

## Mat och näring vid demenssjukdom

*Gerd Faxen Irving  
Med. dr, leg. dietist*

### Viktförlust vid Alzheimers sjukdom

Viktförlust ingår tillsammans med psykologiska och beteendemässiga symptom i sjukdomsbilden vid Alzheimers sjukdom (AD). Viktförlust är vanligt och förekommer hos 30–40 procent av patienterna i tidigt till moderat skede av sjukdomen, oberoende av boendeform (1). Viktförlusten tycks öka med sjukdomens svårighetsgrad och är en enskild riskfaktor för sjuklighet och död (2). Enligt flera olika studier startar viktförlusten redan innan diagnos eller i samband med diagnos av sjukdomen (3-5). Patienterna förlorar både muskelmassa och fett men det är framförallt förlust av fettmassa som kan relateras till minnesfunktionen enligt en studie på kroppssammansättning hos personer med demenssjukdom. Risken för undernäring bedömdes vara högre hos kvinnorna. Detta skulle kunna bero på att äldre kvinnor i större utsträckning lever ensamma eller att kvinnor med demenssjukdom lever med make som saknar kunskap om mat och matlagning (6).



---

*Denna artikel handlar om de mat och näringsproblem som kan uppstå vid demenssjukdom samt om hur man kan utreda, åtgärda och behandla.*

*Denna kunskap är användbar för alla som arbetar med personer med demens samt närstående till personer med demenssjukdom.*

---

## Orsaker till viktförlust

Det är sannolikt inte en enda orsak utan säkert flera olika faktorer som samverkar.

- Depression, ofta ett tidigt symptom på sjukdomen, leder till initiativlöshet och nedsatt förmåga att utföra saker (exekutiv förmåga). Det påverkar ätandet på så sätt att man inte kommer sig för att laga mat eller äta.
- Problem med att känna igen och tolka fenomen som är relaterade till ätande, till exempel att känna igen törst, hunger och mättnad kan uppstå. Exempelvis kan aggresiviteten på natten eller under dagen vara ett uttryck för hunger och näringsbrist.
- Svårigheter att tolka synintryck (agnosi) kan göra det svårt att välja rätt på matbordet.
- Svårigheter att utföra viljestyrda handlingar (apraxi) kan innebära svårigheter att hantera bestick, föra maten till munnen.
- Språket påverkas vilket skapar svårigheter att hitta rätt ord på begrepp och föremål (anomisk dysfasi). Man hittar inte rätta ordet för det man vill säga och det kan i en måltidssituation innebära att man låter bli att be om det man vill ha på matbordet.

Tidigt i demenssjukdomen uppstår problemen endast i pressade situationer, medan svårt demenssjuka personer har stora problem i de flesta situationer. Öppna munnen, stänga den, tugga och svälja är sådana problem och som innebär svåra etiska ställningstaganden.

Ökad energiomsättning har tidigare antagits vara en orsak till viktnedgång. Ett begränsat antal studier som genomförts med tillförlitliga metoder, har inte kunnat visa att personer med AD har högre energiomsättning jämfört med friska personer i samma ålder. Däremot kan vandringsbeteende, som är ganska vanligt vid måttlig till svår demenssjukdom, leda till en högre energiförbrukning och ökat energibehov.

## Luktsinnet påverkas tidigt

De delar av hjärnan som bearbetar dofter hör till

dem som drabbas först vid demensutveckling, särskilt vid AD. Det yttrar sig som svårigheter att identifiera, känna igen och upptäcka dofter. Aktuell forskning visar att försämrat luktsinne kan vara en markör för demens redan innan sjukdomen har börjat ge symptom, framförallt hos personer som har en genetisk risk (sårbarhetsgenen Apo E e4) (7). Eftersom det till stor del är med luktsinnets hjälp som vi förnimmer smaken på maten kan detta påverka matintaget negativt.

## KARTLÄGGNING AV PROBLEM KRING MAT OCH MÅLTID TIDIGT I SJUKDOMEN

### Fokusgruppsintervjuer med anhöriga

Problem rörande mat och måltider i tidigt skede av sjukdomen hos personer i eget boende är otillräckligt studerat. Det gäller både ur anhörig- och patient perspektiv.

