

Hur står det till med magen ...?

**En kartläggning av förstoppningsproblematiken
på några kommunala äldreboenden**

Gabriella Svensson

Bo Malmberg

Meddelandeserien nr 17

ISSN: 0283-9369

Hur står det till med magen ...?

**En kartläggning av förstoppningsproblematiken
på några kommunala äldreboenden**

Gabriella Svensson

Bo Malmberg

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Bakgrund	7
Anatomi och fysiologi	8
Definition av förstoppning	10
Förekomst av förstoppning	10
Komplikationer	11
Fekalom	11
Övriga komplikationer	12
Symptom på förstoppning	13
Orsaker till förstoppning	13
Fysiologiskt	13
Sjukdom	13
Mekanisk obstruktion	14
Immobilitet	14
Vårdberoende	15
Felaktig kost	15
För lite vätska	16
Psykiska faktorer	17
Läkemedelsbiverkan	17
Felaktiga toalettvanor och miljö	18
Besvärliga tillstånd i ändtarmen	19
Det normala åldrandet och mag-tarmkanalen	19
Bedömning och utredning vid förstoppning	20
Behandling	21
Behandling av rektumobstipation och fekalom	22
Laxermedel	22
Syfte	24
Urval	25
Metod	25
Etiska överväganden	26
Resultat	26
Vårdtagarna	26

Förekomst av förstoppning enligt personal/vårdtagare	27
Läkemedel	29
Kost och vätskeintag	30
Psykisk status	33
Fysisk funktionsförmåga	33
Inkontinens	34
Avföring	35
Toalettbesöken	36
Laxermedel	38
Icke farmakologiska metoder	39
Diskussion	40
Referenser	46

Sammanfattning

Förstoppning är ett vardagligt problem inom äldreomsorgen. Trots det är det inte så noga undersökt och det kan finnas flera orsaker till detta. Dels är det ett oglamoröst ämne och dels finns det metodologiska svårigheter eftersom det finns en mängd orsaksvariabler till förstoppning. Inte heller inom vårdutbildningar ägnas speciellt mycket tid till förstoppningsproblematiken. Det finns inget som tyder på att det är det normala åldrandet som påverkar att äldre blir mer förstoppade utan det är andra faktorer som tex. sjukdom, läkemedel, kost, vätska och inaktivitet som inverkar. Dessa faktorer är påverkbara i olika grad och det är viktigt att inte bara slentrianmässigt ge de äldre laxermedel. Man bör alltså även med ickefarmakologiska metoder försöka förebygga och motverka förstoppning även om många äldre vårdtagare samtidigt också för längre eller kortare tid måste inta laxermedel.

I denna undersökning ingick två äldreboenden och urvalet bestod av de vårdtagare som accepterade att delta (65). Ett frågeformulär ifylldes tillsammans med vårdtagarens kontaktperson.

Resultatet visar att det är svårt att utpeka någon enstaka variabel som en speciell markör för risk för förstoppning. Ungefär hälften av vårdtagarna uppgavs vara förstoppade av och till trots att tre fjärdedelar använde laxermedel på stående ordination. Nästan alla (95%) hade en eller flera diagnoser som förknippas med risk för förstoppning. Äldre vårdtagare speciellt de som bor på äldreboende har ofta många läkemedel. Många av dessa har förstoppning som möjlig biverkan. Drygt 85% av vårdtagarna hade någon medicin på stående ordination som kan ge förstoppning som biverkan. Många vårdtagare fick i sig för lite vätska och fibrer men var ändå inte mer förstoppade än de som åt mer fibrer och drack mera vätska. Detta kan bero på att de använder laxermedel.

Mer än hälften (57%) var avföringsinkontinenta och tre fjärdedelar var urininkontinenta. Det finns risk att dessa vårdtagare inte får komma till toaletten regelbundet på grund av att de bär blöja. Det var 17% som uppgavs inte dagligen komma till toaletten. Alla utom en vårdtagare hade egen toalett vilket säkert

underlättar toalettbesöken dels genom att de inte behöver känna stress att andra vårdtagare behöver komma dit, dels genom att toaletterna lättare kan anpassas till den enskilde vårdtagaren.

Tre fjärdedelar använde dagligen laxermedel och hälften hade laxermedel vid behov. Det var i stort sett de som redan hade laxermedel på stående ordination som även hade det vid behov. De laxermedel som användes på stående ordination var framför allt osmotiska medel som Movicol och Laktulos vilket kan anses lämpligt till äldre personer. Många använder dessutom katrinplommon och/eller extra fibrer. I vilken form det ges verkar vara avdelningsbundet. Några andra metoder för att förebygga förstoppning hos de enskilda vårdtagarna uppgavs endast i ett fåtal fall.

Det är viktigt att inte nöja sig med att enbart ge de äldre laxermedel när magen krånglar utan att hela tiden vara steget före och försöka motverka förstoppning på alla plan utifrån den enskilde individens riskfaktorer. Likaså är det viktigt att när det så krävs ge ett för individen lämpligt laxermedel i rätt dosering. Både förstoppningen i sig och effekten av laxermedel kan ge problem som inverkar på livskvaliteten.

Bakgrund

Förstoppning är ett vardagligt och vanligt problem inom äldreomsorgen. Dagligen arbetar vårdpersonalen med dessa problem. Även sjuksköterskorna berörs då de konsulteras när förstoppningsproblemen är stora eller inte går att få bukt med. Trots att "trög mage" är ett så vanligt problem ägnas tyvärr inte så mycket tid till det i undervisning i vårdutbildningarna, vilket gör att många, både sjuksköterskor och vårdpersonal, kan känna sig lite osäkra på hur problemet skall tacklas och laxermedel används flitigt. Det finns inte heller så mycket empirisk forskning gjord om förstoppningsproblematiken i äldrevården (Harari m.fl. 1993, Robson m.fl. 1999), vilket kanske kan bero på att ämnet kan upplevas både pinsamt och föga glamoröst.

Att vara förstoppad påverkar "hela människan" och med det livskvaliteten (De Lillo & Rose 2000). Det är inte för intet som tankespråk såsom "*Av alla upprorsmakare är magen den värsta*" och "*En väl fungerande tarm är som en skön huvudkudde*" uppstått. För en äldre människa som redan på grund av åldrande har en minskad reservkapacitet och dessutom ofta har multipla medicinska problem kan förstoppning få mer långtgående konsekvenser än hos den som är ung och frisk (Robson m.fl. 1999, De Lillo & Rose 2000). Förstoppning kan innebära ett lidande för den äldre inte bara på grund av de besvär som uppstår utan också för att behöva generera sig med att be om hjälp med dessa privata bestyr. Dessutom kan laxermedel, speciellt de som ges för att lösa en akut förstoppning, ge biverkningar i form av diarré och magknip som även det kan upplevas som besvärande och generande. Både förstoppningen i sig och behandlingen med laxermedel kan göra att personen av obehag från magen eller rädsla för att inte komma till en toalett i tid undviker att delta i olika sociala aktiviteter.

Förstoppning är ett mycket mångfacetterat problem med en mängd olika tänkbara orsaker som ofta förekommer samtidigt. Eftersom det inte finns speciellt mycket sammanställd litteratur i ämnet för vårdpersonal följer här en mer omfattande bakgrund. Denna bakgrund förklarar också varför så många variabler undersökts.

Anatomi och fysiologi

Det är viktigt att känna till tarmens fysiologi för att förstå varför förstoppning uppkommer och för att förstå hur den kan motverkas. Tjocktarmen, *colon*, är ca 1,5-2 m och brukar indelas i den uppåtgående delen, *colon asce'ndens*, den tvärgående delen *colon transvers*, den neråtgående, *colon desce'ndens* och den S-formade delen *sigmoideum* som anknyter till ändtarmen, *rektum*. Tarmen består av tre muskelskikt, ett längsgående och två cirkulära. De cirkulära musklerna utför blandningsrörelser som masserar innehållet och därmed ökar uppblandningen vilket gör absorptionen mera effektiv. Detta innebär ingen transport utan utförs av de längsgående muskelskikten. Peristaltiska vågor för innehållet framåt genom samordnade rörelser som klämmer åt och matar framåt i en tryckvåg. På insidan är tarmen beklädd med en slemhinna, *mucosan*. Det flytande tarminnehållet, *chymus*, uppgår normalt till ca 1-1,5 l/dygn. När tarminnehållet når tjocktarmen består det av slagg, bakterier avstött tarmepitel, salter och vatten, ca 75% av innehållet är vatten. Näringsämnen har tagits tillvara under passagen genom tunntarmen, under transporten genom tjocktarmen suges det mesta (75%) av vattnet upp samtidigt som ett visst utbyte av elektrolyter äger rum över tarmväggen. Slutligen är det endast ca 0,1-0,2 l vätska som lämnar kroppen via avföringen. Ju längre tarminnehållet stannar ju mera vätska drar kroppen tillbaka och ju fastare blir avföringen. Vid alltför snabb peristaltik hinner inte vatten tas upp i tillräcklig mängd och avföringen blir lös och vattmig. Om avföringen är kvar alltför länge i tarmen blir den hård och svår att få ut. En del bakterier bildar en gas, *flatus*, som består av kväve och koldioxid, då de bearbetar cellulosan som inte kan brytas ner av tarmens enzymer (Sonesson & Sonesson 1994). Man kan mäta transporttiden genom tarmen, så kallad transittidmätning genom att låta patienten svälja röntgentäta markörer och sedan med hjälp av röntgen beräkna passagen av tarminnehållet genom att avläsa hur lång tid det tar för markörerna att passera tarmen. Den tid det tar för tarminnehållet att passera varierar men normal transittid hos vuxna är ca 4 dagar för kvinnor och ca 2,5 hos män (Abrahamsson 1997).

Ändtarmen, *rektum*, är ca 15 cm och slutar med analkanalen. I ändtarmen finns två sfinktrar, slutarmuskler, som hjälper till att hålla kvar avföringen i ändtarmen. Den inre sfinktern styrs av autonoma nervsystemet och står alltså inte under viljemässig kontroll medan den yttre sfinktern kan styras med viljan sedan man som barn lärt sig denna kontroll (Sonesson & Sonesson 1994). Ändtarmen är infäst i en trattformad

muskelpatta som ingår i bäckenbotten. Genom att dra nedre delen av tarmen/ändtarmen bakåt hjälper bäckenbottens muskulatur till att hålla tillbaka tarminnehållet och förhindra inkontinens (Hultén m.fl 1995).

Tjocktarmens aktivitet styrs delvis av det autonoma nervsystemet och kan alltså inte styras viljemässigt. Det parasympatiska nervsystemet stimulerar till ökad colonmotorik och ökad sfinkterrelaxation medan det sympatiska nervsystemet har motsatt funktion (Sonesson & Sonesson 1994). Men mag-tarmkanalen styrs ändå till största delen av lokala styrfunktioner, det så kallade enteriska nervsystemet, tarmens eget nervsystem. I mag-tarmväggen finns ett stort antal nervcellskroppar och nätverk av nervfibrer som deltar i motoriska och sekretoriska funktioner. Varje lager av glatt muskulatur bildar ett nätverk i vilket retningar fortplantar sig, men de står även i förbindelse med det autonoma nervsystemet. Det finns ett nätverk mellan muskellagren som främst reagerar på uttänjning och ett mellan tarmslemhinnan och musklerna som påverkar aktiviteten i tarmslemhinnan. Signalsubstanser utsöndras av endokrina celler som ligger insprängda mellan andra celler i slemhinnan och av det enteriska nervsystemet. Man har funnit ett 30-tal av dessa signalsubstanser varav man ännu bara har beskrivit ett tiotal. Endokrina nervceller kan antingen frisätta sin signalsubstans **direkt** till blodet eller så frisätts signalsubstansen direkt ur cellen och påverkar närliggande celler **lokalt**. Olika signalsubstanser förekommer i högre eller lägre grad i olika delar av tarmen och reglerar funktioner som sekretion, motorik och immunförsvar. Exempelvis kan frisättning av signalsubstans aktiveras när tarminnehållet passerar receptorer som ”sticker ut” i tarmslemhinnan. I colon påverkar signalsubstanser t.ex. hur fort magsäcken tömmer sig och hur fort födan transporteras i tunntarmen. I magsäcken påverkas sträckreceptorer som signalerar till sigmoideum i tjocktarmens avslutning och utlöser en massrörelse, den senare funktionen är det som brukar kallas för den gastrokoliska reflexen (Sandström 2000). Det enteriska nervsystemet skulle kunna liknas vid ett trafikledningssystem som reglerar aktiviteten utifrån vad som händer i systemet.

Tarmtömningen, defekationen, är en komplicerad dynamisk process där många funktioner skall koordineras. Själva impulsen till tarmtömning kommer av att ändtarmen tänjs ut av tarminnehållet. Ungefär 3-4 ggr/dag går en peristaltikvåg, så kallad massrörelse genom tarmen. Rektum är normalt tom mellan avföringstillfällena.

När ventrikeln tånjs ut med mat startar sammandragning av sigmoideum och därmed en fyllnad av rektum genom den gastrokoliska reflexen. När ändtarmen fylls stimuleras sträckreceptorer att sända aktiverande nervimpulser till colon, som matar fram innehållet. Signaler sänds också till centrala nervsystemet för att göra personen medveten om behovet av tarmtömning och till rektums sfinktrar. Detta är defekationsreflexen. (Sonesson & Sonesson 1994). Därefter skall det ske en relaxering av bäckenbottenmuskulaturen och den yttre anala sfinktern samt en uträtning av den rektoanala vinkeln (Hultén m.fl 1995). Genom att krysta hjälper bukmuskulaturen till att pressa ut innehållet ur tarmen. Om defekationsreflexen inte följs upp avstannar peristaltiken. Efter en kort stund sker en ny uttänjning med ny reflex. Om denna reflex ignoreras under en längre tid kan den avta i styrka med risk för förstoppning (Sonesson & Sonesson 1994).

Definition av förstoppning

Avföringsvanorna varierar mellan olika individer och det är svårt att säga vad som är "normalt". Studier visar dock att de flesta människor har daglig avföring och att 98% regelbundet hade avföring inom ett tredagarsintervall (Heaton m.fl. 1992). Ofta bedöms förstoppning utifrån avföringsfrekvens. Det anses dock inte tillräckligt (Frank m.fl. 2001). En grupp gastroenterologer har därför tagit fram kriterier, de så kallade Rome II kriterierna, för bestämning av bl.a. förstoppning (Drossman 1999). Följande förenklade definition bygger på dessa kriterier:

Förstoppning kännetecknas av att tidsintervallet mellan tarmtömningarna överstiger 3 dagar och/eller att avföringen är hård och patienten besväras av tömningssvårigheter, vilka leder till krystning eller en känsla av ofullständig tarmtömning (Rådgivande synpunkter 2001, läkemedelskommittén i Jönköpings län).

Det som är speciellt med denna definition är att personen kan ha förstoppning även om denne har regelbundna och t.o.m. dagliga avföringar. Äldre som anser sig vara förstoppade klagar inte bara över att de har avföring mer sällan utan nämner ofta hård avföring, för liten mängd och besvär vid tarmtömning. Det verkar snarare som om äldre personer mera förknippar hård avföring och ansträngning i samband med tarmtömning med förstoppning än med frekvens (De Lillo & Rose 2000). De flesta

äldre som anser sig vara förstoppade lider alltså av tömningssvårigheter. Denna typ av förstoppning fångas inte upp om man mäter antal tarmtömningar eller transittid, d.v.s. bestämning av tid för tarmpassagen med hjälp av röntgen, eftersom detta oftast är normalt trots tömningssvårigheterna (Rimon & Levy 2000).

