



Institutet för  
hälsa och välfärd

HANDLEDNING

# Livskraft på äldre dar

## – kostrekommendation för äldre personer

Statens näringsdelegation • Institutet för hälsa och välfärd (THL)



Handledning 8/2020

# **Livskraft på äldre dar**

## **– kostrekommendation för äldre personer**



© Statens näringsdelegation och Institutet för hälsa och välfärd (THL)

Utgivare: Statens näringsdelegation och Institutet för hälsa och välfärd

Förläggare: Institutet för hälsa och välfärd

Fotografier:

Bigstock

Gerontologinen ravitseemus Gery ry

Kuopio universitetssjukhus/fotograf Riikka Myöhänen, mat Servica Oy

Servicecentralen Helsingfors/fotograf Petteri Hautamaa, mat Tarja Heikkinen

Pirkanmaan Voimia Oy

Finlands Tandläkarförbund

Statens näringsdelegation

Veikko Somerpuro

Viestintävalkea Oy/fotograf Eero Kokko

Översättning: Lingsoft Language Services Oy

Grafisk planering och layout: Tiina Kuoppala

ISBN 978-952-343-516-2 (tryckt)

ISSN 2341-8095 (tryckt)

ISBN 978-952-343-515-5 (nätpublikation)

ISSN 2323-4172 (nätpublikation)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-515-5>

PunaMusta Oy

Helsingfors 2020

OHJ2020\_008

# Innehåll

God kost när man blir äldre.....	15
Socioekonomiska dimensioner av måltider och näring.....	20

## AVSNITT I

### MÅLTIDSTJÄNSTER FÖR ÄLDRE OCH DEN MAT SOM SERVERAS ..... 22

<b>1 Stöd för god kost och näring till äldre som bor hemma och som behöver stöd och service.....</b>	<b>23</b>
1.1 Tjänster som levereras hem.....	24
1.2 Stöd av gemensamma måltider.....	34
1.3 Övergångsfaser och prognostisering av servicebehovet.....	35
<b>2 Genomförande av måltider inom heldygnsomsorg.....</b>	<b>38</b>
2.1 Baskost.....	39
2.2 Effektiverad kost.....	43
2.3 Kost med ändrad struktur.....	45
2.4 Mattider och antal måltider inom heldygnsomsorg.....	48
2.5 Måltider som serveras inom heldygnsomsorg och planering av matsedel.....	49
<b>3 Bra måltidstjänster och god praxis vid kostbehandling.....</b>	<b>54</b>

## AVSNITT II

### KOSTBEHANDLING FÖR ÄLDRE PERSONER ..... 56

<b>4 Uppföljning och utvärdering av närings tillståndet och matanvändningen.....</b>	<b>57</b>
<b>5 Övergripande kostbehandling för personer med heldygnsomsorg, ansvarsfördelning och multiprofessionellt samarbete.....</b>	<b>60</b>
5.1 Måltidssituation ur klientens synvinkel.....	61
5.2 Kostbehandling och dokumentering.....	64
5.3 Personalkompetens och yrkesansvar.....	67
<b>6 Kliniska kompletterande näringspreparat och kosttillskott.....</b>	<b>73</b>
6.1 Kliniska kompletterande näringspreparat.....	73
6.2 Förtjockningsmedel.....	77
6.3 Kosttillskott.....	77



### AVSNITT III

## SÄRDRAG I KOST FÖR ÄLDRE ..... 78

7	Behov av näringsämnen .....	79
7.1	Tillräckligt energiintag enligt behovet.....	79
7.2	Kostens näringsstäthet .....	79
7.3	Proteinbehov .....	79
7.4	Fiberhaltiga alternativ som kolhydratkälla .....	81
7.5	Tillräckligt med mjukt fett till kosten.....	82
7.6	Vätskebehov.....	84
7.7	Salt.....	87
8	Inverkan av åldrande och kroniska sjukdomar på näringsintag och kostbehandling .....	88
8.1	Fysiologiska och patologiska förändringar i kroppens sammansättning med tanke på kosten.....	88
8.2	Förändringar i mag-tarmkanalen.....	92
8.3	Fetma och viktnedgång.....	94
8.4	Inverkan av kroniska sjukdomar på näringsintag och kostbehandling.....	97
8.5	Kost och minnessjukdomar .....	98
8.6	Kostrehabilitering och internationell klassificering av funktionsförmågan .....	103
8.7	Kostproblem orsakade av riklig alkoholkonsumtion.....	104
8.8	Särskilda situationer.....	106
9	Kost och läkemedel .....	111
10	Munhälsa och kost.....	114
10.1	Problem med munhälsan hos äldre personer.....	114
10.2	Torr mun.....	116
10.3	Kost och munnen.....	117
11	Motionsrekommendationer för upprätthållande av funktionsförmågan och muskelkonditionen .....	122

### AVSNITT IV

## ANSKAFFNING, UPPHANDLING OCH OFFENTLIG STYRNING

## AV MATTJÄNSTER FÖR ÄLDRE ..... 126

12	Planering och upphandling av tjänster och livsmedel .....	127
12.1	Planering av verksamheten .....	127
12.2	Upphandling av mattjänster och livsmedel .....	132



<b>13 Offentlig styrning och utvärdering av verksamheten</b> .....	138
13.1 Nationell uppföljning och utvärdering .....	138
13.2 Bedömning av servicebehovet och klienthandledning .....	139
13.3 Indikatorer för uppföljning av befolkningens näringstillstånd .....	140
13.4 Samarbete i genomförandet av god kost och uppföljning av kvaliteten enligt serviceavtalet .....	142
13.5 Uppföljning och övervakning av producenterna av måltidstjänster .....	144

## **VERKTYG** .....

Måltidsspecifika näringskriterier för den kost som måltidstjänsterna serverar .....	148
Kvalitetskriterier för kost inom hemvården .....	150
SARC-F-enkät .....	153
NRS 2002 -metoden .....	154
Mini Nutritional Assessment MNA-test .....	155
Anvisningar för resultat av MNA-testet vid heldygnsomsorg .....	156
Kostuppföljning .....	157
Kvalitetskriterier för näring inom heldygnsomsorg .....	158
Val av mat och beställning .....	162
Bedömning av munhälsan .....	163
Bedömning av sväljning .....	164
SNAQ Bedömning av matlusten .....	166
Gympan skeden till munnen .....	167

## **BILAGOR** .....

Bilaga 1 Energi- och proteintabell för maträtter .....	169
Bilaga 2 Pajalagröt .....	173
Bilaga 3 Recept för att berika maten .....	174
Bilaga 4 Näringstillstånd hos äldre personer inom regelbunden service enligt RAI-bedömning .....	176
Bilaga 5 Statistik om näring och kost .....	177
Bilaga 6 Tips för användning av kostinformation som ingår i RAI-bedömningen .....	178



## FÖRORD

Kostrekommendationen för äldre personer har publicerats i samarbete mellan Statens näringsdelegation (VNR) och Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rekommendationen är avsedd som en riksomfattande kvalitetsrekommendation med vilken man fastställer hur man främjar en näringsrik kost för äldre och ordnar högklassiga måltidstjänster som utgår från äldre personers behov och främjar gemensamma måltider. Rekommendationen grundar sig på de finska näringsrekommendationerna ”Mat ger hälsa” och forskningsrön ur kliniskt perspektiv. Den riktar sig till aktörer som ansvarar för måltider för äldre inom offentliga och privata social- och hälsovårdstjänster, hemservice, vård-, omsorgs- och rehabiliteringsenheter och serviceboenden samt till dem som upphandlar tjänster, beslutsfattare och studerande inom branschen samt till äldre personer. Vid upphandling, anskaffning och avtal om måltidstjänster för äldre personer ska det finnas krav på att denna rekommendation iakttas. Denna rekommendation ersätter den tidigare publikationen Ravitsemissuosituksset ikääntyneille (Näringsrekommendationer för äldre, på finska) (2010).

Kostrekommendationen är avsedd som guide för kost och måltider som främjar hälsan och välbefinnandet redan när man närmar sig pensionsåldern, varvid man skapar en grund för bevarande av hälsan och funktionsförmågan upp i hög ålder. Genom att följa rekommendationerna främjar man hälsan, funktionsförmågan och livskvaliteten hos äldre personer. Den påskyndar återhämtningen från sjukdomar och förkortar sjukhusperioderna och minskar därmed läkemedels- och vårdkostnaderna. God kost förbättrar också möjligheterna att bo hemma längre.

I Finland åldras befolkningen snabbt. År 2018 hade var tionde person fyllt 75 år. Fram till 2040 förutspås antalet 75-åringar fördubblas. Nio av tio personer över 75 år bor hemma inklusive personer som får stöd för närståendevård (5 %) eller regelbunden hemvård (11 %). År 2018 var 8 procent av dem över 75 år på serviceboenden med heldygnsoomsorg och 1 procent fick institutionsvård på äldreboende eller hälsocentralens vårdavdelning. Antalet personer i institutionsvård har minskat under de senaste tio åren.

Det nationella målet är att antalet friska levnadsår ökar, att funktionsförmågan förbättras, att man kan bo hemma så länge som möjligt och att servicen fungerar i rätt tid och effektivt. I Finland har vi lyckats förlänga livslängden, och största delen av de äldre har funktionsförmåga så att de kan leva självständigt i sin bekanta livsmiljö. Det behövs många olika förebyggande metoder och till dessa hör hälsofrämjande kost och motion. I det här arbetet är kommunernas egna åtgärder för att främja den äldre befolkningens välbefinnande samt stödet från tredje sektorn i nyckelposition.



Den centrala författningsgrunden för äldreomsorgen utgörs av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, senare äldreomsorgslagen (980/2012) och socialvårdslagen (1301/2014). I äldreomsorgslagen (om vilken RP 4/2020 har getts) finns bestämmelser om tjänster som främjar välbefinnandet. Tjänsterna ska inkludera vägledning i hälsofrämjande levnadsvanor och främjande av funktionsförmågan. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid äldre personer vars levnadsförhållanden eller livssituation bedöms vara förknippade med riskfaktorer som ökar servicebehovet, såsom avvikelser i näringstillstånd eller tecken på undernäring som försämrar funktionsförmågan.

I propositionen till den nya äldreomsorgslagen föreslås en nationellt enhetlig uppföljnings- och utvärderingsmätare för utredning och bedömning av servicebehovet. RAI-systemet, som också i stor utsträckning beaktar de grundläggande kostfrågorna, har ansetts vara det bedömningsverktyg som bäst stöder en enhetlig bedömning av servicebehovet och utveckling av tjänsternas kvalitet. RAI-systemet har också tagits med i denna rekommendation som grund för bedömning av äldre personers behov av stödtjänster och vård.

I den nya äldreomsorgslagen föreskrivs om personaldimensioneringen vid enheter med heldygnsomsorg. I personaldimensioneringen ingår bland annat uppgifter i anslutning till vård, omsorg och rehabilitering av de boende/klienterna, uppgifter som främjar och upprätthåller funktionsförmågan och rehabiliteringen samt daglig registrering, bedömning av servicebehovet samt uppdatering av vård- och serviceplanen. Således kan klienternas måltider, bedömning och uppföljning av näringstillståndet samt kostbehandling och registrering av den anses vara direkt klientservice. Å andra sidan anses enligt lagförslaget matlagningen, även till exempel att maten värms upp till alla matgäster, vara ett indirekt arbete som utförs av stödtjänstpersonal och som inte kan inkluderas i det direkta klientarbetet. För att trygga en god kost för äldre personer förutsätts att personalen inom såväl den direkta klientservicen som stödtjänsterna har de kunskaper och färdigheter som krävs för att sköta de äldres måltider.

En central princip i äldreomsorgslagen är att tjänsterna stöder äldre personers välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga. Hälsofrämjande och aptitlig kost som en del av servicen stöder genomförandet av lagens principer. Enligt lagen ska långvarig vård och omsorg i första hand genomföras med tjänster som tillhandahålls i klientens hem och med andra öppenvårdstjänster inom social- och hälsovården. Därför måste de matjänster som ges eller är tillgängliga i hemmet tryggas på ett högklassigt och klientorienterat sätt. Socialvårdslagen definierar i egenskap av allmän lag inom det sociala området de tjänster som erbjuds äldre personer, såsom hemservicens måltidstjänster med tillhörande stödtjänster samt boende- och institutionstjänster, som utöver vård och omsorg enligt klientens behov omfattar bland annat måltider.





I bästa fall är den mat och de måltiderna som erbjuds till glädje och njutning för de äldre, och även på vardagar dagens höjdpunkt. Förutom näringsmässiga effekter har maten också många andra hälso- och välbefinnandeeffekter. Att äta tillsammans med familj, vänner och jämnåriga alltid när det är möjligt upprätthåller de sociala relationerna och humöret. Gemensamma måltider kan också vara förknippade med gemensam anskaffning och tillredning av mat samt spontan verksamhet som upprätthåller funktionsförmågan. Det är meningsfullt att äta i sällskap och aptiten blir bättre.

I planeringen och genomförandet av måltidstjänsterna är det viktigt att lyfta fram de äldre själva som aktiva påverkare och erbjuda dem olika möjligheter att delta enligt funktionsförmågan. Måltidsmiljön ska vara tillgänglig, trivsamt och lugnt. De äldre önskar alternativa tjänster och individuella valmöjligheter för sina måltider, både vad gäller maten och matplatsen, att självbestämmanderätten bevaras och att den sociala gemenskapen bevaras så länge som möjligt oberoende av var man bor.

Denna rekommendation har utarbetats av en expertgrupp tillsatt av Statens näringsdelegation, VRN, (12.4.2019–31.3.2020). Som dess ordförande fungerade professor Ursula Schwab och som sekreterare docent Irma Nykänen. Gruppens övriga medlemmar framgår av namnlistan. VRN tackar medlemmarna i expertgruppen för det värdefulla skrivarbetet och de verktyg som samlats och blivit tillgängliga genom publikationen samt för beskrivningar av god praxis, fotografier och annat material som stöder arbetet. VRN framför också ett tack till gruppmedlemmarnas egna organisationer för stöd i arbetet och det multiprofessionella bakgrunds- och teamarbetet.

VRN ordnade en offentlig riktad kommentarsrunda av utkastet till rekommendationen i november–december 2019. Sammanlagt 74 olika organisationer och privatpersoner gav kommentarer. VRN tackar för de nyttiga kommentarer och tillägg som preciserar rekommendationens innehåll. Enligt responsen är denna rekommendation en väntad handbok särskilt för att ordna måltider och kostbehandling för äldre personer i hemmet och hemvård samt äldre med heldygnsomsorg. Riktlinjerna i livsmedelsrekommendationen kan användas som stöd i genomförandet, uppföljningen och handledningen av verksamheten samt i egenkontrollen och myndighetstillsynen. Rekommendationen fungerar också som en informationskälla för äldre personer om god kost och måltidstjänster för äldre.

VRN har godkänt denna publikation som nationell kostrekommendation för äldre i februari 2020.

