

# Måltidsstøtte ved livets afs

Artiklen beskriver "Projekt Måltidsstøtte" på Hospice Djursland. Omdrejningspunktet er at tilføre nydelse og dermed livskvalitet til den uafvendeligt døende patients måltider snarere end at tilgodese specifikke behov for ernæring. En række anbefalinger understøtter dette mål. Bl.a. beskrives pleje- og køkkenpersonalets arbejde med gelékost.

**Annegrete Venborg**, cand.cur., udviklingssygeplejerske, ansat på Hospice Djursland; Annegrete.venborg@hospicedjursland.dk

## Mål med artiklen

- At belyse og bidrage med udvalgte faglige aspekter, der gennem Projekt Måltidsstøtte på Hospice Djursland er fremført som væsentlige for, at patienter i afsluttende livsforløb får positive måltidsoplevelser
- At øge sygeplejerskers kendskab til korrekt spisestilling, synkeproblemer, madkonsistens samt mundhulens tilstand hos uafvendeligt døende patienter med henblik på at fremme positive måltidsoplevelser

Hverdagspraksis gav i 2009-2010 anledning til refleksioner over måltidets betydning på Hospice Djursland. Små og større tiltag fra personalets side blev iagttaget at kunne gøre mad- og væskeindtagelse til en mere positiv oplevelse for mange af vores patienter. En del barrierer, der får alvorligt syge patienter i afsluttende livsforløb til at give afkald på måltidsnydelse unødigt tidligt, før livet afsluttes, kunne elimineres eller minimeres.

For at øge viden blev iværksat en kortlægning af eksisterende beskrivelser og vejledninger for måltidspraksis dels på landets onkologiske og hæmatologiske sygehusafdelinger dels på landets øvrige hospicer og Bispebjerg Hospitals Palliative Medicinske Afdeling.

Data i form af besvarelser på tilsendte spørgsmål (1) viste, at måltidspraksis i sygehusregi havde fokus på ernæringscreening og energiholdig mad, mens det æstetiske og sansemæssige blev vægtet i hospice-/palliationsregi.

Men beskrivelser af konkrete udredninger og tiltag ved funktionssvigt i spisesituationer hos den aktuelle patientmålgruppe var tilsyneladende ikke-eksisterende.

Nævnte eksterne dataindsamling, en intern dataindsamling i form af journalgennemgang af afsluttede patienter samt erfaringer i egen praksis udgjorde sammen med interview med sygeplejersker og indlagte patienter (1) det samlede fundament og motivationen for tilblivelsen af Projekt Måltidsstøtte (1).

Det overordnede mål for Projekt Måltidsstøtte, gennemført af undertegnede i samarbejde med ergoterapeut Birgit Mühlbach i perioden januar – juni 2011, var

- at sikre tilstedeværelse af basisviden som fundament for udvikling af nødvendige kompetencer hos fagpersonalet, så den enkelte patient modtager den bedst mulige kliniske intervention i spisesituationen.

## Blå bog



Annegrete Venborg blev sygeplejerske i 1978 og cand.cur. i 2002. Hun har mangeårig bred, klinisk erfaring samt undervisererfaring indenfor sygeplejerskers grund- og specialuddannelse. Siden mødet med patienter med aids på infektionsmedicinsk afdeling i 1995 har Annegrete Venborg interesseret sig for palliation. Hun har desuden erfaring som censor fra masteruddannelsen i klinisk sygepleje samt en baggrund som uddannelses- og udviklingssygeplejerske på Skejby Sygehus. Annegrete Venborg har forestået undersøgelser og projekter samt publiceret en række artikler om sygepleje indenfor det palliative felt. Hun er udviklingssygeplejerske på og har været med til at starte Hospice Djursland.

Sygeplejerskerne, køkken- og servicepersonale, læger og terapeuter på Hospice Djursland har været primær målgruppe for projektet. Om bl.a. delmål og projektets værdi for den primære målgruppe henvises til primærkilden: Projekt Måltidsstøtte (1).

Udover de patienter, der intervereres overfor, og deres pårørende, har målgruppen for Projekt Måltidsstøtte også omfattet kolleger udenfor Hospice Djursland. Denne artikels formål er således at gøre sygeplejersker på andre hospicer og i sygehusafdelinger opmærksomme på vigtige dele af projektets indhold.

I det følgende beskrives faktorer, der er på spil hos hospiceindlagte patienter, og hvilke konsekvenser faktorerne har for oplevelsen af måltider.

Dernæst belyses områder af stor betydning for en positiv måltidsoplevelse: dysfagi, modificeret madkonsistens og mundplejetiltag. Implementeringsprocessen og redskaber, der understøtter måltidsstøtte i daglig praksis, omtales til slut.

## Måltidets betydning

Det lå i projektarbejdet at skabe basis for en virkeliggørelse af parolen "mad skal være lig med glæde" for den del af hospicepatienter, som er i stand til peroral mad- og væskeindtagelse, og som forbinder måltider med nydelse.

# lutning

For mange er mad i almindelighed ensbetydende med liv og glæde. Når alvorlig sygdom efter et kortere eller længerevarende forløb manifesterer sig i form af madlede og afmagring, og døden nærmer sig, bliver mad dog et tiltagende vanskeligt tema.

Hos de fleste patienter i sene palliative forløb, som er målgruppen på Hospice Djursland, er en tilstand med nedsat appetit, anoreksi, tidlig mæthed, træthed og vægttab karakteristisk. Følgende forekomst i en amerikansk undersøgelse af symptomer indikerer omfanget af gastrointestinale faktorer, der påvirker alvorligt syge og døende patienters lyst og evne til at indtage måltider: Anoreksi 66 pct., mundtørhed 57 pct., obstipation 52 pct., tidlig mæthedsfølelse 51 pct., kvalme 36 pct., smagsændringer 28 pct., opkastning 23 pct., dyspepsi 19 pct. og dysfagi 18 pct. (2).