Förekomst av förstoppning

Förstoppning förekommer i alla åldersgrupper. Det är svårt att jämföra resultat från olika studier när det gäller förekomsten av förstoppning. En del mäter kliniskt diagnostiserad förstoppning medan andra mäter självupplevd förstoppning (Harari m.fl.1994). Studier visar därför på stora variationer i förekomst av förstoppning alltifrån 2 till 30% (Lederle 1995). Det förekommer ungefär dubbelt så ofta hos kvinnor som hos män (Rimon & Levy 2000) men orsaken till könsskillnaden är inte helt klarlagd. Det kan finnas en hormonell orsak (Triadafilopoulos m.fl. 1998) samt att bäckenbotten påverkas av graviditet och förlossning (Rimon & Levy 2000).

Det är svårt att hitta uppgifter på hur vanligt det är med förstoppning bland äldre vårdberoende men olika internationella studier visar på att 50-80% av vårdberoende äldre har problem med förstoppning (Frank m.fl. 2001). Andra studier visar på en incidens på mer än 80% (De Lillo & Rose 2000). Ytterligare en studie visade på en förekomst av förstoppning på 23% hos friska äldre och 55% hos kroniskt sjuka äldre (Harrai m.fl 1994). Det är också svårt att nämna några generella siffror då problemet kan uppfattas och bedömas och behandlas olika i olika vårdkulturer. Laxermedelsförbrukningen kan också ge en fingervisning om förstoppningsproblematiken även om den både kan ge en över- och underskattning av problemet. I Kungsholmsprojektet, som är en longitudinell befolkningsstudie av personer som är 75 år eller äldre, visade den senaste mätningen att 18% av de äldre använde någon form av laxermedel. För de äldre som bodde på sjukhem var användningen betydligt högre (56%). Ännu högre laxermedelsanvändning (71%) har rapporterats i andra svenska undersökningar (Äldrecentrum 2000). Skillnad i laxermedelsförbrukning mellan särskilt boende och sjukhem framkom i en undersökning av Malmberg m.fl. (1997) där det visade sig att 40% i särskilt boende hade laxermedel på stående ordination medan 58% av de boende på sjukhemmen hade

laxermedel. I denna undersökning ingick endast de laxermedel som fanns på stående ordination, om även vid behovsläkemedlen tagits med hade siffrorna varit ännu högre.

Komplikationer

Fekalom

Fekalom är en av de komplikationer som kan uppstå vid förstoppning. Orsaken till fekalom är desamma som vid förstoppning (De Lillo & Rose 2000). Ett fekalom kan uppstå på grund av undertryckande av tömningsreflexen t.ex. vid konfusion och depression. Avföringen ansamlas och absorptionen av vatten fortsätter varpå avföringen blir hårdare och hårdare och till slut bildas en hård massa som inte går att få ut. Det kan även bero på svårighet att tömma ändtarmen pga. över- och/eller underaktivitet i bäckenbotten och slutarmuskel. Fekalomet kan ge sprickor, blödning och hemorrojder eller rektal prolaps dvs. framfall av ändtarmen. Den hårda massan kan även orsaka sår och sprickor (Sodeman & Haider 1998). Lågt sittande smärta i buk eller rygg är vanligt, liksom en känsla av att ständigt ha avföringsbehov. Genom att lös avföring rinner bredvid i den uttänjda ändtarmen tolkas tillståndet ofta som diarré. Avmagring, illamående, kräkning, smärta, urinretention, överrinningsinkontinens, åter-kommande urinvägsinfektioner, feber, rytmrubbningar och snabb andning är andra symtom (De Lillo & Rose 2000). Diagnosen fekalom bör alltid övervägas vid akut konfusion hos äldre (Mork Rokstad m.fl 1996). Allvarligaste komplikationen är en dilatation, utvidgning av nedre delen av tjocktarmen, sigmoideum med perforation som kan leda till döden (Rimon & Levy 2000).

Vanligen är fekalomet lokaliserat till ändtarmen men kan även uppstå på andra ställen i tarmen. Om fekalom uppstår i divertiklar, "tarmfickor" finns risk för inflammation i tarmvägg och peritonit, bukhinneinflammation som är ett allvarligt tillstånd (Dehlin & Rundgren 1995). Inkontinens för både urin och avföring kan uppstå då den utspända ändtarmen stör de naturliga fysiologiska processerna. Vid fekalom förekommer även andra symtom som vid förstoppning såsom illamående, kräkning och på sikt anorexi (De Lillo & Rose 2000).

Förekomsten av fekalom är inte känd. En orsak till detta kan vara att man inte har någon klar definition när en förstoppning övergår till att vara fekalom. Det är svårt att

avgöra gränsen mellan svår förstoppning och fekalom, därför är det svårt att uttala sig om förekomsten av fekalom (Creason & Sparks 2000). En studie (Harari m.fl 1993) visade att 27% av dem som lades in under ett år på en geriatrisk klinik i Storbritannien hade fekalom som huvudanledning. De Lillo & Rose (2000) refererar till studier som talar om en prevalens på ca 1% bland äldre i allmänhet, 10% på sjukhem och 30 % bland äldre som får sjukhusvård.

Övriga komplikationer

Avföringsinkontinens kan uppstå vid fekalom (Chassagne m.fl. 2000). Likaså kan urininkontinens och urinretention uppstå vid svår förstoppning (Rimon & Levy 2000). Den ansträngning som en svår tarmtömning kan orsaka kan ge upphov till cirkulationsproblem såsom yrsel och svimning (De Lillo & Rose 2000).

Symptom på förstoppning

Förutom minskad frekvens avföring och tömningssvårigheter kan den som är förstoppad känna sig ”uppkörd” och ha dålig aptit. Illamående och kräkning kan förekomma liksom buksmärter. Paradoxalt kan diarré uppstå, så kallad förstoppningsdiarré. Tarmen är då blockerad av hård avföring, fekalom (se ovan) så att endast lös avföring kan passera. Ett annat symptom vid förstoppning kan också vara urininkontinens eftersom lilla bäckenet blir utfyllt och stör urinblåsans fysiologiska mekanismer (Dehlin & Rundgren 1995). Det är inte heller ovanligt att sköra äldre kan drabbas av konfusion i samband med förstoppning (Mork Rokstad m.fl 1996). Ibland kan konfusion, agitation, temperaturstegring, inkontinens eller att personen plötsligt faller vara de enda tecknen på förstoppning hos en äldre skröplig person (Allison m.fl 1994).

Orsaker till förstoppning

Fysiologiskt

Förstoppning orsakas antingen av en förlångsammad passage genom colon eller av att tömningsreflexen inte utlöses normalt (Dehlin & Rundgren 1995). Orsaken till dessa fysiologiska förändringar kan vara många. En störning i transporten av tarminnehållet kan bero på för liten mängd tarminnehåll pga. för liten mängd mat och/eller för litet fiberinnehåll som inte ger tillräcklig uttänjning och reflexstimulering eller förändringar i tarmens motorik. Det kan också vara sekundär t.ex. uppstå på grund av hinder i tarmen eller bero på förändringar i nerver eller hormoner som styr motoriken. Ibland kan flera av faktorerna samverka. Det är viktigt att klarlägga vad som ligger bakom för att behandla rätt (Sodeman & Haider 1998).

Sjukdom

En hel del sjukdomar som är vanligt förekommande hos äldre har förstoppning som komplikation. Det kan t.ex. handla om hormonrubbingar eller skador på nervsystemet. Exempel på sådana sjukdomar är endokrina sjukdomar t.ex. diabetes, hypothyroidism dvs. underfunktion av sköldkörteln eller hypocalcemi som innebär för låg halt av calcium i blodet. Vid diabetes kan man drabbas av komplikationer bl.a. neuropati som innebär en skada i nervsystemet. I mag-tarm kanalen kan diabetesneuropati t.ex. leda till att den gastrokoliska reflexen förstörs. Neurologiska sjukdomar som Parkinsons sjukdom, stroke och andra skador på nervbanor kan påverka motoriken i tarmen. Det är inte bara sjukdomar i sig utan även sekundära följder som t.ex. immobilisering, svårigheter att äta och dricka som kan vara riskfaktorer för att utveckla förstoppning. Personer med Parkinsons sjukdom t.ex. har en förlängd transittid, de är ofta immobile och de använder ibland läkemedel (antikolinergica) som kan ha förstoppning som biverkan (Sodeman & Haider 1998). Smärttillstånd kan försvåra förmågan att slappna av t.ex. om man har smärtor i ryggen kan det vara svårt att slappna av om man inte sitter bekvämt. Kan man inte slappna av försvåras tarmtömningen.

Mekanisk obstruktion

Sammanväxningar i tarmen, strikturer, och tumörer i colon och rektum kan utgöra ett direkt hinder i transporten och på så vis orsaka en stockning som leder till

förstoppning. Även ansamling av hård avföring i tarmen s.k. fekalom (se sid 5) kan hindra transporten (Rimon & Levy 2000).

Immobilitet

Många äldre har sjukdomar och handikapp som leder till svårigheter att röra sig. Den som inte rör på sig har längre colontransittid än den som är aktiv. Man vet dock inte om Immobilitet i sig leder till onormal funktion i tarmens motorik eller om det är avsaknad av mekanisk stimuli som ger en försämrad tarmfunktion (Sodeman & Haider 1998). Försämrade bukmuskler till följd av inaktivitet kan också försvåra tarmtömningen då dessa muskler behövs vid krystning. Inaktivitet kan också sekundärt leda till exempelvis depression, dålig aptit mm som i sin tur är negativa faktorer för tarmfunktionen (De Lillo & Rose 2000). Även enklare rörelser i sängen kan inverka positivt på förstoppning hos en sängliggande person, t.ex. att sitta upp i sängen och vrida sig från sida till sida (Allison m.fl 1994).

Massage var en metod som användes mot förstoppning innan laxermedel var vanliga. En del studier har visat att massage kan ge god effekt på förstoppning genom att öka peristaltiken, minska gasbesvär samt ge en psykologisk effekt (Emly m.fl. 1998) medan andra (Rimon & Levy 2000) menar att sådan effekt inte kan ses. I Apoteksbolagets broschyr *Apotekets råd om Magen och vanliga tarmproblem* (2001, s 21) finns en enkel beskrivning av hur man kan ge en enkel magmassage mot förstoppning.

På senare tid har intresset för taktill massage ökat. Tyvärr finns inte så mycket vetenskapliga studier ännu där effekten på äldre människor undersökts. Det finns dock experimentella djur studier som talar för att det finns neurogena förbindelser mellan bl.a. huden och mag-tarmkanalens endokrina system. Det verkar alltså som att beröring av huden skulle kunna påverka magtarmkanalen att frisätta vissa hormoner som stimulerar tarmverksamheten (Uvnäs-Moberg 1986).

Vårdberoende

Vårdtagare som är beroende av hjälp vid toalettbesök får inte alltid hjälp i "rätt tid" när signalen till tarmtömningsreflexen uppstår. Under den tid som förflyter innan de får hjälp att komma till toaletten kan signalen avta. Ett sådant undertryckande av

tarmtömningsreflexen kan med tiden leda till att den försvagas, att rektum tänjs ut och att den på sikt förlorar förmågan att uppfatta tarmtömningsreflexen (Sodeman & Haider 1998). Personen kan även undertrycka reflexen för att det känns genant att be om hjälp med toalettbestyren. Likaså kanske man tvingas använda bäcken, behöva uträtta sina behov liggande, sitta fel eller obekvämt på toaletten och eller inte sitta ostörd är andra exempel på att man håller igen och känslighet för avföring och avföringsreflexen kan förstöras.

Felaktig kost

Att fibrer är positivt för tarmverksamheten är välkänt. Att det finns olika kostfibrer samt att effekten är lite olika är kanske inte lika välkänt. Fibrer ger en bulkeffekt, d.v.s. de ger volym i tarmen genom att de binder vatten. Kostfibrer bryts inte ner av magtarmkanalens enzymer och når tjocktarmen osmält. Det finns olika typer; cellulosa, hemicellulosa, pektin, lignin och inulin. Av dessa är cellulosan den mest stabila. Mest cellulosa finns i klidelen av de olika sädesslagen men ärtor, bönor och olika kålsorter innehåller också en hel del. De kostfibrer som består av pektin är gelbildande och finns framför allt i frukt och bär. Kostfibrer som kan användas som ”mat” av tarmens bakterier kallas fermenterbara vilket betyder att de är jäsningsbara. De fermenterbara kostfibrerna finns framför allt i rotfrukter, grönsaker, baljväxter, frukt och bär samt alla sädesslag av fullkornstyp. De fermenterbara kostfibrerna fungerar som mat åt bakterierna och gör att dessa förökar sig effektivare vilket också ger en större volym på tarminnehållet. En biverkan när bakterierna bryter ner sin mat är att det bildas gas som biprodukt vilket kan vara besvärande. Därför bör man öka fiberinnehållet långsamt så att tarmen vänjer sig successivt. (www.fruktogront.se)

För lite fibrer och för små måltider ger störningar av gastrokoliska reflexen eftersom magsäcken då inte tänjs ut tillräckligt för att utlösa denna reflex. Att äldre äter små mängder kan bero på många faktorer. Sjukdomar, förändring i diet p.g.a. tugg- eller sväljproblem, att de måste äta lättuggad fiberfattig kost eller purékost. Purékosten är ofta fiberfattig (Grant 1999). När väl förstoppningssymtom uppstår minskar gärna aptiten, den äldre vill inte äta för att inte bli mer förstoppad och så bildas negativa cirklar vilket kan gå mycket snabbt hos äldre sköra personer. Livsmedelsverket (www.slv.se) rekommenderar vuxna är att äta 25-30g fibrer per dag. Men högt fiberintag kräver fullgott vätskeintag annars kan effekten bli den motsatta (Harari m.fl)

1993). Eftersom många äldre har svårt att få i sig tillräckliga mängder dryck är det inte så lätt att fiberberika maten. Fiberberikning skall inte ges till dem som har fekalom eller obstruktioner i tarmen eftersom det kan förvärra detta tillstånd (De Lillo & Rose 2000). Frukt innehåller förutom fibrer naturligt laxerande ämnen fruktsyror som bryts genom bakteriella processer till peristaltikbefrämjande syror (www.fruktogront.se).

Många äldre är dock vana att äta gröt och relativt grov gröt kan även många med tugg och sväljproblem äta. På Lövsåsens sjukhem i Södermanland har man med gott resultat prövat molinogröt som består av rågflingor, linfrö, aprikoser och katrinplommon. Molinogröten ger t.ex. ca en tredjedel av dagsbehovet av fibrer per portion (13g/portion). Recept på fiberrik gröt finns i bilaga 1a. Nästan ingen som äter gröten använder numera laxermedel (Berggren 2000). God effekt av den s.k. Pajalagröten har påvisats vid Sunderbyns sjukhus (bilaga 1b).

Katrinplommon är en välkänd "kur" mot förstoppning som använts genom tiderna. Ännu i dag är verkningsmekanismen inte helt klarlagd men Stacewicz-Sapuntzakis m.fl. (2001) har kommit fram till att den troliga verkningsmekanismen är en kombination av fibrer, sorbitol (verkar osmotiskt) och syror som befrämjar peristaltiken.

Det finns indikationer på att Probiotika skulle kunna ha effekt på förstoppning. Probiotika är ett kosttillskott som består av levande mikroorganismer och som påverkar bakteriefloran i tarmen gynnsamt. Probiotika har föreslagits ha ett flertal medicinska effekter men mer forskning behövs för att man säkert skall kunna uttala sig om effekterna (Roberfroid 2000).