Helsingfors 31.3.2020  
Statens näringsdelegation



## STATENS NÄRINGSDELEGATION

**Sebastian Hielm**, livsmedelssäkerhetsdirektör, Jord- och skogsbruksministeriet, ordförande

**Suvi Virtanen**, forskningsprofessor, Institutet för hälsa och välfärd, vice ordförande

**Mikael Fogelholm**, professor, Helsingfors universitet

**Minna Huttunen**, livsmedelsöverinspektör, Jord- och skogsbruksministeriet

**Piia Jallinoja**, professor, Tammerfors universitet

**Satu Lahti**, professor, Åbo universitet

**Marjaana Lahti-Koski**, hälsochef, Finlands Hjärtförbund rf

**Jaana Laitinen**, ledande expert, Arbetshälsoinstitutet

**Marjaana Manninen**, undervisningsråd, Utbildningsstyrelsen

**Marjo Misikangas**, överinspektör, Livsmedelsverket

**Satu Männistö**, forskningschef, Institutet för hälsa och välfärd

**Anne Pihlanto**, ledande forskare, Naturresursinstitutet LUKE

**Sirpa Sarlio**, konsultativ tjänsteman, Social- och hälsovårdsministeriet

**Ursula Schwab**, professor, Östra Finlands universitet

**Johanna Suomi**, specialforskare, Livsmedelsverket

**Elina Särmälä**, matservicedirektör, Ammattikeittiöosaajat ry/Saimaan Tukipalvelut Oy

**Arja Lyytikäinen**, generalsekreterare, Statens näringsdelegation c/o Livsmedelsverket



## EXPERTARBETSGRUPP

**Ursula Schwab**, professor inom näringsterapi, Östra Finlands universitet, ordförande

**Katja Borodulin**, motionsexpert, Äldreinstitutet

**Tuija Helminen**, näringsterapeut, Helsingfors stad

**Satu Karppanen**, konsultativ tjänsteman, Social- och hälsovårdsministeriet

**Päivi Mäntylä**, professor, Östra Finlands universitet

**Anja Noro**, forskningsprofessor, Institutet för hälsa och välfärd

**Eeva Nykänen**, näringsterapeut, Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt

**Kaisu Pitkälä**, professor inom allmänmedicin, Helsingfors universitet

**Susanna Raulio**, specialforskare, Institutet för hälsa och välfärd

**Karoliina Salminen**, näringsterapeut, Vanda stad

**Helena Soini**, specialplanerare, Helsingfors stad

**Timo Strandberg**, professor, Helsingfors universitet

**Merja Suominen**, verksamhetsledare, Gery ry

**Liisa Suominen**, professor, Östra Finlands universitet

**Tiina Tamiola**, kundrelationschef, Pirkanmaan Voimia Oy

**Miia Tiihonen**, universitetsforskare, Östra Finlands universitet

**Raisa Valve**, ledande näringsterapeut, Päijät-Häme välfärdssamkommun

**Irma Nykänen**, universitetsforskare, Östra Finlands universitet,  
manuskriptförfattare/arbetsgruppens sekreterare

**Arja Lyytikäinen**, generalsekreterare, Statens näringsdelegation, förlagsredaktör



# LÄSANVISNING

*Livskraft på äldre dar – kostrekommendation för äldre personer* är avsedd för dem som beslutar om vård-, omsorgs- och måltidstjänster för äldre, de som ansvarar för äldreomsorgen, personalen inom hem- och institutionsvården, vårdenheterna och måltidstjänsterna samt för de äldre själva och för närståendevårdarfamiljer. Rekommendationen lämpar sig också som lärobok för studerande inom området. I början finns allmän information om hälsofrämjande måltider och kost när man blir äldre. Rekommendationen är indelad i fyra avsnitt som har olika marginalfärger.

**AVSNITT I** innehåller anvisningar om kost och måltidstjänster som uppfyller näringsbehovet hos äldre personer enligt rekommendationerna.

**AVSNITT II** innehåller anvisningar för anordnande och genomförande av kostbehandling för äldre.

**AVSNITT III** fokuserar på särdragen i kost avsedd för äldre och sjukdomar som påverkar näringsintaget.

**AVSNITT IV** innehåller anvisningar om anskaffning, konkurrensutsättning, offentlig styrning, uppföljning, utvärdering och övervakning av måltidstjänster.

De rekommendationer eller tabeller med central information som finns i början av avsnitten är avsedda att underlätta informationssökningen. Källorna innehåller värdefull tilläggsinformation och beskrivningar av god praxis. I slutet av publikationen finns en sammanställning av de verktyg som rekommenderas.



## ► För dem som beslutar om vård-, omsorgs- och måltidstjänster för äldre samt för dem som ansvarar för upphandling, uppföljning och övervakning

Denna kostrekommendation innehåller alla centrala anvisningar, dokument och bestämmelser med vilka man kan beskriva ett högklassigt genomförande av måltider och kostbehandling för äldre enligt näringsrekommendationerna och utifrån kliniska forskningsrön vid anskaffning och avtal om tjänster. Denna handling kan fogas till avtal om mattjänster som en beskrivning av verksamhetens kvalitet och kvalitetsrekommendation som styr genomförandet. I publikationens Avsnitt IV beskrivs i detalj planering av konkurrensutsättning av tjänster och anskaffning av livsmedel, upprättande av anbudsfrågan, bedömning och godkännande av offerter samt upprättande av serviceavtal och uppföljning, utvärdering och övervakning av dess genomförande.

## ► För personal inom hemvård och heldygnsomsorg

Denna publikation innehåller centrala anvisningar och rekommendationer om kostbehandling för äldre. Hela processen för kostbehandling och vårdpersonalens yrkesmässiga ansvar beskrivs. I Avsnitt II finns konkreta anvisningar för bedömning, uppföljning och registrering av näringstillstånd samt genomförande av kostbehandling, bland annat effektiviserad kost med ändrad struktur och användning av kompletterande kliniska näringspreparat. I del III utreds åldersförändringar och deras inverkan på näringsbehovet samt effekter av långtidssjukdomar, läkemedel och munhälsan på näringsupptaget. Detta avsnitt innehåller också information om genomförande av måltider för både personer som bor hemma och personer som får heldygnsomsorg.

## ► För personal inom måltidstjänster

I Avsnitt I i denna publikation beskrivs hur högklassiga måltider enligt näringsrekommendationerna genomförs för personer som bor hemma och personer som får heldygnsomsorg och omsorgstjänster. Dessutom ges exempel på god praxis och samarbete inom måltidstjänster. I Avsnitt I finns rekommendationer om måltidsrytm, måltider som serveras, innehållet i måltidstjänster i hemmet, sammansättningen i baskosten, portionsstorleken samt effektiviserad kost och kost med ändrad struktur. I Avsnitt II ges anvisningar om användning av kompletterande kliniska näringspreparat. Avsnitt III i rekommendationen innehåller information om äldre personers näringsbehov, sjukdomar och munhälsa samt deras inverkan på planeringen av matsedeln och måltidernas sammansättning.

## ► För äldre personer och närstående vårdarfamiljer

Denna rekommendation ger information om hälsofrämjande måltider och kost som upprätthåller funktionsförmågan hos äldre personer. Informationen är också till nytta för familjer som fungerar som närstående vårdare. I Avsnitt I finns anvisningar för val av livsmedel och planering av måltider samt alternativ för att komplettera maten och förbättra smakupplevelsen. Matbilderna ger praktiska tips. I Avsnitt III finns information om äldres näringsbehov och om hur långtidssjukdomar, munhälsan och läkemedelsbehandling påverkar måltiderna och näringstillståndet. Rekommendationens anvisningar om måltider och mellanmål kan användas för de egna måltiderna hemma. Rekommendationen ger också information om de stödtjänster som erbjuds.



## INLEDNING

God kost är grunden för hälsa och välbefinnande. En god kost upprätthåller motståndskraften, påskyndar återhämtningen från sjukdomar och är också viktigt för människans psykiska och sociala välbefinnande. Kosten har också en viktig roll till exempel i förebyggandet av minnessjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. Man bör fästa uppmärksamhet vid näringsbehoven hos den åldrande befolkningens redan innan de äldre omfattas av omsorgstjänster. Alla äldre personer ska också ha rätt till god kost trots sjukdomar, begränsningar i funktionsförmågan och minnesproblem.

Tyvärr har detta inte alltid förverkligats.

Beredningen av denna kostrekommendation inleddes förra våren. Den bakomliggande orsaken var oro över situationen inom äldreomsorgen och oro över kostens kvalitet och det praktiska genomförandet av måltiderna både inom hemservice och heldygnsomsorg. Undernäring verkade vara beklagansvärt vanligt bland äldre personer. Tjänsterna har konkurrensutsatts och upphandlingskontrakterna har ingåtts utan nationella kvalitetskriterier, och man har inte överallt förstått kostens betydelse som en del i äldreomsorgen. De tidigare rekommendationerna motsvarade inte heller längre behoven i det föränderliga servicesystemet.

Regeringen anser att det är viktigt att stärka de äldres välbefinnande och funktionsförmåga. I regeringsprogrammet ingår ett löfte om att kvaliteten på, tillgången till och möjligheterna till gemensamma måltider för äldre personer ska inkluderas i utvecklingen och tillsynen av både de som bor hemma och de som bor på serviceboenden. Det här är en mycket viktig fråga för regeringen. Den här nya kostrekommendationen för äldre är ett centralt verktyg i strävan mot dessa mål.

Den nya kostrekommendationen för äldre är en riksomfattande kvalitetsrekommendation med vilken man fastställer hur man främjar en näringsrik kost för äldre och ordnar högklassiga måltidstjänster som utgår från äldre personers behov och även främjar gemensamma måltider. Publikationen innehåller rekommendationer för upprätthållande av ett gott näringstillstånd hos äldre personer och förebyggande av sjukdomar, fastställande och uppföljning av näringstillståndet samt genomförande av kostbehandling. De kvalitetskriterier och uppföljningsindikatorer som har antecknats i rekommendationen är avsedda för egenkontroll och myndighetstillsyn samt regional och riksomfattande uppföljning och konsekvensbedömning.

Jag hoppas att alla aktörer som ansvarar för måltider och kostbehandling för äldre tar denna rekommendation till sig och aktivt utnyttjar den i sitt eget arbete. Förverkligandet av rekommendationen stöds bland annat med anslag för hälsofrämjande samt som en del av det kommande tväradministrativa åldersprogrammet och även som livsstilsrådgivning i programmet Framtidens social- och hälsocentral.

Tillsammans främjar vi en näringsrik kost för äldre personer.

Krista Kiuru  
Familje- och omsorgsminister





## Gemensamma måltider och matkunskaper främjar hälsan



# GOD KOST NÄR MAN BLIR ÄLDRE

## Rekommendationer

- Grunden i kost för äldre är enligt definitionen i de nationella näringsrekommendationerna en kost som främjar hälsa och hållbarhet<sup>1</sup>.
- Energiinnehållet i kosten ska motsvara energiförbrukningen.
- Kosten ska vara mångsidig och smaklig. Den ska innehålla bland annat grönsaker, frukt, bär, fullkornsprodukter, mjukt fett och mjölkprodukter samt tillräckliga mängder fisk, fjäderfä, kött, ägg eller växtproteinkällor, såsom baljväxter.
- Saltinnehållet ska vara måttligt.
- Om viktminskning behövs ska minskningen ske i måttlig takt med tanke på att proteinintaget måste vara tillräckligt, så att en minskning av muskelmassan kan minimeras och funktionsförmågan bevaras.
- För personer över 75 år rekommenderas ett D-vitamintillskott på 10–20 µg/dygn året om.
- När man ordnar måltiderna för äldre personer ska man beakta måltidernas psykiska och sociala betydelse, växelverkan med andra människor, humör och känslor samt den sociala och ekonomiska situationen.

Mat- och motionsvanorna i vuxen ålder inverkar på hälsan och funktionsförmågan när man blir äldre. En god funktionsförmåga gör att du kan njuta av dina pensionsår i gott skick. Utifrån forskningsrön om finländarnas hälsotillstånd och matvanor<sup>2</sup> är det viktigt att i kosten för personer som närmar sig pensionsåldern betona viktkontroll och förebyggandet av hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes. I praktiken innebär det här hälsofrämjande måltider som innehåller rikligt med olika grönsaker, bär och frukter, fullkornsspannmål, måttligt med fett och tillräckligt med mjukt fett i stället för hårt fett, små mängder salt och tillsatt socker.

Hälsofrämjande kost och viktkontroll har samband med bättre funktionsförmåga hos äldre personer och kan också skydda mot försämrade minnesfunktioner. Även äldre personer med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes har nytta av livsstilsförändringar. Med tanke på funktionsförmågan är det också viktigt att stärka musklerna genom att röra på sig och undvika viktvariationer.

1 Statens näringsdelegation. 2014. Mat ger hälsa – Finska näringsrekommendationer. [https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/sv/naringsrekommendationer\\_2014\\_web.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/sv/naringsrekommendationer_2014_web.pdf)

2 THL. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastavuus. 2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-336-6>



Hos äldre personer är minskad muskelmassa och nedsatt muskelfunktion (sarkopeni) en central faktor som försämrar funktionsförmågan. När det gäller att förebygga sarkopeni är det viktigaste att röra på sig tillräckligt, ha ett bra näringstillstånd och viktkontroll.

Det finns ingen botande behandling mot minnessjukdomar, och därför är det viktigt att förebygga dem. Vissa minnessjukdomar kan förebyggas med hälsofrämjande levnadsvanor. Ett exempel på livsstilens betydelse för förebyggandet av minnessjukdomar är FINGER-undersökningen som genomfördes i Finland<sup>3</sup>, där handledning som fokuserar på näring, motion, minnesträning samt hantering av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar bidrog till att bevara kognitionen.

## Måltider och matval som främjar hälsa och hållbar utveckling

Näringsrekommendationerna för den vuxna befolkningen, ”Mat ger hälsa”, lämpar sig som sådana för äldre i gott skick. Energiintaget ska vara i balans med förbrukningen. Av hela dagens energi borde 45–60 procent komma från kolhydrater, 25–40 procent från fetter och 15–20 procent från proteiner. För kvinnor är den dagliga rekommendationen för intag av kostfiber minst 25 gram och för män minst 35 gram. För personer över 65 år är proteinrekommendationen 1,2–1,4 g/kg vikt/dygn, dvs. cirka 55–90 g. Det fett som fås via maten bör till största delen vara mjuka, omättade fetter. Andelen hårda fetter borde vara under 1/3 av det totala fettintaget.

Vid planeringen av råvaror för måltider avsedda för äldre ska rekommendationerna för att förbättra kosten på befolkningsnivå beaktas (Tabell 1, s. 17).

Enligt de nationella näringsrekommendationerna (2014) ska man beakta en hållbar utveckling i matvalen. En vegetarisk kost enligt rekommendationerna minskar matens miljöbelastning. I miljövänlig kost väljer man på ett mångsidigt sätt inhemska grönsaker, rotfrukter, baljväxter, svampar, frukt och bär enligt skördeperiod samt serverar måttligt med rött kött. Till de val som stöder en hållbar utveckling hör också potatis, spannmål eller spannmålstillbehör i stället för ris, fisk (särskilt insjöfisk<sup>4,5</sup>), rybsolja, vegetabiliskt fett och som törstsläckare kranvatten. I allt högre grad är även äldre personer medvetna om miljö- och klimatförändringarna och vill främja en hållbar utveckling genom sina matval. Man bör dock beakta matvanor och smakupplevelser hos äldre personer, vilka kan påverka godkännandet och användningen av nya växtproteinpreparat. Till de som äter lite och har dålig matlust är det viktigt att servera välsmakande och välbekant mat. Detta minskar också matsvinnet.

3 Finger-studien 2009–2024.

<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finger-tutkimushanke>

4 Livsmedelsverkets anvisningar om användning av fisk för äldre och personer med nedsatt motståndskraft ska beaktas. <https://www.ruokavirasto.fi/sv/privatkunder/information-om-livsmedel/anvisningarna-om-hur-livsmedel-anvands-pa-ett-sakert-satt/sakra-satt-att-anvanda-livsmedel/>

5 Undvik fiskarter som har röd färg i WWF:s fiskguide. Fiskguide: <https://fiskguiden.wwf.se/>



**Tabell 1.** Främja hälsan och hållbar utveckling genom matval (VNR 2014)

Lägg till	Byt ut	Minska
Grönsaker (särskilt rotfrukter) Baljväxter (ärter, bönor, linser)	Ljusa spannmålsprodukter → fullkornsprodukter	Köttprodukter Rött kött
Bär, frukter	Smör, bredbara pålägg som innehåller smör → vegetabiliska oljor, baserade på vegetabiliska oljor	Drycker och mat som innehåller tillsatt socker
Fisk och andra havsdjur	Feta mjölkprodukter → fettsnåla/fettfria mjölkprodukter	Salt
Nötter och frön		Alkoholdrycker

Förutom valet av livsmedel kan man effektivt förebygga matens miljöbelastning genom att minska matsvinnet. Vid matlagning kan svinet minskas med en god planering av matsedelns och med ett beställnings-, logistik- och informationssystem som säkerställer att målgruppen serveras god mat i lämpliga portioner. Till exempel skolornas restlunchkoncept ger möjlighet att sälja överflödiga mat, vilket ger de äldre möjlighet till variationer i kosten.



## Gemensamma måltider och matkunskaper främjar hälsan

God mat, en trevlig måltidssituation och att äta tillsammans ökar välbihaget, uppmuntrar till att smaka på nya maträtter, gör att man äter mer trots att aptiten är dålig och stimulerar sinnen. Alla dessa kan också påverka tanke- och minnesfunktionerna. I undersökningar har det konstaterats att äta tillsammans är förknippat med många positiva faktorer, medan matrytmen, matvalen och näringsintaget hos ensamboende är förknippade med risker som påverkar genomförandet av ett gott näringsintag och personernas hälsa.

Om det finns problem med att ordna måltiderna, kan handledning om måltider till äldre personer väcka intresset för mat och att komponera måltiderna på nya sätt. Den som ger handledning ska vara bekant med kost för äldre personer.