Alvorlig sygdom munder ud i underernæring og afmagring, som i slutfasen kan være ekstrem. Der er da tale om kakeksi med synlige spor hos patienten som følge af nedbrudt fedtvæv og muskelmasse. Sammen med andre følger af den tilgrundliggende sygdom er kakeksi skyld i, at funktionstab i stigende grad præger et palliativt forløb, og at patientens afhængighed af hjælp tilsvarende øges (3).

I tidlige stadier af f.eks. kræftsygdom kan det absolut give mening at få næringstilskud, bl.a. fordi det kan understøtte en kurativ behandling. På det tidspunkt, patienter typisk indlægges på hospice, befinder de sig i en fase af deres sygdom, hvor det hverken har gunstige konsekvenser for behandlingsrespons, overlevelse eller livskvalitet, at de skal kæmpe for at få tilstrækkelig næring, for kroppen kan ikke udnytte den.

Det ernæringsmæssige perspektiv, der ellers knytter sig til mange af livets øvrige faser, får således den drejning ved livets afslutning, at maden ikke skal tænkes som næringsindhold for at tilføre kroppen vækstsubstans, men udelukkende for at tilføre liv, forstået som positive oplevelser knyttet til kvaliteter som smags-, lugte- og synsindtryk samt socialt samvær.

I det omfang et alvorligt sygt menneske kan støttes til en højnet livskvalitet ved at kunne nyde et måltid, er en sådan støtte et vigtigt aktiv i palliativ indsats.

Ved brug af Antonovskys salutogene tilgang (4) og understregning af mening og sammenhængs betydning for sundhed, jævnfør S-tilgang på Hospice Djursland (5), kan fokus på

måltidets betydning grupperes med andre fænomener, der er i fokus som lindrende og kompenserende støtte i hospiceregi, se boks 1.

## Nødvendige kompetencer for måltidsstøtte

En vigtig pointe i måltidsstøtte er at lære patienten at kende. Herunder bl.a. eventuelt at finde ind til en måde, hvormed patienten før indlæggelse på hospice har kunnet mestre sit ændrede forhold til mad. I en engelsk undersøgelse (6) er således afdækket en række strategier, som det lykkes mange patienter med fremskreden kræft på eget initiativ at forme som hjælp til at leve mere problemfrit med deres ændrede forhold til mad. Undersøgelsen viser, at patienter kan og også finder løsninger at omgås egne spiseproblemer på, og at ►

### Boks 1. Fokus på lindrende og kompenserende støtte i hospiceregi

#### Ved overgang fra kurativ (CURE) til palliativ indsats (CARE) flyttes fokus

CURE	CARE
Patofysiologisk perspektiv	Salutogent perspektiv
Behandlingslogik	Omsorgslogik, lindring
Patient, kropsligt objekt	Medmenneske, subjekt
Krop	Liv
Fejl, mangler	Kræfter, potentialer
Lægge år til liv	Lægge liv til år
Sex	Godt kærlighedsliv
Kost, ernæring	Mad, måltid

#### Forskellen mellem care og cure

På care-siden, som repræsenterer en palliativ indsats, tænkes mere på at gøre måltidet til en oplevelse end til proteinrig og beriget kost. Patientens subjektivitet træder i forgrunden; lindring og nydelse er i højsædet. Der fokuseres på menneskets ressourcer og muligheder, og der er fornøden tid til, at livskvalitet hos patienten får fylde. Herunder at der er de fornødne faglige ressourcer til at gøre måltidet attraktivt og muligt at indtage. At lægge liv til år modsat intentionen i cure-regi: at lægge år til liv.

- ▶ denne proces er af betydning for genopretning eller opretholdelse af velbefindende. At alvorligt syge i det hele taget selv tager affære, kan i bred forstand bevirke, at de kan leve aktivt længe og herunder kan fortsætte med at engagere sig emotionelt og socialt (6).

Langt fra alle patienter og pårørende er ved indlæggelse på hospice nået til en erkendelse af, at madens næringsmæssige betydning er passé. Det forekommer jævnligt, at en pårørende gør sit bedste for at nøde patienten til mad ud fra den opfattelse, at mad fører til kræfter og forlænget levetid. Patienten føler på sin side måske skam over manglende formåen til at indfri omgivelsernes forventninger. Sygeplejerskers formidling om nævnte forskydninger i forholdet til mad fordrer især kommunikative kompetencer.

Det er en faglig udfordring at udpege og støtte de patienter, der har potentiel gevinst af måltidstiltag og at have øje for resterende aspekter ved et måltid, patienten eventuelt fortsat kan have glæde af. Fornøden viden, praktiske kompetencer og opmærksomhed fra sygeplejersker kan være afgørende for, at behov for f.eks. kompenserende støtte bliver opfyldt. Patienter er ikke nødvendigvis selv vidende om, i hvilken udstrækning et funktionstab evt. kan afhjælpes.

Samtidig fordres etiske refleksioner, idet der er følgende spænd på spil mellem omsorgssvigt og overgreb:

- er de faglige anstrengelser utilstrækkelige og skyld i, at patienten unddrages muligheden for at opleve nydelse ved et måltid, kan det betragtes som omsorgssvigt
- hvis det tilsigtede resultat ikke opnås, og/eller hvis patienten anstreges ved gennemførelse af tiltagene og i stedet oplever en belastning med nedsat livskvalitet til følge, bliver måltidsstøttende tiltag til overgreb.

” Langt fra alle patienter og pårørende er ved indlæggelse på hospice nået til en erkendelse af, at madens næringsmæssige betydning er passé. Det forekommer jævnligt, at en pårørende gør sit bedste for at nøde patienten til mad ud fra den opfattelse, at mad fører til kræfter og forlænget levetid.