För lite vätska

Som tidigare nämnts får äldre ofta i sig för lite vätska vilket också kan ha många orsaker. De äldre uppfattar inte törst på samma sätt som yngre (Harari m.fl 1993). Sväljsvårigheter, beroende av hjälp för att dricka och motstånd att dricka för att inte behöva gå så ofta på toaletten är några andra vanliga orsaker. För att bedöma vätskebehovet brukar man räkna 30ml/kg kroppsvikt. Feber, aktivitet, diarréer och kräkningar, hög omgivande temperatur mm ökar behovet av vätska ytterligare. Vissa

drycker man ofta dricker, framför allt kaffe och te är dessutom vätskedrivande och kräver därför ytterligare mängd vätska (Allison m.fl 1994).

Psykiska faktorer

Det är välkänt att psykologiska faktorer, emotionell stress och miljöombyte kan ge tillfällig förstoppning. Man har funnit att ångest och ångslan ger en förlängd transitid (Rimon & Levy 2000).

Vid depression och demens är det flera faktorer som dessutom kan bidra till förstoppning såsom immobilisering, dehydrering, läkemedel liksom att personen kanske ignorerar tömningsreflex med risk för utvecklande av fekalom (Harari m.fl 1993). Den demenssjuke kan ha svårt för att tolka kroppens signaler, kan glömma bort att gå till toaletten eller helt enkelt inte hitta dit.

Ibland kan vissa äldre överdriva och förvränga symtomen i samband med avföring vilket leder till fixering vid magen och tarmfunktionen vilket dock inte får förväxlas med de äldre som verkligen har besvär av tömningssvårigheter men har ”normal” avföringsfrekvens.

Läkemedelsbiverkan

Personer som bor inom de kommunala äldreboendena och sjukhemmen har ofta ett stort antal läkemedel och antalet läkemedel har under det senaste decenniet ökat (Fastbom 2000). Det finns en mängd läkemedel med förstoppning som biverkan. Vid en datasökning i FASS våren 2002 fanns 379 läkemedel med förstoppning som dokumenterad möjlig biverkan. De är framför allt i läkemedelsgrupperna, antikolinergika, antiarytmika, analgetika (spec. morfinpreparat och kodeinhaltiga analgetika), antacida, diuretika, järnpreparat och tricykliska antidepressiva medel som dessa biverkningar finns. Dessutom förekommer det missbruk av laxermedel vilket kan ge skador på autonoma nervsystemet och leda till att man fordrar högre och högre

doser av tarmirriterande medel för att få tarmen att fungera (Dehlin & Rundgren 1995).

Det är viktigt att tänka på att det inte bara är de receptbelagda läkemedlen som kan vara förstoppande utan även t.ex. värktabletter och syraneutraliserande medel, antacida som ju går att köpa receptfritt kanske används men finns inte med på läkemedelslistorna och därför förbises (Rimon & Levy 2000).

Felaktiga toalettvanor och miljö

Felaktiga toalettvanor och dålig toalettmiljö kan medverka till förstoppning. Det är bra att försöka ordna någon slags regelbundenhet och med fördel ta vara på den gastrokoliska reflexen. Att sitta bekvämt och riktigt dvs. upprätt och gärna med fötterna lite högre så att man efterliknar huksittande vilket är mest fysiologiskt riktigt. Dessutom bör man sitta avskilt och ha ordentligt med tid avsatt så att det går att slappna av (Allison m fl. 1994). Vid tömningsbesvär kan huksittande underlätta. I praktiken kan då t.ex. en pall eller benstöd på toalettstol hjälpa till att underlätta tarmtömningen (Rimon & Levy 2000).

Att ignorera och undertrycka tömningsreflexen kan ibland vara socialt nödvändigt. Pågår detta under lång tid kan reflexen försvagas och förstoppning uppstå. Långvariga krystningar, särskilt hos dem med försvagad tömningsreflex försvagar bäckenbotten på samma sätt som en långdragen förlossning (Hultén m.fl 1995).

En undersökning om obstipation hos boende på sjukhem i Jönköpings kommun som genomfördes före utflyttning från sjukhemmen till äldreboende vid ÄDEL reformen (Månsson-Lindqvist 1995) visade att det på sjukhemmen var vanligt med delad toalett. Det var ca 70% som delade toalett med 3-4 andra personer, ytterligare ungefär 20% delade med ännu fler medan endast ca 10% hade egen toalett. En klar förbättring på detta område har följt i ÄDELreformens spår. En kartläggning av särskilda boendeformer som genomförts av Socialstyrelsen (2001) visade att så gott som alla som bor på ålderdomshem, servicehus, äldreboende och i gruppboende hade tillgång

till egen toalett. Motsvarande siffra för de sjukhem som ännu finns kvar var att drygt hälften (55%) hade egen toalett.

De som inte kan känna eller tolka signalerna till tarmtömning t.ex. strokedrabbade eller demenssjuka kan behöva hjälp med toaletträning (Rimon & Levy 2000). Den bästa tidpunkten är då efter måltid för att dra nytta av den gastrokoliska reflexen som är speciellt stark efter morgonmålet (Allison m fl. 1994).

Besvärliga tillstånd i ändtarmen

Olika tillstånd i ändtarmen som inflammationer, sprickor och hemorrojder kan vara smärtsamma och hindra en normal tarmtömning och leda till att man undertrycker tarmtömningsreflexen med förstoppning till följd. Anismus är en överaktivitet i slutarmuskeln istället för relaxation i samband med tarmtömning som ger tömningssvårigheter (Rimon & Levy 2000).

Det normala åldrandet och mag-tarm kanalen

Om åldrandet i sig påverkar funktionen i mage och tarm är omdebatterat. Det saknas fortfarande mycket kunskap om hur mag-tarmkanalen påverkas av åldrandet, men man är dock överens om att magtarmkanalen åldras mindre än många andra system i kroppen. Liksom i andra delar av kroppen försvagas även muskelfunktionen i colon något med åldern men tarminnehållets passagetid från colon till rektum tar hos friska äldre inte längre tid. Klart är dock att besvär från mag-tarm kanalen ökar med stigande ålder (Harari m.fl 1993). Det är då andra faktorer som t.ex. sjukdom, inaktivitet och läkemedel som gör förstoppning vanligare hos äldre. Det har uppmätts transittider på ända upp till 6-14 dagar hos äldre på institution mot normala 2-4 dagar.

Friska äldre är alltså inte mera förstoppade än andra åldersgrupper utan det är andra faktorer som oftare drabbar äldre som gör att förstoppning blir vanligare i högre åldrar. Dock kan åldersförändringar i det autonoma nervsystemet försämra styrningen av muskelaktiviteten i tjocktarmen och ibland ge en förlångsammad transport av

tarminnehållet, men det beror på åldersförändringar av mer generell natur (Dehlin & Rundgren 1995). Man har funnit att tätheten av nerver i tarmen minskar med ökande ålder och att då signalsubstanserna minskar. I de endokrina cellerna har man inte funnit lika tydliga resultat. Man kan ställa sig frågan om detta är normalt åldrande eller en anpassning till åldrandet för att kroppen då kräver mindre mängd mat eftersom muskelmassan minskar, man får färre celler, är mindre aktiv och äter mindre (Sandström 2000). Så även om förstoppning i sig inte beror på åldrandet i så hög grad är alltså äldre oftare förstoppade. Bor man på ett äldreboende har man ofta hälsoproblem och/eller medicin som kan orsaka förstoppning.

Bedömning och utredning vid förstoppning

Det är viktigt att utreda orsaken till förstoppningen då det finns många behandlingsbara orsaker. Hos en äldre person är det inte ovanligt att orsaken till förstoppningen är multifaktorell (Rimon & Levy 2000). Eftersom det finns en mängd orsaker till förstoppning är det viktigt att ta reda på bakomliggande orsaker och riskfaktorer i det enskilda fallet så att rätt åtgärder kan sättas in och inte bara slentrianmässigt ge laxermedel.

Man bör skilja mellan akut förstoppning och kronisk eftersom en nyuppkommen förstoppning kan vara första tecknet på allvarlig sjukdom. Speciellt bör förstoppning som uppträder utan kända orsaker uppmärksammas liksom förstoppning som är förenad med symtom som viktnedgång, anemi, buksmärter, blödning och smärta i samband med avföring (De Lillo & Rose 2000).

En ordentlig bedömning bör göras också för att personalen och vårdtagare kan ha olika uppfattning om vad förstoppning är. Några frågor som kan vara motiverade att ställa är hur ofta vårdtagaren har avföring normalt, hur det har varit nu, hur avföringen ser ut samt om tarmtömningarna är förenade med besvär. Redan vid inflyttning till ett äldreboende är det bra att ta upp i omvårdnadsanamnesen hur vårdtagaren har haft det med magen tidigare, vad för vanor denna har haft beträffande kost, toalettvanor och eventuella laxermedel eller alternativa medel för att hålla magen igång. Dessa

uppgifter kan hjälpa till att förebygga förstoppning men kan också vara bra att ha som jämförelse då problem uppstår. Ofta dokumenteras inte sådant förrän problem uppstått.

Många äldre som flyttar in på äldreboende behöver på grund av sjukdom och handikapp lita till personalen för basala funktioner som de själva skött tidigare. Många personer är inblandade och som hjälp för minnet och vid rapportering vårdpersonal emellan kan det vara till hjälp med avföringsregistrering. Ofta har man inom vården noterat avföringsmängder som a för liten mängd och A för större mängd på ett schema samt ett tecken (§) för diarré. Detta system visar frekvens och till viss del på mängd men förutom vid diarré inte på konsistens. För att beskriva avföringen hos de vårdtagare som har problem med magen, framför allt om de inte kan förmedla detta själva samt till hjälp av utvärdering av effekt kan Bristolskalan (se bilaga 2.) vara ett bra redskap för att beskriva konsistens (Heaton m.fl. 1992, www.biolac.se). Vad som kanske inte används så ofta är en enkel skala för besvär i samband med tarmtömning men det är ju något som inte objektivt kan iakttas och kräver medverkan från den äldre vilket inte alltid är möjligt. Försök med att använda sådana skalor (PAC = Patient Assessment of Constipation) på äldre vårdtagare har gjorts med goda erfarenheter (Frank m.fl. 2001) och kan vara värt att pröva eftersom de flesta äldre har just tömningssvårigheter när de är förstoppade.

Då förstoppning misstänks bör sjuksköterska höra sig för om de faktorer som kan orsaka förstoppning samt utföra vissa undersökningar såsom att palpera buken för att känna hur fylld tarmen är. En rektumpalpation bör också göras för att bedöma om det rör sig om rektal förstoppning, fekalom eller förstoppning som sitter högre upp. Vid rektalundersökningen kan då också observeras om det förekommer hemorrojder, sprickor el dyl. som försvårar tarmtömningen (Rimon & Levy 2000). En svår förstoppning får inte förväxlas med ileus, tarmvred. Det är därför viktigt att lyssna efter om det hörs tarmljud (Allison m.fl. 1994).

En plötsligt påkommen förstoppning utan klar anledning skall ses som en indikation på att läkare bör kontaktas för vidare undersökningar för att utesluta eventuell bakomvarande sjukdom (Sodeman & Haider 1998). Läkare bör också kontaktas då vårdtagaren förutom förstoppningen har viktnedgång, anemi, buksmärtor eller blödning från tarmen. Likaså då fibrer, vätska, aktivitet, "toaträning" och laxermedel inte hjälper (De Lillo & Rose 2000). Läkare kan eventuellt gå vidare med olika undersökningar såsom proktoskopi för att se hemorrojder och förändringar i analkanalen och rektoskopi och koloskopi för att avslöja eventuella tumörer men även fekalom högre upp i colon. (Allison m.fl. 1994). Colonröntgen, blodprover och F-HB kan tas för att utesluta cancer, hypotyreos och hypocalcemi (Rådgivande synpunkter 2001).

Behandling

Det bästa är att man t.ex. vid sänkläge och/eller feber redan innan förstoppningen uppstått försöker förebygga den. När väl förstoppning uppstått gäller det att lösa det problemet men samtidigt måste förebyggande åtgärder sättas in. Laxermedel kan ofta behövas för att hantera en akut förstoppning men det är viktigt att behandla de faktorer som i det enskilda fallet orsakar förstoppning och inte bara rutinmässigt ge laxermedel. Det gäller att se till helheten då förstoppning kan ha många orsaker hos samma person. Det kan handla om att korrigera kost, öka aktivitet, vätskeintag och eventuellt, i samråd med läkare utsätta eller utbyta förstoppande läkemedel. Även om laxermedel ges, skall man alltid eftersträva att samtidigt förebygga med icke farmakologiska metoder. Hos äldre personer finns många gånger svårigheter att t.ex. ge ökad mängd vätska och fibrer eller att öka aktiviteten men med lite fantasi och uppfinningsrikedom och medvetenhet om värdet av detta kan man ändå många gånger göra en hel del.

När man skall hjälpa en person som har problem med förstoppning är det viktigt att pröva en sak i taget så man kan komma fram till vad som hjälper. Personen bör inte på egen hand laborera med olika typer av behandling vid sidan om eftersom det då är svårt att se vad det är som verkligen ger effekt. Det är också viktigt att undervisa och korrigera missuppfattningar både hos vårdpersonal och hos vårdtagare.

Behandling av rektumobstipation och fekalom

Rektumobstipation behandlas med rektalt verkande laxermedel eller tarmtömningsmedel. Vid fekalom har Movicol visat sig kunna ersätta smärtsam manuell utplockning som ibland tom måst göras under narkos. Det är skonsammare att istället lösa upp fekalomet med intag av stora mängder av Movicol lösning som dryck (Sodeman & Haider 1998, Ungar A. (2000).

Laxermedel

Laxermedel skall inte tillgripas rutinmässigt vid förstoppningstendens hos äldre. Man bör först försöka avhjälpa och förebygga förstoppningstendenserna med icke farmakologiska åtgärder. Inte sällan måste laxermedel användas under kortare eller längre perioder. Samtidigt som laxermedel används skall alltid allmänna åtgärder pågå (Rimon & Levy 2000).

Laxermedel är en av de mest använda läkemedelsgrupperna bland äldre. Särskilt bland dem som bor på institution där man sett att så många som 56% och upp till 71% använder laxermedel (Fastbom 2000). På vissa boenden har 100% laxermedel på stående ordination (Malmberg m.fl. 1997). Det är viktigt att inte använda laxermedel slentrianmässigt då även dessa läkemedel har bieffekter. Den ibland häftiga effekt och de biverkningar som ses kan påverka livskvaliteten t.ex. genom gasbildning, magsmärtor och tillfällig inkontinens. Missbruk av motorikstimulerande medel kan ge skador på tarmens nervsystem (Müller-Lissner 1999). Ibland är det ändå nödvändigt att ta hjälp av laxermedel tillfälligt eller för

längre tid. Vid behandling med morfinpreparat skall alltid laxermedel användas. Det är också viktigt att rätt typ av laxermedel används för att ge optimal effekt för den enskilda personen och med minsta möjliga bieffekt. Det får inte vara så att så gott som alla på en avdelning använder samma laxermedel för att det är smidigt för personalen. När laxermedel ordinerats är det lätt att förlita sig på det, men det är viktigt att fortsätta med förebyggande åtgärder parallellt med laxermedelsbruk. Det är också viktigt att utvärdera behovet av laxermedel och reglera dessa om det behövs. Efter en tillfällig laxering med tarmretande medel tar det av naturliga skäl en tid (normal transitid) innan det nya tarminnehållet passerat tarmen. Man kan då tro att man fortfarande är förstoppad och tar mer laxermedel och kan på så vis hamna i en ond cirkel med överbruk av laxermedel som följd.