I handledningsdiskussioner är det viktigt att söka alternativ tillsammans med klienten. Man kan söka produkter tillsammans på livsmedelstillverkarnas nätsidor och på nätsidor som upprätthålls av de butiker som klienten använder. Alternativa livsmedel och tillagningssätt, färdigmat och kryddning av den enligt egen smak underlättar matlagningen och gör kosten mer varierad. Alternativ för måltider och mellanmål presenteras i kapitel 1 i Tabell 2, s. 30.

**Verksamhetsidé:** Att gå i pension är en stor förändring i vardagen för var och en. I samband med riktade evenemang för granskning av välbefinnande och hälsotillståndet hos personer som går i pension som ordnas av kommuner och organisationer kan man erbjuda möjligheter till granskning av de egna hälsovanorna och mätning av hälso- och näringsstillståndet. Kommunen och organisationerna kan presentera tillgängliga grupper och till exempel matlagingskurser samt frivilligverksamhet såsom matkompisar.

## Gruppering av äldre enligt funktionsförmågan

I den finländska lagstiftningen avses med äldre befolkning den befolkning som är i en ålder som berättigar till ålderspension, dvs. personer över 65 år. En äldre person har i lagen definierats som en person vars funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder. I takt med åldern och att funktionsförmågan försämras blir det svårare att bo hemma och klara av de dagliga sysslorna.

När man talar om kost är det viktigare att granska äldre personer enligt hälsotillstånd och funktionsförmåga än enligt ålder (Bild 1, s. 19). För äldre personer som är i gott skick lämpar sig samma kostrekommendationer som för andra vuxna. Åldrande och olika sjukdomar ställer däremot särskilda krav på den mat som serveras. En del av klienterna inom hemvården kan laga sin mat själv och har god aptit. Matlagning och bakning kan aktivera och ge personer som är vana vid hushållsarbete meningsfullhet i vardagen och en lämplig dagsrytm. En del är däremot beroende av måltidstjänster och den mängd mat som äts kan vara liten. I kosten för hemmaboende betonas balansen mellan energiintag och energiförbrukning samt matens näringsmässiga kvalitet och smak. Klienter inom hemvården som är i dåligt skick behöver ofta särskilt stöd för att sammanställa måltider och personer som får heldygnsomsorg även hjälp vid måltiderna. Då är den yrkesutbildade personalens betydelse och kompetens i genomförandet av äldre personers kost särskilt betydelsefull. Inom heldygnsomsorgen finns det fler sådana äldre personer, till vilka det är motiverat att servera önske- och favoritmat och -drycker än till andra äldre personer.

Måltiderna ska i alla situationer ge matgästen njutning genom sinnesförmågelser, gemensamma måltider och egen delaktighet. De anhöriga har ofta en viktig roll när det gäller att ordna mångsidig kost för de äldre.





**Bild 1.** Gruppering av äldre enligt funktionsförmågan

Levnads- och hälsovanor i test:

- [Risktest för diabetes](#)<sup>6</sup>
- [Hjärtförbundets test](#)<sup>7</sup> (fettkvalitet, salt, matvanor, kost, motion)
- [Stresstest](#)<sup>8</sup>
- [Test för bedömning av rörelse- och funktionsförmågan](#)<sup>9</sup>
- [Minnestest MMSE](#)<sup>10</sup>
- [AUDIT Hur riskabelt är alkoholbruket](#)<sup>11</sup>
- [Bedömning av fallrisk](#)<sup>12</sup>

6 <https://www.stopdia.fi/>

7 <https://sydan.fi/terveysmittaus/>

8 <https://apps.myzef.com/resources/mielenterveysseura/dmlr92/index.html>

9 <https://www.voimaavanhuuteen.fi/sv/motionering/bedomning-av-rorelseformagan/test-for-bedomning-av-rorelseformagan/>

10 <https://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/ykt/mmse-lomake.pdf>

11 <https://paihdelinkki.fi/sv/tester-och-matarn/alkohol/hur-riskabelt-ar-alkoholbruket-audit>

12 <https://thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre/handboken-for-fallforebyggande-atgarder-for-aldre>

# SOCIOEKONOMISKA DIMENSIONER AV MÅLTIDER OCH NÄRING

## Rekommendationer

- Äldre människor med risk för dålig näring på grund av deras låga socioekonomiska status (bl.a. låginkomstagare, multistjuka eller äldre som nyligen har blivit änka/änkling) måste identifieras.
- Riktade tjänster för tidigt stöd erbjuds till riskgrupper, t.ex. måltids-, transport- och handelstjänster samt matlagningskurser och motions- och kostgrupper.
- Kosthandledning integreras i planen enligt äldreomsorgslagen.
- Man säkerställer att de som arbetar med äldre har aktuell information om ställen för mathjälp och att socialarbetarna deltar i planeringen av mathushållningen för de äldre.

*De äldres  
näringstillstånd,  
måltider och  
näringssintag  
har ett nära  
samband med  
hälsotillståndet och  
funktionsförmågan.*



Näringstillförsel är ett dagligt grundläggande behov som ska tillgodoses oberoende av den äldre personens socioekonomiska ställning, kondition eller servicebehov. De äldres näringstillstånd, måltider och näringsintag har ett nära samband med hälsotillståndet och funktionsförmågan. Begränsningarna i funktionsförmågan är inte jämnt fördelade bland befolkningen, utan de socioekonomiska skillnaderna påverkar också funktionsförmågan hos äldre personer. Den socioekonomiska ställningen (till exempel utbildning, inkomster eller yrkesställning) har ett samband med människornas hälsotillstånd. Den påverkar hälsan under hela livet ända in i ålderdomen. Den socioekonomiska ställningen påverkar bland annat människors resurser och möjligheter att ta till sig information om motion och hälsofrämjande kost.

Hälsorådgivningen når lättare fram till personer med högre utbildning och intresse för sin hälsa än till personer med en lägre socioekonomisk ställning. Dessutom påverkar förmögenhet och disponibla inkomster möjligheterna att skaffa mångsidiga livsmedel och använda måltidstjänster. När man blir pensionär sjunker inkomsterna, vilket i sin tur gör det svårare att välja hälsosamma alternativ särskilt för låginkomsttagare. Förlusten av förmåner relaterade till arbetslivet, såsom subventionerade personalmåltider och motionsmöjligheter, kräver nya färdigheter och andra resurser av de som har vant sig vid dessa.

Enligt äldreomsorgslagen ska kommunen ordna handledningstjänster som stöder den äldre befolkningens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand. Dessutom ska kommunen erbjuda hälsoundersökningar, mottagningar eller hembesök som stöder välbefinnandet, hälsan, funktionsförmågan och förmågan att klara sig på egen hand särskilt till personer som hör till den äldre befolkningen och vars levnadsförhållanden eller livssituation utifrån forskningsrön eller allmän livserfarenhet bedöms vara förenade med riskfaktorer som ökar servicebehovet.



# AVSNITT

## I

# MÅLTIDSTJÄNSTER FÖR ÄLDRE OCH DEN MAT SOM SERVERAS





# 1 Stöd för god kost och näring till äldre som bor hemma och som behöver stöd och service

I detta avsnitt behandlar vi stöd av måltider och näring till personer som hör till den mellersta gruppen vid indelning av äldre enligt funktionsförmågan. Hos alla som hör till den här gruppen har hjälpbehovet ökat på grund av sjukdomar och skörhet. (Bild 1, s. 19).



## Rekommendationer

- De äldres möjligheter att bo hemma främjas genom att man regelbundet bedömer näringstillståndet och säkerställer att måltiderna genomförs enligt planen.
- Viktvariationer, oavsiktlig viktnedgång och andra faktorer som äventyrar ett gott näringstillstånd, såsom sjukdomar och läkemedelsbehandling, ska identifieras och beaktas individuellt för att näringsintaget ska kunna tryggas.
- Samarbete mellan anhöriga, vårdpersonalen och måltidstjänsten samt ett smidigt informationsutbyte är nödvändigt för att trygga den äldres tillgång till näring.
- I måltidstjänsterna beaktas klientens individuella behov, favoriträtter och produkter som kompletterar måltiden samt säkerställs vid behov tillräcklig hjälp vid måltiderna.
- Maten smakar bättre när man äter tillsammans. I mån av möjlighet utökar man den sociala aspekten vid måltiderna.
- Olika aktörers ansvar avtalas och dokumenteras: bedömning och uppföljning av näringstillståndet, beställning av butiks- och måltidstjänster, val av rätt kost, uppföljning av att måltiderna äts upp och kosthandledning.
- På arbetsenheterna och i organisationerna kommer man överens om arbetsfördelningen och ansvaret: bl.a. bedömning av servicebehovet, beställning och uppföljning samt bedömning och uppföljning av klientens näringstillstånd.

Önskemål och behov gällande tjänster till stöd för att äldre ska kunna bo hemma varierar. Man önskar att tjänsterna är flexibla så att de kan anpassas enligt den aktuella situationen. En måltidstjänst som stöder hemmaboende ska i stället för som en stöd-tjänst anses som en basservice, som består av olika tjänster som upprätthåller ett gott näringstillstånd och meningsfulla måltider enligt aktuella behov.





---

*Särskild uppmärksamhet ska fästas vid att nå äldre som bor hemma och som befinner sig i riskzonen för undernäring. Det är särskilt viktigt att observera situationen hos äldre par och se till att båda får tillräckligt med näring.*

---

Vid ordnandet av måltiderna beaktas valfriheten, gemensamma måltider, måltidernas näringskvalitet, tryggheten av måltiderna under hela dagen, möjligheten att handla i butik, transporttjänster och olika typer av måltidstjänster. Den mat som serveras ska smaka gott och dess utseende ska öka aptiten. Måltiderna ska dessutom vara fullvärdiga näringsmässigt sett.

Man ska aktivt utreda olika faktorer som äventyrar näringsintaget hos alla äldre och söka individuella lösningar. Näringskvaliteten kan äventyras av fysiska eller psykiska symtom och begränsningar, ekonomiska omständigheter, sinnesstämning, ensamhet, attityder eller brister i kunskaper eller färdigheter. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid att nå äldre som bor hemma och som befinner sig i riskzonen för undernäring. Det är särskilt viktigt att observera situationen hos äldre par och se till att båda får tillräckligt med näring.

## 1.1 Tjänster som levereras hem

De äldres boende hemma ska stödas så länge det är tryggt med tanke på funktionsförmågan. Tjänster som ges hemma ökar möjligheterna att bo hemma ännu längre. Lösningar som stöder god kost och trivsamma måltider kan bestå av flera olika tjänster som produceras av olika aktörer. Information om tjänster som stöder måltiderna ingår i presentationen av tjänster för äldre. Tjänster som produceras av olika anordnare ska tillhandahållas tillräckligt tidigt som stöd för funktionsförmågan.

Måltidstjänster kan fås som en del av hemservicen, om klienten inte själv kan tillreda mat på grund av nedsatt funktionsförmåga eller hälsotillstånd eller håller på att återhämta sig från sjukdom eller skada. Förutsättningen för att trygga en tillräcklig och/eller mångsidig daglig måltid för klienten kan vara att man ordnar måltidstjänster.

Bedömningen av behovet av måltidstjänster görs av de arbetstagare inom organisationen eller enheten som man har kommit överens om, i allmänhet av servicehandledarna eller av hemvårdspersonalen. Man kommer överens om måltidstjänsterna med klienten och/eller hans eller hennes närstående och gör upp en veckoplan för antalet måltider och de specialdieter som behövs.

### 1.1.1 Måltidstjänst i hemmet

Med måltidstjänst i hemmet avses här måltider som levereras hem till äldre personer som bor hemma och/eller omfattas av hemvård. Som synonym för måltidstjänst i hemmet används termen matservice.



Behovet av måltidstjänster kan uppstå plötsligt eller kan införas enligt en plan när personens funktionsförmåga försämras. Måltidstjänster kan fås som en del av hemvården och beviljas enligt vissa kriterier. Privata klienter kan också beställa tjänster utan separata kriterier. Måltidstjänster kan produceras av en offentlig måltidstjänst eller en privat aktör.

Till bra måltidstjänster i hemmet hör:

- lätt att sköta ärenden
- tillförlitlig leverans
- egenkontroll
- leverans av måltider vid behov till klientens kylskåp eller ända fram till en varm portion på tallriken
- möjlighet till kontinuerlig kundrespons och att denna beaktas i utvecklingen av verksamheten
- produktdeklarationer som är på lätt språk och lätta att läsa
- måltidens pris anges tydligt.



Med måltidstjänst i hemmet avses i allmänhet en huvudmåltid per dag, och denna ska täcka cirka en tredjedel av dagens energi- och näringsbehov. Måltiden ska uppfylla minimikraven för näringskvalitet (se s. 148–149), och särskild uppmärksamhet ska fästas vid att måltiden innehåller tillräckligt med protein. Energiinnehållet i måltidshelheten är enligt den äldres dagliga energibehov cirka 400–600 kcal och proteininnehållet 25–30 gram. Det beräknade näringsinnehållet består av det sammanräknade innehållet i alla delar som ingår i måltiden. Proteinhalten i måltidsdrycken och brödet är cirka 7–10 gram och ingår i måltidshelheten.



Måltiderna i hemmet levereras i huvudsak som kalla färdiga måltider.

En god måltid hemma:

- näringsmässigt fullvärdiga och välsmakande måltider
- möjligheter att välja måltid mellan flera olika alternativ eller enligt en mångsidig och varierad rullande matsedel
- huvudrätt, potatis-, pasta-, spannmål eller ris, varma grönsaker, färsk sallad, salladsdressing och dessert, spannmålsprodukt med soppmåltid, såsom semla, paj eller motsvarande
- möjlighet att beställa måltider med ändrad struktur, specialdieter, effektiverad kost och kompletterande näringspreparat
- temperaturen på mat som serveras varm ska vara minst +60 °C
- temperaturen på mat som serveras kall ska vara under +6 °C
- maten ska ha bra smak, utseende, struktur och andra egenskaper som väcker matlusten.

Måltiderna i hemmet levereras i huvudsak som kalla färdiga måltider (under +6 °C).

Fördelarna med kalla måltider är:

- mikrobiologisk säkerhet
- de är ekologiska och kostnadseffektiva, eftersom man vid samma transport kan leverera måltider för flera dagar
- möjlighet att välja en måltid man gillar mellan flera alternativ
- möjlighet att äta maten när den är varm
- flexibel leveranstid, som inte bestäms enligt tidpunkten för måltiden.

Serviceleverantören informerar kunderna om måltidshelhetens sammansättning så att energi- och proteininnehållet är tillräckligt. Hemvården handleder klienterna och anhöriga i att komplettera måltiden med produkter som innehåller tillräckligt med näring, är individuellt anpassade och välsmakande.



Måltiderna hemma kan beställas med ändrad struktur. Måltiderna levereras enligt klientens individuella behov, till exempel kan salladen bytas ut mot en drickbar produkt.

## Måltidernas sammansättning

En fullvärdig måltid främjar hälsan, är mångsidig, vällsmakande och väcker matlusten. Måltidshelheten består av måltidsdelar som levereras av måltidstjänsten (huvudrätt, dessert), delar som kompletterar måltiderna (måltidstillbehör) och individuella smaktillbehör (se Bild s. 28).

### Måltidstillbehör

Olja eller vegetabilisk oljebaserad sås för sallader / grönsaker

Bröd  
Bredbart vegetabiliskt fett

Måltidsdryck: Mjölkbaserad eller kompletterat växtbaserad måltidsdryck

Dessert kompletterar måltiden





## TIPS

Genom att beakta den äldres individuella önskemål, såsom extra kryddor, val av måltidsdryck eller matställe kan man i betydande grad påverka om maten blir uppäten. När man äter tillsammans med andra smakar maten vanligen bättre. Vi äter tillsammans!



Individuella smakhöjare. Den äldre kan förhöja smaken på måltider som levereras till hemmet genom att tillsätta till exempel lingonsylt, saltgurka, en fettlick, favoritkryddor, senap eller kryddsås.

Om den äldre har specialdiet eller behöver ändrad struktur beaktar man detta i matlagningen, utan att det inverkar på förnimbara kvalitet eller näringsinnehållet. Vid behov kompletteras maten eller en del av måltiden med energi- och proteinrika kliniska produkter (se 6.1.1) eller livsmedel (se Tabell 2 s. 30 och Bilaga 1 s. 169). Det är viktigt att hemvårdspersonalen kan beställa rätt kost och beakta individuella näringsbehov.

