

# Vårdarens uppfattning av tvångsmatning

Intervjuer och diskussioner på sjukhem

**Astrid Norberg**

**Åke Bäckström**

**Bo Norberg**

Det är impopulärt att tala om tvång i vården, men vad gör man med patienter som inte kan uttrycka sin egen vilja? När övergår matning till tvångsmatning? Hur definieras matningssituationen av den som matar? Författarna har studerat vårdarens uppfattning av tvångsmatning och framhåller att de etiska frågorna behöver lyftas fram och diskuteras. Vårdarens förmåga att tolka patientens beteende är förutsättningen för en god vård. Samtidigt påverkar hennes uppfattning av vårdsituationen hennes bild av sig själv som vårdare.

Undersökningen är genomförd på sjukhem i Västerbotten av Astrid Norberg, professor, Åke Bäckström, forskarstuderande och Bo Norberg\*, docent. De är knutna till Vårdlärarinstitutionen och Medicinska Kliniken\*, Umeå Universitet, S-901 87 UMEÅ.

## PROBLEMET

Det är en förutsättning för sjukvården i Sverige att patientens vilja och integritet respekteras (1). Av detta följer att det i princip måste vara så att om en patient inte vill äta, så har han rätt att avstå. Han ska inte tvångsmatas (jmf 2). I praktiken uppstår emellertid en rad problem. Vad gör man med patienter som inte kan uttrycka en egen vilja? Det är det välkända problemet med "the incompetent patient" (3). När patienten inte uppfattas vara i stånd att fatta egna fria beslut, tex för att han inte förstår sin

situation och sitt eget bästa, då måste patientens anhöriga, vårdpersonal eller andra personer fatta besluten åt patienten med hans bästa för ögonen. I denna situation uppstår en rad etiska problem (4).

Det är alltid etiskt känsligt att besluta för andra personer. Speciellt känsligt blir det, när patienten befinner sig i en gränssituation. Det är oklart hur mycket han uppfattar av situationen. Det är oklart om han kan göra en objektiv bedömning, och det är oklart om han överhuvudtaget kan ge uttryck åt en egen vilja. I denna situation ställs anhöriga och vårdare i ett dilemma. Hur långt kan de respektera de yttringar av patienten som kan vara uttryck för hans vilja men som lika gärna kan vara symtom på förvirring eller olika former av oförmåga hos patienten?

På sjukhem i Västerbotten visade ca 86 % av patienterna som matades 1982 symtom på demens (Sandman et al, opublicerad studie). Matningsproblem på sjukhem är alltså nästan liktydigt med problem vid matning av dementa patienter. Dessa patienter kan ibland visa ett beteende i matningssituationen, som liknar matvägran, och som också ofta har tolkats som matvägran (5, 6, 7). De kan rycka till när vårdaren kommer för att mata, värja sig med händerna om de kan, vända bort huvudet, knipa ihop munnen. Mataren försätts då i en svår konflikt-

.....  
*Vad gör man med patienter som inte kan uttrycka sin egen vilja?*  
.....



## När övergår matning till att bli otillbörlig tvångsmatning?

situation. Ska hon tolka detta beteende som att patienten inte vill ha mat? Ska hon försöka att, om det behövs, tvinga patienten att äta? Ska hon acceptera patientens beteende som en vägran och låta honom vara utan mat? Om patienten ska matas, vilka metoder kan man då använda? Tidigare var det inte ovanligt att man använde sig av sprutmatning, men den metoden förbjöds av Socialstyrelsen 1974 (8). Matning med nappflaska har provats (9). Sondmatning av dementa patienter var förr inte ovanlig (opublicerade intervjuer). Nu tycks sondmatning av dementa patienter nästan ha försvunnit inom demensvården (10).

När man inte sätter sond på dementa patienter och inte får använda sig av sprutmatning kan det bli svårt för vårdarna att avgöra, när man ska bedöma att patienten inte längre kan matas med sked. Vilka olika trick kan man tillåta sig att använda? När övergår matningen till att bli otillbörlig tvångsmatning? När den enskilde vårdaren för sig själv besvarar dessa frågor, utgår hon från sin egen uppfattning av patientens beteende. Vad betyder det att patienten kniper ihop munnen?

Syftet med denna studie var att belysa hur vårdare definierar tvångsmatning och hur de ser på en rad konkreta matningstrick, som kan uppfattas som fysiska tvångsmetoder.

