och individanpassad mat som personen kan och vill äta är grundläggande för att främja hälsa och öka välbefinnandet.

Innebörden av näringsriktig hälsosam mat är inte densamma för friska yngre personer som för äldre och sjuka inom vård och omsorg. Näringsriktiga måltider till yngre friska syftar till att ge förutsättningar för en långsiktig god hälsa och minska risken för livsstilsrelaterade sjukdomar som exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdom.

För sköra äldre har måltidernas bidrag till god livskvalitet och bevarande av funktionsförmåga högre prioritet. Det finns en rad allmänna råd för att främja god aptit och förebygga undernäring för sköra äldre. Längst bak i boken finns en checklista för vårdpersonal med råd för att främja aptiten hos patienterna (bilaga 3: Allmänna råd för att främja god aptit och förebygga undernäring).

Näringsstatus och hälsa har ett nära samband och det ligger i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att i samarbete med teamets övriga medlemmar upprätthålla ett gott näringsstatus, förebygga undernäring, identifiera de som är, eller riskerar att bli, undernärda samt förbättra näringstillståndet hos de som är undernärda.

Tidiga tecken på ätsvårigheter eller nedsatt aptit

Det är viktigt att vårdpersonal har kunskap om hur det i ett tidigt skede går att upptäcka tecken på minskad aptit eller ätsvårigheter som på sikt kan leda till undernäring. Tidiga tecken kan vara att mat lämnas kvar på tallriken, att personen visar ett minskat intresse för mat, uttrycker minskad matlust, visar tecken på ovilja eller illamående vid matsituationer, löst sittande kläder, ringar och klocka. För personer i eget boende kan det även vara att det finns gammal mat i kylan, öppnade matleveranser, mat i soporna, kortare lista på mat som ska inhandlas.

Riskfaktorer för undernäring

Att åldras är i sig en riskfaktor för undernäring eftersom ett flertal kroppsliga förändringar sker i takt med att vi åldras. De förändringar som sker vid åldrande medför också att de negativa effekterna av ett otillräckligt kaloriintag blir större.



Med stigande ålder minskar;

- vikten
- energiomsättningen
- förmågan att upprätthålla en jämvikt i kroppens miljö
- motståndet mot fysisk och psykisk stress
- energibehovet på grund av minskad aktivitet och minskad muskelmassa
- aptiten
- törstuppelevelsen
- salivproduktionen
- luktsinnets känslighet

Med stigande ålder;

- kommer mättnadskänslan snabbare
- ökar känsligheten för "efter måltidshypotension"
- blir slemhinnan i munhåla och magsäck tunnare
- förändras bakteriefloran i tarmen
- förändras sammansättningen mellan vatten, muskler och fett vilket innebär att fettmassan ökar medan vatten och muskelmassan minskar. Detta får till följd att äldre är känsligare för uttorkning.

Kartlägg med struktur

För att framgångsrikt kunna förebygga och åtgärda undernäring är en strukturerad kartläggning en förutsättning. För att identifiera, bedöma, diagnostisera och behandla nutritionsproblem krävs en strukturerad process i flera steg (Nutritionsvårdsprocessen). Alla patienter ska riskbedömas för undernäring. Detta ska göras inom ett dygn efter inskrivning i slutenvården, i vård- och omsorgsboende eller i hemsjukvården.

Riskbedömningen baseras på de tre riskfaktorerna ofrivillig viktförlust, ätsvårigheter och lågt BMI (Body Mass Index) eller undervikt enligt BMI. I bedömningen använder sjuksköterskan något av de bedömningsinstrument som finns att tillgå. Det finns ingen evidens för att det ena eller det andra skulle vara bäst utan varje verksamhet kan själv bestämma vilket eller vilka instrument som ska användas. Personer med demenssjukdom och viktförlust eller misstänkt undernäring ska få en regelbunden bedömning av näringstillståndet.

Beräkning av BMI

BMI beräknas med hjälp av längd och vikt där formeln är kroppsvikten i kg delad med kroppslängden i meter i kvadrat (kg/m^2). Normalintervallet är värden mellan 18,5 och 25. Beräkningen görs med tillgängliga webbaserade beräkningsverktyg.



Bedömningsinstrument

Mini Nutritional Assessment (MNA) används för att identifiera äldre patienter som löper risk för undernäring. Används för att kartlägga orsakssamband vid undernäring. Anpassat för personer 65 år och äldre. Instrumentet består av 18 poängsatta frågor.

MNA (MNA-SF) är en validerad kortversion av MNA som består av de 6 första frågorna i MNA.

Nutritional Risk Screening – 2002 (NRS-2002) inkluderar bedömning av vikt förlust, nedsatt födointag, lågt BMI, samt sjukdomens inverkan på metabolismen. Lämpar sig bäst för akutsjukvård.

Malnutrition Universal Screening Test (MUST) inkluderar bedömning av vikt förlust, BMI, samt inverkan från akut sjukdom. Lämpar sig bäst för akutsjukvård.

Minimal Eating Observation and Nutrition Form- II, (MEONF-II) används för att bedöma risk för undernäring samt för att observera ätproblem.

Subject Global Assessment (SGA) används för att mäta risken för malnutrition och identifierar de som kan ha nytta av näringstillskott. Instrumentet är validerat för detta syfte och har visats användbart för ett flertal olika patientgrupper så som kirurgiska patienter, patienter med cancer och patienter med dialysbehandling.

Modifierat SGA (SGA översatt till svenska) används för att bedöma patientens nutritionsstatus med hjälp av 4 enkla frågor till patienten om vikt förändring, aptit, matintag och aktivitet.

Standardised bedside Swallowing Assessment (SSA)

Används för att screena patienter med sväljsvårigheter.

EdFED används för att ta reda på och följa upp problem i samband med ätande.

The Self-feeding assessment tool mäter förmågan att använda bestick, dricka ur glas och att äta med händerna. Bedömningen sker i 5 nivåer, från att klara sig helt själv till att behöva bli matad.

The feeding behavior inventory används särskilt för personer med Alzheimers sjukdom och omfattar 33 ätproblem.

Bedöm risken för undernäring

Bedöm och journalför patientens risk för undernäring. Bedömningen ska vara såväl medicinsk som omvårdnads- mässig vilket innebär att både en sjuksköterska och läkare ansvarar för att bedömningen blir korrekt utförd. Vid behov kan andra yrkesprofessioner konsulteras såsom dietist, logoped, arbetsterapeut eller tandläkare.

Ta reda på följande:

1. Ofrivillig viktförlust oavsett tidsförlopp och omfattning.
2. Kan personen äta som vanligt eller finns det ätsvårigheter, till exempel aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem eller motoriska funktionsnedsättningar?
3. Längd, vikt och Body Mass Index (BMI). Patienter under 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20. Patienter över 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22.

Risk för undernäring föreligger om patienten har en eller flera av dessa riskfaktorer. Det är dock viktigt att påpeka att dessa faktorer bara kan identifiera risken för undernäring och inte ett faktiskt tillstånd. Ett lågt BMI utan viktförlust och ätsvårigheter behöver inte betyda att personen har ett nutritionsproblem. Eftersom man vet att många vill dölja sina ätproblem är det viktigt att inte bara fråga om dessa utan även observera patienten under måltidssituationen.

För den som bedöms vara i risk för eller är undernärdd ska riskbedömningen följas upp med en utredning av orsakerna. Utredningen leder sedan fram till en omvårdnadsdiagnos som genererar ett uppsatt mål och ordinerade åtgärder. Patienten är delaktig i hela processen och ett personcentrat arbetssätt är en förutsättning. De insatta åtgärderna utvärderas sedan fortlöpande. Rekommendation för personer med demenssjukdom och viktförlust eller misstänkt undernäring är att vårdpersonalen regelbundet bör bedöma näringstillstånd. För beräkning av energibehov se bilaga 4: Beräkning av energibehov.

Bakomliggande faktorer

Det finns en rad olika sjukdomar eller tillstånd som kan öka risken för undernäring på grund av att tillståndet ger en ökad omsättning av energi, sätter ned orken eller påverkar intaget av näring.

Förutom sjukdomsdiagnoser som ökar risken för undernäring finns även sociala- och funktionsmässiga områden som kan bidra till undernäring såsom att personen ej fått tillräcklig hjälp med inköp, tillagning och/eller hjälp vid måltider eller att individuella behov och önskemål inte blivit tillgodosedda. Detta kan vara religiösa och kulturella aspekter.

Även läkemedel kan påverka intaget av föda och på olika sätt försvåra eller minska viljan till att äta. Det kan vara vanligt förekommande läkemedel som på så sätt kan öka risken för undernäring. Längst bak i boken finns en checklista för sjukdomar, symtom och läkemedel som kan öka risken för undernäring (bilaga 5: Sjukdomar, tillstånd och läkemedel som kan öka risken för undernäring).

Som tidigare beskrivits finns det flera bidragande orsaker till att en person är eller riskerar att bli undernärdd. För att kunna sätta in rätt åtgärder är det viktigt att identifiera de bakomliggande faktorerna och på vilket sätt svårigheterna ger sig uttryck. Åtgärderna skiljer sig markant om personen har problem med att svälja på grund av en stroke eller om personen har svårt att få maten från tallriken till munnen på grund av skakningar orsakade av Parkinsons sjukdom. I bedömningen ska ingå om personen har någon bakomliggande sjukdom som kan ge ökad risk för undernäring eller om sjukdomen ger ett ökat energibehov. En bedömning av om det finns bakomliggande sociala eller funktionsproblem som påverkar näringsintaget ska också göras.

Läkemedel

En genomgång av de läkemedel patienten använder bör göras för att kartlägga om något läkemedel kan öka risken för undernäring. Här kan PHASE 20 ingå som en tidig hjälp till upptäckt av läkemedelsbiverkningar som kan öka risken för undernäring.

Mun- och tandstatus

Mun- och tandstatus kan lämpligen bedömas med hjälp av Riskbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG).

Sväljsvårigheter

En test av sväljningsförmågan bör alltid göras vid misstanke om dysfagi. Om det då visar på svårigheter bör en noggrannare kartläggning av sväljningsförmågan göras för att undvika att personen aspirerar vid måltidssituationer. Sväljningsutredningen ligger sedan till grund för vidare åtgärder som kan vara till exempel konsistensanpassning. En logoped kan lämpligen konsulteras för bedömning av sväljningssvårigheter.

Formulera ett mål

Ett mål formuleras i teamet enligt SMART-strukturen (läs mer i kapitel 3 – Omvårdnad).

Det kan vara ett kortsiktigt och/eller ett långsiktigt mål.



Ordinera individanpassade åtgärder

Att kunna äta själv är en stor del av en persons autonomi och stärker självkänslan och livskvalitén. Det är därför viktigt att underlätta ätandet så att varje person så långt det är möjligt kan uppleva att hen äter själv. Varje person bör få individuellt anpassat stöd vid måltiden och en god sittställning är en nödvändigt för att kunna äta självständigt och för att undvika att svälja fel.

Anpassade verktyg

En ”Pet-emet-kant” anpassade bestick, drickvänlig mugg, eller dosmugg för personer med sväljsvårigheter, djup tallrik istället för flat eller antiglidmatta under tallriken kan vara värdefulla hjälpmedel. Personer som har svårt att avgöra mängden mat som förs till munnen och stoppar in för stora tuggor kan få en liten sked att äta med och personer som biter i besticken kan få använda bestick med annat material, än metall, för att undvika skador. I vissa fall kan träning av finmotorik med hjälp av arbetsterapeut underlätta. Sjuksköterskan tillsammans med patienten och arbetsterapeuten provar ut lämpliga hjälpmedel.

Guidning

En åtgärd för personer som på grund av kognitiva svårigheter inte självständigt kan äta kan Guidning vara en lämplig åtgärd. Guidning innebär att vårdaren tar i personens arm eller hand och hjälper till i de olika momenten i ätandet eller ger verbala uppmaningar och påminnelser då personen har svårt att hålla fokus. Att vara vägledare genom måltiden kan underlätta och göra att personen äter mer och ge möjlighet för personen att ändå äta själv. Uppmaningar och fysisk beröring kan upplevas väldigt olika och kan kännas som kränkande för vissa. Det är därför viktigt att stödet ges på ett värdigt sätt och att samspelet präglas av lyhördhet och respekt för personen. Det finns också guidningsbestick som både personen och vårdaren håller i samtidigt.

Anpassad miljö

För personer på vård- och omsorgsboende med demenssjukdom är det viktigt att anpassa måltidsmiljön för att skapa en miljö där måltiden blir en positiv upplevelse. Skapa en lugn miljö utan störande moment såsom Tv eller prat i mobiltelefoner. Duka vid flera små bord med få personer istället för ett stort bord. Utifrån den enskildas behov kan måltiden ätas i gemenskap med andra eller enskilt. För personer med demenssjukdom kan det vara till hjälp att härma andra för att kunna genomföra ätandet. Det är då viktigt att personalen äter tillsammans med de boende. Att få göra egna val och själv komponera sin måltid kan göra att intaget av mat ökar och personen kan genom att själv lägga upp sin portion från uppläggningsfat bevara sin självständighet.