### Stop op og tænk

- Hvordan taler I med pårørende til uafvendeligt døende patienter om, at det er smagen mere end mængden af mad, patienten kan nyde og have gevinst af?
- Hvornår drøfter I, hvordan svækkede patienter kan komme op at sidde på en stol ved måltiderne?
- Hvordan har I implementeret screening med ROAG på dit arbejdssted?
- Hvad skal der til, for at modificeret madkonsistens bliver et tilbud på dit arbejdssted?
- Hvordan kan I tage hul på en diskussion om, hvorvidt I er tilstrækkeligt bevidste om korrekt krops- og hovedstilling for patienten, når I skal hjælpe ham med at blive madet?
- Hvordan tager I på dit arbejdssted fat på at konfrontere den uafvendeligt døende patient og hans pårørende med at afslutte parenteral ernæring?

I det følgende belyses en række faktorer, der indvirker på, om et måltid kan have værdi som social og sansemæssig oplevelse, så patienter oplever kvalitet ved et måltid længst muligt.

### Dysfagi

For at synke er 28 muskler og syv hjernenerver involveret (7). Til det hele, at spise et måltid, spiller ca. 50 muskler en rolle. Desuden kan der være barrierer knyttet til bl.a. mundforhold, dyspnø, angst og depression. Så meget kan gå galt.

Ved dysfagi forstås motoriske, sensoriske og kognitive problemer med at spise, drikke og synke (7).

På hospice har mange patienter kræft med deraf følgende hjermetastaser. Hos disse hjerneskadede patienter ses ofte dysfagi, hvor problemerne påvirker måltidsindtagelse væsentligt.

### Observationer

Ved observation af, om der er tale om dysfagi, kan evt. indgå en vandtest: evner patienten ikke at drikke 50 ml vand eller hoster > 1 gang, er der tale om dysfagi. Vågner patienten med våd pude efter søvn, er det tegn på, at patienten ikke synker sit spyt spontant. Det er desuden relevant at observere larynx under synkebevægelse og vurdere, om der er stemmeforandring.

Våd stemme, rallende vejrtrækning og hoste i forbindelse med at spise eller drikke indikerer, at en patient har aspireret og altså har synkeproblemer. Men ca. halvdelen af patienter med dysfagi hoster ikke, når de aspirerer. Dette kaldes "silent aspiration". Studier har vist, at selv den mest erfarne kliniker ikke opdager op til 40 pct. af de patienter, der aspirerer (11), og at der da kan være tale om en "silent killer".

For at skærpe opmærksomheden på relevante tiltag er hhv. normale og ikke-normale reaktioner i synkeprocessens fire faser (præorale, orale, faryngeale og øsofageale fase) via Projekt Måltidsstøtte indskrevet i skema på Hospice Djursland.

### Korrekt spisestilling

At gøre det bekvemt for en svækket patient kan være en overspringshandling, som forhindrer patienten i en positiv måltidsoplevelse. Kvalificeret faglighed indebærer at retvise og hjælpe patienten til at indtage korrekt spisestilling. Patienten skal f.eks., om overhovedet muligt, som minimum op at sidde på sengekanten frem for blot at få hovedgærdet eleveret.

Lammelser og føleforstyrrelser i mund og svælg kan være usynlige, men alligevel være en særdeles væsentlig problematik, der skal tages højde for. Dårlig spisestilling kan spille ind.

Korrekt spisestilling omfatter henholdsvis krops- og hovedstilling.

#### Kropsstilling

Ved dysfunktioner i krop, hoved, mund og svælg er en vigtig faktor ved måltidsstøtte at fremme og understøtte patientens mulighed for at deltage i det, der for den enkelte er muligt og har betydning.

Med afsæt i patientens funktionsniveau vejledes og støttes patienten til forbrug af mindst mulig energi til at holde en stilling og få det bedste udgangspunkt for at udføre selektive bevægelser. I støtten skal tages hensyn til:

- tilstrækkelig stor og stabil understøttelsesflade til, at kroppens tonus normaliseres mest muligt, og patienten kan slappe af
- at bækkenets, lårenes og føddernes placering tilsammen danner den basis, der sikrer stabilitet
- at placering af krop, skuldre og hoved afgør balance til sikring af fri bevægelighed for arme, hænder og hoved, vigtigt for bl.a. hovedkontrol og øje-hånd-koordination.

### Læsertest

#### 1. Hvor stor er andelen af patienter med dysfagi, som ikke hoster ved aspiration?

- Ca. 5 pct.
- Ca. 25 pct.
- Ca. 50 pct.

#### 2. Den bedste position for synkning er

- lang nakke
- kort nakke
- hoveddrejning mod højre

#### 3. Hvilket udsagn er korrekt:

- Har patienten behov for modificeret madkonsistens i form af gelékost, skal drikkevarer altid være gelékonsistens
- Konsistensbehov for mad henholdsvis drikke skal vurderes hver for sig
- Alle kan synke suppe med kød- og melboller

#### 4. Hvilket udsagn er korrekt:

- ROAG-pal er helt identisk med ROAG
- ROAG-pal medtager lugt ud af munden som særligt screeningsobjekt
- ROAG-pal medtager "forandring af smagsoplevelser" som et særligt observationsemne

*Læs svarene på side 66.*

Ustabil truncus i siddende stilling betyder tendens til at kippe bækkenet tilbage, hvorved ryggen spontant rundes. Det fører til "kort nakke", som gør en normal synkeproces vanskelig.

Det er vigtigt at udnytte indstillingsfunktioner på senge samt køre- og komfortstole optimalt og at råde over forskellige former for lejringspuder.

Det indebærer, i det omfang funktionsevnen hos en patient i kørestol overhovedet muliggør det, at fodstøtter og armlæn afmonteres på kørestolen for henholdsvis at opnå stabilitet og bevægelighed, og stoleryg skal indstilles til aktiv position. Dette er en parallel til, at raske mennesker placerer sig på en spisestuel for at sidde hensigtsmæssigt ved et måltid.

#### Hovedstilling

Synkning vanskeliggøres ved hoveddrejning og ved kort nakke. Patienten skal støttes til, at hovedets længdeakse er i kroppens ►

- midtlinje og er let foroverbøjet, så lang nakke fremkommer. Altså to afgørende hensyn:
- hagen lidt ned mod brystet
  - lige linje mellem næse, hage, strubehoved og navle.