## METODER

### Intervjuer

Vårdare (n = 191, 143 sjukvårdsbiträden och 48 undersköterskor) från 23 sjukhem i Västerbotten intervjuades under 1982. Intervjupersonerna var utvalda slumpmässigt bland de vårdare som tjänstgjorde på varje sjukhem under två dagar som avsatts för intervjuer. Vårt mål var att erhålla 10 intervjupersoner med minst ett års erfarenhet från varje sjukhem. Det fanns inte alltid 10 personer som uppfyllde detta kriterium. Nittionio procent av de tillfrågade deltog i studien.

De intervjuade hade arbetat inom långtidssjukvård i genomsnitt under 6 år (md) och medelåldern var 36 år (md), se tabell 1.

Tabell 1. Intervjupersoner.

|                                |                                |       |
|--------------------------------|--------------------------------|-------|
| Undersköterskor                |                                | 48    |
| Sjukvårdsbiträden              |                                | 143   |
| Ålder: median                  |                                | 36    |
| Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub> |                                | 25–48 |
| Antal år i långtidssjukvård:   | median                         | 6     |
|                                | Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub> | 3–10  |

Intervjuerna var strukturerade. De flesta frågorna var öppna. De berörde problemet att en patient ibland inte äter, hur man tar reda på orsakerna till patientens ätproblem, och olika metoder att mata. Dessutom behandlades vård av döende åldersdementa patienter. Här kommer endast två av 26 frågor att behandlas:

- 1) Vad menar Du med att tvinga en patient att äta?
- 2) Hur långt kan Du tänka Dej att gå i tvång (fysiskt tvång)? Frågor om psykiskt tvång behandlas inte här.

### Diskussioner

När en preliminär analys av intervjuerna förelåg besöktes 23 sjukhem. Resultat om matning presenterades och diskuterades med en grupp vårdare, både tidigare intervjuade och andra vårdare, totalt drygt 400. Anteckningar fördes under diskussionerna. Diskussionerna fick en kumulativ karaktär genom att de åsikter som framkom vid en diskussion presenterades vid nästa för kommentar. På detta sätt blev den information som gavs på det första sjukhemmet mycket skild från informationen på det sista sjukhemmet. Resultatet kan inte behandlas kvantitativt men användas som underlag för diskussion av resultatet och för kommande studier (11).

## RESULTAT

### Vad menar du med att tvinga en patient att äta?

Svaren på denna fråga kunde kategoriseras till två grupper:

- 1) Tvångsmatning är all matning mot patientens vilja (50%)



2) Enbart våldsam matning är tvångsmatning (47%). Tre procent av intervjupersonerna kunde inte svara.

Vid diskussioner med vårdare senare på sjukhemmen gavs många kommentarer till de olika definitionerna. En mening var att om man skulle se all matning mot patientens vilja som tvångsmatning, så skulle det förekomma mycket tvångsmatning i vården. En del patienter skulle aldrig äta om man inte "satte igång dem".

### Hur långt kan du tänka Dej att gå i tvång?

Det framgår av *tabell 2* att många vårdare kunde tänka sig att använda olika former av matningsmetoder, som kan uppfattas som tvångsmatning. Varje metod nämndes och vårdarna ombads att svara ja eller nej på frågan om de kunde använda respektive metod. De flesta vårdare upplevde frågan som obehaglig. De förklarade att de principiellt var emot tvång men att de i speciella fall var tvungna att använda någon av metoderna. Ibland berättade de om en konkret patient – det gick bara att mata om vi gjorde så eller så.

Tabell 2. Hur långt kan Du tänka Dej att gå i tvång?

|                                                 | %    | n   |
|-------------------------------------------------|------|-----|
| Hålla fast patienten                            | 32.1 | 190 |
| Lirka eller bända upp patientens mun med skeden | 67.0 | 191 |
| Klämma ihop kinderna                            | 17.9 | 117 |
| Ta snytgrepp                                    | 18.4 | 190 |
| Utlösa sväljningsreflexen med skeden            | 25.7 | 191 |

Vid diskussionerna på sjukhemmen framkom två olika typer av reaktioner på de redovisade resultaten:

- 1) Det kan inte vara sant! Sådana metoder använder vi inte här.
- 2) Visst är det sant, det finns situationer när dessa metoder måste användas. De bör inte kallas för

*Det föreföll att vara mycket viktigt för många vårdare att inte behöva definiera sina handlingar som tvång.*

*Resultatet kan bara tolkas som ett belägg för att tvång vid matning fortfarande utgör ett problem som bör diskuteras.*

"tvångsmatningsmetoder" utan "speciella metoder för att hjälpa patienter att äta".

Det föreföll att vara mycket viktigt för många vårdare att inte behöva definiera sina handlingar som tvång.