Ny forskning visar att laxermedel kan ha negativ inverkan på homocysteinnivåerna i plasma och därmed också på kognitiva funktioner hos äldre sköra människor (Nilsson m .fl 2003).

Bulkmedel är volymökande medel som bygger på växtfibrer och verkar genom att dra till sig vatten och på så vis öka volymen vilket stimulerar till snabbare passage. Bulkmedel kräver riklig vätsketillförsel och dagligt intag. Hos patienter med svårare form av obstipation har bulkmedel begränsad effekt. Bulkmedel är kontraindicerat vid tarmobstruktion och skall inte heller ges vid neuromuskulär sjukdom eller vid opiatbehandling (Dehlin & Rundgren 1995). Bulkmedel skall doseras upp långsamt för att undvika gasbildning och har långsamt insättande verkan. Exempel på bulkmedel är Lunelax, Visiblin, Fiberform och Inolaxol (Apoteksbolaget 2002).

Osmotiska medel kan användas om inte bulkmedel är lämpligt. De hyperosmotiska medlen bryts ner i av bakteriefloren i tarmen till organiska syror som osmotiskt binder vatten som leder till volymökning och som mjukgör tarminnehållet. En biverkan kan vara gasbildning och magkramper som kan vara besvärande. Hyperosmotiska medel skall intas dagligen och kräver inte det extra vätskeintag som bulkmedel gör och kan därför vara lämpliga för dem som har svårt att dricka ordentligt. Hyperosmotiska medel har relativt långsamt insättande effekt och passar bäst för mildare former av förstoppning (Dehlin & Rundgren 1995). Exempel på hyperosmotiska medel är Importal, Duphalac, Laktipex, Laktulos och Loraga (Apoteksbolaget 2002).

Det finns också ett iso-osmotiskt medel Movicol som är en ny typ av laxermedel där Polyetylenglykol är den verksamma substansen och som normalt inte absorberas av en oskadd tarm. (Ungar 2000). Movicol metaboliseras inte heller av bakterierna i tarmen pga. den kemiska strukturen och bildar därför inte gaser (Ferguson m.fl 1999). Polyetylenglykol binder det vatten som det löses i och stannar kvar i tarmen, därigenom får avföringen mjukare konsistens och ökad volym som stimulerar och normaliserar tarmrörelserna. Eftersom Movicol även innehåller natrium, kalium bikarbonat och klorid rubbas som regel inte elektrolytbalansen. Ingen vätska dras från kroppen till tarmen som vid tex. de hyperosmotiskt verkande preparat där osmosen sker i tarmen. Patienten behöver inte heller dricka extra, vilket kan vara bra för äldre som har svårt att få i sig tillräcklig mängd vätska (Ungar 2000). Movicol har ett brett användningsområde och kan användas vid allt från fekalom till kronisk eller bara tillfällig förstoppning. Det är endast dosen som justeras för ändamålet (Chaussade 1999, Ungar 2000). **Tarmirriterande medel** har direkt effekt på tarmväggen där den verkar kemiskt retande och påverkar peristaltiken. Det kan ibland behöva ges till äldre, svårt sjuka för att få snabb effekt och där bulkmedel och Laktulos inte får önskvärd effekt (Dehlin & Rundgren 1995). På sikt leder detta till att den normala tarmtömningsreflexen undertrycks och skall därför bara användas högst tillfälligt. Exempel på tarmirriterande laxermedel är Dulcolax, Toilax, Laxoberal, Emulax och Pursenid (Apoteksbolaget 2002). **Rektalt verkande medel** kan användas vid tillfällig ändtarmsförstoppning om inte inflammatorisk process eller tarmhinder föreligger. De rektalt verkande laxermedlen verkar genom att stimulera tömningsreflexen antingen genom att ändtarmen vidgas av koldioxid (CO₂) eller genom att smörja, genom att minska ytspänningen eller ta upp vatten. (Dehlin & Rundgren 1995). Exempel på rektalt verkande medel är Klyx, Microlax, Resulax, Toilax och Relaxit (Apoteksbolaget 2002).

Syfte

Syftet med denna undersökning var att kartlägga hur förstoppningsproblematiken ser ut på ett par av kommunens äldreboende, vilka som är de vanligaste faktorerna för utveckling av förstoppning samt hur man förebygger och behandlar förstoppning.

Urval

De permanent boende vårdtagarna på två ungefär likvärdiga äldreboende i Jönköpings kommun som accepterade att delta i undersökningen, 65 personer.

Metod

Inför studien kontaktades distriktchefen samt enhetscheferna på de två valda äldreboendena om intresse fanns för projektet. Därefter ansöktes om tillstånd från forskningsetikkommittén vid Linköpings universitet (Dnr 02-020). Alla permanent boende vårdtagare informerades via brev om studien (se bilaga 3). Vårdpersonalen och sjuksköterskorna informerades vid personalmöte om studien och tillvägagångssättet. Vårdtagarens kontaktperson eller någon som kände vårdtagaren väl fyllde en bestämd vecka i ett frågeformulär (se bilaga 4.) med frågor om faktorer som rörde förekomst av riskfaktorer, prevention och behandling av förstoppning. Om möjligt fylldes vissa frågor i formuläret i tillsammans med de vårdtagare som klarade av toalettbestyren själv. Frågor om diagnoser och läkemedel registrerades av sjuksköterska eller av annan personal i samråd med sjuksköterska. Aktuell medicinlista kopierades och samlades in tillsammans med formulären. Vårdpersonal och sjuksköterskor deltog därefter i ett seminarium kring förstoppningsproblematiken. De flesta bland vårdpersonalen och sjuksköterskorna deltog i något av de tre undervisningstillfällen som gavs på varje enhet. Efter sex veckor gjordes en uppföljande mätning, i stort sett densamma som tidigare men någon liten justering för att se om några speciella åtgärder vidtagits mot förstoppning efter undervisningstillfället eller om förstoppningsproblematiken hade förändrats. Endast de som deltagit i första omgången var aktuella för en andra omgång. Sex personer fanns inte kvar på äldreboendet vid andra mätningen. Formulären var relativt omfattande och bestod av ett femtiotal frågor. För att inte belasta personalen för mycket krävdes endast uppskattningar av kost och vätskeintag dvs. inga exakta mätningar har gjorts. Eftersom förstoppning ofta beror på faktorer med en viss tidsfördröjning (t.ex. kan trög mage idag bero på vad man åt i går, vilka läkemedel som intagits tidigare i veckan osv.) har personalen i sin bedömning haft i åtanke hur

det varit de senaste dagarna den aktuella veckan. De har då också haft möjlighet att studera de faktorer som de inte haft klart för sig innan formuläret fylldes i.

De inkomna enkäterna har kodats och bearbetats med hjälp av statistikprogrammet SPSS. De skillnader vi uttalar oss om har signifikantstestats och visat sig vara större än vad som kan förväntas av ren slump på 5 procentsnivå, d.v.s. skillnader av denna storlek uppkommer av ren slump högst en gång på tjugo.

Vid en preliminär analys av de data som insamlades i andra omgången visade det sig att inte mycket förändring skett och att det var mycket svårt att analysera och tolka de resultat som framkom. Därför presenteras inte dessa resultat.

Etiska överväganden

De data som samlats in är relevanta i det dagliga arbetet för sjuksköterskan eller annan vårdpersonal i samband med förstoppningsproblem även om man inte genomför en så omfattande systematisk insamling i det vardagliga arbetet. De data som samlades in gav information om individuella riskfaktorer och resurser och kan vara ett stöd i vården av en enskild person.

Vårdtagarna utsattes inte för någon behandling som inte var relevant i förhållande till deras hälsotillstånd eftersom den förebyggande eller åtgärdande behandling som gavs var individuell utifrån vars och ens behov. De eventuella interventionerna byggde på vetenskap och beprövad erfarenhet och gavs bara om det var relevant i det enskilda fallet.

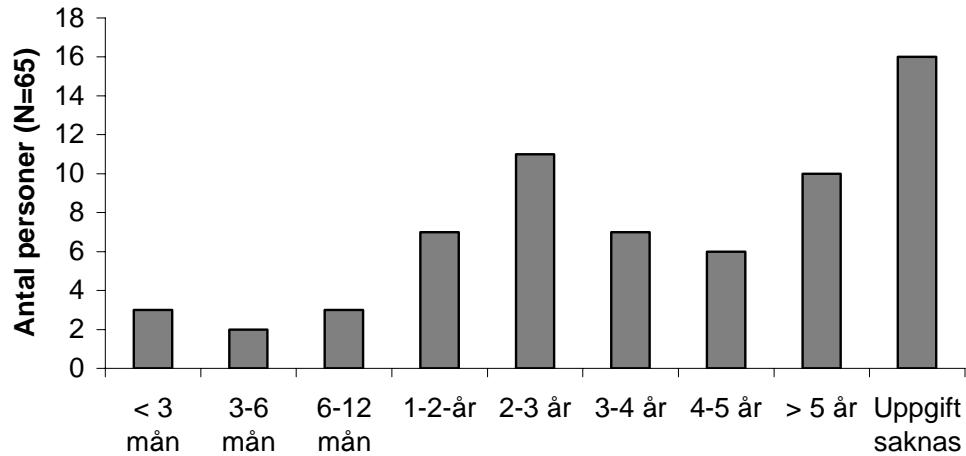
Resultat

Vårdtagarna

Det var 65 vårdtagare som deltog i undersökningen och ungefär två tredjedelar (69%) var kvinnor och resterande tredjedel (31%) alltså män. Genomsnittsåldern var 84 år. De flesta vårdtagarna hade bott på äldreboendet relativt lång tid oftast mer än ett år (Fig. 1.) och hade

haft tid att anpassa sig till den nya miljön. Detta kan ha betydelse eftersom en ny miljö kan innebära ny kost, nya aktivitetsvanor, hjälpberoende mm och kan vara en

riskfaktor för utvecklande av förstoppning. Den som vistats i en miljö en viss tid har förhoppningsvis hunnit anpassa sig till den nya miljön och de nya omständigheterna både beträffande kost och toalettvanorna. Det tar också en viss tid för personal att lära känna vårdtagaren och ställa in sig på de individuella personliga vanorna. Det är förvånande att uppgift saknas på så många,

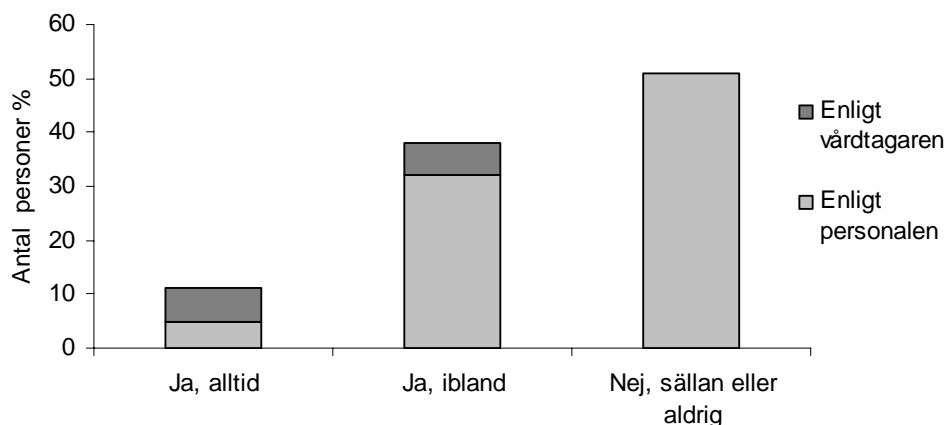


Figur 1. Hur lång tid som vårdtagarna bott på äldreboendet

troligtvis gäller det vårdtagare som bott så pass lång tid att det varit svårt att komma ihåg när de flyttat in om uppgiftslämnaren inte gått till dokumentationen för att ta reda på detta.

Förekomst av förstoppning enligt personal/vårdtagare

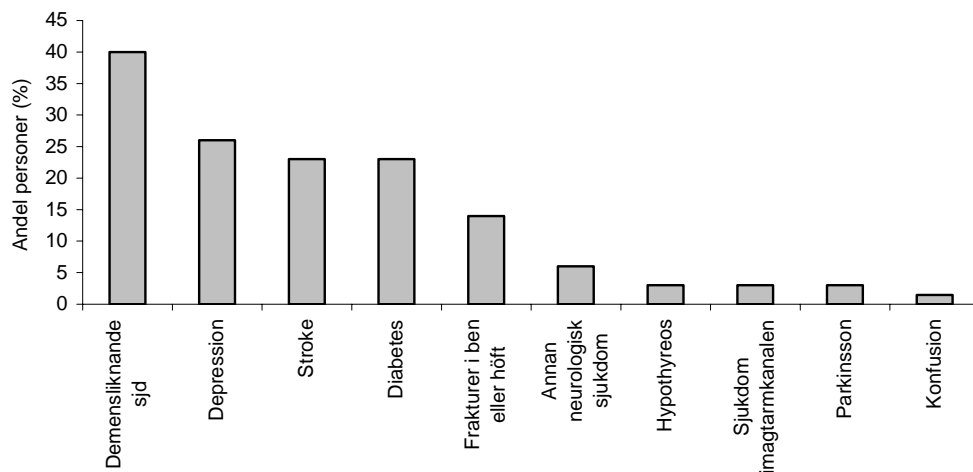
Ungefär hälften av vårdtagarna upplevde sig eller bedömdes av kontaktpersonen vara förstoppade av och till (se fig 2). Av de åtta vårdtagare som själva kunnat svara på om de upplevde sig förstoppade eller inte svarade fyra att de var förstoppade ibland och de andra



Figur 2. Uppfattning av om vårdtagaren förstoppad eller enligt personal/vårdtagare.

fyra att de alltid var det. För de flesta vårdtagare (57) har personalen besvarat frågan och de bedömer att merparten sällan var förstoppad. Det är intressant att notera att bland dem som svarat själva på om de brukar vara förstoppade eller ej har ingen uppgett att de aldrig eller sällan eller aldrig var förstoppade. Längden av vistelsen på äldreboendet hade inget samband med graden av förstoppning. Däremot fanns skillnader mellan de två äldreboendena där det ena äldreboendet hade signifikant större andel vårdtagare med förstoppningsproblematik. När det gällde förekomsten av förstoppning på avdelningsnivå var det inte någon avdelning som markant skiljde sig från de övriga.

Som tidigare nämnts kan många olika sjukdomstillstånd både direkt och indirekt påverka tarmfunktionen så att förstoppningsproblem uppstår. Nästan alla (95%) av vårdtagarna hade någon av de diagnoser som kan vara riskfaktorer för förstoppning (se fig 3.). De flesta (60%) hade någon enstaka sådan diagnos men ett par personer hade upp till sex av dessa sjukdomar samtidigt. En stor andel hade som syns i nedanstående figur demenssjukdom eller demensliknande symtom som kan göra att personen glömmer bort att gå till toaletten, inte hittar dit eller inte kan tolka tarmtömningsreflexen rätt och på så vis undertrycker tömningsreflexen, med förstoppning som följd. Relativt många hade också sjukdomar som direkt påverkar styrningen av tarmen och/eller ger nedsatt funktionsförmåga som sekundärt kan leda till försämrad transportfunktion i tarmen.