” At gøre det bekvemt for en svækket patient kan være en overspringshandling, som forhindrer patienten i en positiv måltidsoplevelse. Kvalificeret faglighed indebærer at retvise og hjælpe patienten til at indtage korrekt spisestilling.

Har patienten nedsat hovedkontrol, kan benyttes greb for at støtte korrekt hovedstilling med lang nakke:

- Almindeligt kæbekontrolgreb
- 3-punkts kæbekontrolgreb.

Fremgangsmåde er beskrevet og illustreret i Projekt Måltidsstøtte (1). Afhængigt af, hvilket greb der benyttes, understøttes også åbning af munden, tungens frie bevægelighed og facilitering af bolustransport. Ud over støtte ved måltidet kan grebene benyttes ved hjælp til mundhygiejne.

### Chin down

For yderligere at facilitere synkning kan patienter med dysfagi evt. opfordres/støttes til at indtage chin down position (8,9). Chin down er fleksion af hovedet, hvor hagen bøjes ned til halsen. Patientens udgangsstilling skal være siddende med god rygstøtte. Denne manøvre formindsker indløbet til luftvejene ved, at den basale del af tungen bringes over larynx og derved beskytter luftvejene.

Den skaber bedre plads til fødebolus hos patienter, der har svært ved at initiere synkning, og kan dermed forebygge aspiration, og at bolus forsvinder ned i larynx (10).

### Modificeret madkonsistens

Dysfagi skal ikke behandles på hospice. Men elementer fra FOTT (facial, oral, tract therapy) (7), bl.a. med støtte til korrekt spisestilling, giver et beredskab til at reducere risikoen for fejlsynkning, øge

### Svar på læsertest side 65

1. c
2. a
3. b
4. c

velværet og styrke selvstændighed i spisesituationen. Forfatterne til Projekt Måltidsstøtte deltog i et FOTT-kursus på Hammel Neurocenter for at være opdateret på feltet. Interventionsbeskrivelser i projektet bygger i høj grad på dette kursus samt på litteratur og praksis.

Et vigtigt tiltag til hospicepatienter med dysfagi er modificeret madkonsistens. Idéen til dette stammer fra ernæringsterapi ved Hammel Neurocenter, hvor traumepatienter med hjerneskader trænes op fra bunden til at genvinde normal tunge-, tygge- og synkefunktion. De kravler langsomt op ad en trappe, hvortil bl.a. modificerede madkonsistenser indgår i en række terapeutiske processer mod endemålet: at kunne spise normal kost, se figur 1.

Udover træningen sikres disse patienter en tilstrækkelig ernæringsindtagelse til at rehabiliter sig.

Figur 1. Konsistenstrappen

Normal tunge-, tygge- og synkefunktion	Normal konsistens Fast og tyndtflydende konsistens
Normal tungefunktion. Næsten fuldstændig tyggefunktion. Normal synkefunktion	Blød konsistens
Nogen transport og laterale (side-) bevægelser af tungen. Nogen tyggefunktion. Normal synkefunktion	Gratin-konsistens
Nogen tungetransport. Behøver ikke at kunne tygge. Faciliteret og/eller spontan synkefunktion	Sammenhængende konsistens
Ingen tunge-, tygge- og synkefunktion	Sondeernæring

Den oprindelige konsistenstrappe. Den viser sammenhængen mellem de krav, der stilles til både tygge- og synkeproces og kostens konsistens (7). Konceptet er med i den Nationale Kosthåndbog (12).

Frem for at hospicepatienter tæt ved livets afslutning brat hører op med at kunne nyde et måltid, fordi en normal kost udgør en barriere, kan de tilbydes modificeret madkonsistens. Patienterne kan derved gelinde hjælpes ned ad en trappe, så de ikke unødigt tidligt opgiver nydelsen ved et måltid eller ved at drikke.

Brug af konsistenstrappen er dog ikke blot at hjælpe vores patienter ned ad trinene i den originale trappemodell. Ud fra den tidshorisont, vores målgruppe er underlagt, blev via Projekt Måltidsstøtte skabt en hospicetilpasset konsistenstrappe med et spring fra blød kost til gelékost, se figur 2.

Gelékost er purerede, evt. siede, råvarer, f.eks. kød, fisk, grøntsager eller frugt, som er gjort til gelé ved hjælp af gelatine. Geléprodukter smelter ved kropstemperatur og glider nemt og langsomt gennem svælget uden at forårsage fejl-synkning.

Indholdet af de respektive kostformer er indskrevet i trappen. Ved aflæsning af figuren kan et måltid tilberedes i en konsistensform, der matcher iagttagede synkefunktioner hos patienten. Dette foregår ud fra et samarbejde mellem patient, køkkenpersonale og sygeplejersker. Der henvises til kapitlet ”Mad- og drikkekonsistenser” i Projekt Måltidsstøtte (1).

**Figur 2. Den hospicetilpassede konsistenstrappe**

Valg af levnedsmiddel		Fravælges	Funktionskrav	Madkonsistens
Frit valg		Frit valg	Intakt tygge- og synkefunktion	<b>Normal</b> Fast og tyndtflydende
Grød, mel, gryn	Skorpefrit brød. Grød og øllebrød	Tørt, hårdt brød	Normal tunge- funktion	<b>Blød kost</b> Findelte og/eller hakke- de råvarer, tilberedt dampet eller let stegt og serveret som sammen- hængende måltid af blød konsistens
Grøntsager, frugt	Hele kogte kartofler (evt. mos), ris og pasta blandet med sovs. Kogte grøntsager, der kan moses. Frugtgrød eller kompot	Hårdt stegte kartofler. Bønner, asparges, champignon, grøn salat. Ananas og trevlet frugt		
Mælk, mælkeprodukter	Alle mælkeprodukter	Helt hårdt stegte	Normal synke- funktion	
Kød, fisk, fjerkræ	Kød, indmad, fisk, fjerkræ hak- kes før tilberedning. Serveres gerne som farsretter			
Grød, mel, gryn	Gelékost er fremstillet af puréer, f.eks. er det kød-, grøntsags- eller frugtpuré, væske eller krydderier, som herefter er tilsat opblødt husblas		Problemer med tunge- og tygge- funktion  og/eller  Besvær med at synke	<b>Gelékost</b> Purerede råvarer tilsat gelatine for at opnå gelé- konsistens
Grøntsager, frugt				
Mælk, mælkeprodukter				
Kød, fisk, fjerkræ				

Den hospicetilpassede konsistenstrappe, som patienten hjælpes nedad. Den illustrerer brugen af modificeret madkonsistens, der som kompenserende støtte kan gøre en positiv måltidsoplevelse mulig.