Enligt undersökningar får äldre personer som bor hemma i sig otillräckliga mängder av fleromättade fettsyror, C-vitamin, folat och kalcium. Produktutveckling och näringskunskap behövs för att man ska kunna trygga ett tillräckligt intag av olika näringsämnen genom varierande livsmedels- och produktval vid olika måltider, i samband med såväl huvudmålet som mellanmålen. Särskilt kost med ändrad struktur och specialdieter kräver kunskap. Genom att se till att den äldre får rätt kost, till exempel med ändrad struktur, och tänka på matens smak och utseende samt att det finns tillgång till favoriträtter, kan man påverka att den näringsrika maten också blir uppäten.





Olika dessertalternativ som kompletterar måltidshelheten.



Den måltid som fås via måltidstjänsten är endast en av dagens måltider och därför är det viktigt att även granska dagens övriga måltider. Genom att bedöma måltiderna och vid behov ge kosthandledning till klienten och de anhöriga kan man säkerställa att den äldre får i sig tillräckligt med mat och näringsämnen. Vid bedömningen kontrollerar man att antalet måltider och mellanmål är tillräckligt, vad de innehåller och att de är jämnt fördelade under dagen samt måltidsintervallen. I Tabell 2 visas olika metoder för att komplettera måltider och mellanmål och förhöja deras smak.

Vid behov hjälper hemvårdspersonalen klienten vid måltiderna. Det stöd som hemvården erbjuder varierar enligt klientens funktionsförmåga från leverans av livsmedel och mat till övervakning eller matning vid måltiderna. Oftast värmer och serverar vårdaren dagligen en eller flera färdiga måltider och mellanmål. En del av klienterna inom hemvården bor på serviceboenden, varvid serviceboendet levererar måltiderna till klienten.

**Tabell 2.** Alternativ för komplettering av måltider och mellanmål och höja smaken

<b>MÅL:</b> tillräckligt energiinnehåll	Alternativ för att öka energiinnehållet när vikten oavsiktligt sjunker eller energibehovet har ökat
Alternativ och tillbehör	När det finns olika måltider och smaker att välja emellan, ökar mängden mat som äts obemärkt.
Mer energi och smak med mjukt fett	Bland mjölkprodukter rekommenderas fettfria och fettsnåla alternativ. När energibehovet är högre eller vikten sjunkit rekommenderas fettillskott i kosten: vegetabilisk olja, flytande vegetabilisk fettprodukt, bredbart pålägg med hög fetthalt (minst 60 % fett) samt produkter som används som växtbaserad grädde. Vegetabilisk olja med neutral smak som innehåller mjuka fetter, såsom rybs- och rapsolja, är lämpliga i många maträtter, gröt och grönsaker som energitillskott. Vegetabiliska oljor innehåller 100 % fett och är därför mycket energirika. Flytande växtbaserade fettprodukter är mycket lämpliga i välling och gröt som är tillagad på mjölk eller vegetabiliska drycker. Växtbaserade produkter som används som grädde och matgrädde är lämpliga smakförhöjare i maträtter, såser och bakverk. På bröd använder man bredbart pålägg som har en högre fetthalt (minst 60 %), men som ändå uppfyller kriterierna för Hjärtmärket.
Genom val av matlagningssätt kan energiinnehållet höjas	Man tillreder såser, gratänger, frestelser, potatis- och grönsakspuréer vars energiinnehåll kan höjas med hjälp av vegetabiliska produkter som används som mjölkprodukter och fettprodukter som innehåller mjukt fett (se ovan).
Desserten ger energi	Mjölk- och växtbaserade produkter såsom yoghurt, kvarngost samt produkter som används på liknande sätt, puddingar, plättar, pannkakor och bakverk rekommenderas som dessert.
Nattmål bryter fastan och ökar energiintaget	På nattduksbordet placerar man en liten portion av något som är lätt att äta och kan förvaras i rumstemperatur: bär- eller fruktgröt, bärkräm, en oöppnad tetra mjölk- eller växtbaserad dryck.
Drycker som ger energi	Som måltidsdryck serverar man i stället för vatten mjölk, kompletterande vegetabilisk dryck, surmjölk, juice eller smoothies. Som törstsläckare rekommenderas dock vatten.
<b>MÅL:</b> säkerställa proteinintaget	Alternativ för att säkerställa intaget av protein
Varje huvudmåltid ska innehålla rikligt med protein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Man använder sig av den tredelade tallriksmodellen, där en tredjedel innehåller fisk, fjäderfä, kött, ägg eller baljväxter i olika former</li> <li>• Sopprätter innehåller rikligt med fisk, fjäderfä, kött, ägg, baljväxter eller grynost</li> <li>• Gröt eller välling kokas på mjölk eller kompletterande vegetabilisk dryck</li> </ul>
Vid varje mellanmål, frukost och kvällsmål finns det proteinrika tillbehör	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som dryck serveras mjölk, surmjölk, växtbaserad näringsdryck eller en dryck som innehåller någon av dessa (smoothie, yoghurtdryck)</li> <li>• Yoghurt, fil, frukt- eller bärkvarv eller växtbaserade produkter som används på liknande sätt</li> <li>• Bröd med ost, pålägg, ägg, äggsmör, vegetarisk paté. Om måltiden är liten, två pålägg eller ostskivor</li> <li>• Ägg, ägggröra, pannkaka, plättar.</li> <li>• Kaffegröd som innehåller proteiner (proteinkälla t.ex. ägg, mjölk, kvarg, nötter eller frön), proteinhaltig mellanmålsbar.</li> </ul>



Desserten kompletterar måltiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bär- eller fruktkvarg, yoghurt, pudding eller växtbaserad produkt som används på liknande sätt</li> <li>• C-vitaminiserad bär- eller fruktpuré eller nektar</li> <li>• Bär- eller fruktkräm med kryddad kvarg eller vaniljskum</li> <li>• Vanilj- och bär-/fruktkräm</li> <li>• Pannkaka eller plättar, favoritost</li> </ul>
Proteiner från nötter, mandel och frön	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som sådana, rostade eller malda för att smaksätta och berika maten (i varma grönsaker, separat som smaktillsats, pulver, milkshake och i desserter, patéer, bredbara pålägg)</li> </ul>
Ägg på olika sätt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I gröt, potatismos, gratänger, smoothies, äggsmör</li> </ul>
Protein från baljväxter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärtsoppa, purésoppa, gryt- och sopprätter, bakverk</li> <li>• t.ex. bönor, ärter, linser, ärt- och bondbönsmjöl</li> </ul>
Varierade mjölkprodukter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteinberikad mjölk</li> <li>• Surmjölk, mjölkquarg, yoghurt, fil, mjölkpulver, ost, grynost</li> </ul>
<b>MÅL:</b> förbättrad smakupplevelse	<p>Individuella metoder för att krydda och smaksätta maten, om matlusten är dålig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smaktillsatser: en favoritsmak gör att maten smakar bättre. T.ex. lingonsylt, kryddgurka,</li> <li>• senap/ketchup, favoritkrydda, kryddsåser, riven ost, majonnäs, en bit ost olika såser, bl.a. brun sås, gräddfilsbaserad sås</li> <li>• Möjlighet att välja mellan olika tillbehör till måltiden, t.ex. potatis/potatismos, köttbullar och brun sås/karelsk stek</li> <li>• Tillsammans med måltiden levereras olika tips på hur man kan komplettera måltiden enligt egen smak och använda olika smaktillsatser.</li> <li>• Desserten kan också fungera som aptitväckare innan man äter den varma maträtten.</li> </ul>
<b>MÅL:</b> grönsaker, frukt och bär serveras i smaklig form	Alternativ för att öka intaget av grönsaker, frukt och bär
Lämplig struktur	Genom att ångkoka, tillreda och purea kan man minska tuggmotståndet och öka saftigheten: soppor, purésoppor, grytor, smoothies, nektar och puréer.
Avrunda smak och surhet	Smaken på grönsaker, frukt och bär blir mildare med mjölkprodukter.

När den äldre har ökat energi- och/eller proteinbehov, kan man komplettera kosten med kliniska näringspreparat och som tillskott servera kliniska näringspreparat som är färdiga att avnjutas (Avsnitt 6) enligt det beräknade tilläggsbehovet av energi, protein och näringsämnen.



*Kostbehandlingen är en del i den helhetsmässiga vården, vilket förutsätter att man granskar, planerar, följer upp och utvärderar den äldres helhetssituation.*

## Måltidsdryck

Måltidsdrycken räknas som en del av måltidens näringsinnehåll och den har stor betydelse som smakkomplement till måltiden. En del vill ha mjölk till korvrätter, medan andra vill ha bärsoppa eller -kräm till ris- eller mannagrynsgröt. Även här är det viktigt att kunna välja en dryck som passar till maten.

Dryckens betydelse som en del av måltiden:

- säkerställer vätskeintaget
- kompletterar matens smaker
- utgör en energi- och proteinkälla
- utgör en C-vitaminkälla (t.ex. juice vid frukosten)
- utgör en D-vitaminkälla.

### 1.1.2 Butikstjänster

” Husmanskost är bäst,  
men butiksresor är ansträngande ”

I regel kan äldre personer som bor hemma för närvarande beställa dagens lunch som måltidstjänst. Hemvården kan beställa livsmedel till dagens övriga måltider som butikstjänst, om klienten inte själv kan göra inköpen. När en äldre person omfattas av service, ansvarar producenten av måltidstjänsterna för den näringsmässiga kvaliteten i de måltider som levereras, men ansvaret för att de övriga måltiderna under dagen är näringsrika ligger hos hemvården. Butikstjänster kan också fås privat, men utmaningen här är att kunna säkerställa matens näringsmässiga kvalitet. **Hemma kan man själv komplettera färdigmat till fullvärdiga måltider med till exempel ägg, pålägg eller mjölkprodukter och grönsaker** (se bild på följande sida).

Det finns behov av olika typer av butikstjänster särskilt för personer som bor utanför tätorterna och som har lång väg till butiker. I takt med att butikstjänsterna utvidgas och blir mer allmänna blir produktsortimentet också mångsidigare. Produkter kan också hemma bedömas på bilder via nätet. Möjligheten att välja själv ökar upplevelsen av självbestämmande och hjälper den äldre att välja lämpliga produkter som han eller hon gillar och som sedan blir uppätta. Det är till hjälp att hemvårdspersonalen har god kännedom om livsmedel och produkter när man ska välja individuella produkter som stöder god kost, till exempel matdrycker eller proteinrika mellanmål.





Butikstjänsten uppfattas oftast som leverans av matinköp hem. De äldres önskemål är också att få hjälp med att handla i butik och göra upp en inköpslista.

På olika områden fungerar också matkurirtjänster för måltider. Beställningen görs via en mobilapp från de restauranger som finns på listan.



## TIPS

- Tjänster gällande anskaffning, tillredning och måltider av mat bör kombineras till en helhet.
- Matinköpen kan göras tillsammans med klienten.
- Tillsammans med klienten kan man på webben bekanta sig med matbutikens sortiment och göra upp en inköpslista tillsammans. Samtidigt kan man handleda klienten att välja näringsmässigt bra mat och mellanmål. Detta förutsätter att arbetstagaren har bra näringskunskap.
- Tillsammans med lokala butiker kan man ordna transporttjänster till klientens hem.

## 1.2 Stöd av gemensamma måltider

Församlingar, föreningar, restauranger eller boendesamfund kan ordna gemensamma måltider på många olika sätt. Den möjlighet till att träffa människor i samma ålder som den gemensamma måltiden erbjuder är den viktigaste orsaken till att äldre människor deltar, och måltiden betraktas som dagens höjdpunkt. Måltider utanför hemmet inverkar positivt på de äldres funktionsförmåga och de upplever att de äter hälsosammare och mångsidigare än när de äter ensamma hemma. De som deltar i klubb- eller dagverksamhet tycker särskilt att det är bra att de får träffa andra människor och samtidigt få mat och andra vårdtjänster efter behov.

### Betydelsen av samarbete och transporttjänster

Den dagcenter- och kvartersklubbverksamhet som upprätthålls av kommuner och organisationer är en viktig del i stödet av de äldres välbefinnande och hemmaboende. De gemensamma måltider som är en väsentlig del i denna verksamhet förutsätter samarbete mellan olika aktörer, eftersom man utöver måltidstjänsterna behöver planera till exempel servicebusstrafiken och andra transporttjänster så att de gynnar de gemensamma måltiderna.



#### TIPS

- På många orter kan man i skolorna förmånligt äta överbliven skolmat som tillretts samma dag.

### Gemensamma måltider smakar bättre

**Servicecenterverksamheten** är en viktig service som stöder gemensamma måltider. I bästa fall kan servicen stödjas genom att kombinera den med transporttjänster som för samman måltidsgästerna. Klienterna kan delta i planeringen av matsedeln genom måltidsråd som ordnas av måltidsproducenten. Servicecentrens klienter kan sinsemellan bilda måltidscirklar, som samlar likasinnade matgäster.

Med stöd av hemvården och genom samarbete mellan olika aktörer kan man lokalt bilda olika klubbar eller måltidsföreningar eller -cirklar som ökar möjligheten till socialt umgänge vid de gemensamma måltiderna. Tack vare de digitala framstegen kan det också vara möjligt att ordna gemensamma måltider med hjälp av tekniken. Bland annat gemensamma måltider via videokontakt där handledaren och deltagarna ser andra personer som äter i sina hem har gett goda erfarenheter.



I boendemiljöer för äldre planeras ofta lösningar som stöder gemenskapen, såsom klubb- eller måltidlokaler. Dessa är lämpliga samlingslokaler där gemensamma måltider kan ordnas.

### 1.3 Övergångsfaser och prognostisering av servicebehovet

Äldre personer som bor hemma är ofta klienter på hälsovårdscentralen. Det är viktigt att de genomgår en kartläggning av näringstillståndet i samband med ett eventuellt besök för sjukdomskontroll eller separat (kort MNA). MNA-kartläggningen kan utföras av en sjukskötare. Utifrån kartläggningens resultat kommer man överens om individuella metoder för att stöda klientens måltider och näring, ger skriftliga anvisningar och vid behov hänvisar klienten till socialservice. Det är viktigt att man på hälsostationen utser en ansvarig vårdare för klienten, till exempel en hälsovårdare eller en sjukskötare. Även de anhöriga och närstående har viktiga roller.

#### Klienthandledning

I klienthandledningen ska man utöver andra servicebehov även bedöma behoven i anslutning till den åldrande personens mat och näring. När en äldre person behöver hemvårdens tjänster gällande maten och måltiderna kontaktar han eller hon eller hans eller hennes anhöriga klienthandledningen och bedömningen av servicebehovet. Klienthandledningen är vanligen ordnad som en regionalt centraliserad service.

Inom projektet Ikäneuvo<sup>13</sup> har man utarbetat en handbok för klienthandledning, som innefattar en verksamhetsmodell för att beakta äldre personers kost i klienthandledningen.

Vid klienthandledning rekommenderas en kartläggning av näringstillståndet (t.ex. testet Mini Nutritional Assessment (MNA), se Verktyg s. 155). Utifrån bedömningen kan man beställa måltidstjänst i hemmet eller butikstjänster som stödtjänster för hemvården. Utöver måltiden hemma bör man fundera på måltidshelheten för hela dygnet och hur klienten kan skaffa livsmedel. Samtidigt ska man komma överens om hur klientens situation ska följas upp i fortsättningen och hur näringstillståndet ska kartläggas till exempel i samband med besök inom hälso- och sjukvården eller inom hemvården.

Måltiderna och näringstillståndet för måltidstjänstens klienter utreds inom hemvården som en del av uppföljningen av funktionsförmågan, servicebehovet och hälsotillståndet regelbundet enligt en individuell plan, t.ex. med 6 eller 12 månaders mellanrum. Näringstillståndet kan bedömas bl.a. genom att följa viktförändringar, mängden mat och dryck som äts och förändringar i aptiten samt med MNA-test.

13 Birkalands Ikäneuvo-projekt. 2018. Asikasohjauksen käsikirja.  
[https://www.tampere.fi/tiedostot/i/szq2RjitP/ikaneuvo\\_asiakasohjaajan\\_kasikirja.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/i/szq2RjitP/ikaneuvo_asiakasohjaajan_kasikirja.pdf) (På finska)



Klienten kan behöva hemvård efter en akut sjukdom som krävt sjukhusvård eller så kan behovet av hemvård konstateras på hälsovårdscentralen. Det är viktigt att tidigare uppgifter om klientens kost överförs med klienten när han eller hon övergår till en ny tjänst och att uppgifterna också utnyttjas. På så sätt kan man fortsätta den redan inledda kostbehandlingen. Resultatet från bedömningar av näringstillståndet (t.ex. MNA) och överenskomna metoder som stöder måltiderna och näringsintaget dokumenteras enligt överenskommelse i olika faser.

