

*”Både åldrandet i sig  
och neurologisk sjukdom  
bidrar till minskad  
aktivitet och sannolikt  
minskad aptit.”*



# Undernäring hos äldre med neurologisk sjukdom

Maten och måltiderna är viktiga delar av våra liv. Det handlar om allt från hälsa och överlevnad till social samvaro och kulturella aktiviteter. Vid sjukdom eller plötsliga förändringar i livet ställs mycket på ända som kan ha en stor inverkan på vårt ätande och därmed på vår hälsa, vilket i sin tur kan leda till undernäring. Neurologiska sjukdomar och åldrande är vanliga orsaker till undernäring. I denna artikel ger professorerna **Karin Wendin** och **Albert Westergren**, båda vid Högskolan Kristianstad, en översiktlig beskrivning av undernäring, vad det innebär att vara drabbad och vad man kan göra för att motverka undernäring.



#### **VAD ÄR UNDERNÄRING?**

Undernäring definieras enligt Socialstyrelsen som ett tillstånd med brist på energi, protein eller andra näringsämnen som orsakar mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp.<sup>1</sup>

#### **VANLIGA ORSAKER TILL UNDERNÄRING**

Personer med Parkinsons sjukdom, stroke, MS, ALS och andra neurologiska tillstånd drabbas ofta av dysfagi, det vill säga tugg- och sväljsvårigheter. Även vid normalt åldrande kan man

drabbas av dysfagi. Åldrandet medför förlorad muskelmassa och ökad fettmassa vilket kan bidra till orkeslöshet. Med stigande ålder följer också andra förändringar som kan bidra till minskat matintag, till exempel förändrad förmåga att känna smak och lukt, nedsatt hungerkänsla, fördröjd magsäckstömning, försämrad tandstatus och läkemedelsintag. Livsomställningar kan också bidra, till exempel att ens partner går bort.<sup>2</sup>

Både åldrandet i sig och neurologisk sjukdom bidrar till minskad aktivitet och sannolikt minskad aptit. Med mins-

kad aktivitet följer påskyndad förlust av muskelmassa och ökar risk bland annat för benskörhet och fall. Viljan att vara oberoende kan bidra till att man förenklar måltiderna och skamkänslor kan infinna sig över att inte kunna äta på ett "normalt" sätt. Det gör att man drar sig undan social samvaro under måltider och att man äter mindre.<sup>3</sup>

Nutritionstatus har tillsammans med det naturliga åldrandet uppvisat samband på hur smak och lukt upplevs. Maten smakar ofta annorlunda och inte som den brukar, vilket har en tydlig inverkan på aptiten.<sup>4</sup>

# KONSEKVENSER AV UNDERNÄRING

Vid näringsbrist utnyttjas det kroppsegna förrådet av energi och näring. När förråden tar slut påverkas metabolismen, vilket kan leda till sjuklighet och i värsta fall även till döden. Den som drabbas av undernäring blir försvagad, får minskad ben- och muskelmassa, nedsatt immunförsvar, ökad infektionskänslighet, högre risk för benskörhet, sämre sårhäkning och förlängd tid för återhämtning efter sjukdom. Undernäring kan också innebära tillstånd av förvirring och vid undernäring förekommer ofta detta tillsammans med depression. Förlängda sjukhusvistelser blir en vanlig följd för den som drabbas.

I ett försvagat tillstånd med till exempel minskad muskelmassa ökar fallrisken,<sup>5</sup> vilket är en mycket vanlig orsak till att äldre personer skadar sig och får till följd långa rehabiliteringstider, ofta på sjukhus.

# HUR UPPTÄCKER VI UNDERNÄRING?

Undervikt enligt BMI, ofrivillig viktförlust och påverkan på matintag, till exempel svårigheter att äta utgör nyckelindikatorer för att upptäcka risk för undernäring.<sup>1</sup> Dessa indikatorer ingår i instrumentet Minimal Eating Observation and Nutrition Form – version II (MEONF-II) som kan ses som särskilt lämpligt vid screening för undernäring hos personer med neurologiska sjukdomar då det inkluderar bedömning av svårigheter att äta som riskfaktor för undernäring [Faktaruta 1].<sup>6</sup>

# HUR FÖREBYGGER OCH BEHANDLAR VI UNDERNÄRING?

Undernäring kan förebyggas, till exempel genom allsidig kost, utevistelse och fysisk aktivitet. Förebyggande kan också ske genom att personer med svårigheter att äta erhåller adekvat hjälp [Faktaruta 2]. Det är för övrigt viktigt att känna till att äldre har ökat behov av protein och D-vitamin.

Sedan den 1 januari 2015 gäller Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd för förebyggande av och behandling vid undernäring (SOSFS 2014:10).<sup>7</sup> I föreskriften framgår att vårdgivare har skyldighet att ha rutiner för att förebygga och behandla undernäring.