I en studie baserad på gruppintervjuer (sk fokusgrupper där gruppen samtalar utifrån särskilda frågeställningar) med anhöriga till patienter med tidig AD framkom att sjukdomen påverkar ätande och matvanorna på flera olika sätt (8). Ansvaret för maten och måltiderna i hemmet förändrades och vilken sorts mat som serverades påverkades. Anhöriga valde ofta mat enligt partnerns preferenser och behov, men även de egna förutsättningarna att tillaga maten styrde matvalet. Det upplevdes som ett dilemma att försöka servera ”hälsosam mat” och samtidigt energiberika maten med smör och grädde, då viktnedgång ofta var ett problem. Mest problematiskt var det för anhöriga som inte brukat laga mat tidigare, vilket i detta fall var männen i grupperna. Här ges några exempel på svårigheter som kom fram under intervjuerna:

### Förändrat ansvar

För några av männen upplevdes det som en revolution att övergå från enklare potatisskalning till matlagning, andra upplevde det som en utmaning och några försökte lösa det så att man lagade mat tillsammans. Att gå ut och äta lite oftare var ett annat alternativ.

## Minnessvårigheter

Att komma ihåg att äta under dagen var särskilt problematiskt om den anhörige arbetade eller var bortrest och därför inte kunde vara hemma för att påminna om måltiderna. Det kunde resultera i att hela dagen gick utan att den sjuke åt något. Några löste detta med att ringa hem och påminna om att äta/dricka t ex att lunchen fanns i kylen. Att skriva lappar eller ställa fram något som syntes var andra lösningar.

## Förlorad matlust

Att deras partner säger att de inte har någon lust att äta men ändå äter med god aptit när maten kommer på bordet var något de flesta kände igen. Ibland ökade matlusten vid åsynen av god mat eller i samband med restaurangbesök.

## Vikten

Låg vikt upplevdes som ett problem, framförallt att få kroppsvikten att öka hos den som minskat i vikt. Viktnedgången skapade oro hos både patient och anhörig – man upplevde sig allvarligt sjuk.

Det fanns ett stort behov av information, råd och stöd, ett behov som sannolikt kommer att öka då allt fler anhöriga vårdar personer med demenssjukdom i hemmet. Råd och stöd behövs och olika strategier för att klara vardagen kan utvecklas för både patient och anhöriga. Rådgivning kring mat och ätande kan minska den stress och oro över att maten man lagar/serverar inte är tillräckligt bra för att den sjuke ska må så bra som möjligt. Det kan innebära ökad livskvalitet för både sjuk och anhörig och de dagliga måltiderna kan bli något positivt.

## UTREDNING

### Nutritionstatus (näringstillstånd)

En bedömning av nutritionstatus bör innehålla uppgifter om vikt, vikt förlust/vikthistoria och aptit. Denna kan med fördel genomföras i samband med minnesutredning på geriatrisk klinik/vårdcentral och vid ankomst till vårdavdelning eller ett boende. Det är en fördel om vikt förlusten upptäcks tidigt i sjukdomen så att olika åtgärder kan sättas in för att bromsa den-

na. Förutom att minska risken för undernäring kan detta samtidigt påverka patientens livskvalitet. Mini Nutritional Assessment (MNA) är ett screening instrument som är enkelt att använda. Det finns även i en kort variant (short form, SF) ”MNA-SF”. ( *Se litteraturlänk i slutet av artikeln.*) Eftersom vikt förändringar sker under hela sjukdomsförloppet är det viktigt att följa vikten med regelbundna vägningar.

## ÄTSVÅRIGHETER

### Diagnostik av Ätproblem

Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) (9) är ett instrument som kan användas för att diagnostisera ätproblem. Det består av tio frågor och omfattar de vanligaste ätbeteendena hos personer med demenssjukdom från lättare till svårare problem.

Instrumentet är ännu inte översatt till svenska men frågorna kan fungera som underlag till en ”måltidsobservation”.