Det finns tillfällen när patienter svänger med armarna och inte förstår att de ska äta. Då måste man *hålla fast armarna* så att de får en chans att känna att det är fråga om mat.

Det är vanligt att en del dementa patienter kniper ihop munnen när vårdaren kommer med skeden. Om man då *lirkar upp munnen* med skeden ett par gånger kan det hända att patienten börjar medverka. Det verkar som om han plötsligt förstod situationen. Han måste "startas". Om man inte fick lirka upp munnen på dessa patienter, så skulle de svälta ihjäl.

Ibland händer det att en patient medverkar men så är det plötsligt stopp. Han sväljer inte ner den sista tuggan och han kniper envetet igen munnen. Om vårdaren inte då bedömer att hon har tid att sitta hos patienten och vänta tills han spontant öppnar munnen, måste hon öppna den på något sätt för att få ut den sista tuggan. Annars kan patienten svälja fel och kvävas. Några vårdare menade, att det är skonsammare för patienten om man *tar snytgrepp* eller *klämmer ihop hans kinder* än om man lirkar med en hård sked.

Mot slutet av livet händer det att patienten ligger med öppen mun. När vårdaren öser in mat i hans mun, sväljer han inte. Då menade en del vårdare, kan det vara nödvändigt att hjälpa patienten att *utlösa sväljningsreflexen*.

En del vårdare menade, att om man är lugn och vänlig och försiktig när man tex håller patientens armar eller lirkar upp hans mun, så är detta inte tvångsmatning. Patienten är ju i behov av denna hjälp. Gör man emellertid samma saker på ett burdust, våldsam eller ovänligt sätt, så är det tvång.



## DISKUSSION

Det är mycket troligt att de erhållna frekvenserna av hur många vårdare som kan tänka sig att använda olika former av speciella matningsmetoder är lägre än vad som motsvarar praxis. Alla vårdare vet att man inte ska tvinga patienter, och det är därför mer troligt att man får en underskattning än en överskattning av denna frekvens. Resultatet kan bara tolkas som ett belägg för att tvång vid matning fortfarande utgör ett problem som bör diskuteras. De två olika definitionerna av tvång visar att det är svårt att ange vad tvång är i relation till sådana patientgrupper som dementa. Vårdarna har en mer eller mindre intuitiv förståelse för problemen, men de saknar en teoretisk genomarbetning.

Här ska vi koncentrera oss på att diskutera de motiveringar och kommentarer som vårdarna gav till de olika metoderna. Hur resonerar vårdare som använder dessa metoder? Kan det finnas skäl som rättfärdigar att dessa metoder används? Vi kommer inte att diskutera den andra möjligheten, att vårdare av slentrian och utan trängande skäl använder våld, tex för att det går fortare att mata så. Vi förutsätter att sådan typ av tvång förekommer och menar att den typen av tvång ska utrotas genom bättre selektion av personal, bättre utbildning och bättre arbetsledning.

Den typ av problem som vi vill diskutera här är de skäl som vårdarna upplever som trängande. De är medvetna om att tvång inte ska användas men situationen är sådan att de inte kan finna någon annan metod att mata patienten än metoder som kan uppfattas som tvång. Vi menar att denna typ av tvång bara kan begränsas genom att man lyssnar på personalens skäl, noga studerar de situationer som de pekar på, och föreslår bättre metoder. Här ska vi diskutera situationerna.

På senare år har det varit impopulärt att tala om tvång i vården. Men problemen löses inte genom att

.....

*Den direkta omvårdnaden kan aldrig bli bättre än vad sjukvårdsbiträdenas tankar om vård och känslor inför vården tillåter.*

.....

.....  
*Om tvånget vid matning ska minska måste vi ta de problem som vårdarna ställs inför på allvar och försöka att finna lösningar på dessa problem.*  
.....

förtigas. De löses genom att penetreras. Den direkta omvårdnaden kan aldrig bli bättre än vad sjukvårdsbiträdenas tankar om vård och känslor inför vården tillåter. Om tvånget vid matning ska minskas måste vi ta de problem som vårdarna ställs inför på allvar och försöka att finna lösningar på dessa problem. Som det nu är lämnas ofta vårdarna att själva avgöra hur de ska handla i etiskt svåra situationer. Problem som *övergriper* kontra *legaliserat tvång* diskuteras sällan (15). Ännu mindre diskuteras avgränsningen *tvång* kontra *speciella metoder*.