# MEONF-II (MINIMAL EATING OBSERVATION AND NUTRITION FORM, VERSION II)

| Ange lämplig poäng i rutorna till höger i enlighet med manualen.                                                                                                                                                                        |                                                            | POÄNG         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1</b> Har ofrivillig viktförlust (oavsett tid och omfattning)                                                                                                                                                                        | Ja, viktförlust = 2<br>Ingen viktförlust = 0<br>Vet ej = 2 |               |
| <b>2a</b> BMI är mindre än 20 (69 år eller yngre)<br>BMI är mindre än 22 (70 år eller äldre)<br><b>Längd/vikt kan ej erhållas, mät vadmokrets (2b)</b>                                                                                  | BMI = vikt (kg) / längd i kvadrat (m <sup>2</sup> )        |               |
| <b>2b</b> Vadmokretsen är mindre än 31 centimeter                                                                                                                                                                                       | Har lågt BMI eller liten/kort vadmokrets = 1<br>Annars = 0 |               |
| <b>Ätproblem</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |               |
| <b>3</b> Matintag<br><input type="checkbox"/> Svårt att upprätthålla bra sittställning vid måltid<br><input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten på tallriken<br><input type="checkbox"/> Svårt att transportera maten till munnen | En/ flera svårigheter = 1<br>Inga svårigheter = 0          |               |
| <b>4</b> Sväljning/mun<br><input type="checkbox"/> Svårt att tugga<br><input type="checkbox"/> Svårt att hantera maten i munnen<br><input type="checkbox"/> Svårt att svälja                                                            | En/ flera svårigheter = 1<br>Inga svårigheter = 0          |               |
| <b>5</b> Energi/Aptit<br><input type="checkbox"/> Äter mindre än 3/4 av serverad mat<br><input type="checkbox"/> Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid<br><input type="checkbox"/> Nedsatt aptit                                      | Ett/ flera problem = 2<br>Inga problem = 2                 |               |
| <b>6</b> Kliniska tecken indikerar att risk för undernäring föreligger. Bedöm t.ex. kroppskonstitution, underhudsfett, muskelmassa, handgreppsstyrka, ödem (vätskeansamling i kroppen), blodprover (t.ex. S-Albumin).                   | Kliniska tecken indikerar risk = 1<br>Annars = 0           |               |
| <b>Summera observationerna 1–6 till en totalpoäng</b><br>(min = 0, max = 8)                                                                                                                                                             |                                                            | <b>SUMMA:</b> |
| <b>RISK FÖR UNDERNÄRING</b><br><input type="checkbox"/> 0-2 poäng = ingen eller låg risk <input type="checkbox"/> 3-4 poäng = måttlig risk <input type="checkbox"/> 5 poäng eller mer = hög risk                                        |                                                            |               |

# Faktaruta 1. Minimal Eating Observation and Nutrition Form, version II.

| Huvudmoment i ätprocessen                                                                                               | Specifika åtgärder – kopplade till huvudmoment i ätprocessen                                                                                                   | Generella åtgärder kopplade till ätprocessen                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Matintag<br>• Upprätta bra sittställning vid måltid<br>• Hantera maten på tallriken<br>• Transportera maten till munnen | Anpassa bestick, glas, mugg.<br>Konsultera sjukgymnast, arbetsterapeut.                                                                                        | Assistans / Matning.<br><br>Träning.                                             |
| Sväljning/mun<br>• Tugga<br>• Hantera maten i munnen<br>• Svälja                                                        | Konsistensanpassa. Specifika sväljningstekniker och huvudpositioner. Konsultera personkunnig i dysfagi (vanligen logoped), dietist, tandhygienist/ tandläkare. | Artificiell nutrition.<br><br>Anpassa måltidsmiljön (t.ex. skapa en lugn miljö). |
| Energi/Aptit<br>• Äter mindre än 3/4 av serverad mat<br>• Nedsatt ork att fullfölja en hel måltid<br>• Nedsatt aptit    | Kosttillskott/näringsdryck. Energitätt kost. Planera andra aktiviteter så att ork finns att äta. Konsultera dietist.                                           | Reducera distraherande moment.<br><br>Samtal och information.                    |

# Faktaruta 2. Åtgärder för att förebygga och behandla undernäring.

*”En ökad förståelse av hur ätprocessen fungerar kan ge nya infallsvinklar om hur mat kan utvecklas för att möta såväl sensoriska önskemål som näringsbehov bland äldre.”*

## ATT ÄTA

När vi äter tuggas och blandas maten med saliv och bearbetas till lämplig sväljkonsistens. Under tuggningen av maten uppfattar vår hjärna signaler som bidrar till att avgöra när konsistensen är lagom att svälja.<sup>8</sup> Då många äldre, och speciellt de som drabbats av neurologisk sjukdom, lider av tugg- och sväljproblem utgör detta stora begränsningar i att uppfatta vilka konsistenser maten måste ha för att den ska vara sväljbar. Saliven har en smörjande effekt och spelar stor roll för hur maten smakar och upplevs samt hur lätt den är att svälja. En ökad förståelse av hur ätprocessen fungerar kan ge nya infallsvinklar om hur mat kan utvecklas för att möta såväl sensoriska önskemål som näringsbehov bland äldre. Att äta består av flera förmågor som behövs redan innan maten kommer till munnen såsom att kunna hantera maten på tallriken, att transportera maten till munnen och att kunna sitta på ett bra sätt när man äter. Nedsatt förmåga inom ett område är inte oberoende av de andra, snarare påverkar de varandra.<sup>2</sup>

För att kunna äta krävs alltså en fungerande samverkan mellan flera olika funktioner, i huvudsak: övre extremiteter, oralmotoriska (mun), faryngeala (svalg), esofageala (matstrupe) och beteende/kognitiva funktioner.