## Säkerställande av informationsgången

Anhöriga till äldre som bor hemma har en viktig roll. De kan bl.a. delta i anskaffningen av livsmedel och hjälpa till med praktiska ärenden. De anhöriga behöver handledning i frågor som gäller en äldre närståendes måltider och näringsbehov. Tjänster som stöder måltiderna ska planeras och genomföras i samförstånd med klienten så att de stöder klientens egen aktivitet och självständighet. Service- och vårdplanen är ett bra verktyg med vars hjälp information om överenskomna frågor kan förmedlas mellan olika aktörer.

En äldre person som bor hemma kan ha många olika tjänster. Personen kan vara klient inom hemvården, få intervallvård, dagverksamhet, öppen gruppverksamhet vid ett servicecenter och använda hälsostationens och jourens tjänster. Vid alla enheter ska man säkerställa att information överförs om klientens behov av måltider och näring. Orsakerna till problem med kosten ska utredas utan dröjsmål och lösningar ska sökas genom samarbete, eftersom det är svårt att korrigera en långvarig försämring av näringstillståndet.

Äldre klienter besöker regelbundet olika former av öppen verksamhet på servicecenter, bl.a. hobby- och motionsgrupper. Servicecentrens personal ska aktivt följa klienternas situation och vid behov hänvisa dem till individuella tjänster. Det är viktigt att upptäcka behovet av handledning särskilt vid en begynnande minnessjukdom, om klienten inte har anhöriga.

## Säkerställande av informationsgången mellan yrkesutbildade personer

Överföringen av uppgifter om en äldre persons hälsotillstånd, funktionsförmåga och kost från en serviceproducent till en annan ska säkerställas. Här har social- och hälsovårdens enhetliga informationssystem en nyckelposition, eftersom informationen om klienten finns tillgänglig för respektive expert i systemet. Utvärdering och uppföljning av näringstillståndet är en viktig del av klientinformationen.



## Anmälan om en äldre persons servicebehov

### Är du orolig över en äldre persons välbefinnande?

- ▶ En äldre persons servicebehov kan anmälas till den person som ansvarar för social- och hälsovården i hemkommunen.

### När ska en anmälan göras?

- ▶ Anmälan ska göras när det uppstår oro över att en äldre person är i behov av social- eller hälsovård och som är uppenbart oförmögen att svara för sin egen omsorg, hälsa eller säkerhet. En anmälan kan också göras när en äldre person inte längre förmår sköta sina måltider för att upprätthålla ett gott näringstillstånd.

### Vem ska göra anmälan?

- ▶ Anmälan om en äldre persons servicebehov kan göras av antingen en privatperson eller en myndighet. Syftet med anmälan är att säkerställa att den äldre personen får den omsorg han eller hon behöver även när personen inte själv kan eller förstår att begära den.
- ▶ I 25 § i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (den s.k. äldreomsorgslagen) och i 35 § i socialvårdslagen föreskrivs om den särskilda anmälningsskyldigheten för anställda inom hälso- och socialvården, regionens räddningsverk, nödcentral, polisen, idrottsväsendet, undervisningsväsendet, barndagvården, arbets- och näringsmyndigheten, Tullen, utskökningsmyndigheten och Brottsförklaringsmyndigheten.
- ▶ Dessutom ska en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården enligt 25 § i äldreomsorgslagen i god tid meddela den myndighet som ansvarar för socialvården när en äldre person ska skrivas ut från hälso- och sjukvårdens institutionsvård för att personen ska få tillräckliga, säkra och rehabiliterande tjänster efter utskrivningen.

## Källor:

Innokylä. Yhteisen keittiön toimintamalli <https://www.innokyla.fi/web/malli4646480>

Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. 980/2012. 25 § Anmälan om äldre personers servicebehov Uppdaterad lagstiftning.

Finlands författningssamling <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980#L5P25>

Mäkeläinen P, Tuikkanen R. (2018). Selvitys ruokapalveluiden nykytilasta ja tulevaisuuden tarpeista ikääntyneiden näkökulmasta. In: Xamk Kehittää 56, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-344-113-2>.

Socialvårdslag. 30.12.2014/1301. 35 §. Kontakt med socialvården för bedömning av stödbehovet.

Uppdaterad lagstiftning. Finlands författningssamling <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301#L4P35>

Tammerfors stad Yhteinen keittiö. <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/organisaatio/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-palvelualue/projektit/yhteinen-keittio.html>.

Valve R, Itkonen S, Huhtala M. ym. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä.

Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 73/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-624-9>





## 2 Genomförande av måltider inom heldygnsomsorg

Inom heldygnsomsorgen distribueras maten centraliserat eller decentraliserat. Vid centraliserad distribution portioneras maten vid kostcentret. För det mesta är matdistributionen decentraliserad, dvs. maten förs till enheten för portionering där. Beställningen levereras enligt genomsnittlig energinivå 1 800–1 900 kcal per dygn. Om det på enheten finns klienter som behöver mer energi än genomsnittet, ska man kunna beställa mer mat. Det är viktigt att se till att även de som äter sist får tillräckligt med kött eller kyckling till exempel i såser. Man ska regelbundet kontrollera att maten är tillräcklig och även följa upp matsvinnet.

### Modellbilder till hjälp

Vid decentraliserad distribution är det vårdpersonalens uppgift att säkerställa en god kost genom att sköta beställningen, distributionen och måltidssituationen väl.

Vårdpersonalen och den biträdande personalen samt näringsterapeuten behöver klientens personliga måltidsplan och måltidssituation som stöd

- **energinivåer enligt rekommendationen och bilder**
- **förteckning med portionsstorlek**
- **uppgifter om kostens energiinnehåll.**

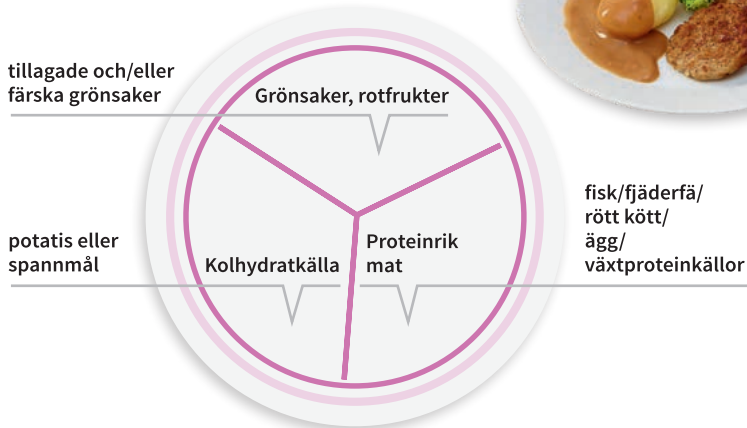
Producenten utbildar sin egen matservicepersonal att tillreda maten enligt anvisningarna.

Modellbilder med anvisningar finns till påseende för alla i matsalen.



## 2.1 Baskost

Baskosten lämpar sig för de flesta. För huvudmåltiderna rekommenderas den tredelade tallriksmodellen.



Till tallriksmodellen hör dessutom alltid

- Oljebaserad sallads dressing, som i allmänhet portioneras på enheten.
  - Alternativt blandar man till exempel med grönsakerna olja eller en flytande eller mjuk vegetabilisk fettprodukt.
- Bröd, bredbart fett, mjölk eller surmjölk som serveras på enheten.

Vid måltiden frågar man klienten om bröd- och dryckönskemål. Klienten erbjuds välbekant och god mjölk eller surmjölk. Överviktiga uppmuntras att välja fettfria alternativ. Som bredbart pålägg rekommenderas vegetabiliskt fett som innehåller minst 60 % fett och som uppfyller kriterierna för Hjärtmärket.

En betydande del av den energi och de skyddsnäringsämnen som klienten behöver kommer från de livsmedel och de matportioner som enheten sköter och därför ska chefen, den kostansvariga och varje arbetstagare som deltar vid måltiderna på enheten se till att enhetens skyldigheter uppfylls när maten serveras.

### Portionsmodeller för baskost är till hjälp

- vid bedömning av hur stora portioner klienten är van att äta
- vid portionering av maten
- till exempel för uppskattning av mängden fisk enligt olika energinivåer.



## Baskostens energinivåer



1600 kcal/6,7 MJ

- ▶ vanligen lämplig för småväxta kvinnor som rör sig i liten utsträckning. Detta tillämpas inte om vikten sjunker eller riskerar att sjunka oavsiktligt!



1800–1900 kcal/7,6–7,9 MJ

- ▶ basportion, lämplig för de flesta



2200–2300 kcal/9,2–9,6 MJ



2700 kcal/11,3 MJ

- ▶ för storväxta män och andra, som av en eller annan orsak har stort energibehov

Andelen protein i baskosten ska vara **18 E % och 1,2–1,4 gram per kilo kroppsvikt**. Hos personer som återhämtar sig efter en sjukdom kan behovet vara 1,5 g eller större/kilo kroppsvikt. Ett mångsidigt kvällsmål som innehåller protein säkerställer en tillräcklig proteintillgång. Även eftermiddagens mellanmål ska vara en proteinkälla. Om det innehåller endast kaffe och en bulle eller ett kex kan proteinintaget bli otillräckligt under dagen. Enligt rekommendationen ska protein intas vid varje måltid. (Tabell 2, s. 30). Energiintaget bedöms i sista hand med hjälp av viktuppföljning. Eventuell svullnad ska beaktas. Det värde som MNA-testet ger beaktar inte vandring, tvångsrörelser eller andra faktorer som ökar energibehovet.

När vikten sjunker utan bantningssyfte och klienten kan och vill äta mer serverar man mer mat enligt vad som beskrivits tidigare i detta avsnitt eller beställer extra mellanmål. I annat fall beställs Effektivrad kost. Alternativt kan man komplettera kosten (Tabell 2, s. 30) och använda kompletterande näringspreparat (Avsnitt 6). Vid institutionsvård ingår preparaten i vårddygnspriset.

## Vegetarisk kost som baskost

Klienterna väljer ofta vegetarisk kost av etiska, religiösa eller hälsomässiga skäl. Lakto-ovo-vegetarisk kost innehåller förutom vegetabiliska produkter även mjölkprodukter och ovo även ägg. En del kompletterar också sin vegetariska kost med fisk och/eller kött från fjäderfä. Vegankost består uteslutande av vegetabiliska produkter. Det är en utmaning att tillfredsställa äldre och sjuka äldre personers ökade proteinbehov i vegankost. Havre- och andra växtbaserade drycker, med undantag av sojadryck, innehåller mindre protein än mjölkbaserade produkter. Det här ska beaktas vid bedömningen av proteinintaget. Bland ovan nämnda produkter väljs produkter som har berikats med näringsämnen.

Om klienten följer vegankost behövs handledning av en näringsterapeut för att säkerställa kostens mångsidighet. Även om klienten har följt en tillräcklig vegankost under lång tid, kan näringsbehovet ha förändrats mycket jämfört med tidigare. Vegankost ska alltid kompletteras med vitamin- och mineralpreparat (Kap. 6).



## 2.2 Effektiverad kost

Konstaterad undernäring eller risk för detta i samband med oavsiktlig viktninskning kräver oftast större intag av energi och protein än normalt. Matportionerna ska ändå vara små. Effektiverad kost är inte det samma som energirik kost. Syftet med effektiverad kost är att förhindra oavsiktlig viktninskning eller höja vikt vid behov.

---

*Effektiverad kost behövs när klienten inte orkar äta tillräckligt med Baskost i förhållande till sitt energibehov.*

*Man ska inte endast följa upp viktnedgången, utan börja med effektiverad kost utan dröjsmål.*

---

I vårduppgifterna antecknas mål, metoder och klientens svar på kostbehandlingen. Om näringstillståndet inte klart förbättras, utreder man orsaken och utifrån den ändrar man på metoderna och ser över målen. Klientens viktutveckling visar om effektiviseringsåtgärderna är tillräckliga. Vid behov begärs konsultation av näringsterapeut.

Inom måltidstjänsterna kan man enligt överenskommelse använda kliniska kompletterande näringspreparat och måltidsdelar som innehåller speciallivsmedel eller protein (se Bilaga 1, s. 169, Bilaga 3, s. 174 och Avsnitt 6, s. 73) för genomförande av effektiverad kost. Näringsterapeuten deltar när koständringar görs. Vårdpersonalen och läkarna ska känna till kostens innehåll. Den effektiverade kosten baserar sig på portionsstorleken för baskost. Portionsstorleken är  $\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$  av portionsstorleken för baskost. Till exempel ger portioner som normalt innehåller 1200 kcal 1800–1900 kcal/dygn. Proteinintaget motsvarar rekommendationen när 20 procent av det totala energiintaget utgörs av protein i den planerade matsedel och portionsstorlekarna.

Om klienterna eller de anhöriga själva vill skaffa kompletterande kliniska näringspreparat på apoteket, ska de få handledning i valet av dem. Man kan be om hjälp av näringsterapeuten, som ger råd om lämpliga preparat och den mängd som behövs.



## Genomförande av effektiverad kost



**Portionsstorlek för baskost:** Potatis 2 st., sås med bitstek av griskött 150 g, babymorötter 0,75 dl, mandarin och isbergssallad 1 dl + 1 tsk salladsdressing, bärkräm 1 dl, fettfri mjölk 1,7 dl samt en skiva bröd och bredbart vegetabiliskt fett 60 %. Basmåltiden innehåller ca 500 kcal och 20 g protein (16 E %).



**Effektiverad matportion:** Potatismos 1dl med vegetabiliskt tillbehör, sås med bitstek av griskött 120 g, såsen innehåller mer kött än bassåsen samt kolhydrattillskott och tillskott av vegetabilisk olja, babymorötter 0,5 dl, mandarin och isbergssallad 1 dl, med tillskott av rybsolja 5 g + salladsdressing, fettfri mjölk 1 dl, som är proteinberikad. Den effektiverade måltiden innehåller ca 580 kcal och 27 g protein (19 E %).

## 2.3 Kost med ändrad struktur

Alla dieter ska fås med ändrad struktur. Måltiderna med ändrad struktur ska ha ett lockande utseende och näringsinnehållet ska följa rekommendationerna. Klienten får information om vilka maträtter (råvaror) som ingår i hans eller hennes portion. Måltidsdelarna mosas separat och måltiden ska innehålla måltidsdelar i olika färger. Övergången till kost med ändrad struktur ska vara välmotiverad. Fiber enligt rekommendationerna ska också ingå i mat med ändrad struktur, men användningen av fibertillskott övervägs individuellt. (Förstoppning, s. 106).

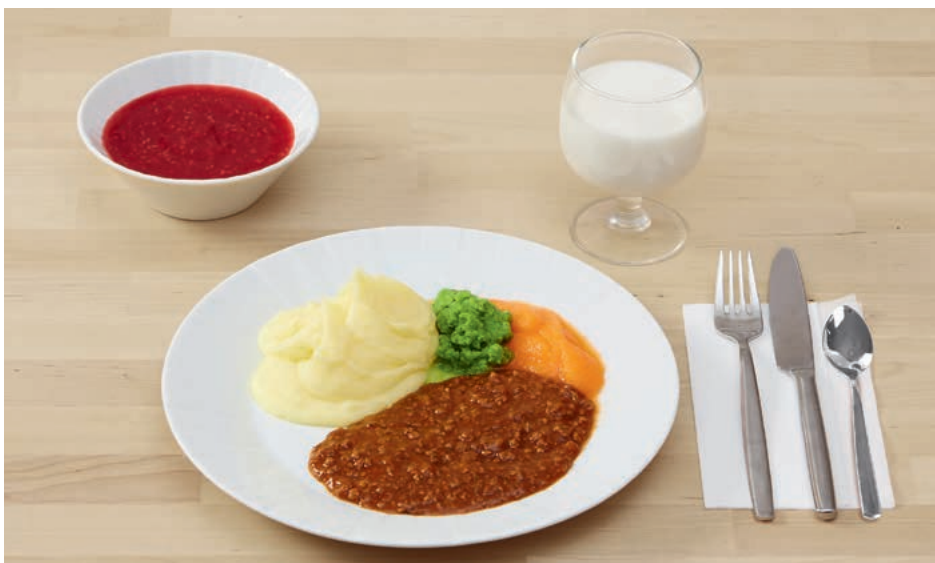
Ändringar i matens struktur underlättar måltiderna för personer med torr mun, problem med att tugga eller svälja, sjukdomar i munnen och tänderna, svalget och matstrupen eller neurologiska sjukdomar såsom ALS, MS eller Parkinsons sjukdom. Matens struktur kan vara **mjuk, grov** och **slät puréaktig** samt **flytande**. Ändringar i strukturen får inte minska innehållet av energi eller näringsämnen. Det ska finnas bilder, portionslistor och beräkningar för kosten. Ju mer flytande mat som serveras, desto viktigare är det att komplettera maten med kliniska näringspreparat och/eller med vanliga livsmedel som innehåller rikligt med energi och proteiner.