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

Frågorna besvaras med ”aldrig”, ”ibland” och ”ofta”

## NUTRITIONSBEHANDLING

Mat och näringsintaget kan förbättras med lämplig måltidsordning, energirik kost, vid behov konsistensanpassad, måltidsassistans av demensutbildad vårdpersonal. Pedagogiska måltider där personal sitter med vid matbordet för att visa hur man gör när man äter kan rekommenderas.

Resultat från olika studier visar att:

- Tillägg av näringsdrycker har positiva effekter på vikt och andra nutritionsparametrar, tex kroppssammansättning och vitaminstatus. Att detta verkligen har god effekt bekräftas i en sammanställning av 13 olika studier (review) från 2011 (10).
- Nutritionsutbildningsprogram till patient och anhöriga resulterade i viktstabilitet och kunde förebygga vikttnedgång (11).
- Intensifierad nutritionsbehandling med individanpassade menyer gav viktstabilitet eller viktuppgång. Bibehållen vikt sågs även hos de patienter som vandrade (10,12).
- Patienter som genomgick 3-veckors minnesutredning på sjukhus och serverades mat på regelbundna tider, i hemlik måltidsmiljö med karottsystem ökade i vikt under vårdtiden. Närvaro vid måltiderna av utbildad och erfaren vårdpersonal bidrog sannolikt till resultatet. Viktökningen var störst hos de patienter som fick Alzheimer diagnos (13).

## **MAT OCH MÅLTIDER VID DEMENS-SJUKDOM**

Livsmedelsverkets rapportserie nr 3/2011 "Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen" innehåller en bra litteraturgenomgång med titeln: Måltidsmiljön som omsorgsinsats. Utgångspunkt är modellen Five Aspekts of Meal Modell (FAMM): rummet, mötet och maten, vilka tillsammans skapar måltidsmiljön. Flera studier berör hur måltidsmiljön enligt FAMM påverkar mat och ätande hos personer med demenssjukdom. En kort överblick ges nedan. Studierna beskrivs noggrant med referenser i litteraturgenomgången och rekommenderas att läsas i sin helhet (14):

### **Rummet**

#### *Musik*

Agitationsbeteende under måltiden observerades i några studier med likartat upplägg (fyra veckor, varannan vecka utan musik och

varannan vecka med musik sk ABAB-metod). Agitationsbeteendet hos personerna med demenssjukdom observerades och registrerades under samtliga fyra veckor som studierna varade. Alla studierna visade en signifikant minskning av det totala agitationsbeteendet under de veckor som man spelade musik under måltiden, främst avseende icke-aggressivt motoriskt beteende och verbalt beteende. Måltidssituationen upplevdes som mer harmonisk vilket innebar att de äldre satt kvar längre vid bordet vilket kan antas ge större möjlighet för de äldre att äta i lugn och ro.

Energiintaget ökade signifikant i samband med att musik spelades under måltidssituationen. Trots att interventionen innebar att olika sorters musik spelades, såsom klassisk, 20-, 30- och 80-talspop, påverkade samtliga musikstilar till ett ökat energiintag, främst från desserten. Patienterna var mer lugna och satt kvar längre vid bordet.

#### *Ljud- och ljusförhållanden*

Måltidsmiljöns effekter på närings- och energiintaget observerades genom att vårdboende fick äta i två olika matsalar 5 dagar i följd. Den ena matsalen var ett stort cafeterialiknande rum med stenkakel på golvet och takfläkt. Borden var fyrkantiga och en TV stod på under måltiden. Det var vanligt med medicinutdelning i samband med måltiden. Den andra matsalen var betydligt mindre, med vinylgolv, runda bord som var höj- och sänkbara, ingen TV som stod på. Låg klassisk musik i spelades i bakgrunden. Resultatet visade att "den mindre matsalen" påverkade matintaget positivt.

### **Mötet**

Karottsystem istället för bricksystem ökade både kommunikation och deltagande under måltid enligt en studie där boende serverades med bricksystem varannan vecka och med karottsystem varannan vecka i 4 veckors tid. I den sista fasen med karottsystem ingick även att personalen skulle öka möjligheten till kommunikation och deltagande.