Figur 3. Andel personer inom den studerade populationen som har diagnoser som associeras med förstoppning

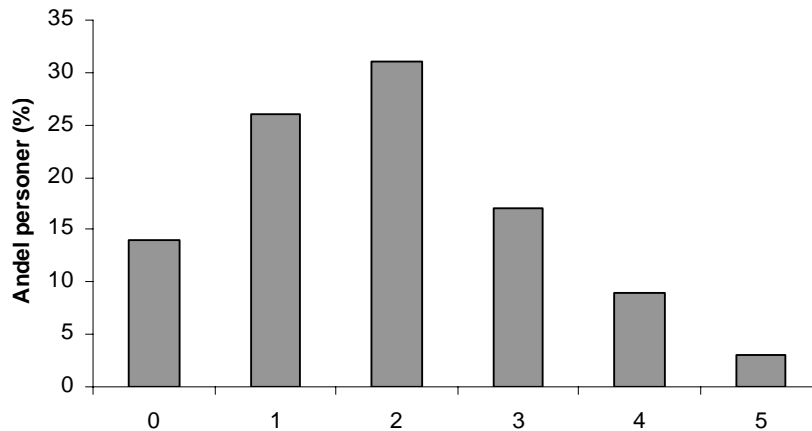
De vårdtagare som hade någon form av neurologisk diagnos var inte mer förstoppade än de övriga. Inte heller bland de demenssjuka var det vanligare med förstoppning i jämförelse med de som inte hade demenssjukdom. Även om vårdtagarna hade många diagnoser utöver de som är förknippade med risk för att utveckla förstoppning, så anses ändå majoriteten (81,5%) ha ett gott eller ganska gott allmänt hälsotillstånd.

Läkemedel

Personer som bor inom de kommunala äldreboendena och sjukhemmen har ofta ett stort antal läkemedel och antalet har under det senaste decenniet ökat. Många av dessa läkemedel har förstoppning som möjlig biverkan. I denna undersökning har bara de läkemedel som intas via munnen räknats med och alltså inte salvor, ögondroppar och dylikt. Inte heller har laxermedlen räknats in, dessa behandlas separat. Det visar sig då att vårdtagarna har mellan 0-17 olika läkemedel som intas via munnen, laxermedel oräknade. I medeltal hade de boende 6 läkemedel per person förutom eventuella laxermedel.

När man undersöker dessa läkemedel med avseende på om de kan ha förstoppning som biverkan (enligt FASS 2002) ser man att det var 14% av vårdtagarna som inte har något sådant läkemedel på stående ordination. Å andra sidan är det lika stor andel som

hade upp till fyra eller fem sådana läkemedel samtidigt (se fig 4.) Det var också nästan en tredjedel (30%)



Figur 4. Antal läkemedel hos vårdtagarna som kan ha förstoppning som biverka på stående ordination

som hade läkemedel med förstoppande biverkan som behovsmedicin. Bland de åtta vårdtagare som inte hade läkemedel med risk för förstoppning var det ytterligare två som hade det vid behov och alltså var det endast sex personer som inte alls hade någon medicin med förstoppning som möjlig biverkan ordinerad av läkare. Av dessa sex personer var det tre som var i behov av laxermedel på stående ordination.

De personer som hade flera förstoppande läkemedel samtidigt hade förstoppningsproblem i samma utsträckning som övriga. Det går inte heller att statistiskt visa att läkemedel som kan ge förstoppningsbiverkan ger mera förstoppningsproblem vare sig vårdtagarna har laxermedel eller inte.

Kost och vätskeintag

Eftersom både kost och vätskeintag har stor betydelse för en god tarmfunktion undersöktes de boendes kostvanor och vätskeintag. De flesta (57%) åt normalkost. En femtedel (20%) hade purékost och nästan lika många (18%) åt finpasserad kost. En liten grupp (5%) intog endast flytande kost. De som åt normalkost visade inga signifikanta skillnader i förstoppningsproblematik jämfört med dem som åt någon annan typ av kost. Inte heller finns skillnader i laxermedelsanvändning mellan grupperna.

Aptiten ansågs vara god hos de flesta (67%) och av de 8 personer som svarat själv tyckte alla utom en att aptiten var god. En femtedel (20%) hade måttlig aptitlöshet medan 14% ansågs ha riktigt dålig aptit. Det fanns inget statistiskt samband mellan de som hade god aptit och de som hade sämre aptit beträffande förstoppning eller laxermedelsanvändning. Om man har god aptit är det troligen lättare att få i sig fibrer och tillräckliga mängder mat för att stimulera tarmmotoriken. Det fanns inte några statistiska samband mellan god eller sämre aptit när det gäller förstoppningsproblematik eller laxermedelsförbrukning.

Drygt hälften (54%) uppskattades äta normalstora portioner, 22% uppskattades äta trekvarts portioner, 15% en halv portion och de övriga (9%) mindre än så. Vid intag av så pass mycket mat att magsäcken tänjs ut stimuleras den gastrokoliska reflexen. Om endast små mängder intas finns risk att denna reflex uteblir med risk för förstoppning. Inga signifikanta skillnader fanns här mellan portionsstorlek och förstoppning eller bruk av laxermedel.

Tuggförmågan är av betydelse för att kunna äta ordentligt, för att kunna äta grovt bröd och frukt t.ex. Det går visserligen att få i sig fibrer på annat sätt också med det kräver då lite mer planering av maten. Majoriteten (56%) hade inga speciella tuggproblem, de hade god tandstatus eller en väl fungerande tandprotes. En hel del (28%) hade dock vissa problem med tänderna och 17% hade dålig tandstatus eller dåligt fungerande tandprotes. Man kan tänka sig att det är svårare att få i sig fiberrik mat om man har tuggproblem och att förstoppning därmed skulle vara vanligare hos dem med tuggproblem. Det fanns inte några statistiska skillnader mellan dem som inte hade några tuggproblem och de som har det när det gäller förstoppning eller laxermedelsanvändning.

Det verkar som att vårdtagarna antingen äter grovt bröd och gör det relativt ofta eller så äter de inte något grovt bröd alls. Antingen åt de en (34%) eller flera skivor (31%) per dag eller så gott som aldrig (26%). Bara några enstaka åt grovt bröd någon gång per vecka. Om man jämför de som åt grovt bröd dagligen med dem som åt grovt bröd mer sällan finns inga signifikanta skillnader beträffande förstoppning eller

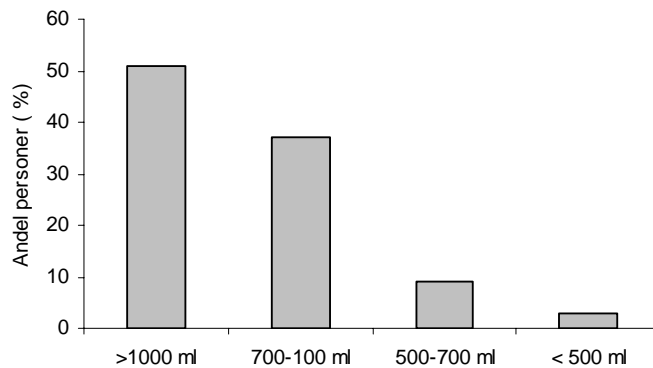
laxermedelsanvändning. Det var dock som man kan förvänta sig vanligare att de som hade normalkost åt grovt bröd dagligen än de med anpassade kosten.

Fiberrika grönsaker åt 36% dagligen, 15% någon gång per vecka medan 12% aldrig åt fiberrika grönsaker. Det fanns inte några statistiska samband mellan dem som dagligen åt fiberrika grönsaker och de som åt sådana mer sällan beträffande förstoppning eller laxermedelsanvändning. Det fanns inte heller några skillnader när det gällde vilken kost de åt vilket kan betyda att de får i sig dessa grönsaker i mosad eller passerad form.

Drygt en tredjedel av vårdragarna åt frukt dagligen. Hälften (51%) åt dock frukt endast någon gång per vecka och 12% åt så gott som aldrig frukt. De som åt frukt dagligen jämfört med dem som åt frukt mer sällan visade inga signifikanta skillnader beträffande förstoppning. Däremot fanns det skillnader i laxermedelsförbrukning mellan grupperna på så sätt att de som åt mycket frukt också hade stående laxermedel. Troligen är det så att de som behöver laxermedel också försöker att äta mycket frukt.

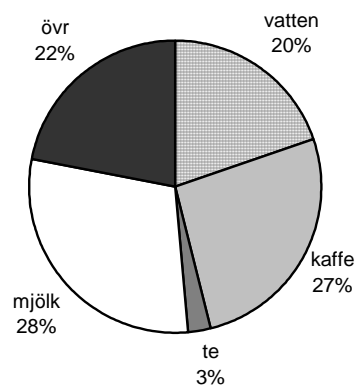
Om man istället tittar på ifrån hur många av de olika grupperna grovt bröd, fiberrika grönsaker och frukt som vårdragarna äter dagligen finns inte heller några signifikanta skillnader mellan de som har förstoppningsproblem och de som inte har det. Det finns dock en tendens till samband vilket skulle kunna tyda på att de som har förstoppning äter mycket fibrer men att det i så fall inte har hjälpt dem bli kvitt sin förstoppningsproblematik.

Vätskeintaget är viktigt för en väl fungerande tarm. Om inte tillräcklig mängd vätska finns i tarmen blir avföringen hård och trög. Mätningen av vätskan är endast ungefärlig men ger ändå ett riktmärke på vätskeintaget. Vätskeintaget är ju individuellt beroende på kroppsstorlek men ett rent vätskeintag, förutom det som finns i mat, på över en liter kan anses som minimum. Ungefär hälften (51%) intog vätska över 1000ml/dag (se fig) men en hel del får alltså i sig



Figur 5. Vätskeintag per dygn

alldeles för lite vätska. Den vätska det handlar om är dessutom i rätt stor utsträckning kaffe som kräver motsvarande mängd vatten eftersom kaffe är vätskedrivande. I figuren nedan kan



Figur 6. Typ av vätska som vårdtagaren dricker

man se vilka olika typer av vätska som vårdtagarna intog. De drycker som sorterar under kategorin övrigt uppgavs vara saft, kalla soppor, näringsdrycker och öl. Det fanns ingen signifikant skillnad bland dem som drack mindre än en liter per dygn varken beträffande om förstoppning eller i användning av laxermedel på stående ordination.

Förmågan att äta själv har också betydelse för både mat och vätskeintag. Den som inte kan äta själv är beroende av att andra till exempel erbjuder dryck i rätt utsträckning

eller ger vårdtagaren något att dricka även mellan målen. De flesta (65%) kunde äta själva, en femtedel (20%) behövde mer eller mindre hjälp med maten medan (14%) alltid matades och någon enstaka åt inget alls längre. Även om man kan äta och dricka själv är det inte säkert att man kan komma åt att ta dryck själv om man har funktionsnedsättningar. Det fanns ingen signifikant skillnad beträffande dem som åt helt själv jämfört med övriga när det gällde vätskeintaget. Det fanns inte heller något samband mellan de som drack kaffe och de som inte drack kaffe. Det fanns heller inget som tyder på några skillnader beträffande förstoppning om vårdtagaren konsumerade mycket eller lite kaffe.

Psykisk status

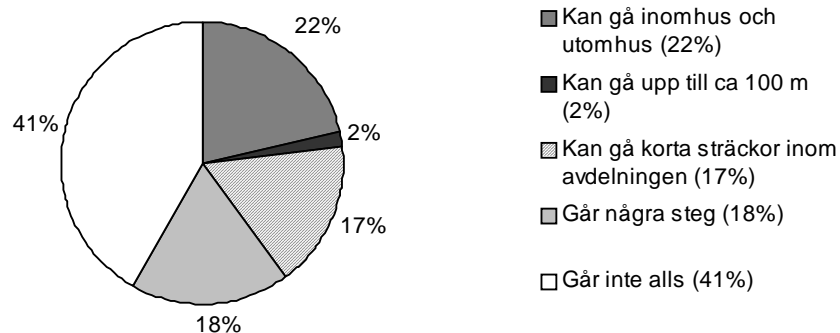
Personalen bedömde att en femtedel (22%) av vårdtagarna har ett gott psykisk status och är helt orienterade i tid och rum. Ungefär lika många (17%) hade dock svåra problem och svarar inte adekvat på tilltal. Drygt hälften (57%) hade enligt personalen lättare problem med psykisk förmåga, minnesproblem och/eller var stundtals förvirrade.

Det fanns ingen skillnad mellan de som hade en god psykisk status och de som inte hade det i vilken grad de hade förstoppning

Fysisk funktionsförmåga

Att vara i rörelse stimulerar tarmen att arbeta och verkar alltså förebyggande mot förstoppning. De flesta var begränsade i sin rörelseförmåga. Det var 22% som var något begränsade, 45% mycket begränsade och 6% bedömdes som orörliga. Full rörelseförmåga bedömdes ca en dryg fjärdedel (28%) ha. De flesta hade inskränkningar i sin förmåga att gå längre sträckor (se fig. nedan) vare sig de hade gånghjälpmedel eller inte och 42% av de äldre

vårdtagarna kunde inte alls gå. Det fanns ingen skillnad i förstoppning mellan grupperna med olika rörelseförmåga.



Figur 7. Rörelseförmåga hos vårdtagarna med eller utan hjälpmedel

Inkontinens

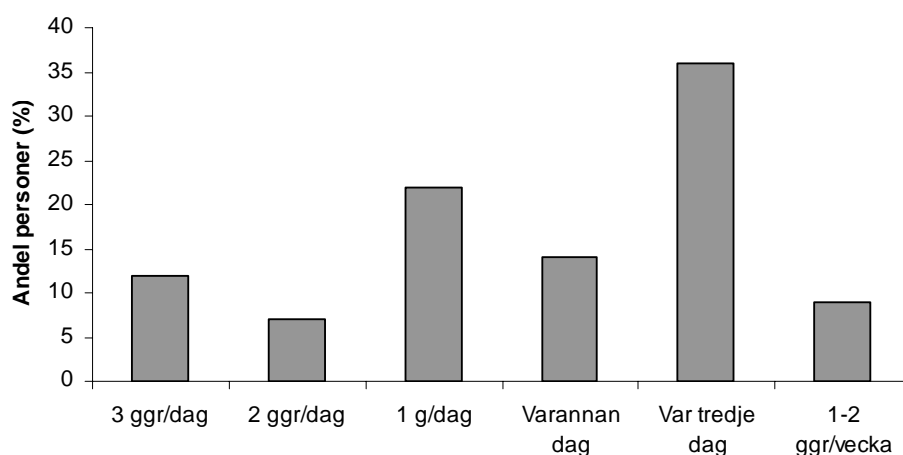
Inkontinens kan ha samband med förstoppning dels genom läckage vid fekalom dels om diarré uppstår vid laxering eftersom diarré är en orsak till tillfällig avföringsinkontinens. Likaså kan en utspänd ändtarm vid förstoppning påverka urinblåsans normala fysiologiska mekanismer. I denna undersökning ser vi dock bara om inkontinens finns eller inte.

När det gäller avföringsinkontinens har det uppgetts att mer än hälften (57%) var helt (30%) eller delvis (27%) avföringsinkontinenta. Det var 43% som inte hade någon avförings-inkontinens alls.

Urininkontinens hade 61% helt och 16% ibland, alltså ungefär tre fjärdedelar av vårdtagarna. Endast en femtedel (22%) hade förmågan att helt hålla urin. Det var bara en av de 65 vårdtagarna som hade kvarliggande kateter. Det fanns ingen skillnad mellan de vårdtagare som var kontinenta och inkontinenta beträffande förstoppning, varken när det gällde urin eller avföringsinkontinens.