Hos personer med demens kan färgen på tallriken hjälpa till att öka matintaget, forskning har visat att främst röda men även blå tallrikar kan öka matintaget. Undvik att ha samma färg på tallriken som på duken eftersom det försvårar för personen att uppfatta maten, undvik även mönster på tablettor eller duk eftersom det kan förvirra.

Stimulera aptiten

Duka snyggt och lägg upp maten aptitligt. Vid nedsatt aptit bör en måltid bestå av flera olika komponenter eftersom personer med nedsatt aptit och snabb mättnadskänsla kan bli mätt på en komponent i en måltid men inte på andra. Om personen fort blir mätt kan man prova att minska på kostfibrer eftersom dessa påverkar mättnadskänslan. Maten kan smakförhöjas genom att använda koncentrerad buljong till köträtter genom att använda salt, socker fett, grädde, bacon och ost. Man kan också servera flera olika smaker vid samma måltid för att stimulera smakupplevelsen.

Låt personen ha inflytande över vilken mat som serveras och hur stor portionen ska vara. Stimulera aptiten genom växling mellan smak, temperatur, konsistens och färg. Saliv är en förutsättning för att äta och för att främja salivutsöndringen bör maten ha ett visst tuggmotstånd eftersom själva tuggandet främjar salivutsöndringen. Saliv stimuleras också av salt och syrligt så till exempel en sillbit till förrätt kan underlätta salivproduktionen. Att ge en liten aptitretare i form av en ostbit och en vindruva, en kokt äggghalva med kaviar, varm buljong eller äppelbitar före maten kan bidra till ökad aptit.



Vid nedsatt ork

Om personen inte har tillräcklig ork att äta en hel portion måste denna serveras små portioner och ofta. Huvudmålen bör då energiberikas och mellanmålen bör väljas så att de innehåller så mycket energi som möjligt. Maten kan energiberikas med till exempel grädde eller smör (för förslag på hur maten kan energiberikas se bilaga 6: Exempel på hur energimängden kan ökas).

Se till att personen får vila innan måltid för att orka sitta upp och äta och erbjud vid behov assistans vid matintaget. En individanpassad optimal sittposition är viktig för att personen ska orka sitta under måltiden utan smärta och utan att personen glider ner eller hamnar i fel position för att kunna föra maten till munnen och svälja.

Råd för personer med nedsatt syn

För att underlätta ätandet för personer med nedsatt syn kan följande vara till hjälp:

- Kontraster gör att det är lättare att se maten. Det vill säga ljus tallrik och mörk mat.
- Färgade glas syns bättre än genomskinliga.
- God belysning ovanför bordet.
- Informera om vilka som sitter vid bordet och vad som ligger på tallriken.
- Låt personen ha sin egen plats och undvik att möblera om.
- Fråga personen vad som kan underlätta måltidssituationen.

Olika koster

Det är sjuksköterskan som i samråd med läkare och patienten ordinerar lämplig kost. I vissa fall kan dietisten behöva konsulteras.

Normalkost

Normalkost är det alternativ som täcker närings- och energibehov enligt de Nordiska näringsrekommendationerna. Normalkost kan ibland behöva kombineras med speciellt anpassat livsmedelsval och/eller konsistens eller ersättas med en specialkost.

Specialkost

Specialkost definieras som mat vid specifika sjukdomstillstånd. Glutenfri, laktosfri eller fettreducerad kost är exempel på specialkost.

Individuellt anpassad kost

Det finns en mängd olika tillstånd och situationer då kosten kan behöva individanpassas. Det kan vara medicinska tillstånd såsom sväljningssvårigheter och allergier, eller omvårdnadsdiagnoser såsom ätsvårigheter eller aptitlöshet eller kulturella preferenser som påverkar val av produkter och konsistens.

Energi- och proteinberikad kost

Energi- och proteinberikad kost kan behövas då en person riskerar att bli undernärdd. Då bör dagens måltider fördelats i små portioner, cirka 50-75 procent av en normal portion, med ett högt innehåll av energi och protein. Kosten bör då innehålla energitäta livsmedel som matfett, grädde, och ägg som ger mycket energi per viktenhet, men lite av fiberrika livsmedel. I vissa fall kan det också vara motiverat att öka mängden kolhydrater för att öka energiinnehållet. Flera mindre mål rekommenderas och att dela upp de måltiderna i en liten förrätt, liten huvudrätt och en dessert för att öka aptiten och möjligheten att äta. Kosten kan också behöva förstärkas ytterli-

gare med kosttillägg. För tips på hur energimängden kan ökas i kosten se bilaga 6: Exempel på hur energimängden kan ökas.

Konsistensanpassad kost

Individuellt anpassad konsistens är en förutsättning för att personen ska kunna äta utan risk. En logoped kan bidra med utredning av sväljfunktion och ställningstagande till lämplig konsistens. Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera hur ätandet fungerar för att ingen ska få konsistensanpassad kost i onödan.

Vid sväljsvårigheter eller tuggsvårigheter kan en konsistensanpassning vara nödvändig. Det finns sex olika konsistenser för kost och tumregeln att det är lättare att svälja det som är tjockt än det som är tunt och lättare att svälja kallt än varmt eftersom sväljreflexen stimuleras av kyla. Vissa personer tycker att det går lättare att svälja drycker med kolsyra i. Sura smaker stimulerar salivproduktionen som i sin tur gör att det går lättare att svälja. Personer med sväljsvårigheter orkar oftast inte äta tillräckligt mycket mat vid varje måltid för att få sitt näringsbehov tillgodosett därför måste deras mat vara extra energi- och näringsrik. Längst bak i boken finns en lista på olika former av konsistensanpassning (bilaga 7: Konsistensanpassning).

Flera små måltider och mellanmål

Då aptiten eller orken är nedsatt kan 6–7 mål inklusive mellanmål och även nattmål behövas. Flera små måltider fördelade över dygnet ökar förutsättningarna för att tillgodose behovet av energi och näring till personer med försämrad aptit. I de verksamheter där det finns behov av mer energi- och näringstät mat bör man därför kunna erbjuda små maträtter, mellanmål och drycker mellan de huvudsakliga måltiderna. Mellanmålen har minst lika stor

betydelse som huvudmålen. Cirka 30 procent av det totala dagliga energiintaget bör komma från mellanmål och hos patienter med nedsatt ork eller ätsvårigheter kan 50 procent av det totala intaget utgöras av mellanmålen.

Kosttillägg

Ett vanligt sätt att förebygga och behandla undernäring i vården är att servera kosttillägg som ett komplement till den vardagliga kosten. Kosttillägg kallas ibland för näringsdryck men alla kosttillägg är dock inte drycker. Andra konsistenser som till exempel pulver eller puddingar förekommer. Kosttillägg innehåller fett, kolhydrater och protein i olika proportioner.

Näringsdrycker finns i olika modeller; kompletta, sjukdoms-specifika och icke kompletta näringsdrycker. De mest energi och proteintäta näringsdryckerna har ett energiinnehåll runt 2,4 kcal/mL och proteininnehåll runt 1,4/mL. Näringsdrycker används vanligen som komplement till maten, men kan ibland ersätta annan föda.

Sjukdomsspecifika näringsdrycker är sammansatta för att passa behoven vid specifika tillstånd.

Icke kompletta näringsdrycker (klara) är avsedda som energi- och näringsrika alternativ till annan dryck. De kan aldrig användas som ersättning för annan föda eftersom de inte innehåller fett och inte alltid är kompletta när det gäller vitaminer och mineraler.

Energimoduler, vanligen i form av fettemulsioner, är också energikälla. De har en mycket hög energitäthet runt 4 kcal/mL och bör ordineras i små mängder (30–40 mL/per tillfälle). En del energimoduler innehåller också protein, kolhydrat, vitaminer och mineraler men den totala näringsammansättningen motsvarar inte de kompletta näringsdryckerna.

Verksamhetens ansvar

Såväl verksamhetens förutsättningar som patienternas behov varierar stort mellan olika vård- och omsorgsverksamheter. Varje verksamhet måste därför analysera vilket utbud som deras kök bör tillhandahålla, och vilka rutiner som krävs i just deras verksamhet för att säkra måltidernas kvalitet. Bedömningen är att en mer verksamhetsanpassad menyplanering främjar utvecklingen av måltiderna inom vård och omsorg. Fokus ska ligga på att laga tilltalande mat i lagom portioner som patienterna kan och vill äta och mår bra av. Behovet av flexibla och individanpassade måltidslösningar kräver kompetent och engagerad personal, såväl för planering som för tillagning och servering. En mer flexibel måltidsordning, med fler små mellanmål istället för att de största energiintagen är till lunch och middag underlättar för den äldre med liten aptit att kunna få goda och näringsrika måltider vid fler tillfällen under dygnet.



Dessa rekommendationerna är en vägledning i arbetet med att utarbeta lokala riktlinjer i verksamheten. Nordiska näringsrekommendationer (NNR) rekommendationer gäller primärt för grupper av friska personer men täcker även ett ökat energibehov vid kortvariga, lättare infektioner eller vissa medicinska behandlingar. För sköra äldre med stor risk för undernäring behöver matens sammansättning vanligen anpassas.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

För att kunna följa upp och utvärdera patientens vätske- och näringsintag måste allt som patienten äter, dricker, intar parenteralt eller via sond, registreras. Det enklaste sättet att mäta hur mycket patienten ätit är att med ögonmått uppskatta hur mycket som ätits upp vid respektive måltid och därefter dokumentera detta genom att kryssa i hel, halv eller fjärdedels portion på en registreringsblankett. Registreringen bör ske under minst tre dagar för att få en uppfattning om patientens intag. Det är lämpligt om samma person som serverar maten även observerar och dokumenterar patientens intag. Vad och hur mycket patienten äter kan variera från dag till dag och därför blir mätningen mer tillförlitlig ju fler dagar man mäter. Denna form av registrering ger ett grovt mått på energiintaget, men ingen värdering av vilka beståndsdelar i måltiden som ätits upp eller lämnats. Det finns ett flertal olika blanketter för registrering av vätske- och matintag och varje verksamhet bestämmer vilken eller vilka listor som passar deras patienter bäst. Det dagliga totala energi- och vätskeintaget räknas ut och sätts i relation till uträknat energi- och vätskebehov.

Viktmätning

Att följa viktutveckling är en kontroll av en av riskparametrarna för undernäring. Personer inom äldreomsorgen ska vägas minst var tredje månad, men personer som har risk att utveckla undernäring bör vägas oftare. Vägningen bör ske innan frukost och efter att personen kissat, iklädd endast underkläder eller dylikt, med samma mätförhållande vid varje viktkontroll. En ofrivillig viktnedgång ska alltid betraktas som en risk. Hur stor viktnedgången är måste alltid ställas i relation till ursprungsvikten. En viktnedgång på 4 kg kan vara mer riskfyllt hos en person som väger 50 kg än en viktminskning på 6 kg hos en person som väger 85 kg.

Mäta BMI

Eftersom äldre har en procentuellt högre andel fett i förhållande till vatten och muskler än vad yngre har bör äldre ha ett något högre BMI (22–27). BMI bör som rutin beräknas vid inskrivning på sjukhus och vid inskrivning på Vård- och omsorgsboende. Regelbundet bör äldres BMI kontrolleras 1–2 ggr/år och oftare om personen har något eller några riskfaktorer för undernäring. Enbart ett lågt BMI behöver inte innebära en risk för undernäring. Det finns kalkylatorer på nätet för att beräkna BMI för en person som är benämpterad.

Hos personer med ödem eller ascites kan en falsk för hög vikt uppmätas och det ska journalföras och bedömas av sjuksköterska eller läkare. Om det är svårt att mäta längden stående kan detta göras liggande.

Vid utskrivning till annan vårdinrättning eller hemsjukvård

Kommunikation mellan vårdgivare är viktigt för att personen ska få en fortsatt god nutrition och minimerad risk för undernäring. Kommunicera alltid en bedömning av patientens nutritionsstatus med något av de föreslagna instrumenten. Journalför och rapportera över patientens näringsbehov, aktuell vikt, BMI samt viktutveckling under vårdtillfället, uppsatta mål kortsiktiga och långsiktiga, aktuella ordinationer (till exempel E-kost och pet-emotkant samt assistans vid matintag) samt vilka fortsatta åtgärder som är aktuella.



FÖREBYGGA OCH LINDRA SÖMNBESVÄR

God sömn är en viktig förutsättning för god hälsa. Det ligger i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att i samarbete med teamets övriga medlemmar behandla sömnsvårigheter hos de sköra äldre. Många äldre lider av sömnstörningar av olika slag och många använder sömnläkemedel för att kunna sova.

Introduktion

Sömnbekovet varierar stort mellan olika personer och sömnmönstret förändras med åldrandet och är även kopplat till personens hälsa och sjukdom. Äldre blir i allmänhet mer kvällströtta än yngre och vaknar tidigare på morgonen, vid hög ålder minskar också djupsömnen. Sömnrekommendationer för äldre är 7-8 timmar per dygn, inte mindre än 5 timmar och inte mer än 9 timmar.