- Køkkenmedarbejdere på Hospice Djursland har været meget engagerede i at implementere modificeret madkonsistens. De har modtaget både teoretisk og praktisk undervisning og derigennem fået inspiration til at lave velsmagende retter, som farvemæssigt ser indbydende ud. De kan fremvise fotos af forskellige gelékostanretninger.

Drøftelser og smagsprøver på møder har fået nogle sygeplejersker til at overvinde en vis aversion mod at servere gelékost. En positiv holdning er vigtig, idet positive attituder befordrer en gunstig sanseoplevelse hos patienten og er med til at bekræfte, at den uvante konsistens er helt i orden. Men hvis det har været grænseoverskridende at servere gelékost, er belønningen indfriet, når en patient f.eks. efter for længst at have givet afkald på fast føde begejstres over stegt flæsk og persillesovs i geléudgave.

Den mad, der tilberedes på Hospice Djursland, laves fra bunden og er økologisk. Desuden efterleves det princip, at der laves noget helt særligt til den enkelte patient (ønskekost) i det omfang, dagens menu ikke kan friste. Det er måske hver 15. patient, det er aktuelt at lave gelékost til, og for den enkelte begrænser nydelsen sig til nogle få foretrukne retter. Er det f.eks. rugbrød med leverpostej og rødbede, laves flere portioner henholdsvis rugbrød, leverpostej og rødbede som gelé, så de kan serveres i lag som en rigtig af slagsen. Proceduren indgår i køkkenets rutiner som andet, der skal tilberedes særskilt for at møde hver enkelt patients behov. Køkkenet er i forvejen bemandet til at tilberede særkost og diæt, men råder over industrifremstillede kødprodukter i geléform, som kan tåle opvarmning (f.eks. kylling, gullasch, frikadelle), når en patient ønsker en varm ret. Disse produkter kan købes som blandet pakke og har en holdbarhed på ca. et år. De fås dog ikke som økologiske, og udbuddet er ret begrænset. Alt i alt finder stedets køkkenchef ikke, at modificeret madkonsistens vejer tungt på hverken budget eller ressourceforbrug.

Der ligger særlige udfordringer for sygeplejersker i at observere og intervenere for dysfagi, idet dette typisk er en ergoterapeutisk opgave. Annette Kjærsgaard, ergoterapeut, forsvarede således for nylig sin ph.d.-afhandling ”Difficulties in swallowing and eating following acquired brain injury – from both a professional and patient perspective” og er naturligt nok medforfatter til den nationale kliniske retningslinje for modificeret kost og væske til

voksne (10). Begge dele bidrager til øget bevågenhed på feltet. Rundt om i landets institutionskøkkener er der da også øget fokus på at kunne tilgodese mennesker med synkeproblemer (13), så de f.eks. ikke behøver at undvære smagen af marineret sild med karrysalat. For det kan laves i geléudgave.

På hospice ser man, at patienter, som lider af dyspnø og/eller udtalt træthed, foretrækker at spise suppe, fordi det er overkommeligt. For dem kan gelékost være et brugbart og velkomment alternativ. Når de blot gøres opmærksom på muligheden, kan de have positivt udbytte af modificeret madkonsistens og dermed få andet end supper.

Mundforhold, der gør, at faste fødeemner er vanskelige at bearbejde eller gør ondt at have i munden, kan også være en grund til, at modificeret madkonsistens er berettiget.

### Modificeret drikkekonsistens

Behovet for konsistens af mad og drikke skal vurderes hver for sig, da niveauerne ikke nødvendigvis følges ad. Generelt kan siges, at

- synkebesvær for fast føde ofte kan relateres til obstruktionsforhold, mens
- besvær med flydende kost typisk forårsages af neuromuskulære forhold.

Drikkekonsistenser inddeles i tre kategorier ud over den vanlige type:

- Kakaomælkskonsistens
- Sirupskonsistens
- Gelékonsistens.

Fortykkede drikkevarer øger patientens mulighed for at mærke og opfatte, hvad der sker, og nedsætter risikoen for aspiration.

Niveauinddelingen på drikkekonsistenstrappen går på, at drikkevarerne bliver tykkere og løber langsommere, jo nærmere toppen af konsistenstrappen, se figur 3. Funktionsniveau og produktbeskrivelse aflæses, og den rette type dokumenteres for den enkelte patient.

### Mundplej tiltag

Der er utallige barrierer for en positiv måltidsoplevelse knyttet til forhold i munden, herunder dens tilstand.