### **Maten**

De studier som jämfört kantinsystem med



bricksystem påvisar tydliga risker och negativa konsekvenser av bricksystem till personer med demenssjukdom (lägre energiintag och ökad risk för undernäring, exempelvis svårigheter att hantera förpackningar eller maträtter).

#### *Måltidsmiljö/stämning/atmosfär*

I en tre månaders studie (intervention/kontroll) på två avdelningar på två olika vårdboenden fick interventionsavdelningen en veckas utbildning om personstödande vård. Bricksystem ersattes med karotter på bordet, vilket enligt personalen förbättrade social interaktion och atmosfär vid måltiden. Utsmyckningen av matsalen förändrades med nya dukar och gardiner, och personalen fick färgstarka kläder.



Kontrollavdelningen uppgav att de inte förändrat något. Båda avdelningarna ombads skriva måltidsdagböcker. De boendes medelvikt på kontrollavdelningen minskade med fyra kg och interventionsavdelningen ökade med 0,5 kg. Måltidsobservationer på 407 personer på 45 olika demensboenden visade att ett högre intag av både mat och dryck var förknippat med att personalen övervakade de boendes mat- och dryckesintag, att man åt i matsal och att matsalen var mindre institutionslik.

### **ÄTPROBLEM VID SVÅR DEMENS**

När demenssjukdomen försvåras försämras de flesta av kroppens funktioner, därmed påverkas även förmågan att äta. Det kan vara apraxi som gör att personen har svårt att veta hur maten ska hanteras i munnen eller sväljningssvårigheter (dysfagi). Mat- och näringsintaget riskerar att bli otillräckligt och det kan vara svårt att tillgodose behovet av vätska. När det inte längre fungerar

med näringsdrycker som komplement uppstår frågan om man ska påbörja behandling med enteral nutrition (sondmatning). Detta är ett viktigt etiskt ställningstagande och i varje situation måste man utgå från individen. Det finns inga standardlösningar eller enkla svar. Det finns däremot rekommendationer (Espen, SOS).

**ESPEN GUIDELINES** - enteral nutrition geriatrics är evidensbaserade europeiska rekommendationer som bygger på systematiska litteratursökningar med väl definierad sökstrategi (15). Syftet med litteraturgranskning har varit att öka förståelsen för individuella, medicinska och institutionella ställningstaganden som är relaterade till nutritionsbehandling med PEG vid demenssjukdom. Ett kapitel i ESPEN guidelines handlar om etiska aspekter och sammanfattar: ”Sondmatning i slutstadiet av en demenssjukdom ger mera risker än fördelar och bör därför ej användas. Ätproblem vid svår demens är att betrakta som slutstadiet på en allvarlig sjukdom och därför förtjänar palliativ omvårdnad istället för nutrition via PEG (16).” En god omvårdnad och ett värdigt bemötande bör ges företräde för nutritions- och vätskebehandling” rekommenderas istället. Munvård är viktig här som i all palliativ vård.

**Socialstyrelsens nationella riktlinjer** för vård och omsorg vid demenssjukdom (2010) sammanfattar: ”Sondmatning medför fler risker än fördelar vid behandling av personer med svår demenssjukdom i livets slut och rekommenderas endast i undantagsfall att sondmatning skall erbjudas”.

Ställningstaganden som underlag till diskussion och beslut:

- Förmodad eller tidigare uttryckt vilja hos patienten när det gäller sondmatning
- Sjukdomens svårighetsgrad
- Prognos och förväntad livslängd för den demenssjuka individen
- Förväntad livskvalitet hos personer med och utan behandling med sondnäring
- Förväntade komplikationer och försämringar beroende på behandling med sondnäring
- Patientens mobilitet

Beslut för eller emot sondnäring måste alltid fattas individuellt och tillsammans med anhöriga och vårdgivare och i tveksamma situationer med hjälp av juridisk hjälp. De senaste årens larmrapporter om undernäring på äldreboenden får inte leda till att personer i slutstadiet av en demenssjukdom tvångsmatas. Det är också oetiskt. Däremot är det oerhört viktigt med god omvårdnad och lyhördhet.