Avföring

Ungefär en fjärdedel (27%) av vårdtagarna hade avföring spontant medan resten behövde använda laxermedel mer eller mindre regelbundet. För att kunna hålla reda på hur den enskilde vårdtagaren har det med "magen" är det brukligt att avföringen registreras på någon typ av lista. Det registreras då vanligen som A för normalstor avföring, a för liten mängd och § för diarré. För två tredjedelar (66%) fördes sådan registrering kontinuerligt och för ytterligare 3% ibland. Inom vården är det ofta så att man ser avföring mindre än var tredje

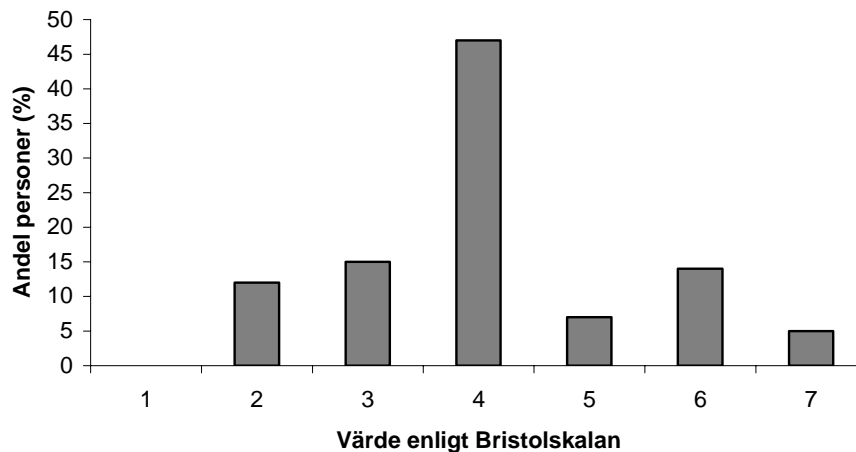


Figur 8. Avföringsfrekvens

dag som förstoppning och indikation på att åtgärda problemet med hjälp av tillfälliga laxermedel ofta av typen tarmretande eller rektalt verkande medel. I denna undersökning hade 41% daglig avföring och 90% inom ett tredagars intervall, med eller utan laxermedel, (se fig. ovan).

Eftersom äldre oftare har problem med att själva tarmtömningen kan kännas ofullständig är inte en intervallregistrering idealisk. Istället bör konsistens och form på avföringen och besvär vid tarmtömning beaktas. De flesta (73%) rapporterade eller uppskattades ha normal avföringsmängd. Bland de övriga ansåg 18% att mängden var mindre än normalt eller att det varierade (7%). Några enstaka (3%) hade mindre

mängd än normalt och gjorde ofta misslyckade försök till tarmtömning. De som hade mindre mängd avföring än ”normalt” uppgavs inte vara mer förstoppade än övriga. Det finns ett referenssystem för avföringskonsistens som kallas för Bristolskalan (se bilaga 2.) där typ 4 anses normalt avföringskonsistensen och högre värde (5-7) är lösare och lägre värde (1-3) visar hårdare avföring. Enligt denna skala hade ungefär hälften normal konsistens på avföringen medan det var ungefär lika många som hade för hård som för lös avföring (se figur nedan).



Figur 9. Avföringskonsistens enligt Bristolskalan

För hård avföring kan ses som en inte adekvat förstoppningsprevention eller behandling och för lös avföring kan bero på laxeringsbiverkan men kan också ha andra orsaker. Det var signifikant fler av dem som hade lös avföring som hade laxermedel på stående ordination.

Ungefär en tredjedel (29%) av vårdtagarna hade svårigheter vid tarmtömning. En liten andel (6%) hade smärtor i magen medan övriga hade besvär som relaterar till tömningssvårigheter, smärta i ändtarm och besvär av hemorrojder. Av dem som hade besvär vid tarmtömning uppgavs drygt hälften (47%) att besvären sällan förekom medan de övriga hade sådana besvär ofta (16%) eller alltid (37%).

Toalettbesöken

Av vårdtagarna kom 83% dagligen till toaletten men några (4%) kom aldrig till toaletten längre, en del (13%) ibland, det vill säga varannan eller var tredje dag. Det fanns ingen skillnad beträffande bedömning av förstoppning mellan dem som klarade toalettbesöken helt själva och dem som behövde hjälp i olika utsträckning.

Drygt en tredjedel (39%) kunde själv ta sig till toaletten vid behov medan en knapp tredjedel (30%) kunde säga till att de behövde gå på toaletten. Övriga kom till toaletten i olika utsträckning. En del (15%) toalettränades regelbundet, några (10%) sattes på toaletten direkt på morgonen när de steg upp och ytterligare några (6%) efter frukosten. De som inte kunde säga till om att få gå på toaletten var inte mer förstoppade än de som kunde säga till.

De allra flesta (65%) behövde alltid någon form av hjälp i samband med toalettbesöken och ytterligare några få (6%) behövde hjälp ibland. Det var alltså bara en knapp tredjedel (29%) som klarade av toalettbesöken helt på egen hand. Bland dem som var beroende av hjälp sade en tredjedel till själva (34%) men hos majoriteten var det personalen som avgjorde eller påminde när vårdtagaren skulle komma till toaletten. Personalen tillfrågades om det fanns några tecken hos vårdtagarna som gjorde att de visste att den äldre personen behövde komma till toaletten. De har uppgivit sådana tecken för fem av vårdtagarna. För en vårdtagare handlade det om att personalen visste att om inte vårdtagaren ”skött magen” på 2-3 dagar var det dags för ett toalettbesök. För de övriga fyra uppgavs att vårdtagaren rullar stolen mot toan, svarar på fråga om de behöver göra ett toalettbesök eller att vårdtagaren ”börjar lukta”.

Två tredjedelar (66%) kom till en toalett när de behövde ”sköta magen” och alla utom en vårdtagare hade egen toalett. Ytterligare några (5%) fick sitta på en duschstol med bänken eller hink under. För en hel del skedde tarmtömningen i blöja. Ingen som inte rapporterats som inkontinent använde blöja. En del av dem som använde blöja hade alltid avföring liggande i sängen (12%) medan det för andra (17%) kunde variera och de kunde ha avföring både uppegående, sittande eller i sänkläge.

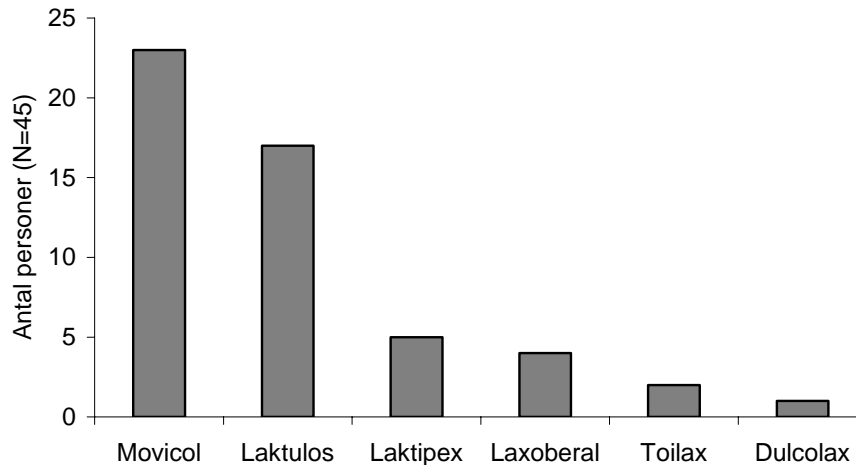
Sittförmågan kan vara av betydelse för hur man klarar toalettbesöken eftersom man har svårt att slappna av då man sitter illa. Två tredjedelar (61,5%) kunde sitta obehindrat medan var tionde (10%) behövde någon form av stöd men hade förmåga att kunna ändra läge själv. Ytterligare 28% kunde sitta upp med stöd men kunde inte göra några lägesändringar själv. En liten grupp (9%) behövde ordentlig uppstöttnings för att kunna sitta upp och någon enstaka kunde inte alls sitta på en toalett. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de som hade god och de som hade dålig sittförmåga när det gäller förstoppning. De med sämre sittförmåga hade inte mer laxermedel och de rapporterades inte ha mera tömningsbesvär än de som hade god sittförmåga.

Många (60%) kunde lämnas ensam under toalettbesöken medan 21% kunde lämnas en kortare stund med tät tillsyn och ungefär lika många kunde inte lämnas ensam alls vid ett toalettbesök utan någon måste vara med. När någon måste vara med eller när personalen eller vårdtagaren är stressad är det lätt att inte tillräcklig tid avsätts för toalettbesök så att vårdtagaren kan slappna av. För två tredjedelar (65%) uppskattades att toalettbesöket varade tio minuter eller mindre. För 25% varade besöket mellan 10 och 20 minuter och för 10% upp emot en halvtimme. Det är svårt att värdera huruvida lång eller kort tid är positivt eller negativt eftersom det är individer och unika situationer det handlar om men generellt kan man väl säga att både alltför korta och alltför långa toalettbesök kan vara negativt.

Om man har svårt att sitta på ett eller annat sätt kan hjälpmedel underlätta. Det var nästan hälften (47%) av vårdtagarna som hade hjälpmedel för att underlätta toalettbesöken. De hjälpmedel det handlade om var nästan uteslutande (92%) en speciell stol, med eller utan hjul, att sätta över toaletten. Någon enstaka hade speciellt armstöd och ytterligare en mjuk ring att sitta på.

Laxermedel

Laxermedel används flitigt i äldrevården. I denna undersökning var det 75% som använde laxermedel regelbundet. Av dessa hade 64% ett laxermedel 8% två och 3% tre olika laxermedel. Nästan hälften (45%) använde laxermedel vid behov men det var i stort sett de



Figur10. Omfattning av de laxermedel som användes på stående ordination

som redan hade laxermedel på stående ordination som också hade vid behov. Endast 6% hade laxermedel vid behov enbart. De som inte hade några laxermedel alls hade inte heller någon förstoppningsproblematik. De laxermedel som användes på stående ordination var framför allt osmotiska medel som framgår av figuren ovan, där Movicol och Laktulos är de som används mest frekvent.

Av de fyra personer som hade Laxoberal på stående ordination var det bara en som samtidigt hade morfin på stående ordination. De övriga tre hade andra läkemedel som kan ge förstoppning som biverkan.

Icke farmakologiska metoder

Förutom laxermedel registrerades övrigt som man aktivt gjorde för att förebygga förstoppning hos vårdtagarna. Nästan hälften (48%) intog katrinplommon och nästan lika många (45%) intog extra fibrer i form av linfrö eller kli. Två tredjedelar (66%) av vårdtagarna använde både katrinplommon och fibrer i någon form av röra.

De fanns inga signifikanta skillnader mellan de två äldreboendena beträffande katrinplommonsanvändning. Däremot fanns det skillnader mellan boendena när det gällde fibertillskott. De som använder katrinplommon och/eller extra fibrer har varken mer eller mindre laxermedel på stående ordination jämfört med de övriga. Det finns inte heller några skillnader beträffande förstoppning eller avföringskonsistens.

På frågan om något annat görs för att förebygga eller motverka förstoppning har kommentar bara givits för några få. För två vårdtagare uppgavs att man försökte få dem att röra på sig lite extra, en uppmanades att dricka lite mer och för en uppgavs som förebyggande att hålla koll så att det inte går för lång tid emellan avföringstillfällena.

Diskussion

Det är inte lätt att undersöka ett så komplext fenomen som förstoppning på ett vetenskapligt korrekt sätt. Dels finns det en mängd faktorer som påverkar förstoppning och dels finns inga enkla kriterier för bedömning av förstoppning. Vi har här försökt att få med så många av dessa faktorer som möjligt men det ger också svårigheter då det är svårt att särskilja effekten av en faktor från en annan. Bland de äldre som bor på ett äldreboende är många så dåliga att de inte själva kan uttala sig utan man hänvisas till personalens bedömning och att bedöma hur en annan person känner sig kan aldrig ge full rättvisa. Det är stor risk att eventuella förstoppningsproblem underskattas eftersom det blir en bedömning bara på det objektivt mätbara, framför allt på frekvens, i stället för besvär vilket är det vanligaste problemet som äldre själv uppger. Man kan ana detta i resultatet där de vårdtagare som uttalat sig själva om de upplevde sig förstoppade inte någon gång valde alternativet sällan eller aldrig vilket däremot vårdpersonalen ofta gjorde när de svarat åt vårdtagare. Vi har ändå försökt att minska dessa effekter genom att använda kontaktpersonen som den som fyllde i formuläret åt vårdtagaren. Kontaktpersonen är troligen den i personalen som känner vårdtagaren bäst och har en tät kontakt med denne och kan kanske med tiden även uppfatta vissa mer subjektiva besvär hos vårdtagaren. Dessutom har en klar majoritet av vårdtagarna laxermedel på stående ordination. Tack vare dessa laxermedel har de kanske inte så stora problem i nuläget men förstoppningen kanske istället kunde ha avhjälpats på ett icke farmakologiskt sätt. Det är nästan omöjligt att studera de enskilda faktorernas inverkan på förstoppningsproblematiken och flera negativa faktorer kan sannolikt ge synergistisk effekt. Det gäller alltså att försöka se till helheten. Kanske är det dessa metodologiska svårigheter som är orsaken till att förstoppningsproblematiken bland äldre är så lite

undersökt. En enkel kartläggning som denna kan ändå ge värdefull information och en fingervisning om problemets art.

Urvalet kommer från två äldreboende. Det förkom signifikant mer förstoppning på det ena äldreboendet. Det kan finnas skillnader i vårdtagarnas hälsotillstånd på de olika avdelningarna så att det finns mer förstoppningsproblem på ett boende utan att personalen för den skull gör ett sämre arbete. Det kan också tänkas finnas vissa skillnader i behandlingskultur när det gäller hur man förebygger och behandlar förstoppning på de olika boendena. Denna skillnad kan även förekomma på avdelningsnivå. Antalet individer i urvalet är inte så stort att det på ett bra sätt går att indela i alltför många olika alternativ. Det får då bli en grövre indelning vilket kan göra att skillnader som egentligen finns inte kommer fram.

De flesta vårdtagarna har en hög ålder och har bott mer än ett år på äldreboendet. Man kan dels tänka sig att man efter en längre tids boende vant sig vid miljö, mat och andra rutiner samtidigt som personalen lärt sig hur vårdtagaren skall skötas för att magen skall hållas i gång. Men en längre vårdtid kan ju också innebära att sjukdomar försämrats eller tillstöter liksom att en förbättring sker när man får hjälp. Nästan alla vårdtagare har någon medicinsk diagnos som kan ge förstoppning som komplikation. Det är viktigt att vid dessa diagnoser tidigt tänka förebyggande för att förhindra att problem uppstår. De demenssjuka var inte mer förstoppade än de somatiskt sjuka. Kanske tar personalen ett större ansvar för de dementa eftersom de så tydligt behöver hjälp. Ofta är de rörliga och lättare att toalettträna än de som är somatiskt sjuka och handikappade och som kanske behöver hjälp av två vårdare eller liftar och liknande.

Äldre och speciellt de äldre på äldreboendena har ett stort antal läkemedel och det är viktigt att beakta och följa upp eventuella biverkningar i form av förstoppning. Det kan finnas andra alternativ och annars får man försöka tänka efter och vara förutseende och försöka förebygga att förstoppning uppstår. I denna undersökning hade nästan alla något läkemedel med förstoppning som möjlig biverkan. De bedömdes dock inte ha förstoppning i högre utsträckning än de som inte hade det. Även om det inte går att statistiskt säkerställa här kan det vara så att det korrigeras av att man möter upp med laxermedel eller annan behandling eller så kan det helt enkelt vara en underskattning i bedömningen av förstoppningsproblemen då personalen fört

vårdtagarnas talan. Alla får ju inte heller biverkningar av ett läkemedel. Att sätta ut förstoppande läkemedel är kanske det lättaste sättet att påverka förstoppning men det måste ju vägas mot nyttan av läkemedlet eller en eventuell annan effekt av ett likvärdigt läkemedel. Det är också viktigt att med jämna mellanrum utvärdera och revidera läkemedelslistan inte bara vad gäller antal läkemedel utan också med tanke på biverkningar. Det är lätt att en biverkan som förstoppning förbises men den kan vara viktig att uppmärksamma eftersom förstoppning påverkar aptiten och därmed nutritionsstatus, men även möjligheterna att delta i sociala aktiviteter. Mår man inte bra i magen påverkar det ju hela människan. Vårdtagaren som laxerar kan vara rädda att delta i sociala aktiviteter av rädsla för att inte hinna till en toalett.