Figur 3. Drikkekonsistenstrappen

Funktionsniveau	Produktbeskrivelse	Drikkekonsistens
Patienten kan synke; normal funktion	Tyndtflydende drikkevarer med lav viskositet (vand, frugtjuice (sveskejuice), mælk, kaffe, te, kakao, øl, vin, spiritus)	<b>Alle konsistenser</b>
Patienten kan drikke sirupskonsistens uden at hoste/aspirere	Naturlige drikkevarer med lidt tykkere konsistens end de tynde væsker, f.eks. kærnemælk, grøntsags- og sveskejuice, de "tykkeste" frugtjuicer, tyk milkshake, æggesnaps, drikkeyoghurt, koldskål og blandede supper	<b>Kakaomælkskonsistens</b> Kan drikkes af glas. Men "løber" langsommere end almindelige tynde drikke
Patienten kan indtage gelékonsistens uden at hoste eller aspirere	Alle væsker kan fortykkes til sirupskonsistens med fortykningsmiddel	<b>Sirupskonsistens</b> Kan drikkes af glas, er ensartet og tyk nok til, at et sugerør kan stå elene i glasset. "Løber" meget langsomt.
Patienten kan synke eget spyt, spontant eller faciliteret; aspirerer ikke, har en spontan hoste	De fleste væsker kan fortykkes til gelékonsistens med fortykningsmiddel	<b>Gelékonsistens</b> Kan ikke drikkes med sugerør, men skal indtages med ske. Det er fødeemner med en høj viskositet, f.eks. budding, fromage, gelé og frosne shakes

Der er i årevis sket forsømmelser med at inspicere mundregionen hos sygehusindlagte patienter. Dette er kommet til udtryk i såvel faglige publikationer som i daglige medier (1). F.eks. har det været udtrykt således: "... mundhulen lever sit eget liv, adskilt fra den øvrige del af den menneskelige organisme ..." (14). På sygehusene er "den øvrige del" den primære genstand for faglig opmærksomhed hos såvel læger som sygeplejersker.

Baggrunden for "Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter" (15), herefter forkortet KLMU, har da også været at kunne anbefale understøttende metoder til at optimere mundplejen til sygehusindlagte patienter.

Selvom der i KLMU er fokus på hospitalpatienter, er det i forbindelse med Projekt Måltidsstøtte ræsonneret, at retningslinjen også kan understøtte praksis i hospiceregi.

Patienter med udbredt kræft og/eller i den terminale fase har stærkt nedsat modstandskraft i mundens slimhinder (16). Den lokale svækkelse forværres yderligere af universelle faktorer såsom dårlig ernærings- og almentilstand samt medikamentel behandling. På hospice iagttages ofte mundhuleproblemer, som patienter har pådraget sig under indlæggelse på

sygehus; antageligt fordi uhensigtsmæssige vilkår for at udføre mundpleje har kompromitteret standarden af patientens egen vanlige mundplejeindsats. Desuden kan fornøden hjælp til sufficient mundpleje fra personalets side have haft nedsat prioritet (15).

Det må antages, at den relative andel af patienter med behov for hjælp til mundpleje er større i hospiceregi end hos sygehusindlagte patienter, og at deres mundstatus i lyset af ovenstående generelt er ringere.

I Projekt Måltidsstøtte er derfor argumenteret for at implementere de fire anbefalinger i KLMU (15), da det er evidenti, at pleje af tænder og mundhule har betydning for patienters orale sundhed, herunder for tændernes og mundhulens funktion i spisesituationer. Tand- og mundhuleproblemer kan desuden påvirke en persons velbefindende, værdighedsfølelse og oplevelse af selvspekt samt sociale relationer.

Da en kvalificeret mundpleje kan være afgørende for oplevet velvære og selvværd, er ROAG (Revised Oral Assessment Guide), anbefalet gennem KLMU, hilst velkommen på Hospice Djursland.

Denne artikel vil kun beskæftige sig med implementering af følgende to anbefalinger fra KLMU (15):



- ▶ 1. ROAG kan anvendes som screeningsredskab til identifikation af behov for mundpleje
- 2. Den enkelte afdeling kan, når ROAG anvendes, udarbejde interventionsforslag og handleanvisninger for systematisk intervention i forhold til udførelse af mundpleje.

### Screening med ROAG-pal

ROAG er et testet screeningsredskab til at vurdere forskellige områder af munden. Vurderingsmåde samt graduering af mundstatus er indeholdt i redskabet. Der lyttes til stemmen; læber, mundslimhinde, tunge, tandkød, tænder, proteser, spytafsondring og synkefunktion inspiceres, evt. med anvendelse af mundspejl og lille lygte. Mundstatus registreres ud fra kriterier i en gradskala med 1, som betyder frisk eller normal, 2 betyder let til moderat forandring, og 3 indebærer alvorlige problemer.

I Projekt Måltidsstøtte er der argumenteret for at komplettere ROAG med komponenten ”smagsoplevelse” i hospiceregi. Denne særlige udgave af screeningsredskabet betegner vi på Hospice Djursland som ”ROAG-pal”, hvor ”pal” er et vink om, at vi befinder os i det palliative felt, se figur 4.

En grund til også at screene for smagsoplevelse er, at både den tilgrundliggende sygdom samt medicin kan give smagsforandringer, (f.eks. kemo- og stråleterapi) eller forårsage, at smagen helt forsvinder. Hos den svækkede patientgruppe kan forandret smagsoplevelse være et tidligt symptom på mundsvamp, således at opmærksomheden rettes mod at holde øje med synlige spor af svampevækst og sætte ind med tidlig behandling. Desuden bevirker forskellige former for dysfunktionel tungetransport hos patienter med dysfagi, at de berøves smagen af enten salt, bittert, surt eller sødt. Det er en stor udfordring at korrigere for forandret smagsoplevelse i tilberedning af måltiderne.

En hyppig gene fra munden hos hospicepatienter er foetor ex ore, dårlig ånde. Blandt årsager til dårlig ånde er obstipation, svækket mundstatus, medicinindtagelse (bl.a. visse antidepressiva) og ilde lugtende svovlbrinteforbindelser fra fordøjelsen. Kræftsygdom kan i sig selv medføre dårlig ånde som et resultat af kemikalier, den producerer. Dårlig ånde kan nedsætte madlysten og fremkalde kvalme hos patienten og opfattes desuden uæstetisk og uværdigt, både af dem, der lider af det, og af pårørende. Men da lugt er uegnet at score, er lugt ud fra munden ikke med i ROAG-pal. Det må registreres ved siden af ROAG-pal-skemaet, så relevante tiltag kan sættes i gang.

” Frem for at hospicepatienter tæt ved livets afslutning brat hører op med at kunne nyde et måltid, fordi en normal kost udgør en barriere, kan de tilbydes modificeret madkonsistens.