Gerd Faxén Irving  
leg. dietist, med dr

Dietistkliniken  
Karolinska universitetssjukhuset  
Huddinge

---

### Litteraturtips

Wijk, Helle (red). Goda miljöer och aktiviteter för äldre. Studentlitteratur 2004, ISBN 91-44-03315-X.

Livsmedelsverkets rapportserie nr 3/2011 74 sammanställt av Elin Lövestam. [www.slv.se](http://www.slv.se)  
MNA [www.vardalinstitutet.net/tematiska\\_rum/naring\\_och\\_atande/webbnaring\\_och\\_atande/screeninginstrument](http://www.vardalinstitutet.net/tematiska_rum/naring_och_atande/webbnaring_och_atande/screeninginstrument)

### Referenser

1. Gillette-Guyonnet S, Abellan van Kan G, Alix E et al. IANA (International academy on nutrition and aging) expert group: Weight loss and Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2007;11:39-49.
2. White H, Pieper C, Schmader K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1223-1227.
3. White H, Pieper C, Schmader K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1223-1227.
4. Barrett-Connor E, Edelstein SL, Corey-Bloom J, Wigbert C, Wiederholt WC. Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1147-1152.

5. Stewart R, Masaki K, Xue Q-L, Peila R, Petrovitch H, White L R, Launer L J. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia. *Arch Neurol* 2005;62:55-60.
6. Wirth R, Smoliner C, Sieber CC, Volkert D. Cognitive function is associated with body composition and nutritional risk of geriatric patients. *J Nutr Health Aging* 2011;8:706-10.
7. Olofsson JK, Nordin S, Wiens S, Hedner M, Nilsson L-G, Larsson M. Odor identification impairment in carriers of ApoE-e4 is independent of clinical dementia. *Neurobiol Aging* (2008),doi:10.1016/j.neurobiolaging.2008.05.019.
8. Fjellström C, Starkenberg Å, Wesslén A, Thysen-Bäckström AC, Faxén-Irving G and the OmegaAD Study Group. To be a good food provider: An exploratory study among spouses of persons with Alzheimer's disease. *Am J of Alzheimers dis and other dementias* 2010;25:521-526.
9. Watson R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: replication and validation of the EdFED Scale. *J of Adv Nurs* 1994;19:850-855.
10. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. Oral feeding options for people with dementia: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:463-472.
11. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T et al., A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Nutr Health Aging* 2001;5:295-299.
12. Keller HH, Gibbs AJ, Boudreau LD, Goy RE, Pattillo MS, Brown HM. Prevention of weight loss in dementia with comprehensive nutritional treatment. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:945-951.
13. Faxén-Irving G, Basun H, Cederholm T. Nutritional and cognitive relationship and longterm mortality in patients with various dementia disorders. *Age and Ageing* 2005;34:136-141.
14. Saletti A, Törma J. Måltidsmiljön som omsorgsinsats, kap 3 (s. 48-78). Livsmedelsverkets rapportserie nr 3/2011. Vetenskapligt underlag till råd om bra mat inom äldreomsorgen, sammanställt av Elin Lövestam.

15. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Bertrad PC, Milne A, Palmblad J, Schneider St, Sobotka L, Stanga Z et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: *Geriatrics. Clin Nutr*, 2006;25:330-360.
16. Körner U, Bondolfi A, Buhler E, MacFie J, Meguid MM, Messing B, Oehmichen F,

- Valentini L, Allison SP. Introduction part to the ESPEN guidelines on enteral nutrition. Ethical and legal aspects of enteral nutrition. *Clin Nutr*, 2006;25:196-202.
17. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Socialstyrelsen ISBN 978-91-86585-18-1.
- 

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddat och får inte användas i kommersiellt syfte.

Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Faxén Irving, G. (2012). Mat och näring vid demenssjukdom. [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.