Sköra äldre är trötta och orkar kanske inte vara vakna en hel dag. Då kan korta tupplurer behövas förutsatt att de inte blir för många och för långa, max 30 minuter per gång om patienten har svårt att sova på natten.

Sömnsvårigheter och sömnbrist kan bland annat försämra livskvalitet, förvärra sjukdomstillstånd och öka risken för fall. Sömnbrist kan också öka en persons smärtupplevelse, ge nedsatt immunförsvar och försämra sårhäkning.

Det finns många olika typer av sömnstörningar och de kräver olika åtgärder och behandling. Den vanligaste sömnstörningen är dock insomni som kännetecknas av svårigheter att sova trots att omständigheterna tillåter, samt att sömnsvårigheterna ger dagsymptom i form av trötthet, nedstämdhet, svårighet att koncentrera sig eller oro för sömnen.

Olika typer av primära sömnstörningar

- Insomningstiden är lång (mer än 30 minuter).
- Sömnen är störd av fler än tre uppvaknande varje natt, eller uppvaknanden som tillsammans varar längre än 30 minuter.
- För tidigt uppvaknande på morgonen.
- Sömnen ger ej återhämtning.
- Sömnbesvären ger nedsatt dagfunktion.
- Sömnbesvären förekommer trots att möjligheter för sömn föreligger.
- Sömnbesvär i form av apné, restless legs eller ovanliga rörelser, sinnesrörelse eller drömmar.

Besvär förekommer tre gånger i veckan eller oftare och har varat i minst en månad.

Allmänna råd

För att en god sömn ska kunna infinna sig behöver vissa grundläggande behov vara tillgodosedda och en balans mellan sömn, vila och aktivitet måste finnas.

Grundläggande förutsättningar för god sömn

- Vara tillräckligt trött/ sömnig.
- Ha en stabil dygnsrytm med dagsljus, fysisk och social daglig aktivitet dagtid.
- Ha fått gå på toaletten.
- Vara lagom mätt.
- Känna sig trygg.
- Ligga bekvämt.
- Uppleva miljön "sovvänlig".

Ändrade vådrutiner

De dagliga rutinerna på vård- och omsorgsboenden verkar ha en positiv effekt på sömnen. Personer har rapporterat att deras sömn blivit bättre efter inflyttning på ett vård- och omsorgsboende. Förutom en fast dygnsrytm i det dagliga livet är också graden av självständighet central.

Att kunna gå eller röra sig självständigt och kunna välja vilka aktiviteter man vill vara delaktig i är viktigt för en god sömn. Därför bör vårdmiljön anpassas så att de boende kan klara så mycket som möjligt på egen hand för att uppnå så stor självständiga som möjligt. Särskild uppmärksamhet bör också riktas till de personer som har begränsad rörlighet, för att undvika att de blir ofrivilligt inaktiva. Det bör också finnas möjlighet för de äldre att välja bland olika aktiviteter under dagen.

Problemet identifieras

Först behöver sjuksköterskan ta reda på vilket sätt sömnen är ett problem och för vem. Samtal med personen om hur denne upplever sin sömn och på vilket sätt den ger problem är basen i bedömningen. För att sjuksköterskan ska kunna göra en adekvat bedömning av problematiken kan även personalens och eventuella närståendes synpunkter behöva inhämtas. Ibland kan orealistiska förväntningar hos personen själv, närstående eller personal förekomma så som att en gammal person förväntas sova mellan klockan 20 och 07 vilket i de allra flesta fall är en utopi. Samtal och information kan då vara en effektiv åtgärd.



Identifiera bakomliggande faktorer

Det finns ett flertal sjukdomar, diagnoser och symtom samt läkemedel som kan påverka sömnen negativt. Uteslut därför läkemedelsbiverkningar samt somatiska och psykiska orsaker till sömnproblemen. Om patienten är ordinerad läkemedel som misstänks orsaka eller förvärra en sömnstörning måste det beslutas om det aktuella läkemedlet kan sättas ut, minskas i dos eller administreras en annan tid på dagen. Längst bak i boken finns en checklista för sjukdomar, symtom och läkemedel som kan påverka sömnen negativt (bilaga 8: Sjukdomar, symtom och läkemedel som kan påverka sömnen negativt).



Kartlägg med struktur

För att framgångsrikt kunna hjälpa patienter med sömnproblematik är en strukturerad kartläggning ett nödvändigt första steg. Kartläggningen startar med att sjuksköterskan i första hand samtalar med patienten men även med omvårdnadspersonalen och i vissa fall även med närstående. Därefter kartläggs genom observation när och hur patienten sover samt hur den vakna perioden ser ut med vanor kring aktivitet och utomhusvistelse samt intag av alkohol, nikotin, kaffe och måltider.

Kartläggning besvarar följande frågor

- Hur ser personens dygnsrytm ut?
- Hur många timmar sover patienten under ett dygn?
- Sovor patientens på dagen och i så fall när/hur länge?
- Har patienten en aktiv vakentid?
- Hur dags på kvällen brukar patienten somna?
- Är sömnen orolig?
- Har patienten upprepade uppvaknanden? I så fall vid vilka tider, hur långa och hur besvärande upplever patienten dessa?
- Finns det ett mönster i uppvaknandena som kan kopplas till någon orsak?
- Ger sömnen återhämtning?

Bedömningsinstrument

Patientens sömn- och aktiviteter kan kartläggas på ett strukturerat sätt genom att man använder en Sömn- och aktivitetsprofil (SAP) där all insamlad data dokumenteras. Sömn- och aktivitetsprofil tydliggör samband mellan olika händelser, aktiviteter, vila och sömn under hela dygnet. Målet är att få en visuell överblick över patientens sömn och vakenhet. Eftersom sömnbehovet ser olika ut hos olika människor är kartläggningen även ett sätt att beräkna den enskilda personens sömnbehov genom att ta ett genomsnitt av den sammanlagda sömntiden per dygn.

Gör så här:

Personalen observerar patienten under 4–5 dygn och antecknar på sömn- och aktivitetsprofilen med olika tecken. Ett kryss (X) betyder att patienten sover, ett vågrätt streck (–) betyder att patienten är vaken men lugn och ett annat tecken till exempel "~~~~~" betyder att patienten är orolig. På dagen fylls olika aktiviteter i som till exempel äter, promenerar, läser, deltar i musikunderhållning.

När listan är ifylld kan sjuksköterskan färgmarkera sömn-tecknen med en färg, vakenperioderna med en annan färg och orosperioderna med en tredje färg. Då visualiseras ett tydligt mönster där olika orsakssamband kan identifieras.

I teamet och tillsammans med patienten kan sjuksköterskan därefter gå igenom det som framkommit, sätta upp mål och ordinera åtgärder. Det finns ett flertal olika validerade skattningsskalor som mäter sömn och sömnproblem men låt alltid personen själv beskriva problemet och använd därefter eventuellt skattningsskalan som ett komplement.

Några exempel på validerade skattningsskalor är: Insomnia Severity Index (ISI) som består av 7 frågor om bland annat hur personen påverkas av sina sömnbesvär och Minimal Insomnia Symptom Scale (MISS) som består av endast tre frågor för en basal skattning av sömnproblematiken.



På www.janusinfo.se/sova hittar du en undervisningsfilm om hur du kan arbeta med att minska sömnläkemedel på vård- och omsorgsboende.

Formulera ett mål

Ett mål formuleras i teamet enligt SMART-strukturen (se kapitlet Sköra äldre). Det kan vara ett kortsiktigt och/eller ett långsiktigt mål.

Ordinera ickefarmakologiska åtgärder

Åtgärderna sätts in i samråd med patienten och det är viktigt med förankring och diskussion i teamet om vilka åtgärder som passar just den här personen med just det här sömnproblemet.

Stärka dygnsrytmen

Eftersom äldre personer och särskilt de som lider av en demenssjukdom kan ha en störd dygnsrytm är en av grundprinciperna för en god nattsömn att stärka dygnsrytmen.

Åtgärder för att stärka dygnsrytmen

- Hjälpa personen att få sin daglig dos av dagsljus (minst 30 minuter). Dagsljuset stänger av melatoninproduktionen och hjälper kroppen att förstå att det är dag. Dagsljus gör också att melatonin bildas så att det sedan kan utsöndras till natten. Om det inte finns möjlighet för personen att komma ut kan det också hjälpa att sitta vid ett fönster för att få ljus.
- Ytterligare stärka dygnsrytmen genom aktiviteter och stimulans dagtid samt regelbunden måltidsrytm.
- Hjälpa personen att varva ner innan sänggående med trevligt samtal, musik eller lyssna på en ljudbok.



Associera sängen som en plats för sömn

Att ligga i sängen 10–12 timmar ger en splittrad sömn. Ge personen möjlighet att få komma upp på natten om hen är vaken eller komma upp om hen vaknar tidigt. Detta kan minska ångest och oro över att ligga sömnlös samt stärker associationen till sängen som en plats för sömn.

Fysisk aktivitet

Att vara aktiv under dagen är en förutsättning för att sova på natten. Oavsett om de sköra äldre vårdas i eget hem, på särskilt boende eller i sjukhemsmiljö gäller rekommendationerna om fysisk aktivitet. För allmänna råd om fysisk aktivitet se FYSS.

Social aktivitet

De studier som finns om olika sociala aktiviteters påverkan på sömn tyder på att aktiviteter som känns meningsfulla och som ger minskad hjälp av utomstående har en positiv påverkan. Aktiviteter som innefattar både en social och en intellektuell komponent är associerade med färre sömnproblem.

De fritidsaktiviteter som i studier visats vara effektiva för att minska sömnproblem är att spela sällskapsspel, delta i körsång och dans, trädgårdsarbete, naturupplevelser och att reparera saker. Det har också framkommit att personens möjlighet att själv välja aktiviteter är viktigt för att bidra till god sömn. Bibehållandet av självständighet inverkar positivt på livssituationen och därmed påverkas också sömnen positivt.

Akupunktur, yoga och massage

Akupunktur, yoga och massage (både taktill massage och ryggmassage) kan ge en viss förbättring av sömnkvaliteten hos äldre vilket troligen beror på att dessa interventioner får personen att slappna av och släppa negativa tankar.

Ljusterapi

Dagsljuset stänger av melatoninproduktionen och hjälper kroppen att förstå att det är dag. Därför bör personer med sömnproblematik i form av dygnsrytmförskjutning (tidig nattsömn och tidigt uppvaknande) vistas så mycket som möjligt i dagsljus. Utevistelse eller ljusbehandling med en ljuskälla med vitt ljus över 2000 lux.

Ljus på morgonen kan hjälpa kroppen att ”förstå” att dagen har börjat och ljus på eftermiddagen kan hjälpa kroppen att hålla sig vaken lite längre på kvällen. Tänk dock på att tv eller annan ljuskälla från skärm nära inpå sänggående kan förskjuta dygnsrytmen och därmed försvåra insomning.



Musik

Lyssna på musik, regn som faller, vattenfall, vågor eller fågelsång har i studier visat ha god effekt på sömnens djup och minska insomningstiden vilket troligen beror på att dessa interventioner får personen att slappna av.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

Vid uppföljning och utvärdering av åtgärder vid sömnproblematik kan en Sömn- och aktivitetsprofil användas. Strukturen kan vara ett verktyg för att se samband mellan olika händelser, aktiviteter, vila och sömn under hela dygnet. Efter att lämpliga åtgärder satts in bör sömn och aktivitet åter kartläggas under några dygn. Därefter utvärderas resultatet och åtgärderna omprövas. Kartläggning, planering, utförande och uppföljning ska ske tillsammans med patienten, vara individuellt anpassad och dokumenteras tydligt i journalen.





FÖREBYGGA OCH LINDRA SMÄRTA

Smärta är ofta ett symtom på en underliggande sjukdom eller skada men kan också vara en sjukdom i sig. Smärta är en varningssignal som hos de flesta väcker oro och så länge smärtan är oförklarad finns oron kvar. En smärtanalys utgör ett väsentligt underlag för utredning, behandling och förklaring till personen. Det är viktigt att skilja på akut och långvarig smärta. Långvarig smärta definieras som smärta som varat längre än tre månader. Sådan smärta är vanligt förekommande hos äldre.



Introduktion

Smärta av långvarig karaktär är ett vanligt symtom hos äldre. Hos äldre i vård- och omsorgsboende anges frekvensen av smärta vara upp till 80 procent. Långvarig smärta påverkar den äldres välbefinnande, sömn, fysiska förmåga, sociala aktiviteter samt ökar risken för psykisk ohälsa och fall. Många äldre tar regelbundet läkemedel för olika smärttillstånd och flera av de vanligaste läkemedel som äldre behandlas med för sina smärttillstånd har stora risker för biverkningar. En av de främsta orsakerna till långvarig smärta är muskuloskeletala degenerativa tillstånd, såsom osteoartros vilket är en vanlig bidragande orsak till funktionsnedsättning hos äldre. Även smärta i form av ospecifik rygg och ledsmärta är vanligt. Smärtuttrycket kan se annorlunda ut hos den äldre patienten och ökad oro, förvirring eller aggressivitet kan ibland bero på en underliggande smärta. Ensamhetsproblematik och brist på fysisk aktivitet kan också påverka smärtupplevelsen.