Med afsæt i og i kølvandet på Projekt Måltidsstøtte har en arbejdsgruppe i en lokal retningslinje (17) beskrevet brugen af ROAG-pal, samt interventioner, der relaterer til de delområder af mundforhold, som ROAG-pal foreskriver, skal inspiceres.

Således skal vores patienter på Hospice Djursland senest 48 timer efter indlæggelse have foretaget mundinspektion ud fra ROAG-pal. Grunde til ikke at gøre det skal dokumenteres. Det sker f.eks., at patienter indlægges så svækkede, at de ikke kan samarbejde til en screening.

### Interventioner

Ved mundscreeningen scores i tre gradueringer, som for hvert delområde af mundregionen matcher med bestemte inspektionsfund, indskrevet i ROAG-pal.

Scoringpoint for hvert delområde viser hen til en bestemt intervention, der skal udføres, og som er beskrevet i nævnte retningslinje.

Intervention ved scoringsgrad 1 for samtlige delområder af munden består i basal mundpleje, der er beskrevet med afsæt i KLMU (15). Selvhjulpne patienter med denne scoringsgrad anbefales at følge anvisningen herpå. På baggrund af en individuel vurdering anbefales det patient/pårørende at anskaffe en eltandbørste.

Udvidet mundpleje er handlingsprocedurer ud over basal mundpleje, som udløses for specifikke områder af mundhulen på baggrund af scoringsresultaterne 2 og 3 ved screening med ROAG-pal.

Der er udformet et ”Interventionsskema for grad 2 og 3”. Princippet i dette er, at man i kolonner for grad 2 henholdsvis grad 3 ud for hvert af de delområder, der screenes for, får vist de interventioner, der skal udføres (17). Ved brug af skemaet får syge-

plejersken således foræret den intervention, der for et observeret scoringsresultat over 1 er besluttet at udføre. Interventionerne bliver dokumenteret, og udføres de ikke, skal den begrundede afvigelse dokumenteres.

Mundtørhed er et særligt opmærksomhedspunkt. Uanset om en nyindlagt patient aktuelt er generet af dette eller ej, udleveres en pjece med forslag til at lindre mundtørhed i forbindelse med mundinspektion. Dette kan være en genvej til at udføre screeningen, idet

Figur 4. Screeningsredskabet ROAG-pal

Område af munden	Metode	Symptombeskrivelse, gradueret			Score 1, 2 eller 3
		Scoringsgrad 1	Scoringsgrad 2	Scoringsgrad 3	
Stemme	Tale, lyt	Normal stemme	Tør, hæst, smækkende (tungen)	Talebesvær	
Læber	Observér	Glatte, hele, lyserøde, fugtige	Tørre, sprukne, ødematøse, blege. Svier. Fissurer ved mundvig	Blødende, med sår, evt. også i mundvige	
Mundslimhinder (aftagelig protese fjernes)	Anvend belysning og mundspejl. Observér*	Lyserøde, fugtige	Rød, bleg, tør eller med farveforandrede områder, blister, belægning	Sår med eller uden blødning. Bliester. belægninger	
Tunge	Anvend belysning og mundspejl. Observér	Lyserød, fugtig med papiller	Ingen papiller. Rød tør. Belægning.	Sår med eller uden blødning. Bliester. Belægning.	
Tandkød	Anvend belysning og mundspejl. Observér	Lyserødt og fast	Hævelse og rødme	Spontan blødning	
Tænder	Anvend belysning og mundspejl. Observér	Rene. Ingen madrester eller synlig belægning	Belægning eller madrester lokalt	Udbredte belægninger eller madrester	
Protese	Observér	Ren og velfungerende	Belægning eller madrester, fungerer dårligt (tyggeproblemer)	Benyttes ikke	
Spyt	Før mundspejlet rundt langs kindernes inderside	Glider let, vandigt	Sejt, slimet, glider trægt	Sparsom mængde, glider ikke. Slimhinder tørre	
Synkning relateret til smerte og mundtørhed	Observér synkning og spørg	Uhæmmet synkning	Lette synkeproblemer og/eller smerter ved synkning. Mundtørhed	Udtalte synkeproblemer	
Smagsoplevelse	Spørg om patientens subjektive oplevelse	Normal	Lidt forandret	Udtalt forandret eller borte	

ROAG (Revised Oral Assessment Guide) er det anbefalede redskab fra den nationale kliniske retningslinje for identifikation af mundplejehov til at screene for mundstatus med tilføjelse af data om smagsoplevelse (nederste række) til en særlig **Hospice Djursland-udgave ROAG-pal** (Annegrete Venborg i Projekt Måltidsstøtte).

\* Observér: Højre indre kindside, nedre læbes inderside, venstre indre kindside, øvre læbes inderside, ganen, mundbunden (Borchersen et al 2010).

- ▶ mundproblemer og mundpleje for både patient og sygeplejerske typisk er grænseoverskridende emner at berøre, ligesom det også er at blive kigget i henholdsvis at kigge i munden (1).

Er forholdene i munden i orden og patienten selvhjulpent, aftaler parterne, hvornår screening skal foregå på ny. Dette for at undgå f.eks. for sent at opdage, at patienten måske i flere dage ikke har formået eller har glemt at udføre mundhygiejne.

Screeningen er blevet naturlig at udføre for mange sygeplejersker. Indførelsen af retningslinjen på Hospice Djursland har gjort, at interventioner mod problemer i munden nu starter tidligere end før i indlæggelsesforløbene. Fokus på mundpleje er i høj grad skærpet, og dokumentation for udført mundpleje betragtes som en væsentlig indikator for kvaliteten af sygeplejen.

### Implementering af måltidsstøtte

Forskellige sociale aspekter har også været indeholdt i Projekt Måltidsstøtte. Bl.a. at patienter, som ikke behøver sygeplejefaglig støtte under spisning, tilbydes selskab af en frivillig ved måltider. Men som anført har projektet afsløret mange flere specifikke tiltag og pointer, end der kan medtages her, bl.a. knyttet til synkeprocessens præorale fase som forberedende samt hensigtsmæssige handlinger for gode måltidsoplevelser for patienten.