## Kost med ändrad struktur



Personer som behöver **mjuk mat** på grund av nedsatt tuggförmåga. Mjuk mat kan behövas endast några dagar eller flera år.



**Grov purékost** behövs om tuggförmågan inte räcker till för att äta mjuk mat eller om det av andra orsaker behövs mat som är lättare att svälja. Grov purékost serveras också efter operationer i mag-tarmkanalen vid övergång från flytande kost till kost med normal struktur.





**Slät purékost** behövs vid sväljproblem på grund av neurologiska sjukdomar. Vid svårare sväljstörningar bedömer talterapeuten om klienten kan äta via munnen på ett säkert sätt.

**Flytande kost** används när klienten inte kan äta fast, mjuk eller puréaktig mat på grund av en sjukdom i munnen, svalget, matstrupen eller magsäcken eller på grund av en operation.

Vid mjuk kost ska maträtterna vara så mjuka att de kan finfördelas med gaffel. I grov purékost finfördelas alla livsmedel som kräver tuggning i matlagningskedet. Särskild uppmärksamhet fästs vid smak, färg och temperatur, eftersom matens struktur alltid är likadan. När maten finfördelas tillsätts vanligen vätska, varvid energi- och näringsstämheten späds ut. Därför ska maten kompletteras med konventionella livsmedel eller kliniska näringspreparat. Det här är viktigt när klienten behöver mat i puréform under lång tid. I en slät purékost är maten slät och trögflytande och vätskan löser sig inte. Den bygger på purékost.

Val och genomförande av slät purékost:

- Spannmålsprodukter serveras som slät gröt eller välling.
- Mjölksprodukter används mångsidigt. Fil, pudding, slät kvarg, yoghurt, fil och glass passar bra som mellanmål och efterrätter.
- Fisk, fjäderfä, rött kött och ägg serveras på ett mångsidigt sätt som råvara i såser och *finfördelade* timbalportioner.

- Grönsaker serveras som släta puréer, antingen som ett varmt vegetariskt tillbehör eller som en kall sallad.
- Bär och frukt serveras som puréer eller släta krämer.
- Vegetabilisk olja och/eller flytande vegetabiliskt fett tillsätts i maten.
- Dryckerna förtjockas med förtjockningsmedel som finns på apotek (se s. 77). Bedömning av sväljning (se Verktyg, s. 164).

Flytande kost är endast avsedd för kortvarigt bruk på grund av dess bristfälliga näringsinnehåll. Näringsinnehållet förbättras vid kostcentret med livsmedel som innehåller protein och mjukt fett samt med kliniska näringspreparat i pulverform. Kliniska kompletterande näringsdrycker kan användas som kosttillskott.

## 2.4 Mattider och antal måltider inom heldygnssomsorg

Vid heldygnssomsorg är det viktigt att klienten kan äta enligt sin individuella dygnsrytm (Tabell 3, s. 48). Åtminstone vid frukost och kvällsmål innebär sömnrhythmen att frukosten kan intas mycket tidigt och kvällsmålet å sin sida tidigt på kvällen. Klienter som äter lite och har dålig aptit behöver en extra frukost tidigt på morgonen och ett sent kvällsmål. Om frukosten serveras först kl. 10 på morgonen ligger den för nära lunchen och därmed äter klienten kanske ingen lunch alls.

Inom heldygnssomsorg har största delen av klienterna risk för undernäring eller försämrat näringsstillstånd. Även om de inte känner sig hungriga är det nyttigt för dem att måltiderna serveras tätt. Man gör individuella avvikelser från rekommendationerna om vården eller klientens behov särskilt kräver det. Då ska anvisningarna om varmhållning och förvaring av mat beaktas.

**Tabell 3.** Mattider vid heldygnssomsorg

- 
- |  |
|--|
| • Frukost kl. 6–9  |
| • Lunch kl. 11–13  |
| • Mellanmål kl. 14–15                                    |
| • Middag kl. 16–18                                       |
| • Kvällsmål kl. 19–22                                    |
| • Sent kvällsmål, nattmål och tidig frukost individuellt |





## 2.5 Måltider som serveras inom heldygnsomsorg och planering av matsedeln

Under dagen serveras frukost, lunch, eftermiddagskaffe och mellanmål, middag och kvällsmål till alla klienter. Dessutom serveras ett eller flera extra mellanmål när energi- och/eller proteinintaget blir för litet. Måltiderna serveras individuellt, jämnt fördelade och flexibelt under dagen. Nattfastan får inte överskrida 11 timmar. Alla måltider är viktiga för klienter i heldygnsomsorg. Mattider ska vara inplanerade 5–6 gånger per dygn. Till äldre personer som äter lite och har undernäring serveras mat eller energi- och proteinrika drycker oftare. Särskild uppmärksamhet ska fästas vid tillräckligt intag av protein. Tänderna tål syraattacker 5–6 gånger dagligen.

---

*Både lunchen och middagen tillfredsställer ca 30 % av det dagliga energibehovet, frukosten ca 20 % och mellan- och kvällsmålen sammanlagt 20 %.*

---

- **Lunch och middag** är varma rätter som innehåller fisk/fjäderfä/kött eller proteinhaltig vegetarisk mat, potatis/ris/pasta och varmt vegetariskt tillbehör och/eller sallad, bröd och bredbart fett, måltidsdryck samt dessert.



- **Frukosten** innehåller gröt/välling, varierande bröd, bredbart fett, pålägg/ost och grönsak eller frukt samt en mjölkprodukt och en varm dryck som klienten gillar. I stället för frukt kan man också servera juice eller bärshot.



- **I eftermiddagens mellanmål** ingår kaffe eller te samt bulle, kvarg, glass, yoghurt, frukt, semla med ost eller pålägg. Man strävar efter att förverkliga personliga önskemål så att proteinintaget på veckonivå i genomsnitt är minst 5 g per mellanmål.



- **Kvällsmålet** innehåller varierande bröd och bredbart fett, paj, pålägg/ost, grönsak eller frukt, yoghurt/fil/milkshake, bärgröt och mjölk samt te.



Matsedeln är mångsidig och näringsrekommendationerna för äldre personer uppfylls vid granskning på veckonivå. Matsedeln ska vara 3–5 veckor lång för att säkerställa tillräcklig variation. Teman och helgdagar beaktas i sortimentet. Frukt ska erbjudas fritt under dagen så att klienten kan äta frukt när han eller hon önskar. Dagens matsedel ska vara tillgänglig för klienterna och de anhöriga. Specialdieter anpassas individuellt och särskilt klienter som äter lite och har dålig aptit erbjuds aktivt alternativ från önskemöten.



Nattmål erbjuds aktivt till klienter som vaknar på natten och lider av undernäring eller har risk för undernäring till följd av sjunkande vikt. Enligt sömnrutinen kan nattmålet även erbjudas som sent kvällsmål eller tidig frukost.

#### Innehåll i nattmålet:

- Ett tillräckligt nattmål innehåller åtminstone måttligt med protein och energi
- Enbart saft eller saftsoppa bryter inte fastan i tillräcklig utsträckning
- Läkemedel ska aldrig blandas i nattmålet

Exempel på nattmål som innehåller ca 200 kcal och 10 g protein

- bröd med rikligt med skinka, ost, sill eller ägg + ett glas mjölk
- 2–3 dl gröt på mjölk med en fettlick och mjölk/saftsoppa
- 2–3 dl kvargsmoothie och ett litet bröd
- 2 dl fruktsallad med grynost och salta kex
- rispirog med äggsmör och ost + dryck
- fil med talkonmjöl eller rågbrödssmulor  
+ 2 msk malda eller krossade nötter
- 2 dl proteinberikad mjölk + 2 kex
- 1 dl mjölkkvarg + frukturé
- 50 g osttallrik + sylt



Exempel på nattmål: hallonsmoothie, purésmörgås (sill och ägg), riven morot och ananas med olja och grynost, karelsk pirog med äggsmör.



Klienter som äter lite och har dålig aptit serveras

- bredbart fett som innehåller minst 60 % fett på brödet
- mjölkprodukter
- gröt kokad på mjölk
- favoriträtter
- I maträtterna tillsätts också mjukt fett, t.ex. olja eller oljebaserad salladsdressing i varma grönsaker och sallader, flytande vegetabilisk fettprodukt i välling.

Klienten uppmuntras att ta mer mat.



**Det krävs extra observation om klienten inte äter mjölkprodukter eller bröd eller regelbundet låter bli att äta en del av maten.**



### 3 Bra måltidstjänster och god praxis vid kostbehandling

För hemmaboende är restaurangerna på servicecentren ett viktigt ställe där de kan äta tillsammans med andra. Att äta tillsammans är uppiggande och gör att de äldre kan bo hemma ännu längre. Restaurangernas kunder kan ha särskilda matcirklar där man kommer överens om regelbundna lunchtider för en lämplig grupp, till exempel vissa veckodagar.

Äldre personers möjligheter att äta till exempel på daghem eller i skolor kan utökas. Att sammanföra olika åldersgrupper skulle tillföra matglädje hos flera parter. Redan i byggnadsplaneringen kunde man beakta gemensamma klubb- och kökslokaler. Gemensamma måltider kan främjas genom olika projekt, såsom i modellen Gemensamt kök som uppmuntrar till gemensamma måltider.

I restaurangerna på serviceboenden kan man utnyttja nya produktionsmetoder för att kunna beakta individuella måltidstider och hemtrevnad utan att glömma effektiviteten. Genom att ge maten den sista finishen på serviceboendet skapas en hemtrevlig stämning. Doften av nygräddat bröd och färsk mat samt färgglada sallader och rätt portionsstorlek gör måltiden attraktiv. Upplevelsen av att äta tillsammans ger matglädje.

På serviceboenden där det är möjligt att äta tillsammans kan klienterna delta till exempel genom att duka borden. Om konditionen tillåter kan man förbereda måltiden tillsammans: klienterna kan till exempel tillreda salladen, desserten eller baka. Måltidstjänsteproducenten och vårdpersonalen kan tillsammans göra ändringar i produktsortimentet genom att lyssna på klienternas respons. För personalen kan man tillsammans utarbeta en handbok för genomförandet av olika gemensamma funktioner.

I Tammerfors kan klienterna fira en särskild restaurangdag tillsammans med anhöriga eller vänner på de serviceboenden som har en restaurang i anslutning till serviceboendet. I samarbete med vårdpersonalen kan man också ordna hela serviceboendets måltider i restaurangen. Då väljer man sin favoritmat på menyn och restaurangsalen dukas vackert. På serviceboendet förbereder man sig inför restaurangbesöket genom att klä sig i finare kläder än dem man har till vardags. Erfarenheterna har varit positiva och uppfriskande och gett variation i vardagen.

Skördesoppa har blivit en tradition på serviceboendena i Helsingfors och den är öppen för alla pensionärer och arbetslösa. Man bjuder på gratis soppa och olika slags informationsinslag och trevlig samvaro, såsom musik, besök av daghemsbarn etc. De som kommer med instrueras att ta med sig en egen tallrik och sked, på samma sätt som man gör i lekparkerna. Soppan väljs enligt årets tema.

Mattemadagar enligt årstiden med lämpliga aktiviteter piggar upp vardagen. På serviceboendet kan man bygga upp dagens program kring klienternas smakminnen. Olika utflykter i omgivningen med matsäck, sommarens grillfester och andra evenemang piggar upp och ger nya krafter.



Matglädje kan också skapas med hjälp av olika evenemang. Fester av olika slag, såsom födelsedagsfester och andra bemarkelsedagar, gläder dagens jubilar och festdeltagarna. I det som serveras kan man beakta jubilarens smakminnen, såsom favorittårten och bakverk samt traditioner: Jubilaren sitter vid bordsändan och får en blombukett, man avnjuter födelsedagskaffet tillsammans och sjunger hyllningssånger.

Man kan komma överens med producenten av måltidstjänsterna om förfaranden för att säkerställa tillgången till favoritmat till exempel genom att upprätta en favoritmat-sedel från vilken klienterna kan beställa önskade alternativ enligt en överenskommen beställningstidtabell.

I Ikalis har man prövat en hemkocktjänst där måltidstjänsten och hemvården samarbetade och förde kocken till klienternas hem för att tillreda måltider med dofter och stämning. Tjänsten gav goda erfarenheter och väckte stort intresse även i offentligheten.

Kosten och näringsintaget är också förknippade med mag-tarmkanalens funktion. Förstoppning är fortfarande ett vanligt besvär hos äldre personer särskilt inom heldygnsomsorg. Projektet ”Verksamhetsmodell för förebyggande av förstoppning” som inleddes 2012 vid Koskela servicecenter i Helsingfors har gett goda resultat.

Projektgruppen som representerade alla enheter satte sig in i evidensbaserat förebyggande och behandling av förstoppning. Man ordnade expertföreläsningar för personalen, presenterade användning av osmotiska laxativ på alla enheter, granskade varje klients medicinering, kom överens om praxis (bl.a. vätskor, motion, Pajalagröt), säkerställde chefernas engagemang i projektet, behandlade projektets framskridande intensivt på enhetsmötena och kom överens om enheternas verksamhetspraxis. RAI-utvärderingar användes för att följa upp projektets resultat.

Projektets konsekvenser började framkomma i RAI-resultaten redan i slutet av samma år. Resultaten har förbättrats ytterligare och har hållits på en god nivå. För närvarande lider till exempel mindre än 5 procent av klienterna av förstoppning och 1 procent av dem av svår förstoppningen (det nationella genomsnittet 4 %), och 86 procent av invånarna har regelbunden magfunktion utan lavemang. God praxis granskas regelbundet: RAI-jämförelseuppgifter från Institutet för hälsa och välfärd granskas två gånger per år; dessutom följs behandlingen av förstoppning med tre månaders mellanrum med hjälp av kvalitetsmodulen för programmet RAIssoft.net. På så sätt har projektet varit en del i utvecklingen av hela verksamheten och av god praxis.

## Källor:

Innokylä. Yhteisen keittiön toimintamalli. <https://www.innokyla.fi/web/malli4646480>.

Pirkanmaan Voimia. Kotiateriapalvelu – maistuva ateria helposti kotiin. <https://pirkanmaanvoimia.fi/palvelut/kotiateriapalvelu/>.

Rönni K. Kotikokkipalvelu kotihoidon ja ruokapalvelun yhteistyönä. Tampereen ammattikorkeakoulu. [https://www.tamk.fi/documents/10181/18200/Ronni\\_Kaija\\_palveluliiketoiminta\\_monimuoto+.pdf/401a726a-cf0b-4253-96c7-764ad538f0e8](https://www.tamk.fi/documents/10181/18200/Ronni_Kaija_palveluliiketoiminta_monimuoto+.pdf/401a726a-cf0b-4253-96c7-764ad538f0e8).

Valve R, Itkonen S, Huhtala M. ym. Ikäihmisten ruokapalvelut muuttuvassa toimintaympäristössä. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 73/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-624-9>.



# AVSNITT



## KOSTBEHANDLING FÖR ÄLDRE PERSONER



## 4 Uppföljning och utvärdering av närings tillståndet och matanvändningen

---

*Det är viktigt att identifiera en försämring av näringstillståndet så tidigt som möjligt. Det är lättare att korrigera näringstillståndet än att behandla undernäring.*

---

Ett bra näringstillstånd är en viktig faktor för att upprätthålla funktionsförmågan och livskvaliteten. En försämring av näringstillståndet ökar enligt undersökningar sjukdomsfrekvensen och dödligheten. Enligt beräkningar medför detta betydande kostnader inom hälso- och socialvården till följd av långvariga sjukdomar och långsammare återhämtning samt ett ökat servicebehov.

Näringstillståndet kan försämrats på grund av bristfälligt näringsintag eller nedsatt absorption av näringsämnen i kroppen. Låggradiga inflammationer i samband med sjukdomar och andra mekanismer för åldrande kan försämrats näringstillståndet. Till följd av sjukdomar försämrats aptiten och tillsammans med en låggradig inflammation förändras kroppens sammansättning småningom och ämnesomsättningen i cellerna försämrats. Följden kan vara viktminskning, lågt viktindex och anorexi hos äldre. Muskelmassan kan också minska utan viktminskning.