De beskrivningar som vårdarna gav av svårigheter att avgränsa tvång vid matning av dementa patienter stämmer väl med den bild av förutsättningar för åtgärder, som ges i litteraturen om dementa patienter. Patienten kan lida av agnosi (12). Då är det inte säkert att han kan tolka innebörden av maten på skeden. Då kan det hända att han ryggat tillbaka och intar försvarsställning, när han ser skeden komma. Han kanske också har reducerade möjligheter att tolka upplevelser av smak, lukt, känsel och hörsel. Det blir då ännu svårare att förstå ätsituationen. Det är helt rimligt att det kan vara så att patienten kan startas att äta (dvs fatta vad det hela handlar om) först sedan han påverkats av ganska starka stimuli. Att höra att det är mat, se maten, känna smaken och lukten och beröringen av födan i munnen kan öka hans chans att förstå. Om varje intryck är oklart, kan kanske ändå summan av flera intryck bli klarare.

Ett annat skäl till att patienten behöver "startas" kan vara att han lider av apraxi (13). Han har glömt hur man utför viljemässiga rörelser. Då kan det hända att han kan medverka i ätsituationen först sedan hans automatiska ätbeteende har utlöst. Processen att utlösa automatiken kan upplevas som tvång av vårdare, som inte har insikt i patientens problem.

Dementa patienter i slutstadiet av sjukdomen kan



.....  
*Vårdarens kvalitetsmärkning av situationen  
hänger sannolikt intimt ihop med hur hon tol-  
kar patientens beteende.*  
.....

förlora den cerebrala kontrollen över primitiva re-  
flexer (14). Det kan tex innebära att bitreflexer  
utlöses under matningen. Det kan vara svårt för en  
vårdare att känna igen en bitreflex och skilja den  
från en avsiktlig och medveten matvägran.

Om patienten inte kan förstå ätsituationen och  
kanske dessutom inte kan medvetet styra sitt bete-  
ende, blir det mycket svårt att tala om en medveten  
matvägran. Vägrar patienten med agnosi och apraxi  
att äta? Eller gör hans demenssymtom det svårt för  
honom att äta? Tvingar vårdaren patienten att äta,  
om hon lirkar upp patientens mun och utlöser svälj-  
reflexen? Eller hjälper hon patienten att äta genom  
speciella knep?

Många vårdare betonade att frågan om tvång eller  
icke-tvång hänger på kvalitetsmärkningen av vår-  
darens handlande. Om hon är hänsynslös, brutal,  
våldsam, så tvingar hon. Om hon är försiktig, vän-  
lig, öm, så hjälper hon patienten att äta. Detta ver-  
kar vara en viktig distinktion, som bör penetreras  
genom fördjupad forskning. Vårdarens kvalitets-  
märkning av situationen hänger sannolikt intimt  
ihop med hur hon tolkar patientens beteende. Om  
hon har föga förståelse för patientens symtom, så är  
det mer troligt att hon uppfattar patientens mat-  
vägransliknande beteende som trots, än om hon  
förstår patientens svårigheter.

Det är angeläget att man i vårdutbildningar tar  
upp och diskuterar olika typer av ätproblem och  
tränar vårdarna att tolka patienters beteende. Man  
borde också diskutera hur vårdaren kan anpassa sitt  
eget beteende efter patientens beteende. "Om man  
upplever ting som reella, så är de reella i sina konse-  
kvenser" (16). Om vårdaren känner sig tvungen att  
ge patienten mat, tolkar patientens beteende som  
trots och sitt eget som tvång, så mår hon illa. Hen-  
nes relation till patienten och hennes bild av sig  
själv som vårdare påverkas negativt. Om hon upp-  
fattar att patienten har problem som beror på hans  
sjukdom och hennes eget beteende som hjälp åt

patienten och compensation för hans symtom, så  
kommer hennes relation till patienten att påverkas  
positivt. Hennes bild av sig själv som vårdare på-  
verkas gynnsamt. Hon kan känna stolthet över sin  
yrkesskicklighet.