Redan efter dessa två faktorer, sjukdom och läkemedel ser man det mångfacetterade problemet bakom förstoppningsproblematiken. Lägg därtill stillasittande, vårdberoende, dålig aptit på mat och dryck så är problemet komplext. Det kan vara svårt att veta hur man skall gå till väga eller vilken faktor som är effektivast att påverka. Det är viktigt att se till helheten i den individuella situationen och påverka alla de faktorer som går att påverka och inte haka upp sig på någon enskild faktor eftersom det inte tycks vara någon enskild faktor som påverkar mer än någon annan.

När det gäller kosten var det ingen skillnad mellan vilken form av kost vårdtagarna åt och i vilken grad de var förstoppade. Inte heller aptiten eller mängden mat gav något utslag. Men här handlar det ju också om uppskattningar och inga regelrätta måltidsregistreringar. Det var slående att man antingen åt man grovt bröd och gjorde det ofta eller så åt man inte grovt bröd alls. Det visar väl att om det går så försöker personalen att tänka på att ge grovt bröd men i sista änden har ju vårdtagaren också sin egen vilja att välja. Fiberrika grönsaker, (alltså inte gurka, sallad och tomat som framförallt innehåller vatten), åt bara en tredjedel dagligen. Det är synd eftersom det faktiskt går att mosa och passera dessa ofta kokbara grönsaker som t.ex. ärtor, morötter och bönor. Det kanske behövs mer samarbete med dietist för att säkerställa fiberinnehåll i den anpassade maten. Det är inte ovanligt att de som har svårt att äta får saftkräm och mjölk på avdelningen när inte maten som kommer från köket smakar. Detta är i längden en alltför fiberfattig kost. Fibrer går också att tillföra i gröt som ju också innehåller vätska. Många äldre tycker bra om och är vana vid att äta gröt. En tredjedel åt frukt dagligen, hälften någon gång i veckan och resten ännu mera

sällan vilket är förvånande. Frukt är ju läskande och ofta lätt att äta t.ex. ett mjukt päron och innehåller både vätska och fibrer, men även fruktsyror som stimulerar tarmen.

Det är lätt hänt att äldre får i sig för lite vätska då de inte känner törst på samma sätt som tidigare och därtill är beroende av hjälp för att få och/eller få i sig vätskan. På ett äldreboende har man kanske inte samma möjlighet till val av dryck som om man bor hemma. Det dricks mycket kaffe och te som är vätskedrivande. Här fann vi dock inga signifikanta skillnader i förstoppning bland dem som drack mycket eller lite kaffe. Kanske är det de som dricker kaffe som också dricker bra för övrigt.

Om man tittar på dem som drack mer eller mindre än en liter per dygn så finns inga skillnader vare sig när det gäller förstoppningsproblematik eller laxermedelsanvändning. Här handlar det om uppskattning av den dryck som vårdtagaren får i sig utöver maten vilket förstås kan bli lite fel och en hel del ytterligare vätska kan ju också tillföras via maten.

När det gäller psykisk status hade över hälften lättare problem med den psykiska förmågan, d.v.s. minnesproblem och/eller förvirring av och till. Här finns ingen koppling till ökad förstoppningsproblematik utan personalen kan troligtvis möta upp och hjälpa dessa vårdtagare och t.ex. påminna om toalettbesök. För 2/3 av alla vårdtagarna fördes någon form av avföringsregistrering och det är bra för de vårdtagare som har minnesproblem men också ett stöd för personalen.

Beträffande fysisk funktion kunde 40% inte gå alls medan en fjärdedel klarade av att gå minst 100 meter. Många är alltså starkt rörelsemässigt begränsade och har svårt att med fysisk aktivitet förebygga förstoppning. Man skall dock inte förakta det lilla eftersom även några få steg till toaletten istället för att åka rullstol kan ha positiv inverkan.

Det var många, över hälften som var avföringsinkontinenta. Avföringsinkontinens är den vanligaste orsaken till att anhöriga inte orkar vårda hemma. Även om personen är avföringsinkontinent är det viktigt att försöka få en regelbundenhet i tarmtömningen genom att t.ex. hjälpa personen till toaletten regelbundet eftersom man på så sätt kan

reglera tarmtömningarna till viss del. Det är inte behagligt att behöva få avföringen i blöjan även om det förstås kan hända ibland.

Vid konsistensregistreringen, som är ett bra komplement till frekvensregistreringen, framkom att ungefär lika många hade för lös som för hård avföring. Vid laxering kan avföringen bli väldigt lös och då ökar risken för att en annars helt kontinent person blir avföringsinkontinent. Bland annat därför är det viktigt att utvärdera och reglera laxermedelsbehandling. Frekvensregistreringen är bra men behöver kompletteras med konsistensregistrering. Även om en vårdtagare har daglig avföring kan den vara hård och besvärlig om konsistensen inte registreras ser det ut som om magen fungerar bra. I denna undersökning hade 90% avföring inom ett tredagarsintervall men det säger ju egentligen inget om hur vårdtagaren upplever det. Varken vid frekvens eller vid konsistensregistrering framkommer de subjektiva upplevelsorna av smärta och andra tömningsbesvär. Eftersom det ofta är tömningsbesvär som upplevs som förstoppning kan problemet underskattas och inte fångas upp ordentligt av personalen. De behöver kanske lära sig att ställa frågor om tömningsbesvär. Konsistensregistreringen är också bra som utvärdering av laxering.

Alla vårdtagare utom en på de båda äldreboendena hade en egen toalett vilket underlättar genom att de inte behöver köa eller känna stress över att någon annan vill dit. Likaså är det enklare att anpassa för den enskilde vårdtagaren. I denna undersökning kom 83% till toaletten dagligen. De som inte kom till toaletten alls kan vara de som är sängliggande och de som är inkontinenta och bara sätts på toaletten var tredje dag t.ex. vid laxering. De som kan sitta på toaletten bör få komma dit dagligen eftersom det är mest fysiologiskt normalt. Likaså är det viktigt att få tillfälle att komma till toaletten oftare än var tredje dag. Oftast är det som mest fysiologiskt riktigt att besöka toaletten efter en måltid för att dra nytta av den gastrokoliska reflexen. Detta ställer krav på personalen eftersom endast 1/3 av vårdtagarna kunde ta sig till toaletten själva. Efter måltiderna infaller också vanligen personalens kaffeпаuser. Detta kan vara värdefulla tillfällen som vårdtagaren går miste om. Det är också viktigt att ta vara på kunskap om vårdtagaren och ta vara på signaler och personliga vanor. Det var 12% som uppgavs ha avföring i blöjan liggande. Det kan vara svårt sjuka sängliggande personer och så måste det ju få vara t.ex. i livets slutskede. Men det var fler som uppgetts kunna sitta upp så troligen får ändå en del ha

avföring i blöja liggande i sängen för att det är enklare att hantera för personalen. När det gäller sittförmåga kunde 18% inte ändra läge själva när de satt. Det måste vara svårt att slappna av om man sitter en stund på toaletten om man inte kan justera hur man sitter. Det var bara en person som hade en mjuk ring att sitta på något som kanske kan underlätta för dem som inte kan ändra läge själva och för dem som är mycket magra eller har smärtor. De hjälpmedel som fanns var rullbara toalettförhöjningar. När det gäller toalettbesöken finns också problem med att vårdtagaren inte kan lämnas ensam. Nästan hälften behövde åtminstone viss tillsyn vid toalettbesöken vilket säkert kan upplevas som stressande för vårdtagaren. Det finns både risk för att toalettbesöket blir för kort för att personalen är stressad och att det blir för långt för att andra vårdtagare behöver hjälp samtidigt.

Det finns en benägenhet inom vården att behandla med laxermedel istället för att åtgärda orsakerna till förstoppning. Många vårdtagare har laxermedel och så många som tre fjärdedelar hade det regelbundet. De flesta av dem hade dessutom ytterligare laxermedel vid behov. Detta speglar antingen att de stående laxermedel inte hjälper till fullo eller att läkemedelslistan inte reviderats. Det är en hög siffra men liknande höga siffror rapporteras från personer som bor på sjukhem (Fastbom 2000). Till skillnad från uppgifter från Kungsholmsstudien (Fastbom 2000) är det framförallt osmotiska medel som vårdtagarna i denna studie använder och det verkar vara relevant med tanke på patientgruppen. Bulkmedel har en begränsad effekt och kräver rikligt vätskeintag och tarmirriterande medel bör bara användas högst tillfälligt eller i samband med morfinbehandling. I denna undersökning fanns tre personer som hade tarmirriterande medel på stående ordination utan att ha morfinbehandling och man kan undra varför.

Många äldre intar alternativa medel för att förebygga förstoppning. Katrinplommon är ett populärt alternativ/komplement till laxermedel liksom linfrö och/eller vetekli. Ofta blandas alltihopa samman till någon form av röra. Det fanns skillnader mellan boendena när det gäller fibertillskott. Sådana här icke farmakologiska kurer är nog bundna till vissa avdelningar och boenden och kan spegla de olika behandlingskulturerna som nämndes i början av diskussionen. Ytterligare interventioner utöver ovanstående kurer har bara uppgivits för ett fåtal personer. Personalen har då nämnt att man försöker få den äldre att röra på sig eller dricka mer,

vilket man borde tänka på för alla vårdtagare. Personalen bör inte nöja sig med att vårdtagaren håller magen igång med hjälp av laxermedel. Vare sig det gäller laxermedel eller andra interventioner är det viktigt att inte köra någon slags universalbehandling för alla utan att försöka se till den enskilde individens problem, riskfaktorer och resurser när det gäller förstoppningsproblematiken. Liksom att inte underskatta en eventuell förstoppnings inverkan på livskvaliteten. Som någon har sagt *Är magen glad så är kroppen glad.*

Referenser

Abrahamsson H. Red.(1997). *Gastrointestinal motilitet. Mätmetoder.* Västra Frölunda: Janssen Cilag AB.

Allison O, Porter M, Briggs G. (1994). Chronic constipation: Assessment and management in the Elderly. *Journal of the American academy of nurse practioners.* 6:7;311-317.

Apoteksbolaget. (2001). *Apotekets råd om Magen och vanliga tarmproblem.* Stockholm: Apoteksbolaget.

Apoteksbolaget (2201-2002). *Läkemedelsboken.* Stockholm: Apoteksbolaget.

Berggren C. (2000). Inga laxermedel. Ett mål att sträva mot. *Tidningen Äldreomsorgen.* 3: 24-27.

Biolac AB. www.biolac.se

Chassagne P, Jego A, Gloc P, Capet C, Triviale C, Doucet J, Denis P, Bercoff E. (2000). Does treatment of constipation improve faecal incontinens in institutionalized elderly patients? *Age and ageing.* 29: 159-164.

Chaussade S. (1999). Mechanisms of action of low doses of polyethylene glycol in the treatment of functional constipation. *Italian Journal of Gastroentology and Hepatology.* 31:3; 242-244.

Creason N, Sparks D. (2000). Fecal Impaction: A Review. *Nursing Diagnosis*. 11:1;1523.

De Lillo AR, Rose S. (2000). Functional Bowel Disorders in the Geriatric Patient: Constipation, Fecal Impaction, and Fecal Incontinence. *The American Journal of Gastroenterology*. 95: 4; 901-905.

Dehlin O, Rundgren Å. (1995). *Geriatrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Drossman DA. (1999). The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*. 45 (supplII); 111-115.

Emly M, Cooper S, Vail A. (1998). Colonic Motility in Profound Disabled People. A comparison of massage and laxative therapy in the management of constipation. *Physiotherapy*. 84:4; 178-183.

Läkemedelsinformation. (2002). *FASS. Farmaceutiska specialiteter i Sverige*. Stockholm: Läkemedelsinformation, LINFO.

Fastbom. J. (2000). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Rapport 2000:14.

Frank L, Flynn J, Rothman M. (2001). Use of a self-Report Constipation Questionnaire With Older Adults in Long-Term Care. *The gerontologist*. 41: 6 ;778-786.

Ferguson A, Culbert P, Gilett H, Barras N. (1999). New polyethylene glycol electrolyte solution for the treatment of constipation and fecal impaction. *Italian Journal of Gastroentology and Hepatology*. 31: 3 ; 249-252.

Frukt & grönt främjandet. www.fruktogront.se

Grant E. (1999). An audit of laxative use and fiber/fluid intakes in care of the elderly rehabilitation ward. *Journal of Human Nutrition and Dietics*. 12: 409-413.

Harari D, Gurwitz JH, Avron J, Choodnovskiy I, Minaker KL. (1994). Constipation: Assessment and Management in an Institutionalized Elderly Population. *Journal of the American Geriatrics Society*. 42:947-952.

Harari D, Gurwitz JH, Minaker KL. (1993). Constipation in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*. 41:1130-1140.

Heaton KW, Radvan J, Cripps H, Mountford RA, Braddon F E M, Hughes AO. (1992). Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut*. 33; 818-824.

Hultén L, Nordgren S, Öresland T. (1995) Fekal inkontinens. Västra Frölunda : Janssen Cilag.

Lederle. F.A. (1995). Epidemiology of Constipation in Elderly Patients. *Drugs and aging*, 6 (6): 465-469.

Livsmedelsverket. www.slv.se

Malmberg B, Gustafsson G, Ernsth M. (1997). *Några medicinska kvalitetsindikatorer i det särskilda boendet för äldre i Jönköpings län 1996*. Jönköping: Institutet för gerontologi rapport nr 77.

Mork Rokstad AM, Horn B, Skarstein, Stendal LH. (1996). *Aldersdemens. Kommunikation på kollisionskurs. När atferd blir vanskelig å mestre*. Oslo: INFO-banken.

Müller-Lissner S. (1999). Classification, pharmacology, and side-effects of common laxatives. *Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 3;(suppl 3) 234-237.

Månsson-Lindqvist, M. (1995). *Obstipation hos boende på sjukhem*. Linköpings universitet: Institutionen för omvårdnadsforskning.

Nilsson S, E. Takkinen S, Johansson B, Dotevall G, Melander A, Berg S, McClearn G. The Effect of Laxative Treatment on Plasma Homocystein: A study of a population based Swedish sample of persons over 80 years of age. *European Journal of Clinical Pharmacology*. In press.

Rimon E, Levy S. (2000). Constipation in older people – new approaches to treatment. *Reviews in Clinical Gastroentology*. 10; 133-147.

Roberfroid M.B. (2000). Prebiotics and probiotics: are they functional foods? *American Journal of Clinical Nutrition* 71; 1682-1687.

Robson M, Kiely DK, Lembo T (2000). Development of Constipation in Nursing Home Residents. *Diseases of Colon and Rektum*. 43:7; 940-943.

Läkemedelskommittén i Jönköpings län, expertgrupp förstoppning (2001). *Förstoppning, Rådgivande synpunkter angående utredning och behandling*.