Afsluttende omtales kort, hvad der har understøttet implementering af anbefalingerne fra Projekt Måltidsstøtte, herunder redskaber, der befordrer en fagprofessionel måltidsstøtte i den daglige praksis.

De mange mulige tiltag blev opdelt i kategorier. Som det første blev der taget hul på implementering af korrekt spisestilling. Sygeplejerskerne blev undervist både teoretisk og praktisk. Til sidstnævnte blev etableret et laboratorium med senge, kørestole og andre hjælpemidler. Alle havde roller både som hjælper og hjulpet, og alle prøvede at synke under såvel rigtig som forkert spisestilling.

Noget tilsvarende foregik, da retningslinjen for mundpleje (17) blev introduceret. Omkring kognitive dysfunktioner og måltidsstøtte blev givet teoretisk undervisning ved ekstern underviser; og i det daglige støttes sygeplejerskerne af et skema, der beskriver relevante interventioner i forhold til udfaldet af en hjerneskade.

Implementeringstiltag for modificeret madkonsistens er omtalt tidligere.

Svarende til samtlige delkategorier har sygeplejerskerne skullet læse anviste dele af Projekt Måltidsstøtte, så de efter fuldendt implementering har været hele materialet igennem.

Som vigtig komponent til at praktisere en kvalificeret måltidsstøtte er ”Retningslinje for måltidsstøtte på Hospice Djursland” (18) udarbejdet. Den findes på e-dok, og der kan linkes til den på den plejeplan i EPJ, som er udformet til at dokumentere hver enkelt patients behov og ønsker for måltidsstøtte. F.eks. om ”chin down” benyttes som intervention, og om patienten får modificeret madkonsistens.

Selvom en enkelt mundfuld kun udgør et glimt af livsnydelse for en patient, har dette glimt sin berettigelse som oplevet livskvalitet.

Det er en relevant opgave at understøtte sådan en oplevelse – og et svigt ikke at gøre den mulig.

## Litteratur

1. Venborg A, Mühlbach B. Projekt Måltidsstøtte. Hospice Djursland. 2011. kan downloades på <http://www.hospicedjursland.dk/> > Udgivelser > Faglige publikationer > Projekt måltidsstøtte.
2. Bække J et al. Lindring af palliative patienters gastrointestinale symptomer. *Ugeskrift for Læger* 2007;44:3759-62.
3. Thoresen L og Nordhøy T. Anoreksi og kakeksi hos kreftpatienter. I: Kaasa S. (red.) *Palliasjon*. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2007.
4. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
5. Venborg A. En særlig tilgang ved forestående død. *Sygeplejersken* 2013;2:70-84.
6. Hopkinson JB. How people with advanced cancer manage changing eating habits. *Journal of Advanced Nursing* 2007;59:454-62.
7. Kjærsgaard A. Ansiget, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. København: FADL's Forlag 2005.
8. Fraser S, Steele MS. The Effect of Chin Down Position on Penetration-Aspiration with Dysphagia. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 2012;2:142-8.
9. Kagaya H et al. Body Positions and Functional Training to Reduce Aspiration in Patients with Dysphagia. *Asian Medical Journal* 2011;1:35-8.
10. Andersen UT et al. Klinisk retningslinje for modificeret kost og væske til voksne (> 18 år) personer med øvre dysfagi. Center for Kliniske Retningslinjer. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Aarhus C; 2012. [www.kliniskeretningslinjer.dk/](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/) Besøgt d. 15.01.2014
11. Polansky P, Raglan P. What You Do Not See on a Bedside Swallow Evaluation. TSHA Convention 2013.
12. Den nationale kostbog. <http://www.kostforum.dk/> > kostformer > småtspisende > tygge-synke-venlig kost (Besøgt d. 20.12.2013).
13. Rasmussen TJ. Når maden går galt i halsen. *Kost, Ernæring & Sundhed*; 2013:6.
14. Holmstrup P, Fiehn NE. Sygdomme i mundhulen – et fokus for samarbejde. *Ugeskrift for Læger*. 2010;44:3015.
15. Borchersen J et al. Klinisk retningslinje til identifikation af behov for mundpleje og udførelse af tandbørstning hos voksne hospitalsindlagte patienter. Center for Kliniske Retningslinjer. Afdeling for Sygeplejevidenskab. Institut for Folkesundhed, Aarhus C; 2010. [www.kliniskeretningslinjer.dk/](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/) Besøgt d. 15.01.2014.
16. De Conno F et al. Mouth care. In: Hanks G et al. (red.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2010.
17. Venborg A et al. Mundpleje, retningslinje for Hospice Djursland. Hospice Djursland; 2013. <http://e-dok.rm.dk>
18. Venborg A. Retningslinje for måltidsstøtte på Hospice Djursland. Hospice Djursland; 2013.
19. <http://e-dok.rm.dk>

---

## English abstract

---

Venborg A. End-of-Life Meal Support. *Sygeplejersken* 2014;(2):61-73.

This article summarises the essence of and implementation experience from Project Meal Support, which was conducted at Hospice Djursland. The project describes the necessary attention, knowledge and skills required of nurses in order to create positive meal experiences for hospice patients.

The article's target audience is nurses caring for terminally ill patients.

The article touches upon a number of factors that can affect the quality of meal experiences for terminally ill patients. Among them, proper eating position, problems swallowing, food consistency and the condition of the oral cavity. It provides instructions on relevant manners of support, so the patient has a better sensory experience and greater enjoyment from meals at the end of his or her life. Patients are not necessarily aware of whether a loss of function can be remedied.

The article describes how nurses, by applying professionalism and different measures, can make a difference for the better. It is important to promote and support the patient's ability to have a say in what options exist and what seems most meaningful. This includes minimising obstacles that can make the patient give up meal enjoyment earlier than necessary at the end of their life.

**Keywords:** Nutrition, dysphagia, gelatinised meals, hospice, quality of life, palliation, eating position.

---