Det händer även att äldre låter bli att klaga över sin smärta och håller den för sig själv då de inte vill vara till besvär eller tror att smärta är oundvikligt när man åldras. Detta kan också vara en orsak till att långvariga smärtor i muskler,

Det är vanligt att smärta hos äldre är underdiagnostiserad, underbehandlad eller överbehandlad!

leder och skelett ofta är underbehandlade. I kontrast till det är det många äldre som får paracetamol och/eller opioider kontinuerligt och under lång tid utan att en regelbunden omprövning av indikation, effekt och dosering görs.

Smärtmekanismer

Nociceptiv smärta: Aktivering av smärtreceptorer, till exempel inflammation och fraktur.

Central neuropatisk smärta: Skada i centrala nervsystemet, till exempel stroke och MS.

Perifer neuropatisk smärta: Patologiska nervimpulser eller skada i nervsystemet, till exempel rizopati och herpes zoster.

Nociplastisk smärta (Centralt störd smärtmodulering): Dysfunktionell smärtreglering. Smärttillstånd som uppstår till följd av förändrad nociception orsakad av störd smärtmodulering, kombinerat med avsaknad av tecken på pågående eller hotande vävnadsskada, eller skada eller sjukdom i det somatosensoriska nervsystemet. Till exempel fibromyalgi och irritable bowel syndrome, IBS.

Långvarig smärta av okänd orsak: Är smärta som ej kan hänföras till någon av ovanstående kategorier. Smärta för vilken vi saknar förklaring enligt nuvarande medicinsk kunskap.

Kartlägg med struktur

För att kunna behandla smärta på ett adekvat sätt krävs att man gör en smärtanalys, då olika typer av smärta kräver olika behandling. Det är givetvis av största vikt att ta reda på eventuell bakomliggande sjukdom och dess prognos, eftersom detta också påverkar behandlingen. Smärta kan inte mätas, endast uppskattas, och det är bara den enskilde patienten som kan skatta sin smärta. För att en person ska få rätt smärtbehandling är därför bedömningsskalor nödvändiga.

I smärtanalysen som helhet bör följande frågor besvaras:

- När/hur smärtan debuterade.
- Lokalisation.
- På vilket sätt det gör ont (stickande, skärande).
- Dygnsmönster.
- Om smärtan är rörelserelaterad eller om det är vilosmärta.
- Hur sömnen påverkas.
- Eventuella känselstörningar.
- Aktivitet / ADL – förändringar.
- Vad som lindrar/ förvärrar smärtan.
- Patientens egen smärtlindring och copingstrategi.
- Sinnesstämning.
- Behandling – resultat/biverkningar.

Långvariga smärttillstånd kan i vissa fall leda till bristande anpassning och beteendeförändringar hos individen vilket innebär att smärtan tar över och dominerar hela livssituationen. För individen medför långvariga smärttillstånd negativa konsekvenser såsom till exempel sömnproblem, trötthet, irritabilitet och ofta även depression. För att förebygga och lindra dessa tillstånd krävs ett professionellt stöd och evidensbaserade åtgärder. Vid långvarig smärta är det viktigt att se patientens hela situation med fokus på att förbättra livskvalitén.

Bedömningsinstrument

Det finns olika smärtskattningsskalor för att bedöma och skatta en persons smärta. När man funnit den smärtskattningsskala som passar patienten bäst bör man under vårdtiden fortsätta att använda samma instrument. Förändras patientens tillstånd får man dock göra en ny bedömning av vilken smärtskattningsskala som passar bäst. Vid långvarig smärta kan det ibland vara bättre att använda skalor som visar graden av smärtlindring i stället för graden av smärta.

När det gäller utvärdering av icke-farmakologiska behandlingar kan minskat behov av smärtstillande läkemedel vara ett relevant mått på behandlingseffekt. Andra indirekta mått på behandlingsresultat kan vara förbättrad livskvalitet eller funktionsnivå. Genom tydliga riktlinjer och rutiner som förespråkar användandet av smärtskattningsinstrument ökar möjligheten att förbättra smärtbehandlingen.

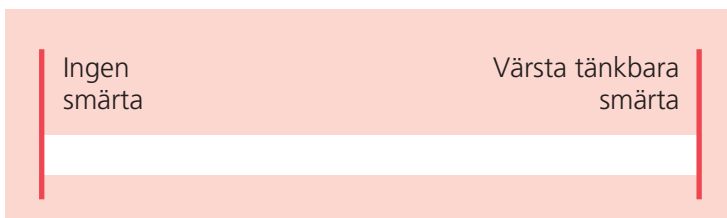
SÖS-stickan

Det finns flera beteenderelaterade skattningsskalor som kan användas när patienten inte själv kan uttrycka sin smärta. SÖS-stickan är ett skattningsinstrument framtaget för äldre inom akutsjukvården med kognitiv svikt. SÖS-stickan hjälper personalen att skatta patientens smärta genom att observera patientens ansiktsuttryck, rörelser och ljud.

Abbey pain scale

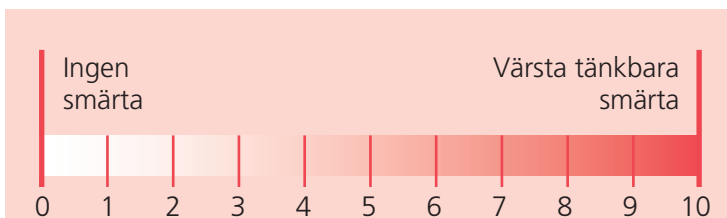
För personer med nedsatt kognitiva funktion eller personer som inte kan verbalisera sin smärta är Abbey Pain Scale ett validerat och välanvänt instrument för att skatta smärta. Instrumentet utgår från sex frågor som berör uttryckssätt, kroppsliga förändringar och beteende hos patienten.

Varje fråga har fyra svarsalternativ med poäng som summeras ihop till "ingen smärta" upp till "svår smärta". Längts bak i boken hittar du bedömningsinstrumentet (bilaga 9: Abbey pain scale).



Visuell analog skala (VAS)

VAS innebär att patienten anger sin smärta antingen med en markör eller ett kryss utmed en 10 cm lång linje, med ändpunkterna "ingen smärta" till "värsta tänkbara smärta". Vårdpersonalen läser av skalan genom att vända instrumentet till en graderad sida med siffror.



Numerisk skala (NRS)

NRS innebär att patienten graderar sin smärta mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Patienten kan också ange siffran verbalt, markera siffran på en linjal eller sätta ett kryss på en pappersskala.

Smärtanalys med smärtteckning

Vid mer komplicerade smärttillstånd räcker det inte med att använda ett endimensionellt mätinstrument. Smärtskattningen kan då kompletteras med en smärtteckning för att definiera smärtans karaktär och utbredning. Patienten eller vårdgivaren markerar på en schablonbild smärtans utbredning och om möjligt, via symboler, även smärtans karaktär (bilaga 10: Smärtteckning).

Smärtkliniker

På många orter finns smärmtagningar, smärtsektioner eller smärtcentra som bedriver konsultverksamhet för patienter med svårare smärtproblem. Dessa enheter kan konsulteras av läkare eller sjuksköterskor som behandlar patienter på vårdavdelningar och ta emot patienter via remiss. På mottagningen bedöms, utreds och behandlas patienter med komplex långvarig smärta. Patienterna bedöms med en multiprofessionell teambedömning ofta bestående av läkare, fysioterapeut, psykolog och sjuksköterska. Teamet upprättar tillsammans med patienten en behandlingsplan som man sedan följer. Patientens delaktighet i smärtbehandlingen är av avgörande betydelse för resultatet. Enheternas personal kan också undervisa om smärta och smärtbehandling till olika yrkeskategorier och inom olika utbildningar.

Smärtombud

Behov av smärtombud finns vid alla enheter, där patienter med smärta eller risk för smärta vårdas eller där patienter utsätts för smärtsamma procedurer. Uppdraget som smärtombud ges av arbetsledningen och samtidigt ska tid för uppdraget och tydliga mål formuleras. För att tillägna sig fördjupade kunskaper inom smärtområdet måste smärtombudet ges möjlighet till utbildning och fortbildning inom smärtområdet. Sveriges sjuksköterskor inom området smärta (SSOS) har tagit fram en funktionsbeskrivning för smärtombud som tydliggör ombudens ansvar och uppgift.

Formulera ett mål

Utifrån den diagnos som satts (medicins eller omvårdnadsdiagnos) bör ett mål formuleras i teamet enligt SMART-strukturen (se inledningen). Det kan vara ett kortsiktigt och/eller ett långsiktigt mål. Ett långsiktigt mål kan ta olika lång tid innan det kan utvärderas adekvat, beroende på symtomet, det uppsatta målet och åtgärden.

Ordinera ickefarmakologiska åtgärder

Principerna för smärtbehandling hos äldre skiljer sig inte från smärtbehandling för övriga patienter. Vårdåtgärderna ska vara evidensbaserade, personcentrerade och ickefarmakologisk behandling bör prövas i första hand framförallt vid långvarig smärta. Kombinationer av farmakologi och ickefarmakologiska åtgärder kan krävas för att uppnå god smärtlindring.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan ha en direkt smärtlindrande effekt genom att endorfiner frisätts i större mängd när man rör på sig. Inte minst när det gäller långvarig smärta är motion

och träningen avgörande faktorer för att förbättra prognosen och minska lidandet. All fysisk aktivitet har effekt och all rörelse räknas, dos och intensitet har mindre betydelse. Aktiviteten får dock gärna vara regelbunden för bästa effekt och kan exempelvis bestå av promenad, simning, cykling eller styrketräning. Aktiv, specifik och professionellt ledd träning ger smärtlindrande effekt vid långvariga smärttillstånd. För de flesta sköra äldre med smärtproblematik krävs en skräddarsydd träningsplan med hjälp av fysioterapeut och återkommande kontroll av fysisk funktion.



Tens

Tens är en förkortning för transkutan elektrisk nervstimulering. Det är en smärtlindringsmetod som används för att behandla vissa typer av akut och långvarig smärta. Behandlingen innebär att nerver under huden stimuleras av elektriska strömmar vilket leder till att kroppens eget smärtlindringssystem aktiveras och smärtan kan då dämpas tillfälligt, själva orsaken till besvären påverkas dock inte.

Smärtlindring med tens kan ske på två sätt. Det ena sättet är att blockera smärtnerver. Det sker genom att beröringsnerver stimuleras vilket i sin tur gör att impulserna från smärtnerverna blockeras från att komma vidare i ryggmärgen. Det sker främst vid högfrekvent stimulering. Det andra sättet är att stimulera kroppens system som frigör endorfiner, alltså kroppens egna smärtlindrande hormoner. Det sker främst vid lågfrekvent stimulering. Dessa två metoder kan även kombineras. Vilken metod som ska användas och inställningen av tens-apparaten sker i samråd med ansvarig fysioterapeut eller sjuksköterska med utbildning inom området.

Tens är en vanlig terapiform och många patienter upplever god effekt och får smärtlindring trots att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Studier på behandling med tens visar motsägande vetenskapliga resultat vid olika smärttillstånd och det vetenskapliga underlaget för att tens skulle vara effektivare än annan behandling är otillräckligt. De rapporterade sidoeffekterna av tens-behandling är överkänslighetsreaktion från huden men i övrigt är behandlingen i stort sett riskfri. Man ska dock undvika stimulering av halsens framsida då detta kan leda till andningssvårighet och blodtrycksfall och det är kontraindicerat med tens för patienter med pacemaker.

Så går behandlingen till

Patienten kan efter utprovning och instruktioner i egenvård-syfte ofta själv utföra behandlingen. Det finns kurser för hälso- och sjukvårdspersonal att lära sig arbeta med tens-behandling vilket är en fördel för de patienter som inte har möjlighet att utföra behandlingen självständigt. Om flera personer på ett vård- och omsorgsboende eller på en geriatrisk klinik kan utföra tens och finns tillgängliga dygnet runt är det en stor fördel för patienterna. Sjuksköterska har en viktig roll i detta arbete genom att organisera arbetet kring patientens tens-behandling på bästa sätt och likaså att ge delegering till yrkesgrupper utan legitimation.



Akupunktur

Akupunktur är en vetenskaplig väldokumenterad metod för smärtlindring som har sitt ursprung i traditionell kinesisk medicin. Metoden har sedan utvecklats och används nu även i stora delar av västvärlden.

Det finns skillnader mellan så kallad kinesisk akupunktur och västerländsk akupunktur. Det finns många studier som visar att västerländsk akupunktur kan vara en effektiv metod för att lindra vissa typer av smärta. Det finns starkt vetenskapligt underlag för att västerländsk akupunktur har en smärtlindrande effekt jämfört med ingen behandling vid ländryggssmärta och nack-/skuldsmärta. Dock visar studier ingen kvarstående effekt tre månader efter avslutad behandling.

Flertalet studier anger att akupunktur är en säker terapiform med få rapporterade, allvarliga biverkningar eller komplikationer. Lättare biverkningar kan vara trötthet, illamående och övergående förstärkt smärta. Före behandling med akupunktur ska anamnes och en fysisk undersökning genomföras. Akupunktur används ofta i kombination med annan behandling, till exempel andra fysioterapeutiska åtgärder eller läkemedel.