Sandström O. (2000). Den åldrande magtarmkanalen. –Det neuroendokrina systemet och framtida behandlingsalternativ. *Nordisk geriatrik*. 1:46-53.

Sodeman WA, Haider K. (1998). Constipation in the Nursing Home Patient. *Annals of Long-term Care*. 6:2; 54-59.

Sonesson B, Sonesson G. (1993). Människans anatomi och fysiologi. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Socialstyrelsen (2001). Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stacewicz-Sapuntzakis M, Bowen P, Hussain EA, Damayani-Wood ID, Farnsworth NR. (2001). Chemical Composition and Potential Health Effects of Prunes: A Functional Food? *Clinical Reviews in Food science and Nutrition*. 41(4); 251-286.

Triadafilopoulos G, Finlayson MA, Grellet C. (1998). Bowel Dysfunction in Postmenopausal Women. *Women & Health*. 27:4;1998.

Ungar A. (2000). Movicol in treatment of constipation and fecal impaction. *Hospital medicine*. 61(1) 37-40.

Uvnäs-Moberg K. (1986). Beröringsutlöst frisättning av gastrointestinala och hypofysära hormoner. Fysiologiska och psykologiska konsekvenser. *Svensk Veterinärtidning*. 1986;39:12.

Wisten A, Messner T. (2003) Dagens Medicin.

Äldrecentrum. (2000). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Äldrecentrum. Rapport 2000:14.

Molinogröt

(1 portion)

2 ½ dl vatten

5g katrinplommon

10g russin

10g vetekli

14g linfrö

30g grahamsmjöl

1. Blötlägg frukt och linfrö dagen innan
2. Koka upp den blötlagda blandningen.
3. Rör ner grahamsmjöl och vetekli.
4. Låt koka i 10 minuter. KLART!

Katrinplommonröra

1 dl katrinplommon i bitar

1 dl russin

½ dl linfrö

7 dl vatten

½ dl vetekli

1. Lägg katrinplommonen, russin och linfrö i blöt i vatten dagen innan
2. Koka nästa dag blandningen i 10 minuter
3. Rör ner vetekli.

Ge 1dl/dag av katrinplommonröran.

Fiberrik frukostgröt gott alternativ för att hindra tarmslipp hos äldre

En fruktostgröt bestående av linfrö och katrinplommon gör

rusen för tröga tarmar hos geriatriska patienter i Norrbotten.

gröten minskar belävet av laxermedel och ger mindre mag-

armrelaterade besvär, visar en ny studie.

Frukostopping är en vanlig problem bland äldre som vårdas på sjukhus.

Sedan 1970-talet har patienter i Norrbotten kunnat få hjälp till bättre tarmsfunktion genom att äta en specialfruktostgröt. Maten går populärt under namnet Pajalagröt, då receptet först introducerades vid Pajalavårdcentral av koks-

kökschefen Vera Nicomi. Gröten består av bland annat linfrö och katrinplommon, ingredienser med känt effekt att mjuka upp tarmväggarna och att stimulera tarmen.

När har Pajalagröten för första gången utvärderats i en klinisk studie. 20 geriatriska patienter vid sjukhuset i Ullånger under två veckor antogs att äta vanlig frukost eller Pajalagröt.

Asse Westén och Terbjörn Messner
Projekt: Utvärdering av Pajalagröts effekter på tarmfunktion hos äldre patienter
Finansiering: Fördelningen vid Norrbottens läns landsting

Patienterna som åt gröt hade i genomsnitt avföring utan laxermedel i 10,7 dagar under den två veckor långa studieperioden, jämfört med 3,2 dagar för kontrollgruppen. Antalet dagar utan avföring var också halverade i gruppgruppen. På en väl tillad fruktostgröt eskadla för upplevda mag-tarmrelaterade besvär skattade gröt-ätna

på en skala mellan 1 och 10.

– Vi har lång klinisk erfarenhet av Pajalagröten och visste att den fungerar bra, så på så vis är inte resultaten överraskande, även om man ska tolka dem försiktigt eftersom studien var liten, säger Asse Westén, överläkare vid geriatrisk- och rehabiliteringen på Sundby sjukhus som inleder studien.

Allt fiberrik kost är bra för magen och ingår i vissa bälkmedel, läkemedel som kan ströps på maten eller blandas ut i vatten mot förstoppning.

– Finsessen med Pajalagröten är att det är ett färdigt måltidsalternativ som är enkelt att tillaga, och den sätts smalen upp på kartor av de äldre patienterna, säger Asse Westén.

Hon kom först i kontakt med Pajalagröten för tre år sedan när en äldre kvinnlig patient berättade om att hon köladde gröten där hemma som hjälp mot trög tarm. Asse Westén blev nyfiken och hjälpte till att introducera maträtten på sjukhuset.

Carl Magnus Hilde


Recept på Pajalagröt

- 1/2 dl linfrön
- 1/2 dl russin
- 1/2 dl katrinplommon, hackas i små bitar
- 1/2 dl aprikoser, hackas i små bitar
- 1/2 tsk salt
- 7 dl vatten
- 1 dl havrekli
- 2 dl fiberhavregryn



Alla ingredienser utom havrekli och fiberhavregryn läggs i blöt på kvällen. På morgonen tillsätts havrekli och havregryn och blandningen kokas i 3–5 minuter under konstant omrörning. Eventuellt tillsätts mer vatten. Färdig gröt kan förvaras flera dagar i kylen och kan värmas i mikrovågsugn. Receptet över 1 liter färdig gröt eller 4–6 portioner.

Bristolskalan över avföringsformen

<p>Typ 1</p> 	<p>Separata hårda klumpar likt nötter (svåra att få ut).</p>	<p>Öka Movicol dosen.</p>
<p>Typ 2</p> 	<p>Korvformad men med klumpar.</p>	<p>Öka Movicol dosen.</p>
<p>Typ 3</p> 	<p>Likt en korv men med sprickor på ytan.</p>	<p>Behåll Movicol dosen.</p>
<p>Typ 4</p> 	<p>Likt en korv eller orm, smidig och mjuk.</p>	<p>Behåll Movicol dosen.</p>
<p>Typ 5</p> 	<p>Mjuka klumpar med skarpa kanter (enkla att få ut).</p>	<p>Minska Movicol dosen.</p>
<p>Typ 6</p> 	<p>Fluffiga bitar med trasiga kanter.</p>	<p>Minska Movicol dosen.</p>
<p>Typ 7</p> 	<p>Vattnig, inga fasta bitar. Enbart vätska.</p>	<p>Minska Movicol dosen.</p>

BIOLAC

Reproducerad med tillstånd av Dr KW Heaton, University of Bristol © 2000 Norgine Ltd

www.boilac.se/pdf/Bristolskalan.pdf

Till Dig som bor på

Många äldre drabbas av förstoppning. Det har inte med det naturliga åldrandet att göra utan beror på många andra faktorer som ofta drabbar äldre såsom till exempel sjukdom, läkemedel, mindre fysisk aktivitet och ändrade kostvanor.

Under de närmaste månaderna kommer en kartläggning att göras på några av kommunens äldreboende i syfte att studera de faktorer som kan ligga bakom att man får förstoppning. Personalen kommer då att tillsammans med Dig vid två tillfällen att fylla i en liten enkät med frågor kring faktorer som kan påverka förstoppning. Den data som ifylls kommer att behandlas konfidentiellt.

Deltagandet i studien är fullt frivilligt och Ni kan när som helst utan närmare förklaring avbryta Ert deltagande utan att detta påverkar Er nuvarande eller framtida vård.

Med vänliga hälsningar

Gabriella Svensson,
Klinisk adjunkt i Jönköpings kommun/Institutet för gerontologi

Vi eventuella frågor kontakta mig gärna:

Tfn: 036 – 32 49 18

Kartläggning av faktorer som påverkar förstoppning.

Utgå från hur det är under nu och de närmaste dagarna när du fyller i formuläret.

1. Nummer (fyll inte i)
 2. Personnummer (för att kunna kopplas till rätt medicinlista)
 3. Ålder
 4. **Kön**
 - ♂ Man
 - ♀ Kvinna
 5. Äldreboende
 6. Avdelning
 7. Hur länge har vårdtagaren bott på äldreboendet? (Ungefärlig tid)
 8. Längd:
 9. Vikt:
 10. Är vårdtagaren förstoppad enligt honom/henne själv (enligt personalen för dem som inte kan svara själva)
 - ♂ Ja alltid
 - ♂ Ja ibland
 - ♂ Nej, sällan eller aldrig
- () Vårdtagaren svarat själv

() Personalen svarat

11a. Har vårdtagaren någon av följande sjukdomar?

Stroke Parkinsons sjukdom Annan neurologisk sjukdom

-ange

vilken: _____

Depression Hypotyreos Diabetes

Fraktur i ben eller höft Kotkompression

Sjukdom i magtarmkanalen Ange vilken:

Demensliknande sjukdom Konfusion

11b. Vad är vårdtagarens huvudsakliga problem?

12. Allmäntillstånd

Gott

Ganska gott

Dåligt

Mycket dåligt

13. Hur många läkemedel intas via munnen? Stående ordination, förutom laxermedel?

-
14. **Födointag**
☐ Äter
☐ Via sond
☐ Parenteral (dropp eller CVK)
☐ Inget

15. **Kost**
☐ ”Normal kost”
☐ Gelékost
☐ Purékost
☐ Finpasserad kost
☐ Flytande
☐ Annat

kost

16. **Portionsstorlek (utgå från en ordinär portion som du själv skulle äta och jämför med den när du bedömer hur mycket vårdtagaren äter)**

- ☐ Normal portion
☐ 3/4 av normal portion
☐ 1/2 portion
☐ Mindre än en halv portion

- Vårdtagaren svarat själv
 Personalen svarat

17. **Hur ofta äter vårdtagaren grovt bröd?**

- ☐ Flera skivor per dag
☐ En skiva per dag
☐ Någon gång per vecka
☐ Så gott som aldrig

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

18. Hur ofta äter vårdtagaren grönsaker (förutom tomat och gurka)?

Flera gånger per dag

En gång per dag

Någon gång per vecka

Så gott som aldrig

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

19. Hur ofta äter vårdtagaren frukt?

Flera gånger per dag

En gång per dag

Någon gång per vecka

Så gott som aldrig

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

20. Hur är vårdtagarens aptit?

God aptit

Måttlig aptitlöshet

Dålig aptit

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

21. Hur är vårdtagarens tuggförmåga

Inga problem, god tandstatus eller väl fungerande tandproteser.

Vissa problem med tänderna

ﷻ Svåra tuggproblem pga dålig tandstatus eller dåligt fungerande tandproteser.

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

22. Vätskeintag

ﷻ Mer än 1000 ml/dag

ﷻ Mellan 700 och 1000 ml/dag

ﷻ Mellan 500 och 700 ml/dag

ﷻ Mindre än 500 ml/dag

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

23. Hur mycket av följande vätskor får vårdtagaren i sig under dagen?

Vatten: glas

Kaffe: kaffekoppar

Te: Muggar

Mjölk: glas (inkl till gröt o dyl)

Övrig

vätska: _____ mängd _____

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

24. Förmåga att äta själv

ﷻ Äter själv

ﷻ Äter delvis själv/matras

ﷻ Matras alltid

ﷻ Äter inget genom munnen

25. Psykisk status

Helt orienterad till tid och rum

Stundtals förvirrad

Svarar inte adekvat på tilltal

26a. Grad av hjälpberoende för att komma till toalett?

Klarar toalettbesöken helt själv

Kan gå på toaletten själv ibland

Måste ha hjälp med toabesök

26b. Om hjälpberoende

Säger till själv när han/hon behöver gå på toaletten

Personalen får avgöra när toalettbesök skall ske

I så fall finns det några tecken hos vårstagaren som ni tyder som behov att uppsöka toalett?

26bb. _____

27. Avföringsinkontinens?

Ingen avföringsinkontinens

Är avförings inkontinent ibland

Helt avförings inkontinent

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

28. Urininkontinens?

Ingen urininkontinens

Urin inkontinent ibland

Urin inkontinent

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

29. Fysisk aktivitet
- Går själv med eller utan hjälpmedel
 - Går med hjälp av personal (och ev hjälpmedel)
 - Rullstolsburen
 - Sängliggande
30. Rörelseförmåga
- Full rörelseförmåga
 - Något begränsad (behöver assistans)
 - Mycket begränsad (behöver fullständig hjälp men kan bidra)
 - Orörlig (kan ej hjälpa till)
31. Hur långa sträckor går vårdtagaren med eller utan hjälp/hjälpmedel.
- Kan gå över hela äldreboendet samt även utomhus
 - Kan gå 100 meter
 - Går korta sträckor inom avdelningen till matsal toalett tex.
 - Går endast några steg
 - Går inte alls/kan inte stödja på benen
32. Förmåga att sitta upp
- Sitter obehindrat själv
 - Behöver någon form av stöd för att sitta bra men kan ändra läge själv.
 - Kan sitta upp på toaletten men inte ändra läge själv
 - Måste stöttas upp för att sitta rakt.
33. Avföring
- Spontant
 - Laxermedel stående
 - Laxermedel vid behov
 - Manuell hjälp (plockning)
- () Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

34. Avföringsintervall (genomsnittligt)

3g/dag

2 g/dag

1g/dag

Varannan dag

Var tredje dag

1-2 g/vecka

1g/vecka

Annat

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

35. Mängd avföring i genomsnitt per gång

A = "normal" mängd

a = mindre mängd än "normalt"

Ofta misslyckade försök

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

36. Konsistens på avföringen brukar vara (enligt referensbilder 1-7 se sista sidan)

Typ:

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

37. I samband med tillfällig laxering vid behov (enligt referensbilder 1-7 se sista sidan)

Typ:

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

38a. Har vårdtagaren svårighet i samband med tarmtömning?

Inga besvär

Smärta i magen

Smärta i ändtarmen

Tömningssvårigheter/ansträngning

Hemorrojder

Andra ändtarmsbesvär sprickor tex.

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

38b. Om besvär vid tarmtömning, hur ofta förekommer det?

Sällan

Ofta

Alltid eller nästan alltid

39. Var ”sköter vårdtagaren magen”?

På egen toalett

På toalett som delas av andra

I blöja sittande eller uppegående

I sängen på blöja

Bäckan

40. Avföringsregistrering

Ja alltid

Periodvis

Aldrig

41. När kommer vårdtagaren till toaletten?

- ث** Går själv vid behov
- ث** Direkt på morgonen när han/hon kommer upp
- ث** Efter frukost
- ث** Efter varje måltid
- ث** När han/hon säger till
- ث** Toatränas på regelbundna tider

42. Kan vårdtagaren lämnas ensam på toaletten?

- ث** Ja
- ث** Kan lämnas kortare stunder med tillsyn
- ث** Aldrig någon måste vara med

43. Hur många gånger per dag får vårdtagaren komma på toaletten?

-
- ()** Vårdtagaren svarat själv
 - ()** Personalen svarat

44. Hur länge brukar ett toalettbesök vara?

-
- ()** Vårdtagaren svarat själv
 - ()** Personalen svarat

45a. Speciella arrangemang eller hjälpmedel för att underlätta toalettbesök?

Tex. hjälpmedel utskrivna av arbetsterapeut.

- ث** Ja
- ث** Nej

45b. Om ja

vilka? _____

46. Laxermedel stående ordination

Namn	Styrka	Dos

47. Laxermedel vid behov

Namn	Styrka	Dos	Hur ofta ges det vid behov?

48. Något annat som intas mot förstoppning?

☐ Katrinplommon hela

☐ Katrinplommon dryck

☐ Linfrö

☐ Vetekli

☐ Annat

Vårdtagaren svarat själv

Personalen svarat