- Regelbunden vägning är det enklaste och mest pålitliga sättet att följa upp en äldre människas näringstillstånd och den ska alltid ingå i utredningen av hälsotillståndet.

Viktförändringar är viktigare än en enskild viktmätning eller utredning av normal vikt. Vikten ska mätas en gång per månad, vid behov även oftare. Ju snabbare och större en oavsiktlig viktminskning är, desto större anledning att misstänka att näringstillståndet har försämrats.

*Kriterier för oavsiktlig viktminskning  
på grund av näringsbrist är:  
> 2 % per vecka, > 5 % per månad,  
> 7 % på 3 månader, > 10 % på 6 månader.*

Förutom viktuppföljning följer man upp mängden mat som äts till exempel med hjälp av den uppföljningsblankett som presenteras bland verktygen (s. 157). C-reaktivt protein (CRP) i kombination med viktuppföljning har också visat sig vara en bra indikator för undernäring. Värdet kan mätas i samband med andra laboratorieundersökningar.

Näringstillståndet ska bedömas noggrannare med hjälp av validerade verktyg som utvecklats för bedömning av näringstillståndet. På sjukhus används metoden NRS 2002 (Nutrition Risk Screening) (se Verktyg s. 154), men i denna rekommendation rekommenderas MNA-test (se Verktyg s. 155). MNA-testet beaktar bättre risken för undernäring vid låga viktindex jämfört med NRS 2002-metoden.

De äldres näringstillstånd ska bedömas regelbundet för att man ska kunna identifiera försämringar i ett så tidigt skede som möjligt. För personer som omfattas av regelbunden service, såsom hemvård och heldygnsomsorg, ska risktestet upprepas med 6 månaders mellanrum och för personer som följs upp inom primärvården en gång per år. Näringstillståndet hos personer med minnessjukdom som fortfarande bor hemma ska bedömas minst två gånger per år och vikten ska mätas en gång per månad. MNA-poängen och vikten ska antecknas i det elektroniska patientdatasystemet. Aktuell och felfri information är nödvändig för planeringen, genomförandet, utvärderingen och uppföljningen av en äldre persons kostbehandling.

Onödiga måltidsbegränsningar, såsom ogrundad specialdiet, bör undvikas och de äldre uppmuntras att äta så mångsidigt som möjligt. Vid bedömningen av näringstillståndet ska man fästa stor uppmärksamhet vid de faktorer som påverkar måltiderna, såsom tugg- och sväljproblem (Avsnitt 10, s. 114), förmågan att äta självständigt, behov av hjälpmedel, depression/ensamhet, färdigheter och möjligheter för matlagning, måltidsmiljön samt tillgången till och användningen av butikstjänster.

### Bedömning av matkonsumtionen

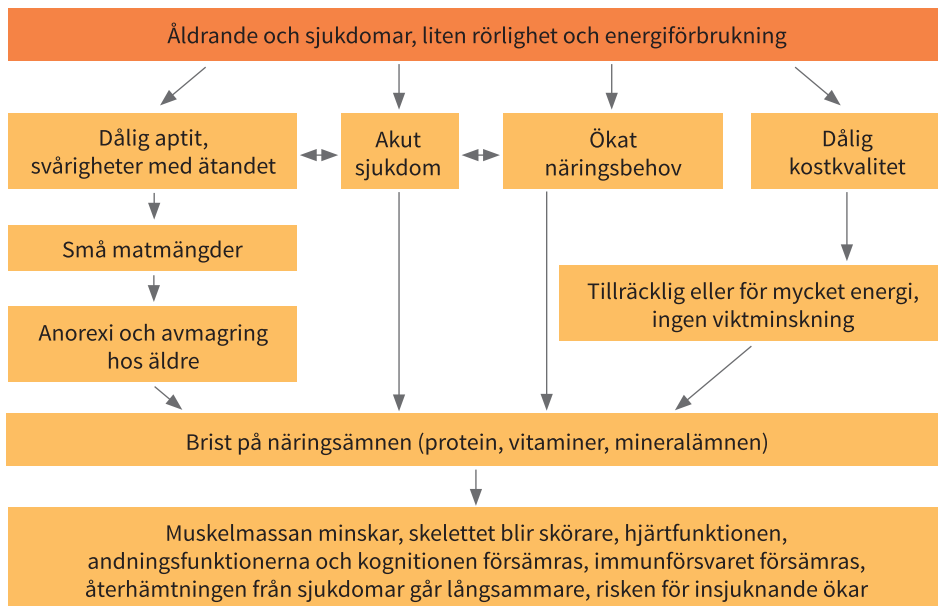
Bedömning av energi och proteinintaget (Bilaga 1, s. 169) samt information om hur man skaffar och äter mat är centrala verktyg för bedömning av näringsintaget och planering av kostbehandling (se Verktyg Uppföljning av näringsintaget, s. 157). Bedömningen av näringstillståndet och kosten ska styra den äldres kostbehandling så att den är lämplig för just honom eller henne.

Näringstillståndet, kosten och näringsintaget har ett nära samband med hälsotillståndet och funktionsförmågan hos äldre personer. Näringstillståndet kan försämrans av många orsaker. Aptiten kan vara dålig och den mängd mat som äts mindre än behovet,





varvid vikten sjunker eller varierar och muskelkonditionen försämras. Ett försämrat näringsstillstånd är starkt förknippat med att en äldre person insjuknar på annat sätt och att funktionsförmågan försämras (Bild 2).



**Bild 2.** Försämring av näringsstillståndet hos äldre personer

## Källor:

Allard JP, Keller H, Gramlich L, ym. GLIM criteria has fair sensitivity and specificity for diagnosing malnutrition when using SGA as comparator. *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.004>.

Cederholm T, Jensen G.L, Correia M.I.T.D, ym. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition* 2019;38:1–9.



## 5 Övergripande kostbehandling för personer med heldygnsomsorg, ansvarsfördelning och multiprofessionellt samarbete

Ett gott näringstillstånd har en avgörande inverkan på äldres välbefinnande och funktionsförmåga. Kostbehandlingen ska grunda sig på det individuella näringsbehovet och förmågan att äta. Multiprofessionellt samarbete behövs inom olika tjänster för att trygga en god kost för äldre (Bild 3, s. 61). Varje yrkesutbildad person har en roll och ett ansvar. Personalens näringskunskap ska ständigt ombesörjas. I service- och vårdplanen beaktas i omfattande utsträckning faktorer som påverkar klientens näringsstillstånd. Kostbehandlingen utvärderas och utvecklas med hjälp av kvalitetskriterier. Kostbehandlingskvalitet övervakas regelbundet inom både matjänsterna och i vårdarbetet (se Verktyg Kvalitetskriterier för kost inom heldygnsomsorg, s. 158) Det är viktigt att lyssna på klienternas och de anhörigas behov och önskemål samt att vägleda dem till god kost och bra näringsintag.





**Bild 3.** Faktorer som ska beaktas i multiprofessionellt samarbete

## 5.1 Måltidssituation ur klientens synvinkel

### Hemtrevlig måltidssituation

Mat som väcker aptiten, vacker dukning och en trivsamt matmiljö skapar glädje och gör att man äter mer. Eftermiddagens kaffestund förgyller dagen. Sömnkvaliteten kan förbättras och användningen av sömnmedel minskas med hjälp av kvällsmål. Klienten ges möjlighet att äta i verksamhetsenhetens egen restaurang eller om han eller hon så önskar även ensam.

Rastlösa klienter får vid behov förutom normala måltider även lämplig mat som kan ätas från handen och som han eller hon kan äta under rörelse.



Hemtrevnad skapas genom att

- matsalen är vädrad och snygg, vackra kärl används vid dukningen
- klienterna får information om dagens mat
- klienten får själv välja vad och hur mycket han eller hon vill äta
- klienterna äter vid bordet, i en stadig stol samt personalen äter tillsammans med klienterna eller är närvarande på annat sätt.

---

*Vid måltiden ska den ansvariga vårdaren ha en uppfattning om vad som just under denna måltid ur ett näringsmässigt perspektiv är viktigt för varje klient.*

---

Den ansvariga vårdaren ska bedöma klientens måltider och förmedla informationen till den vårdare som tar över i följande skift. Om klienten inte har ätit tillräckligt, antecknar den ansvariga vårdaren på vilket sätt intaget av energi och/eller protein kompletteras vid följande måltid. I mån av möjlighet tas klienten med i måltidsplaneringen. Alla arbetstagare som deltar i serveringen av måltiderna, inklusive assisterande personal, ska introduceras i genomförandet av god kostbehandling.





## Assistans vid måltider

Man stöder klienten i att äta självständigt, men alla klienter ska få tillräckligt med hjälp till exempel med att öppna förpackningar, sätta smör på brödet, skära kött eller hälla i mjölk. Klienten stöds att äta själv med lämpliga hjälpmedel.

Grundläggande anvisningar för den som sköter matningen av äldre personer:

- Reservera alltid tillräckligt med tid för matningen.  
Ju snabbare du matar, desto lättare hamnar maten i luftstrupen.
- Välj en lugn plats så att klienten kan koncentrera sig på ätandet.
- Sitt så att den som matar har ögonkontakt med den som äter.
- Sitt bekvämt.
- Prata så lite som möjligt under måltiden, men berätta alltid vad du lägger i munnen.
- Mata lugnt med små tuggor åt gången och bjud omväxlande mat och dryck.  
Kontrollera att munnen töms.
- Använd vid behov mindre bestick, t.ex. dessertsked eller tesked.
- Håll maträtterna åtskilda så att klienten kan känna olika smaker.
- Använd servetten tillräckligt ofta.
- Fokusera på matningen.
- Se till att maten inte kallnar, till exempel med hjälp av en värmemetallrik eller kupa.
- Se till att den som matas sitter bra och att belysningen vid bordet är bra.
- Använd specialhjälpmedel vid behov (se bild nedan).



Måltiderna kan underlättas med lämpliga kärl och bestick.

---

*Blanda inte läkemedel i maten.  
 Vid administrering av läkemedel ska tillverkarens  
 anvisningar följas, dvs. läkemedlen ges enligt  
 anvisningarna antingen i samband med måltider eller vid  
 en helt annan tidpunkt.  
 Läkarens administreringsanvisningar ska följas. Läkemedel  
 kan försämra aptiten och vid felaktig administrering kan  
 läkemedel ha kraftigare eller svagare effekt.*

---

Låt inte den mat som ska matas kallna, utan lägg upp den först när du ska börja mata klienten. Det är viktigt att klienten får äta i lugn och ro. Reservera cirka 30 minuter för matningen. Tvångsmata inte. Orsakerna till att klienten inte vill äta ska utredas och behandlas. Orsaker kan vara till exempel smärta i munnen eller på andra ställen i kroppen, depression, ensamhet, undernäring, måltidsmiljö, läkemedel och sjukdomar.

## 5.2 Kostbehandling och dokumentering

God kost som en del av den övergripande vården är summan av många faktorer och insatser av olika yrkesgrupper.

### När vården inleds

När vården inleds informeras klienten om att den mat som serveras ingår i vård- dagspriset. Om Baskost inte är tillräcklig beställs Effektivrad kost. Dessutom berättar man att klienten kan ge respons om den mat som serveras och måltidsarrangeman- gen under boendetiden.

Tillsammans med klienten och anhöriga utreder och antecknar man (se Verktyg Val och beställning av mat, s. 162)

- vikt, längd, viktutveckling
- olämpliga födoämnen
- specialdiet beställs på medicinska grunder
- kosten och dess struktur samt preliminär bedömning av lämplig portionsstorlek
- måltidsrytm
- favoriträtter och önskemål
- komplettering av kosten preliminärt: D-vitamin, fibertillskott samt kliniska kompletterande näringspreparat
- etniska och religiösa aspekter
- behov av hjälp med måltider och hjälpmedel.





När man på sjukhuset börjar komplettera maten med kliniska kompletterande näringspreparat berättar man för klienten och de anhöriga att de enligt lagen ingår i vårddagspriset vid institutionsvård. I övrigt är preparaten inom heldygnsomsorg, såsom boende- och omsorgsenheter (serviceboende med heldygnsomsorg) samt inom hemvården självkostnadsbaserade. Vid vissa sjukdomar betalar FPA ersättning för användning av<sup>14</sup> kliniska näringspreparat.

---

*Resident Assessment Instrument (RAI) -bedömningen görs senast 14 dygn efter att vården har inletts, om tillståndet förändras väsentligt och minst en gång per halvår.*

---

---

*Näringstillståndet bedöms med hjälp av MNA-test när klienten kommer för vård. Bedömningen av näringsstillståndet upprepas varje halvår, vid behov oftare.*

*(Se Avsnitt 4)*

---

Vid vårdförhandlingarna behandlas tillsammans med klienten och anhöriga de avtal som ska antecknas i vårdplanen. Till avtalen hör också näringsmässiga mål och deras förverkligande, såsom mat som anhöriga för till klienten.

### **Bedömning av vårdbehovet**

Vid upprättandet av vård- och serviceplanen beaktas

- klientens förmåga att lägga upp maten och gå till matsalen för att äta
- munnens, tändernas och eventuella tandprotesers skick, förmåga att tugga och svälja maten
- aptit
- sinnesstämning, psykiska symtom, såsom depression eller hetsätning
- näringstillstånd (vikt, BMI<sup>15</sup> och MNA-test) och förändringar, vätskebalans/vilja och förmåga att dricka.

---

14 FPA. Kliniska näringspreparat. [https://www.kela.fi/web/sv/lakemedel-och-lakemedelsersattningar\\_kliniska-naringspreparat?inheritRedirect=true](https://www.kela.fi/web/sv/lakemedel-och-lakemedelsersattningar_kliniska-naringspreparat?inheritRedirect=true)

15 BMI = viktindex (body mass index)

## Upprättande av vård- och serviceplan

I vård- och serviceplanen för varje klient beaktas individuella faktorer som påverkar kosten, såsom klientens funktionsförmåga, näringstillstånd samt mun- och tandhälsan och upprätthållandet av den. Planen upprättas med hjälp av uppgifter från RAI- och MNA-bedömningarna och andra uppgifter om situationen.

### *I planen antecknas*

- ▶ mål för kostbehandlingen och metoder för att uppnå dem
- ▶ vikten registreras. Klientens vikt vägs regelbundet minst en gång i månaden. Vikten ska mätas varje vecka på klienter som har risk för undernäring.
- ▶ anteckna upprätthållande av mun- och tandhälsan:
  - daglig (vid behov assisterad) egenvård
  - enligt separat plan för underhållsbehandling av tandläkare
  - undersökningar av munhälsan/hälsoundersökningar för munhygienist
  - nödvändig professionell vård
- ▶ anteckna en ökning av aktiviteten i vardagen, förstärkning av muskelstyrkan och balansen.

Planen utvärderas när klientens näringsbehov förändras, t.ex. när klienten går ner i vikt, eller med minst tre månaders mellanrum. Planen ska alltid vara aktuell.

Inom heldygnsomsorg och institutionsvård fäster man alltid särskild uppmärksamhet vid att måltidssituationen ska vara angenäm och stöder klienten i egna val, att klara sig själv och socialt umgänge.



## 5.3 Personalkompetens och yrkesansvar

Vårdpersonalen har en viktig roll i genomförandet av kostbehandlingen. Särdragen i kost för äldre personer ska ingå som en del i utbildningen för alla som arbetar med äldre personer. Under introduktionen av en ny arbetstagare sätter man sig in i enhetens måltidsarrangemang och kostbehandlingspraxis. Efter introduktionen kan kompetensen säkerställas med ett test. Personalen ska årligen delta i fortbildning (webbutbildningar, arbetsplatsutbildningar, utbildningsvideor, föreläsningar), där man utöver kost och näring även behandlar munhälsa och motion.

För att främja kostbehandlingen ska man komma överens om ansvar mellan olika aktörer och bilda ett nätverk av kontaktpersoner och ansvariga för kosten. Kontaktpersonerna för frågor gällande kosten ansvarar till exempel för ett helt serviceboende eller ett hemvårdsområde och de kostansvariga verkar i grupphem och inom hemvårdens närserviceområden. Kontaktpersonen ser till att aktuell information når alla anställda. Kontaktpersonen för kostfrågor granskar också hur måltidstjänsterna och kostbehandlingen genomförs och förmedlar sina egna och den övriga personalens bekymmer vidare så att problemen kan lösas. Den kostansvariga sköter motsvarande uppgifter på sin egen enhet. Näringsterapeuten kan vara koordinator och utvecklare av nätverket. Man kan också skapa regionala nätverk. Cheferna ser till att kostfrågor behandlas regelbundet i organisationen och att det finns behövliga resurser.