Vem får ge behandling med akupunktur?

Akupunktur godkändes 1984 av Socialstyrelsen för att användas inom den officiella sjukvården i Sverige mot kronisk smärta. Inom den svenska hälso- och sjukvården får alla som är legitimerade i sitt yrke använda akupunktur om de har genomgått en utbildning för detta. Det gäller till exempel läkare, tandläkare, kiropraktorer, naprapater, sjuksköterskor, barnmorskor och fysioterapeuter.

Beteendemedicinsk behandling

En beteendemedicinsk modell baseras på en kombination av smärtfysiologi och beteendeteori och kan användas som smärtbehandling vid långvarig och svårbehandlad smärta. Behandlingen används ofta i kombination med farmakologisk smärtbehandling. Här arbetar man i team, där förutom patienten, psykolog, läkare och i vissa fall fysioterapeut och sjuksköterska samarbetar för att öka patientens förmåga att fungera i vardagen samt förbättra livskvalitén. Behandlingen bygger på ACT, (Acceptance and Commitment Therapy), som är en vidareutveckling av KBT (Kognitiv beteendeterapi).

Det finns idag ett starkt vetenskapligt stöd för KBT och ACT vid långvarig smärta. Syftet med behandlingen är att utveckla en persons förmåga att hantera smärtan och minska de begränsningar som smärtan medför. Beteendemedicinska åtgärder leder till bättre aktivitetsförmåga än annan behandling, vilken kvarstår även långt efter avslutad behandling.

Kognitiv beteendeterapi, KBT syftar till att ändra de tanke-mönster som på ett eller annat sätt bidrar till ett negativt beteende. När förmågan att tänka realistiskt och analyserande förbättras utvecklas förmågan att välja ändamålsenliga lösningar på olika problem. KBT kan öka livskvaliteten hos äldre med långvarig smärta och används även framgångsrikt vid ett flertal andra problem som till exempel depression, ångest, sömnstörningar. Det finns vetenskapligt stöd för att KBT har bättre effekt på långvarig smärta än andra typer av beteendeterapi, läkemedel eller sjukgymnastik. Det kan dock vara svårt att dra gränser mellan olika typer av beteendeterapier. Vid långvarig smärta ger KBT jämfört med andra beteendeterapier, läkemedel eller fysioterapi en bättre social och fysisk funktion samt bättre förmåga att bemästra smärtan.

Avslappning

Vid avslappning blir de flesta muskler blir mindre spända vilket kan minska smärtan. Sömnen kan också bli bättre genom att hela kroppen blir avslappnad och god sömn är som de flesta vet en bra smärtlindrare. Avslappning görs bäst liggande, men kan också utföras sittande i en bekväm stol. Avslappning behöver tränas för att få fullgod effekt. Sjuksköterskan, eller annan person, planerar tillsammans med patienten hur avslappningen ska genomföras.

Tänk på att:

- Välja en bra tidpunkt och en bra plats där det går att vara ostörd.
- Börja med en kvart och öka successivt tiden.
- Försök att öva så ofta det går, helst fyra gånger per vecka.
- Det kan ta tre till fyra veckor innan det märks någon skillnad.

Avslappning kan även ske med bilder, läst text, enskilt och i grupp. Man kan till exempel lyssna på bok via hörlurar eller läs högt i grupp eller titta på bilder i bok eller via projektor i grupp.

Det finns motstridiga vetenskapliga resultat för att avspänning hjälper vid långvarig smärta och man får här prova sig fram i samråd med patienten.

Mindfulness

Mindfulness är en meditationsteknik som bygger på att personen blir uppmärksam på det som händer här och nu. Ett flertal forskningsstudier har visat att mindfulness minskar lidande och ökar livskvaliten vid långvarig smärta och kan fungera som ett verktyg för att hantera långvarig smärta. De övergripande resultaten av forskning om mind-

fulness visar att det är bra men vad som är bra och vilken specifik effekt mindfulness har är ännu oklart. Mindfulness-träning är inte tänkt att ersätta annan behandling, utan ska ses som ett komplement.



MediYoga

Medicinsk yoga, eller MediYoga, är en beprövad och vetenskapligt dokumenterad behandlingsmetod som binder samman den traditionella yogan med västerländsk medicin. För att ett läkande ska ske måste alla delarna – kropp, sinne och själ inkluderas. Yoga som behandling handlar om att återskapa balans i dessa delar. MediYoga används bland annat mot stress, utmattning, ryggsmärta och som avslappningsmetod. MediYoga Institutet har sedan 1997 arbetat fram flera rehabiliteringsprogram för olika besvär, migränprogram, yoga för personer med Parkinson, MS-yoga, hjärt-yoga och olika ryggyogaprogram. En MediYoga Instruktorer kan vara sjuksköterskor, läkare eller fysioterapeuter men även andra personer med grundläggande medicinska kunskaper kan utbilda sig till MediYoga-instruktorer.



Taktil massage

Behovet av kroppskontakt blir inte mindre med åren. Känslen, det sinne som utvecklas först, finns kvar livet ut och därför fungerar beröring bra. Taktil massage får nervsystemet att slappna av och på så vis blir musklerna avspända. Det känns tryggt och behagligt och kan påskynda läkningen av sår och skador, sänka halterna av stresshormoner samt även blodtrycket. En patient som är orolig och har ont trots smärtlindrande läkemedel kan bli avslappnad och komma till ro med hjälp av mjuka händer som sakta stryker över huden.

Det finns flera studier som visar att taktil massage ger effekt på smärta, oro, andning, puls och sömn. Taktil massage har positiva effekter för personer med långvarig smärta som fibromyalgi men även på stressade personer, demenssjuka och personer på intensivvårdsavdelning. Det går inte att dra några vetenskapligt säkra slutsatser om effekten av massage jämfört med andra behandlingsalternativ.

Värme och kyla

Kyla och värme är smärtbehandlingar med lång tradition där smärta minskas genom stimulering av huden med hjälp av värme eller kyla över den smärtande delen. Den här stimuleringen kan göras med värme (lerinpackning eller varmt vatten vetekudde eller värmedyna) eller med kyla (frusna ärtor eller kallt vatten). Apoteken säljer också speciella cold-hot pack för detta ändamål. Vid långvarig smärta är det oftast värmebehandling som har effekt. Den vetenskapliga evidensen är dock mycket måttlig.

Hjälpmedel och avlastning

Avlastning av leder och smärtsamma sår eller tekniska hjälpmedel kan vara effektivt vid långvarig smärta. Individanpassning av personens närmiljö för att underlätta vardagen kan också vara en smärtlindrande åtgärd. Det kan vara stolar som behöver höjas, säng som behöver kunna höjas och sänkas elektroniskt, toalettförhöjning eller dylikt. Tryckavlastande åtgärder såsom specialkuddar, en sittedyna eller ett fårskinn eller specialutprovade skor kan göra stor skillnad vid smärta i fötter. Stödhjälpmedel vid gång såsom rollator för att avlasta, ge stöd och förebygga fall kan vara en effektiv åtgärd. Det är viktigt att hjälpmedlen utprovas individuellt för bästa effekt och för att hitta individuellt anpassade hjälpmedel bör man konsultera arbetsterapeut som har specialkunskap i området.

Avledning

Äldre med smärta kan uppleva lindring genom att utföra trevliga och avledande aktiviteter. Det kan vara att, lyssna på musik, titta på TV, handarbete, måla, dansa eller träffa vänner.

Allmänna råd vid avledande behandling

- Be personen skriva en lista på det som hen brukar tycka är roligt att göra. Gå in för att göra så många av sakerna på listan som möjligt.
- Spela favoritmusik.
- Visa favoritfilmer.
- Köpa eller låna böcker.
- Umgås och sprid glädje i vardagliga situationer.
- Läsa och berätta historier för varandra i grupp.

Musik

Det finns studier som har visat att musikterapi är särskilt effektivt för att lindra smärta, oro och ångest. Anci Sandell har i sin doktorsavhandling *Musik för kropp och själ* gjord på Nordic School of Public Health kunnat visa att musiken har en avledande funktion vid svåra fysiska smärtor. Medicinsk musikterapi kan bedrivas som målinriktat arbete med musik i medicinska verksamheter, som motivation i sjukgymnastik eller som en mera vardaglig och självhjälpanande inriktning där musik används i vardagslivet för att påverka hälsa i positiv riktning så kallad ”musikalisk egenomsorg”. Sjuksköterskan eller annan vårdpersonal kan hitta tillfällen i vården då musik kan fungera avledande för patienter vid olika smärttillstånd. Det är viktigt att musiken är individuellt utprovad. Musikterapi kan användas både enskilt och i grupp.

Skratt och humor

Att humor har en välgörande effekt på vår hälsa är en mycket gammal uppfattning. På medeltiden fanns det läkare som rekommenderade skrattbehandling för sina patienter. Även i vårt land och i nutid förekommer skratt-terapi på sjukhus. När vi skrattar ökar hjärnans produktion av endorfiner, som är kroppens naturliga smärtstillande ämne. Dessutom tjänar skrattet till att massera många inre organ som mellangärdet, hjärtat och lungorna. Efter ett gott skratt inträder efteråt ett tillstånd av djup muskelavslappning som svar på muskelanspänningen som skrattet medfört. Detta innebär att blodtrycket sjunker under den normala nivån och såväl kroppen som psyket får vila ut.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

Det är viktigt att utvärdera och journalföra de åtgärder som satts in. Utvärdera med hjälp av samma bedömningsskala under hela processen för att få jämförbara mätvärden.



FÖREBYGGA OCH LINDRA FÖRSTOPPNING

En regelbunden tarmtömning är en viktig del av en god hälsa. Det ligger i sjuksköterskans omvårdnadsansvar att i samarbete med teamets övriga medlemmar förebygga förstoppning och tillgodose goda toalettvvanor hos sköra äldre.



Introduktion

Förstoppning innebär att man tömmer tarmen färre än tre gånger per vecka, samtidigt som man upplever svårigheter under själva tarmtömningen. Avföringen kan vara hård eller knölig, och det känns att tarmen inte töms ordentligt. Risken att drabbas av förstoppning är högre för personer med demenssjukdom än för genomsnittsbefolkningen.

Förstoppning innebär lidande och minskad livskvalitet och kan ge symtom i form av magsmärta, huvudvärk, illamående, kräkningar, aptitlöshet, viktnedgång, trötthet, nedsatt kognition och förvirring.

Problemet identifieras

Förstoppningsproblematik upptäcks genom att personen själv påtalar problemet eller att omvårdnadspersonal eller eventuella närstående identifierar problemet. Ibland är det andra symtom såsom illamående eller buksmärta som gör att det uppmärksammas. Samtal med patienten om hur denne upplever tarmtömningen är basen i sjuksköterskans bedömningen. Ibland kan orealistiska förväntningar på tarmtömningens frekvens finnas. Individuella förändringar i

avföringsmönstret är vanliga hos äldre och den äldre kan då uppleva att tarmen inte sköter sig som den ska om tarmen inte tömmer sig dagligen. Det är viktigt att lyssna på och ta hänsyn till patientens upplevelser men samtidigt viktigt att på ett sakligt sätt bistå till en realistisk förväntan på tarmfunktionen.

Identifiera bakomliggande faktorer

En akut förstoppning kan uppstå vid till exempel hjärtinfarkt eller stroke. Ibland kan ett miljöbyte vara tillräckligt för att en förstoppning ska uppstå. Oftast utvecklas dock förstoppningen över en lång tid och orsakerna är ofta sammansatta. Det finns ett flertal sjukdomar som kan orsaka eller förvärra förstoppning och naturligtvis ska dessa vara så optimalt behandlade som möjligt. Ett flertal av vanligt förekommande läkemedel kan också orsaka eller förvärra förstoppning. Längst bak i boken finns en checklista för sjukdomsrelaterade orsaker till förstoppning och läkemedel som kan orsaka eller förvärra förstoppning (bilaga 11: Sjukdoms- och läkemedelsrelaterade orsaker till förstoppning). Om patienten är ordinerad något sådant läkemedel måste det beslutas om det aktuella läkemedlet kan sättas ut eller minskas i dos för att lindra patientens förstoppningsproblem. Vid behandling med opioider (till exempel morfin, oxikodon, ibuprofen) är det oftast inte tillräckligt med ickefarmakologiska åtgärder utan läkemedel bör övervägas från första behandlingsdagen. För lämplig farmakologisk behandling se Kloka listan.

Kartlägg med struktur

För att framgångsrikt kunna hjälpa patienter med förstoppning är en strukturerad kartläggning en förutsättning. Kartläggningen startar med att sjuksköterskan samtalar med i första hand patienten men även med andra i omvård-

nadspersonalen och ibland även närstående. Under samtalet kan det framkomma information om tidigare tarmfunktion, toalettvanor, kostvanor, fysisk aktivitet, ADL-förmåga, och medicinsk historia som kan ha samband med förstoppningsproblematiken. All information framkommer inte alltid vid ett samtal utan patientens vanor och problematik kan behöva observeras och dokumenteras över en tid.