De nödvändiga diskussionerna med personalen  
om dessa problem är en mycket grannliga uppgift.  
Två faror måste undvikas. Vårdaren kan å ena sidan  
få den uppfattningen att den demente patientens  
beteende är alltför likt hennes eget. Hon kan reso-  
nera: Om jag knep ihop munnen så skulle det betyda  
att jag inte ville ha mat. Alltså vill inte patienten ha  
mat, eftersom han kniper ihop munnen. Denna in-  
ställning kan leda till att vårdaren blir alltför passiv i  
matningssituationen, patienten svälter. Å andra si-  
dan kan vårdaren förledas att tro att allt beteende  
som den demente patienten visar ska tolkas som  
symtom på hjärnskada. Vårdaren blir då kanske  
alltför aktiv i matningssituationen. Den delikata  
uppgiften måste bestå i att få vårdarna att förstå att  
patienten dels kan uppvisa symtom som kan härle-  
das direkt till hans hjärnskada, och dels kan uppvisa  
ett beteende som härrör från den friska delen av  
hans person. Han kan ibland ge uttryck för en egen  
vilja. I det enskilda fallet måste det bli lättare att  
klara den svåra tolkningen av patientens beteende,  
om så få vårdare som möjligt har ansvar för att  
hjälpa patienten att äta. Eftersom varje individ är  
unik, måste tolkningen av hans beteende i ätsitua-  
tionen bygga på kunskap om hans tidigare vanor  
och om hur han brukar reagera i olika situationer.  
Reaktionerna i ätsituationen hänger samman med  
patientens totala situation (17).

Vi tackar vårdarna på sjukhemmen i Västerbot-  
ten för lojalt samarbete. Studien stöddes av anslag  
nr 82/0390 från Arbetskyddsfonden och anslag nr  
81/99 från Delegationen för Social Forskning, So-  
cialdepartementet.

.....  
*Den delikata uppgiften måste bestå i att få  
vårdarna att förstå att patienten dels kan  
uppvisa symtom som kan härledas direkt till  
hans hjärnskada, och dels kan uppvisa ett be-  
teende som härrör från den friska delen av  
hans person.*  
.....



## REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 1982: 763.
2. Svenska Läkaresällskapet: Läkare bör hindra matvägranande fånge från att orsaka sig irreversibla skador, Läkartidningen 80: 1167–1168, 1983.
3. *Beauchamp, T L, Childress, J F*: Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, Oxford 1979.
4. *Robertson, G S*: Ethical dilemmas of brain failure in the elderly, British Medical Journal 287: 1775–1777, 1983.
5. *Miller, M B*: Unresolved feeding and nutrition problems of the chronically ill aged, The Gerontologist 11: 329–336, 1971.
6. *Norberg, A Norberg, B, Bexell, G, Gippert, H*: Ethical conflicts in long-term care of the aged: nutritional problems and the patient-care worker relationship, British Medical Journal 280: 377–378, 1980.
7. *Norberg A, Norberg B, Bexell, G*: Ethical problems in feeding patients with advanced dementia, British Medical Journal 281: 847–849, 1980.
8. Socialstyrelsens anvisningar med förbud mot användande av sprutmatningsmetoden. MF 1974: 89.
9. *Norberg A*: Paradoxen för senildementas vårdare: Att tvinga och plåga eller låta patienten dö, Psykolognytt 15: 4–5, 1981.
10. *Michaelsson, E, Norberg A, Norberg B*: The administration of infusions and gastric tubes to dying senile demented patients. Interviews regarding practice in long-stay wards. WENR 2nd Open Conference, 11th–13th April 1984, London Proceedings, in press.
11. *Glaser, B, Strauss, A*: The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Aldine Publishing CO, Chicago 1967.
12. *Hamill, R W, Buell, S I*: Dementia: clinical and basic science aspects. Journal of the American Geriatric Society 12: 781–787, 1982.
13. *Renzi de, E, Pieczuro, A, Vignolo L, A*: Oral apraxia and aphasia, Cortex 2:50–73, 1966.
14. *Basavaraju, N G, Silverstone, F, A, Libow, L S, Paraskevas, K*: Primitive reflexes and perceptual sensory tests in the elderly—their usefulness in dementia, Journal of Chronical Diseases 34: 367–377, 1981.
15. *Östman, O*: Övergripping mot patienter på mentalsjukhusen, Läkartidningen 80: 647–649, 1983.
16. *Thomas, W, I, in Merton, R, K*: Social Theory and Social Structure, p 20, The Free Press, New York 1968.
17. *Norberg, A, Nilsson, M, Karlsson, L, Sjöberg, B*: Att bli matad – en krisupplevelse. Sjuksköterskan 3: 20–23, 1981.

### Åldrande och minne

en kunskapsöversikt

Lars Bäckman  
Lars-Göran Nilsson  
Psykologiska institutionen  
Umeå universitet

**DIREKTRAPPORT 1**

PsykologiFörlaget AB

En kunskapsöversikt över forskning och metod kring åldrande och minne av prof. Lars-Göran Nilsson och forskningsass. Lars Bäckman. Översikten är unik i sitt slag, inte bara i Sverige utan också internationellt.

154 sidor, 382 referenser.

Art.nr 771-001, 60:- exkl. moms

Beställ direkt från



**PsykologiFörlaget AB**

Box 461. 126 04 Hägersten 08/970395