## HUR KAN VI ANPASSA MATEN OCH SITUATIONEN?

För personer som drabbats av dysfagi är matens konsistens oerhört viktig. Livsmedelsverket och Socialstyrelsen rekommenderar baserat på ett flertal studier, bland annat Rothenberg et al (2007),<sup>9</sup> att man inom vård och omsorg ska utgå från följande konsistenser:

1. Hel och delad
2. Grov paté
3. Timbal
4. Gelé
5. Flytande
6. Tjockflytande

Mat med respektive konsistens ska förutom nutritionell kvalitet också uppfylla kriterier som innefattar begränsningar vad gäller partikelstorlek, viskositet, hårdhet, etcetera.<sup>10</sup> Under måltidens gång kan man även varva mat

med att dricka, gärna kolsyrad eller iskall dryck. Att äta eller dricka något syrligt stimulerar salivavsöndringen och kan därmed underlätta sväljningen. Alltför lättflytande mat kan vara svår att manövrera i munnen och detta kan göra att den rinner ur munnen. I övrigt är god munhygien och en förebyggande munhälsövård mycket betydelsefull i sammanhanget.

Många gånger kan det finnas behov av att använda sig av äthjälpmiddel som underlättar det egna ätandet och därmed bidrar till självständighet. Det finns både manuella och motoriserade hjälpmedel som kan underlätta för den som:

- Inte kan se
- Har svårt att greppa
- Inte kan lyfta glas/bestick till munnen
- Skakar
- Saknar en arm/saknar funktion i en arm
- Har svårt att sitta bra vid bordet eller ligger i sängen
- Inte orkar genomföra en hel måltid
- Inte orkar suga i sugrör
- Har sväljsvårigheter

## NÅGRA PÅGÅENDE PROJEKT OM MAT OCH NÄRING

Vid Högskolan Kristianstad har man en lång tradition av att forska inom områden som handlar om just mat och näring för specifika grupper, bland annat för de som drabbats av dysfagi.

Vid högskolan pågår för närvarande projekt som handlar om mat som kan ätas med händer och fingrar, mat som anpassas till de som befinner sig på sjukhus, den orala ätprocessen och hur man på bästa sätt ska kunna undvika undernäring genom samarbete mellan olika instanser inom vård och omsorg.



**KARIN WENDIN**  
Professor i mat och måltidsvetenskap, fakulteten för naturvetenskap, Högskolan Kristianstad  
karin.wendin@hkr.se



**ALBERT WESTERGREN**  
Professor i omvårdnad, fakulteten för hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad  
albert.westergren@hkr.se

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
2. Nyberg M, Olsson V, Pajalic Z, Örtman G, Andersson H, Blücher A, Wendin K & Westergren A. 2015. Eating difficulties, nutrition, meal preferences and experiences among elderly. A literature overview from a Scandinavian context.
3. Nyberg M, Olsson V, Örtman G, Pajalic Z, Andersson H, Blücher A, Lindborg AL, Wendin K & Westergren A. The meal as a performance: food and meal practices beyond health and nutrition. Ageing & Society 2018; 38:83-107. DOI: 10.1017/S0144686X16000945.
4. Sulmont-Rossé C, Maître I, Amand M, et al. Evidence for different patterns of chemosensory alterations in the elderly population: Impact of age versus dependency. Chem Senses 2015; 40(3):153-164.
5. Westergren A, Hagell P & Sjodahl Hammarlund C. Malnutrition and Risk of Falling among Elderly without Home-Help Service - A Cross Sectional Study. J Nutr Health Aging 2014; 18:905-11.
6. Westergren A, Norberg E & Hagell P. Diagnostic performance of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form - Version II (MEONF-II) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) among hospital inpatients - a cross-sectional study. BMC Nurs 2011; 10:24.
7. Socialstyrelsen. Förebyggande av och behandling vid undernäring. (SOSFS 2014:10) Stockholm: Socialstyrelsen 2014. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2014-10>.
8. Chen J. Food oral processing—A review. Food Hydrocolloids 2009; 23(1):1-25.
9. Rothenberg E, Ekman S, Bülow M, Möller K, Svantesson J & Wendin K. Texture-modified meat and carrot products for elderly people with dysphagia: preference in relation to health and oral status. Scandinavian Journal of Food and Nutrition 2007; 51(4):141-147.
10. Wendin K, Ekman S, Bülow M, Ekberg O, Johansson D, Rothenberg E, Stading M, et al. Objective and quantitative definitions of modified food textures based on sensory and rheological methodology. Food Nutr Res 2010; 54: doi: 10.3402/fnr.v54i0.5134.