Bidragande orsaker till förstoppning

Det kan finnas bidragande orsaker till en persons förstoppning i miljön eller som en konsekvens av en sjukdom eller ett tillstånd. Om vården och omvårdnaden inte utförs med ett personcentrerat arbetssätt kan förstoppning uppstå och en redan befintlig förstoppningsproblematik kan förvärras. Detta kan vara särskilt märkbart för personer med demenssjukdom.

Tillstånd-, miljö- och bristande personcentrering som bidragande orsaker till förstoppning

- Immobilisering.
- Vätskebrist.
- För litet näringsintag.
- För lite fiberintag.
- Hämning av avföringssignaler.
- Inte kunna tolka kroppens signaler.
- Att inte kunna gå på toaletten vid behov (på grund av svårighet att gå, smärta, hittar inte till toaletten).
- Svårigheter att sitta bra på toaletten.
- Otrygghet vid toalettbesök.
- Smärta vid defekation orsakad av till exempel fissurer, sprickor, hemorrojder.

Formulera ett mål

Ett mål formuleras i teamet enligt SMART-strukturen (se inledningen).

Det kan vara ett kortsiktigt och/eller ett långsiktigt mål. Det kortsiktiga målet kan vara att patienten ska ha avföring inom ett dygn medan det långsiktiga målet kan vara en regelbunden avföring minst 3 gånger per vecka utan smärta. Ett långsiktigt mål kan ta månader innan det kan utvärderas adekvat.

Ordinera ickefarmakologiska åtgärder

Att förändra kost, vätskeintag och fysisk aktivitet kan hjälpa vissa personer men det vetenskapliga underlaget för åtgärderna är svagt. Svagt vetenskapligt underlag är dock inte att likställa med bevisad avsaknad av effekt utan kan också betyda att det i dagsläget saknas tillförlitlig kunskap. Socialstyrelsen har listat i prioritetsordning de åtgärder som är lämpliga att vidta för personer med demens och risk för förstoppning. Där beskrivs bland annat att vårdpersonlen bör underlätta för regelbundna toalettvanor och för fysisk aktivitet. Även en fiberrik kost och ett adekvat vätskeintag bör eftersträvas som förebyggande åtgärder.

Regelbundna toalettvanor och anpassad toalettmiljö

Personer med demenssjukdom kan ha svårt att tolka kroppens signaler och också ha svårt att säga till när det är dags att gå på toaletten. På grund av det nedsatta minnet kommer de kanske inte heller ihåg vart toaletten finns. Personer med demenssjukdom kan även lida av apraxi vilket innebär att det blir svårt att genomföra toalettbesöket praktiskt till exempel ha svårt att ta ner byxor, öppna toalettlocket och sätta sig. Agnosi, feltolkning av synintryck kan medföra att den demenssjuka inte uppfattar vad som är

toalettstolen utan vill sätta sig på duschpallen eller papperskorgen. Om toalettdörren märks upp med tydliga symboler som ett rött hjärta kan det bli lättare för personen att hitta dit på egen hand.

Toalettbesök på schemat

Hjälp till toaletten gärna enligt ett individuellt anpassat schema samt att få möjlighet att gå på toa efter måltid kan hjälpa till att stimulera tarmens naturliga fysiologiska tömningsreflex. Man bör utgå från den äldres dygnsrytm men vanligast är att tarmen ”vill” tömmas 20-30 minuter efter frukost. Genom att gå på toaletten 20-30 minuter efter måltid utnyttjas den gastrokoliska reflexen som innebär att personen känner ett avföringsbehov strax efter måltid.



Möjliggör personliga ritualer

Vårdpersonalen måste tillgodose förutsättningar för personliga ritualer. Om den äldre behöver dricka två koppar kaffe och därefter direkt uppsöka en toalett behöver personalen kunna tillgodose detta.

Toalett-trygghet

Den äldre behöver kunna känna sig trygg med att inte bli exponerad vid toalettbesök därför måste den äldre själv kunna låsa dörren eller vara trygg med att en skylt med upptaget hängs upp och respekteras. För att uppleva trygghet under toalettbesöket ska det vara lätt att se och nå larmknappen, att man vet att någon kommer på en gång då man trycker på knappen, att ingen obehörig kommer in och att det finns toalettpapper tillgängligt.

Sittställning

Att sitta bekvämt och att sitta så att defekationen främjas är avgörande. En fotpall kan förbättra sittställningen. En god sittställning som främjar avföring är lätt framåtlutad position med lätt uppdragna knän med bra stöd för fötterna. Denna position gör att bukmuskeltrycket förstärks, analkanalen vidgas och inre- och yttre sfinktermuskulerna slappnar av och därigenom underlättar tarmtömningen. Toaletsitsen måste ibland anpassas för den enskilda så att den inte är för stor eller för liten. En filt om axlar eller ben om personen fryser eller känner sig naken och exponerad.

Toalett-trevligt

Se till att toaletten är ren och ser trevlig och inbjudande ut. En blomma, en tavla. Blöjor och andra inkontinenshjälpmedel ska finnas men gärna utanför den äldres synfält.

Det kan kännas genant för den äldre om det riskerar att låta eller lukta illa när man är på toaletten. Man kan dämpa ljud effektivt genom att ha en radio med musik på svag volym inne på toaletten eller lämna vattenkranen på. Det finns en rad olika antiluktmedel som kan sättas upp på toaletterna för att neutralisera lukter.

Plockning

Vid långvarig förstoppning kan en ansamling av avföring bildas i rektum (fekalom). Förstahandsval av behandling vid fekalom är makrogolläkemedel tillsammans med lavemang, men vid mycket svåra fall kan man tvingas att manuellt avlägsna avföringen. Detta brukar kallas plockning och det saknas forskning inom området. Det är förknippat med stort obehag, är mycket smärtsamt för personen och det är stor risk för att skador uppstår i anus. Rekommendationen är att plockning endast ska användas när alla andra åtgärder är prövade.

Patienten bör då ligga på vänster sida med uppdragna knän. Lokalbedövningsmedel bör användas. Eftersom detta är en obehaglig situation är information och samtycke av största vikt. Hos personer med demenssjukdom kan detta upplevas som övergrepp och kännas hotfull och då är förberedelser samtals och upprepad information än viktigare. Personens hjärtfrekvens kan minska eftersom vagusnerven stimuleras därför är det viktigt att mäta pulsen före, under och efter proceduren. Av samma anledning är det också viktigt att inte utföra proceduren när personen sitter upp på toaletten.

Fysisk aktivitet

Fysisk träning stimulerar motoriken i tjocktarmen vilket kan förbättra tillståndet vid förstoppning. Fysisk träning har även en effekt på blodflödet i tarmen samt på frisättning av hormoner och signalsubstanser vilka kan stimulera till minskad passagetid och tarmtömning. Erfarenhet från behandling av patienter med obstipation talar för att fysisk aktivitet, framför allt snabba promenader, har god effekt på förstoppningen. I mindre omfattning anses andra sporter såsom cykling och simning stimulera tarmfunktionen.

Vätskeintag

Ett adekvat vätskeintag anses förebygga förstoppning. Däremot är ett ökat intag av vätska inte effektivt som behandling mot förstoppning hos personer med redan fullgod vätsketillförsel. Det är individuellt hur mycket vätska per dygn som är tillräcklig mängd. Cirka 1500–2000 ml är en grundrekommendation men naturligtvis påverkar andra faktorer såsom feber, varmt klimat, hur mycket personen svettas med mera. Naturligtvis måste också hänsyn tas till sjukdomar och tillstånd då en mindre mängd vätska bör intas, såsom hjärtsvikt eller njursvikt.

Att öka fiberintaget utan att tillföra tillräckligt med vätska kan resultera i hård avföring eftersom en adekvat vätsketillförsel är en förutsättning för en normal tarmfunktion. Extra vätsketillförsel kan avhjälpa förstoppning om personen är uttorkad.



Fiberrik kost

Fiberrik kost kan underlätta de tarmrörelser som gör att födan bearbetas och pressas ned mot ändtarmsöppningen vilket kan ge kortare genomströmningstid, större och ökat antal avföringar. Fiberer ökar tarminnehållet, vilket kan leda till att personer med svårigheter att tömma tarmen kan få ytterligare problem med att få ut avföringen.

Det finns emellertid beprövad erfarenhet och klinisk praxis som visar att en kost med fiberrik mat kan vara effektiv mot förstoppning som en tidig åtgärd för att upprätthålla en god tarmfunktion. Torkad frukt, plommon, fiberberikat bröd och gröt kan vara ett förstahandsval vid trög mage.

Den vetenskapliga litteraturen rekommenderas 25–35 g fiberer per dag. Vi ser även att fiberrik kost kan ge kortare genomströmningstid, större och ökat antal avföringar hos personer med demenssjukdom och minska risken för förstoppning. Biverkningar i form av gaser och en känsla av uppkördhet kan förekomma och risken för förstoppning kan öka av fiberrik kost om inte tillräckligt med vätska tillförs.

Uppföljning, utvärdering och journalföring

Dokumentera avföringen dagligen med tid, mängd, utseende och eventuella hjälpmedel. För beskrivning av avföringens utseende kan exempelvis Bristolskalan användas. Bristolskalan är ett medicinskt verktyg framtaget av forskarna Heaton och Lewis i England 1997. Verktyget används för att bedöma avföringens konsistens och därmed tiden det har tagit för avföringen genom tarmen. Skalan kan användas för att följa förändringar i avföringens konsistens och som ett verktyg för läkare och sjuksköterskor att skapa en bild av patientens avföringsvanor (bilaga 12: Bristolskalan).

Pajalagröt

1 liter färdig gröt, 4–6 portioner

½ dl linfrö
½ tsk salt
½ dl russin
7 dl vatten
½ dl katrinplommon
1 dl havrekli
½ dl torkade aprikoser
2 dl fiberhavregryn

Hacka katrinplommon och aprikoser i små bitar.

Blanda linfrö, russin, katrinplommonbitar, aprikosbitar, salt och vatten och låt stå över natten.

Tillsätt havrekli och fiberhavregryn på morgonen.

Koka blandningen i 3–5 minuter under omrörning.

Tillsätt mera vatten om det behövs.

Färdig gröt kan förvaras i kylskåp i max fem dygn och värms i mikrovågsugn.



REFERENSER

Inledning

Socialstyrelsen (2019). *Att arbeta evidensbaserat*. Hämtad 2022-10-16, från [Socialstyrelsen Att arbeta evidensbaserat](#)

Socialstyrelsen (2018). *Så tar vi fram riktlinjerna*. Hämtad 2022-10-16, från [Socialstyrelsen Så tar vi fram riktlinjerna](#)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (2020). *SBU:s Metodbok*. Hämtad 2022-10-16, från [SBU Metodbok](#)

Sköra äldre

Ekdahl, A. W., Ekerstad, N., Alfredsson, J. et al (2020). Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. *Läkartidningen*, 2020 May 11;117:F3HE. Hämtad 2022-11-01, från [Läkartidningen Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov](#)

WHO (World Health Organization) (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Hämtad 2022-11-01, från [WHO. ICOPE](#)

Janusinfo.se (2022). *Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre*. Hämtad 2022-10-17, från [Janusinfo.se Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre](#)

FYSS Evidensbaserad kunskapsbas (2021). *Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre*. Hämtad 2022-10-17, från [fyss.se Rek-äldre](#)

Äldres läkemedelsbehandling

Region Uppsala *Symtomskattningsskalan PHASE-20 (PHARmaciterapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor)*. Hämtad 2022-10-23, från [Region Uppsala PHASE-20](#)

Socialstyrelsen (2021). *Öppna jämförelser 2021 Vård och omsorg om äldre*. Hämtad 2022-11-02, från [Socialstyrelsen Öppna jämförelser](#)

Socialstyrelsen (2017). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Hämtad 2022-11-02, från [Socialstyrelsen Indikatorer](#)

Janusinfo.se (2021). *Äldre och läkemedel Webbutbildning om läkemedelsgenomgångar*. Hämtad 2022-11-02, från [Janusinfo.se Läkemedelsgenomgångar](#)

Janusinfo.se (2022). *Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre*. Hämtad 2022-10-17, från [Janusinfo Klok läkemedelsbehandling](#)

Stockholms läns Läkemedelskommitté (2022). *Kloka Listan 2022*. Hämtad 2022-10-18, från [Kloka listan. janusinfo.se](#)

Omvårdnad

WHO (World Health Organization) (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Hämtad 2022-11-01, från [WHO. ICOPE](#)

Socialstyrelsen (2017). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Hämtad 2022-11-11, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>

Stockholms läns Läkemiddelskommitté (2022). *Kloka Listan 2022*. Hämtad 2022-10-14, från Region Stockholm Kloka listan 2022

Socialstyrelsen (2021). *Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2021*. Hämtad 2022-11-02, från [Socialstyrelsen Vård och omsorg för äldre](#)

Socialstyrelsens (2021). *Kompetensmål för undersköterskor*. Hämtad 2022-11-02, från [Socialstyrelsen Kompetensmål för undersköterskor](#)

Florin, J. (2019). *Omvårdnadsprocessen*. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.), *Omvårdnadens grunder-Ansvar och utveckling* (s. 45). Lund: Studentlitteratur.

Omvårdnad vid demenssjukom kan förebygga och lindra BPSD

Svenskt Demenscentrum. *Valda delar*. Hämtad 2022-10-23, från [Svenskt Demenscentrum](#)

Lindra och förebygga BPSD. Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. (2018). Hämtad 2022-10-17, från www.bpsd.se

FYSS Evidensbaserad kunskapsbas (2021). *Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre*. Hämtad 2022-10-17, från fyss.se [Rek-äldre](#)

Minska risken för undernäring

Livsmedelsverket (2019). *Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen Ordinära och särskilda boenden – hemtjänst och äldreboenden*. Hämtad 2022-10-23, från [Livsmedelsverket. Riktlinjer för måltider](#)

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion kampanj för att göra vården säkrare Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer*. Hämtad 2022-10-23, från [Svensk sjuksköterskeförening Re Aktion](#)

Livsmedelsverket (2019). *Stor aptit på livet, men mindre aptit på maten? Råd om bra mat för äldre*. Hämtad 2022-10-23, från [Livsmedelsverket Råd om bra mat för äldre](#)

Socialstyrelsen (2020). *Att förebygga och behandla undernäring Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Hämtad 2022-10-23, från [Socialstyrelsen Kunskapsstöd](#)

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) (2014). *Kosttillägg för undernärda äldre*. Hämtad 2020-10-23 från, [SBU kosttillägg för undernärda äldre](#)

Senior Alert (2022). *Munhälsa. Oral Assessment Guide (ROAG)*. Hämtad 2022-10-23, från [Senior alert ROAG](#)

Region Uppsala *Symtomskattningsskalan PHASE-20 (PHarmaciterapeutical Symptom Evaluation, 20 frågor)*. Hämtad 2022-10-23, från [Region Uppsala PHASE-20](#)

Vårdhandboken (2021). *Nutrition*. Hämtad 2022-10-23, från [Vårdhandboken Nutrition](#)

Förebygga och lindra sömnbesvär

Asp, M. & Ekstedt, M. (2019). *Trötthet, vila och sömn*. I Edberg, A-K. & Wijk H. (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 377). Lund: Studentlitteratur.

Ernstth Bravell, M. & Hellström, A. (2017). *Trötthet och sömn*. I Blomqvist, K, Edberg, A-K, Ernstth Bravell, M. & Wijk, H. (Red.). *Omvårdnad & äldre* (s. 275). Poland: Studentlitteratur.

Janusinfo.se (2022). *Klok läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre* (2022). Hämtad 20221017, från [Sömnstörningar - Janusinfo.se](#)

Janusinfo.se (2016). *Mannen som inte kunde sova*. Hämtad 2022-10-19, från [Mannen som inte kunde sova - Janusinfo.se](#)

Socialstyrelsen (2017). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Hämtad 2022-11-02, från [Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre](#)

Stockholms läns Läke-medelskommitté (2022). *Kloka Listan 2022*. Hämtad 2022-10-18, från [Kloka listan.janusinfo.se](#).

Förebygga och lindra smärta

FYSS Evidensbaserad kunskapsbas (2021).

Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre. Hämtad 2022-10-17, från fyss.se [Rek-äldre](#)

Svensk sjuksköterskeförening (2019). *Funktionsbeskrivning smärtombud.* Hämtad 2022-10-17, från

[Funktionsbeskrivning Smärtombud | Svensk sjuksköterskeförening \(swenurse.se\)](#)

Svenska palliativregistret (2022). *Abbey Pain Scale – SWE.*

Hämtad 2022-10-18, från [aps.pdf \(palliativregistret.se\)](#)

Demenscentrum. *Smärta & demens: hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka: slutrapport* (2020)

Hämtad 2022-10-12, från [Demenscentrum](#)

Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU) (2020). *Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer. Effekter, biverkningar samt upplevelser av vård. SBU-rapport nr 315.* Hämtad, 2022-10-17, från [Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer \(sbu.se\)](#)

Wicksell, R. (2013). ACT vid svårbehandlad smärta.

Psykologtidningen, 2, 22-24. Hämtad 2022-10-17, från

[Psykologförbundet.se ACT vid svårbehandlad smärta](#)

Janusinfo.se (2022). *Klok läkemedelsbehandling*

av de mest sjuka äldre. Region Stockholm,

Janusinfo.se Hämtad 2022-10-17, från [janusinfo.se Klok](#)

[läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre](#)

Förebygga och lindra förstoppning

Bengtsson, M. (2019). *Mag- och tarmbesvär*. I Edberg, A-K. & Wijk H. (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (s. 579). Lund: Studentlitteratur.

FYSS Evidensbaserad kunskapsbas (2021). *Rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre*. Hämtad 2022-10-17, från fyss.se [Rek-äldre](#)

Socialstyrelsen (2017) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Hämtad 2022-10-12, från [Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning \(socialstyrelsen.se\)](#)

Stockholms läns Läkemiddelskommitté (2022). *Kloka Listan 2022*. Hämtad 2022-10-14, från [Region Stockholm Kloka listan 2022](#)

Vårdhandboken. Hämtad 2022-10-17, från [Förstoppning – Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

BILAGOR

#1	Allmänna råd till vårdpersonal för att förebygga och lindra BPSD	160
#2	Orsaker och bidragande eller utlösande faktorer för BPSD	162
#3	Allmänna råd för att främja god aptit och förebygga undernäring	166
#4	Beräkning av energibehov	168
#5	Sjukdomar, tillstånd och läkemedel som kan öka risken för undernäring	169
#6	Exempel på hur energimängden kan ökas	171
#7	Konsistensanpassning	173
#8	Sjukdomar, symtom och läkemedel som kan påverka sömnen negativt	175
#9	Abbey Pain Scale	176
#10	Smärteckning	177
#11	Sjukdoms- och läkemedelsrelaterade orsaker till förstoppning	178
#12	Bristols avföringsskala	180

Bilaga 1: Allmänna råd till vårdpersonal för att förebygga och lindra BPSD

- Lyssna på vad som bekymrar personen och försök att förstå hans/hennes verklighet.
- Acceptera personen som hen är.
- Låt personen få veta att du är där och att du bryr dig
- Låt personen uttrycka sin åsikt och bekräfta den
- Argumentera inte och försök inte att övertyga
- Var positiv, uppmuntra och ge beröm och komplimanger
- Eftersträva positivt laddade samtal
- Låt den demenssjuke få komma ur en svår situation med hedern i behåll
- Prata om gamla tider
- Undvik att ge för mycket verbala instruktioner
- Visa eller demonstrera med kroppsspråk för att underlätta för patienten att förstå vad du menar
- Försök att identifiera den omedelbara orsaken till symtomet
- Fokusera på känslan inte på fakta
- Skapa en trygg miljö som är lugn och harmonisk
- Ge det svar hen söker även om du måste upprepa svaret flera gånger
- Om personen frågar samma saker om och om igen, underlätta för hen i vardagen. Gör det lättare att komma ihåg med anteckningar, klocka, kalender och fotografier.
- Om en person ofta letar efter sin plånbok eller handväska kan det vara bra att ha en dubbel uppsättning för att underlätta vardagen
- Var medveten om vilka känslor du känner och försök att inte förmedla ilska och upprördhet

- Lugna personen med mjuk röst och lätt och beröring. Tänk dock på att inte alla vill ha beröring och för vissa passar en mer rejäl beröring (massage) bättre än en lätt
- Ge utifrån personcentrerad beröring och fysisk kontakt
- Låt den demenssjuke få delta i vardagliga sysslor efter egen förmåga och vilja
- Ge struktur och engagera personen i en trevlig sysselsättning
- Erbjud aktivering tillsammans med ett fåtal personer eller individuell aktivering
- Engagera personen i någonting som avleder till exempel konst, musik eller promenader
- Informera alltid om vad som skall göras
- Möjliggör sömn och vila efter behov (se kapitlet om sömn)
- Skaffa dig kunskap om personens tidigare liv, arbetslivs- erfarenhet och familjesituation för att underlätta kommunikationen. Här är Levnadsberättelsen ett viktigt verktyg.

Vanliga bakomliggande orsaker till BPSD

Grundläggande behoven ej tillfredsställda

- Fryser
- Törstig
- Hungrig
- Vilse
- Rädd
- Behöver gå på toaletten
- Sovit för lite
- Ej meningsfull sysselsättning
- Brist på social samvaro
- Ingen balans mellan vila och aktivitet (fysisk och/eller intellektuell)
- Kan ej tolka miljön
- Frustration över att inte vara självständig
- Brist på adekvata hjälpmedel för sinnesstimulering

Bristande personcentrering

- Orealistiska krav på den demenssjuke
- Upplevelsen av att inte vara accepterad och förstådd i den egna upplevda verkligheten
- För mycket stimuli

Utlösande faktorer

Ljud

- Plötsliga ljud
- Höga ljud
- Mobiltelefoner
- Larm

Andra boendes agerande

- Gråt
- Skrik
- Oro i omgivningen
- Närstående som kommer eller går

Lukter

Organisation/arkitektur

- Avdelningen är en genomfart
- Varuintag som syns/hörs
- Låsta dörrar (kan öka personens ångest och känsla av instängdhet)
- Långa korridorer (som slutar i en låst dörr)

Personalens agerande

- Hur man tilltalar personen
- Höga röster
- Säger hej då och går
- Kroppsspråk/ansiktsuttryck
- Irriterat, stressat kroppsspråk
- Gränssättning eller tillrättavisningar
- Avisanden
- Personens privata gräns överträds

Sjukdomar/tillstånd som kan orsaka eller förvärra BPSD

- Alkoholpåverkan
- Depression
- D-vitaminbrist
- Elektrolytrubbning
- Epilepsi
- Fraktur
- Förstoppning
- Hjärtinfarkt
- Hjärtsvikt
- Hypo-/hyperglykemi
- Hypoxi
- Infektion
- Inkontinens Urinretention
- Leversvikt
- Lågt blodtryck
- Malnutrition
- Njursvikt
- Restless legs
- Smärta
- Stroke
- Uttorkning

Läkemedel som kan orsaka/förvärra BPSD

Läkemedel som påverkar centrala nervsystemet:

- sömnmedel
- anxiolytika
- benzodiazepiner
- opioider, kodein, andra analgetika

Neurologiläkemedel

- epilepsi och antiparkinson-läkemedel

Antikolinerga läkemedel

- tolterodin till exempel Detrusitol
- hydroxizin till exempel Atarax
- prometazin till exempel Lergigan
- alimemazin – Alimemazin
- amitriptylin och nortriptylin

(För fler antikolinerga läkemedel se Socialstyrelsen: "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre")

- Kortison
- Blodtryckssänkande läkemedel (för hårt pressat blodtryck)
- Statiner (kan ge muskelvärk som i sin tur kan utlösa BPSD)

Allmänna råd för att främja god aptit

På alla vård- och omsorgsenheter bör personen få:

- äta sin måltid i vädrat rum
- möjlighet att tvätta och desinfektera sina händer innan måltid
- visad respekt för kulturella preferenser gällande maten
- information om vad som serveras
- välja mat, dryck och tillbehör
- äta vid andra tidpunkter än ordinarie lunch-och middagstid om det är önskat
- erbjudande om olika tillbehör för ökad smakupplevelse
- anpassade portioner utifrån behov och önskemål
- maten presentera på ett trevligt sätt
- menyer med beskrivande/aptitliga namn på maträtter
- trevlig dukning
- välja att äta enskilt eller tillsammans med andra
- låta måltiden ta tid för patienter och personal
- äta sin måltid utan att bli störd.

Låt inte nattfastan bli för lång!

- På vård- och omsorgsboende och på sjukhus bör det erbjudas tre huvudmål och två till tre mellanmål fördelade över dagen för att undvika att nattfastan över stiger 11 timmar.
- Det är viktigt att kunna servera mellanmål alla tider på dygnet. Rutiner för detta måste utformas för att passa den enskilda. För vissa personer kan det innebära ett mellanmål sent på kvällen eller mitt i natten och för en annan behövs det ett mellanmål tidigt på morgonen.
- Tänk på munhälsan och låt personen skölja munnen efter mellanmålet om det inte är läge för en mer grundlig munvård eller tandborstning.
- Personer med demenssjukdom och undernäring bör få sin mat energiberikad, extra mellanmål och vid behov konsistensanpassning.

Beräkning av energibehov

Energibehov 25–30 kcal/kg per dygn beroende på aktivitetsnivå

Energibehovet minskar med stigande ålder men sjukdomar och inflammatoriska tillstånd ökar behovet.

Om personen är över 70 år kan detta minskas med 10 procent.

Om personen är mager kan detta ökas med 10 procent.

För varje grad kroppstemperatur bör detta ökas med 10 procent.

För personer som riskerar att utveckla undernäring eller är undernärda är det generella energibehovet 25–35 kcal/kg/dag

Tumregel: Äldre uppegående person med undernäring har ett energibehov av cirka 30 kcal/kg/dag.

Undernäring är inte alltid synlig, utan kan förekomma även vid övervikt och fetma

Vid fetma

Använd den kroppsvikt som motsvarar BMI 25 och lägg därefter till 25 procent av den överskjutande vikten.

Medicinsk diagnos/ tillstånd

- Akuta tillstånd, till exempel brännskada och sepsis
- ALS
- Cancersjukdom
- Demenssjukdom
- Depression och annan psykisk ohälsa
- Diabetes
- Hjärtsvikt
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- KOL
- Kort-tarmsyndrom
- MS
- Njursvikt
- Nyligen genomförd kirurgi
- Parkinsons sjukdom
- Sjukdomar i matstrupen
- Stroke
- Överfunktion av sköldkörteln

Symtom

- Illamående
- Nedsatt aptit
- Diarré
- Förstoppning
- Gaser
- Dålig munhälsa
- Fatigue
- Smärta
- Förvirring
- Oro

Läkemedel

Kan påverka lukt- och smaksinnet

ACE-hämmare, lipidsänkare, metformin, Zopiklon, SSRI, Angiotensin II-antagonist (till exempel Candesatan), Medel mot svamp (till exempel Terbinafin), vissa antibiotika (till exempel penicillin, Claritromycin, Metronidazol).

Kan ge illamående

Många vanliga läkemedel kan ge illamående!

Exempel: Kolinesterhämmare (till exempel Aricept), protonpumpshämmare (till exempel Omeprazol), laxermedel, metformin, digoxin, medel mot kärkramp, ACE-hämmare, antibiotika, antikolinerga läkemedel, NSAID, opioider, vissa antipsykotika, SSRI, medel mot parkinsonism.

Kan minska motiliteten i mag-tarmkanalen

Opioider.

Kan minska aptiten

Digoxin, medel mot parkinsonism, antidepressiva, kolinesterhämmare (till exempel Aricept).

Kan ge muntorrhet

Många vanligt förekommande läkemedel kan ge muntorrhet!

Speciellt läkemedel med antikolinerg effekt och vätskedrivande läkemedel.

Kan ge svamp i munnen

Kortisoninhalationer, antibiotika.

Välling

- Byt ut vattnet mot kaffegrädde (2 dl ger då cirka 395 kcal istället för 125 kcal).
- Berika vällingen med 1–2 msk vispgrädde i en portion färdig välling. Som variation kan man smaksätta med till exempel honung/socker/kanel/kardemumma/apelsin eller äppeljuice.

Gröt

- Berika gröten med 1–2 tsk matolja, smör eller margarin som rörs ner i den färdiga grötportionen. Gröten kan även berikas med 2–4 msk energi i pulverform eller cirka 2 tsk majsställingspulver.

Fil

- Berika filen genom att byta ut hälften av filen till gräddfil.
- Blanda filmjök med lite creme fraiche.
- Blanda energi i pulverform i filmjölken.

Potatismos

- Berika potatismos med smör grädde eller berikningsprodukt i pulverform.

Pulversoppa

- Byt ut vattnet mot 2 dl mjök och ½ dl vispgrädde samt vispa i en äggula (detta ger cirka 460 kcal istället för 120 kcal).

Bilaga 6: Exempel på hur energimängden kan ökas

Mjök

- Byt ut mjölken till kaffet med vispgrädde.
- Berika mjölken genom att byta ut en tredjedel av mjölken till vispgrädde vilket ger "gräddmjök".

Allmänt

- Berika juicen genom att blanda i 2 msk glukospolymer (koncenterad energiberikning) per dl juice.
- Välj fetare mejeriprodukter med minst 3 procent fetthalt.
- Välj feta och proteinrika pålägg såsom fet ost, korv, leverpastej, lax, ägg, sill, majonäs.
- Erbjud små desserter såsom ostkaka, pannkaka, fruktkräm.
- Klicka i maten utifrån lämplighet; glass, grädde, smör.
- Välj energirika måltidsdrycker såsom mjök, juice, läsk, näringsdryck.

Grov paté

Rekommenderas vid motoriska problem och orkeslöshet eftersom den är lätt att dela och lätt att tugga.

- Luftig, mjuk och grovkornig, till exempel köttfärslimpa, välkokta grönsaker, kokt potatis hel eller pressad och sås, konserverad frukt, vispad grädde, glass.
- Lätt att dela med gaffel. Mer tuggmotstånd jämfört med timbal samt innehåller partiklar.

Timbal

Rekommenderas vid svårare tugg- eller sväljsvårigheter eller för den som har lätt att samla på sig mat i kinderna eller äter långsamt. Konsistensen är slät och sammanhållen och kan lätt ätas med gaffel

- Mjuk, slät och sammanhållande, till exempel omelett, pannkaka. Måttlig grad av tuggmotstånd. Mer porös än grov paté. Kött- eller grönsakstimbal/puré, potatismos, pressad potatis och sås. Fruktfromage, vispad grädde, glass.

Gelé

Rekommenderas vid svårare sväljsvårigheter. Glatta livsmedel som banan och gelékost kan vara lättare att äta vid nedsatt känsel och då maten ofta hamnar i fel strupe kan gelékost fungera.

- Mjuk och hal mat, till exempel vinbärgelé, dallrig och smälter i munnen, till skillnad från grov paté och timbal. Kall kött- eller grönsaksgelé, potatismos och tjock sås. Fruktgelé vispad grädde, glass.

Flytande

Flytande konsistens är lämplig vid förträngningar eller skador i svalg och matstrupe.

- Slät och rinnande, till exempel soppa, näringsdryck, glass. Mindre krämig jämfört med tjockflytande.

Tjockflytande

Vid sväljsvårigheter kan tjockflytande konsistens vara lättare att svälja än tunnflytande. Den är lättare att hantera i munnen och det är lättare att svälja rätt. Tjockflytande konsistens fungerar ofta bra vid svalgparens i samband med stroke.

- Slät och trögflytande. Krämigare än flytande. Till exempel grönsakssoppa med crème fraiche, glass. Konsistensen ska vara helt slät utan några hela bitar i.

Sjukdomar/symtom

Behov av nattlig miktion vid till exempel prostatasjukdom

Demens

Depression

Hjärtsvikt

PLMS (periodic limb movement in sleep)

Refluxsjukdom

Restless legs

Smärta

Sömnapné

Tyreoidasjukdomar

Ångest

Läkemedel

Antidepressiva

Betablockerare

Betastimulerare

Steroider

Teofyllin

Vätskedrivande

CNS-stimulerande läkemedel (till exempel koffein, efedrin)

Läkemedel vid Parkinsons sjukdom

Abbey Pain Scale – SWE

För bedömning av tecken på smärta hos personer med kognitiv sjukdom som inte kan uttrycka smärta i tal.

Observera personen och gör en bedömning med hjälp av frågorna.

Inte alls = 0 Sällan = 1 Ibland = 2 Ofta = 3

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Röstuttryck/ljud – till exempel gnyr, jämrar sig eller gråter | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ansiktsuttryck – till exempel spänd, rynkar pannan, grimaserar, ser rädd ut | <input type="checkbox"/> |

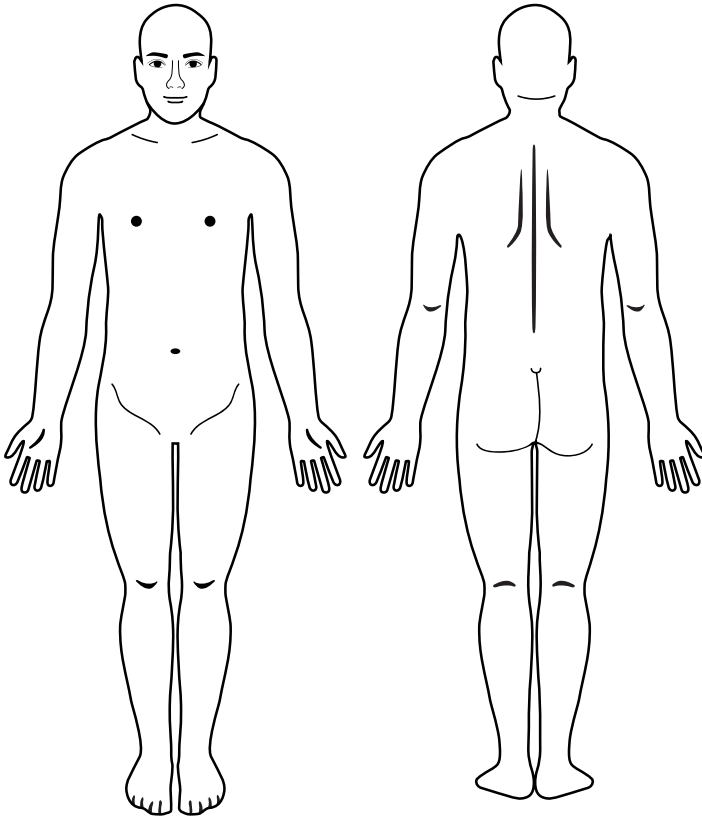
Inte alls = 0 Lite = 1 Måttligt = 2 Mycket = 3

- | | |
|---|--------------------------|
| 3. Förändrat kroppsspråk – till exempel rastlös, vagnar, skyddar en kroppsdel | <input type="checkbox"/> |
| 4. Förändrat beteende – till exempel ökad förvirring, vill inte äta, matvägran, förändringar i det vanliga beteendemönstret, tillbakadragen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fysiologisk förändring – till exempel förändrad kroppstemperatur, puls eller blodtryck, svettningar, rodnad eller blekhet | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kroppsliga förändringar – till exempel hudskador, tryckskador, artrit, kontrakturer | <input type="checkbox"/> |

Summera antalet poäng och markera grad och typ av smärta nedan

Grad: Ingen (0–2) Mild (3–7) Måttlig (8–13) Svår (14+)

Typ av smärta: Långvarig Akut Blandad



MMM
MM

Molande

XXX
XX

Brännande

===
==

llande

////
////

Huggande /skärande

BBB
BB

Bultande/pulserande

....
...

Stickande

TTT
TT

Tryckande

SSS
SS

Övrig smärta

Sjukdomsrelaterade orsaker till förstoppning

- Demenssjukdom
- Stroke
- Parkinson
- Multipel skleros
- Diabetes
- Hypotyreos
- Cancer i mag-tarmkanalen
- Långsam passage
- Bäckebottendysfunktion
- Förstoppingsdominerad IBS (Irritable Bowel Syndrom)
- Tarmstrikturer eller fissur Hypercalcemi
- Depression

Läkemedel som kan orsaka eller förvärra en förstoppning

- Opioider, kodein, andra analgetika
- Diuretika
- Järn
- Kalciumflödeshämmare, till exempel Verapamil, Isoptin, Amlodipin
- Medel vid magsår/reflux
- Antikolinerga läkemedel
 - tolterodin, till exempel Detrusitol
 - hydroxizin, till exempel Atarax,
 - prometazin, till exempel Lergigan,
 - alimemazin, Alimemazin
 - Klomipramin

(För fler antikolinerga läkemedel se ref. Socialstyrelsen
"Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.")

- Tricykliska antidepressiva, till exempel amitriptylin och nortriptylin
- Missbruk av avföringsmedel

Bristols avföringsskala

Typ 1		Separata hårda klumpar som liknar nötter
Typ 2		Korvformade med klumpar
Typ 3		Liknar en korv med sprickor på utsidan
Typ 4		Liknar en korv, smidig och mjuk
Typ 5		Mjuka klumpar med skarpa kanter (lätta att få ut)
Typ 6		Fluffiga bitar med trasade kanter, en mosig konsistens
Typ 7		Vattnig utan klumpar. Enbart vätska.

Bilder

Istock (s. 1, 18, 56, 61, 63, 70, 74, 76, 80, 82, 85, 93, 100, 109, 110, 116, 117, 127, 129, 133, 134, 140, 144, 147), Freepik (s. 14, 19, 25, 26, 29, 31, 32, 36, 58, 138), Pixabay (s. 16, 46, 54, 72, 95, 104, 114, 118, 120), Linnea Östensson (s. 51, 106, 107, 177, 180), Luxlucid (s. 34, 87, 149).

Den här boken beskriver omvårdnad och andra evidensbaserade ickefarmakologiska åtgärder vid vanligt förekommande symtom hos sköra äldre. De symtom som beskrivs påverkar i hög grad den äldres hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Omvårdnad ska liksom all annan vård bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och omvårdnadsforskning pågår och har pågått under lång tid inom flera viktiga områden.

Boken tar upp olika områden som är särskilt viktiga för sköra äldre: Sköra äldre, Äldres läkemedelsbehandling, Omvårdnad, Omvårdnad vid demenssjukdom kan förebygga och lindra BPSD, Minska risken för undernäring, Förebygga och lindra sömnbesvär, Förebygga och lindra smärta och Förebygga och lindra förstoppning.

Varje område presenteras på ett systematiskt sätt, med information om bedömning, kartläggning, åtgärder och utvärdering. Boken innehåller vedertagna checklistor för bakomliggande faktorer till de olika besvären samt listor med allmänna råd för att förebygga och lindra. Boken presenterar också lämpliga validerade bedömningsinstrument.

Boken vänder sig i första hand till sjuksköterskor inom geriatrisk vård och kan med fördel användas som ett verktyg vid fortbildning och vid implementering av strukturer och arbetssätt i verksamheten.