### Yrkesansvar

#### Sjukskötare/hälsovårdare och närvårdare/primärskötare

Sjukskötarens/hälsovårdarens centrala uppgift är att handleda och ge råd till klienten och bedöma klientens näringstillstånd och näringsintag som en del i det övergripande vårdarbetet. Sjukskötare/hälsovårdaren kan tillämpa de finländska näringsrekommendationerna för att främja folkhälsan, förebygga folksjukdomar och i vården/vårdarbete och kan genomföra kostbehandling och -handledning i samarbete med det sektorsövergripande expertnätverket. Sjukskötare/hälsovårdaren har kunskap om kostens betydelse i vården av äldre personer och kan på ett helhetsmässigt sätt identifiera faktorer som påverkar klienternas kost och planerar, genomför och bedömer klienternas kost individuellt. Inom handledningstjänsterna och på hälsostationen ser sjukskötare/hälsovårdaren till att klientens kostfrågor behandlas på mottagningen och att näringstillståndet bedöms med hjälp av till exempel en kort MNA-mätare på ett förutseende sätt, inte endast när problem har uppstått.

Det är viktigt att minnesskötare, sårskötare och sjukskötare/hälsovårdare på äldre rådgivningen bedömer näringstillståndet och i ett tidigt skede identifierar problem, eftersom de träffar äldre personer som inte omfattas av hemvården. Bedömningen av näringstillståndet och kosthandledning ska också ingå som en del i hembesök och klienthandledning för stöd av välbefinnandet. Vid bedömning av servicebehovet bedömer sjukskötare/hälsovårdaren också klientens näringsintag



och näringstillstånd. Inom hemvården och helsdygnsomsorgen kan en sjukskötare/hälsovårdare också i praktiken ordna måltiderna, till exempel beställa hemmåltider och måltidstillbehör, sköta om praktiska arrangemang gällande måltiderna och bedöma måltidernas lämplighet samt följa upp klientens energiintag. Sjukskötaren/hälsovårdaren samarbetar med närvårdare och primärskötare och handleder dem i genomförandet av sådant som gäller kosten. Sjukskötaren/hälsovårdaren sörjer också för bedömningen av munhälsan och hänvisar klienten till andra tjänster enligt behov. Sjukskötaren/hälsovårdaren har ett nära samarbete med anhöriga/närstående.

Närvårdaren/primärskötaren har en viktig roll i genomförandet kostbehandlingen och måltiderna inom hemvården och heldygnsomsorgen. Närvårdaren/primärskötaren förstår kostens betydelse i vården av äldre klienter och behandlingen av sjukdomar. Närvårdaren/primärskötaren kan bedöma klientens näringstillstånd och förverkliga en näringsplan. Närvårdaren/primärskötaren ser till att klientens dagliga måltider ordnas enligt planen och bedömer behov av ändringar. Närvårdaren/primärskötaren säkerställer munvården och hjälper vid behov klienten med den och kan handleda klienten enligt behov. Närvårdaren/primärskötaren arbetar i nära samarbete med sjukskötaren/hälsovårdaren för att säkerställa en god kost för klienten. Närvårdaren/primärskötaren har ett nära samarbete med anhöriga/närstående.

Anvisningar för upprättande av en vårdplan, stöd av måltidssituationen och klientens måltider behandlas i Avsnitt 5.1 och 5.2 (s. 61–66).



## Assisterande personal

Inom hemvården och heldygnsomsorgen arbetar personal med olika yrkesbenämningar som inte har utbildning inom social- eller hälsovården eller vars utbildning är mycket kort. Deras uppgifter och kompetens kan variera mycket och därför är det viktigt att enheterna kommer överens om deras ansvar för kosten och måltiderna. Anstaltsvårdarna kan delta i utdelningen av mat och insamlingen av kärl från klienterna inom heldygnsomsorgen. Arbetsfördelningen ska avtalas så att den utbildade vårdpersonalen kan följa upp klienternas matkonsumtion och behov av hjälp.

## Näringsterapeut

Näringsterapeuten är en expert på kostbehandling och fungerar som stöd för vårdpersonalen i det multiprofessionella samarbetet. Till exempel utbildning av personalen, introduktion och produktion av stödmaterial samt konsultationer hör till näringsterapeutens uppgifter. Näringsterapeuten utvecklar vården tillsammans med den övriga personalen.

Näringsterapeuten bedömer klientens näringsintag, behov och näringstillstånd. Han eller hon gör upp en plan med beaktande av klientens symtom, sjukdomar, funktionsförmåga, undersökningsresultat, medicinering och matpreferenser. Särskilt vid kostbehandling för äldre personer i dåligt skick ligger tyngdpunkten på förebyggande och behandling av undernäring. Näringsterapeuten gör upp eller uppdaterar en kostplan för klienter som överflyttas från sjukhus till hemvård eller heldygnsomsorg, inklusive vid sondmatning. Konsultation av näringsterapeut är nödvändig om symtom från mag-tarmkanalen eller viktvariationer uppkommer. Vid behov begärs även konsultation av näringsterapeut om val och användning av kliniska kompletterande näringspreparat. I verktygen finns exempel på kriterier för remiss till näringsterapeuten. Remissen utfärdas av en läkare. Näringsterapeutens sakkunskap ska finnas tillgänglig i alla tjänster som äldre använder.

## Fysioterapeut och ergoterapeut

Fysioterapeuten är expert på rörelse- och funktionsförmåga. Fysioterapeuten bedömer klientens eller rehabiliteringsklientens rörlighet, funktionsförmåga och funktionshinder i klientens verksamhetsmiljö. Utifrån bedömningen planerar och genomför fysioterapeuten tillsammans med klienten ett träningsprogram som främjar funktionsförmågan. Fysioterapeuten känner till hjälpmedlen för att kunna röra sig. Fysioterapeuten ger också råd och handledning till klientens närstående och yrkesutbildade personer. Samarbetet mellan fysioterapeuten och andra yrkesgrupper är viktigt i måltidssituationer och särskilt när man funderar på kost och måltider i anslutning till rehabilitering.

Ergoterapeutens yrkeskunskap kan utnyttjas för att identifiera vanor och metoder för att främja klientens måltider, såsom individuella preferenser och deras betydelse.



Ergoterapeuten bedömer klientens möjligheter att delta i matval och vid behov även i mer omfattande tillredning och anskaffning av maten, och stöder på så sätt självständighet och egen aktivitet. Ergoterapeuten bedömer och ger handledning i måltidssituationen och klientens ställning vid måltiderna så att man stöder klientens fysiska och kognitiva förmåga på bästa möjliga sätt. Vid behov modifierar ergoterapeuten miljön och verksamheten eller utnyttjar hjälpmedel för att uppnå detta mål. Ergoterapeuten ger också råd och handledning till klientens närstående och yrkesutbildade personer.

### Läkarens roll

Läkaren ansvarar för den äldres helhetsvård, läkemedelsbehandling, förebyggande av försämring av sjukdomar och funktionsförmåga och frågor som gäller vården och beaktar främjandet av ett gott näringstillstånd. Vid kostproblem är det läkarens uppgift att undersöka och söka en eventuell orsak. Specialistläkare inom geriatri som är specialiserade på vård av äldre patienter gör i samarbete med andra yrkesgrupper övergripande geriatriska bedömningar och ger vård.

### Mun- och tandvårdens roll

Tandläkaren och i tillämpliga delar munhygienisten samt tandskötarna ansvarar för bedömningen av mun- och tandhälsan. Bedömningen ska ingå i vård- och serviceplanen och den ska upprepas regelbundet enligt planen, dock minst en gång per år. Vid tugg- och sväljproblem, smärta och andra munproblem ska mun- och tandvården kontaktas. Även vårdpersonalen ska kontinuerligt bedöma munnens kondition som en del i grundvården och kostbehandlingen. För bedömningen kan man använda mätaren Bedömning av munhälsan (se Verktyg, Bedömning av munhälsan, s. 163). Klienten tillfrågas om munnens skick och om användningen av mun- och tandvårdstjänster i samband med olika tjänster. Det är särskilt viktigt att fråga om munnens skick vid bedömningen av servicebehovet för att man ska kunna ingripa i eventuella problem.







### Exempel på multiprofessionellt kunnande:

#### Behandling av sväljsvårigheter

När befolkningen åldras blir problemen med sväljningen allt vanligare. Sväljsvårigheter är ett vanligt besvär och symtom på många sjukdomar (se Verktyg Bedömning av sväljning, s. 164). Problemet kan framkomma på jouten, vid ett icke-brådskanande mottagningsbesök inom primärvården, på en rehabiliteringsenhet, på serviceboendet eller vid ett hemsjukvårdsbesök. Det kan finnas flera orsaker till sväljsvårigheter, till exempel torr mun, tuggproblem, hög ålder eller en underliggande sjukdom. När man åldras kan de motoriska funktionerna bli långsammare, koordinationsförmågan försämras och sväljfunktionen bli mer ineffektiv. Enligt undersökningar har även sarkopeni samband med sväljproblem. Det finns en risk för undernäring, vilket ytterligare förvärrar sarkopenin.

#### Bedömning av näringsterapeut och talterapeut

Näringsterapeuten bedömer klientens näringsbehov och planerar med hänsyn till hans eller hennes vanor och talterapeutens bedömning en effektiv och säker kostbehandling för att förebygga eller behandla undernäring. Som stöd kan man använda kliniska kompletterande näringspreparat (Avsnitt 6, s. 73), vid behov även sondnäring. I slutskedet av en minnessjukdom, i demensfasen, används inte sondnäring. Den är inte till nytta för patienten och den kan bara öka hans eller hennes lidande.

Man hittar inte alltid en särskild bakomliggande behandlingsbar orsak till sväljbesvär hos äldre sköra personer. I dessa situationer är målet med tal- och näringsterapeutens handledning att den nedsatta sväljförmågan inte ska leda till undernäring och försämrad funktionsförmåga. Dessutom är det viktigt att patienten kan undgå aspirationspneumoni, som ytterligare försämrar allmäntillståndet.

### Genomförandet av den individuella kostbehandlingsplanen antecknas i vårdplanen

Orsakerna till och kvaliteten på sväljsvårigheter preciseras ofta i talterapeutens kliniska och/eller instrumentala bedömning (genomlysningsundersökning av sväljningen, endoskopisk undersökning av sväljningen) vid mottagningsbesöket eller på vårdenheten. Utgående från undersökningen ger talterapeuten en rekommendation för patienten om ett lämpligt, säkert sätt att genomföra kostbehandlingen och om matens konsistens. Om man känner till orsaken till sväljsvårigheten och symtomen är lindriga, kan klienten ha nytta av enkla anvisningar: man planerar matens konsistens så att maten är lätt och säker att svälja och klienten reserverar tillräckligt med tid för att äta. Valet av kostens struktur ska basera sig på talterapeutens bedömning. Näringsterapeuten planerar hur kostbehandlingen ska genomföras. Vid behov förtjockas vätskorna med förtjockningsmedel som fås på apotek (Avsnitt 6, s. 73) för att undvika aspirationspneumoni. Munnens slemhinnor kan fuktas på förhand med matolja eller med medel för fuktning av munnen som fås på apotek (Anvisningar för torr mun i Avsnitt 10.2, s. 116).

### Källor:

Ilmarinen T, Rousselle R, Apajalahti M et al. Nielemisvaikeuden arviointi. Yleiskatsaus. Finlands Läkartidning 2019;74:1811–1816. (På finska)



## 6 Kliniska kompletterande näringspreparat och kosttillskott

### 6.1 Kliniska kompletterande näringspreparat

För att effektivisera näringsintaget kan maten kompletteras med livsmedel eller kliniska kompletterande näringspreparat eller genom att erbjuda färdiga kliniska näringspreparat, genom att övergå till sondnäring och i situationer där mag-tarmkanalen inte kan användas, till parenteral kost. I det här avsnittet fokuserar vi på användning av kliniska kompletterande näringspreparat. De säljs endast på apotek. Berikning av livsmedel behandlas i Avsnitt 6.

Indikationer för användning av kliniska näringspreparat är

- otillräckligt näringsintag
- dålig aptit
- ökat näringsbehov
- svårigheter att äta
- absorptionsstörningar.

Med hjälp av kliniska näringspreparat som används i rätt tid och på rätt sätt kan man förebygga och behandla undernäring effektivt och kostnadseffektivt.

Kliniska kompletterande näringspreparat kan indelas enligt följande:

- preparat i pulverform
- färdiga mångsidiga preparat (drycker, puddingar, soppor)
- fettillskott.

I första hand ska man se till att energiintaget är tillräckligt. Genom att använda ett mångsidigt preparat blir proteinbehovet ofta tillfredsställt, eftersom proteinets andel av energin i dessa preparat i allmänhet utgör 18 procent av energin. Preparat som innehåller rikligt med protein (protein 24–30 % av energin) lämpar sig i särskilda situationer (särskilt stort proteinbehov, mycket litet proteinintag från annan kost, proteinförlust).

---

*Det är viktigt att komma ihåg att proteintillskott inte är till nytta om klienten får för lite energi, eftersom proteinet då används som energi och inte för uppbyggnad av vävnaden, vilket är proteinets främsta uppgift.*

---



Kliniska kompletterande näringspreparat är nästan alltid obekanta för klienterna och deras anhöriga, och därför behöver de noggranna och konkreta anvisningar om användningen av dem. Personalen ska ha god kännedom om preparaten.

### 6.1.1 Färdiga kliniska kompletterande näringspreparat

Största delen av de färdiga kliniska kompletterande näringspreparaten är drycker. Preparatens energiinnehåll anges ofta synligt på förpackningen som kilokalorier/milliliter, t.ex. 1,5, 2,0 eller 2,5. Som högst är innehållet 3,2 kcal/ml. Förpackningsstorleken varierar mellan 125 och 200 ml. Därmed är energiinnehållet 250–400 kcal/förpackning. Proteinhalten är 8–20 g/förpackning. För de flesta användare av preparaten är ett alternativ som innehåller normala proteinmängder optimalt. Ett alltför proteinrikt preparat kan i värsta fall ge en kraftig mättnadskänsla, vilket medför dålig aptit i flera timmar framåt varvid näringsintaget oavsiktligt minskar. I proteinrika preparat är proteinmängden 18–20 g/förpackning. Dessa preparat är avsedda bl.a. för sårpatienter i situationer där behovet av protein är betydligt förhöjt, det är svårt att uppnå ett tillräckligt intag eller klienten har proteinförlust. Dessa personer vårdas ofta på sjukhus. Dessa situationer förekommer mer sällan hemma.

Största delen av preparaten är milkshake. En del är klara, saftbaserade och kan passa bättre än preparat i form av milkshake när klienten mår illa, är slemmig eller har sväljsvårigheter. Saftbaserade preparat innehåller mindre protein än preparat i form av milkshake. En del av milkshake-preparaten innehåller fiber. För närvarande finns det inga sådana saftbaserade alternativ på marknaden.

En del av milkshake-preparaten påminner till sitt näringsinnehåll om sondnäringspreparat och lämpar sig därmed vid behov till och med som enda näringskälla. Mycket energirika preparat är lämpliga när klienten behöver mycket energi, har vätskebegränsning eller har svårt att inta den mängd som motsvarar behovet.



Det finns flera smakalternativ, de flesta är söta. På senaste tiden har preparat med neutral smak kommit ut på marknaden, och dessa lämpar sig bättre för klienter som har smakförändringar. Det är viktigt att uppmuntra klienten att pröva nya smaker, om de som han eller hon tidigare har provat inte smakade bra (se även användningssidéer, Bilaga 3, s. 174).

En del av de färdiga kliniska kompletterande näringspreparaten har sammanställts så att de lämpar sig särskilt väl för komplettering av kosten till särskilda patientgrupper: diabetiker, predialys- och dialyspatienter, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)-patienter samt äldre personer. Med undantag av predialys- och dialyspatienter lämpar sig s.k. normala preparat även för dessa specialgrupper. För diabetiker väljs ett preparat som innehåller fiber.

Preparatens bruksmängd planeras enligt situationen. Näringssterapeuten planerar användningen av preparaten i förhållande till patientens näringsintag och specialbehov. De serveras vanligen som mellanmål, men vid behov som huvudsaklig eller enda näringskälla. Det optimala preparatet används flexibelt; om lämpliga smakalternativ inte hittas eller preparatet på annat sätt inte passar, väljs ett annat preparat.

Serveringstemperaturen har en central inverkan på smaken. Preparaten smakar vanligen bäst när de är kalla. Av preparaten kan man göra isbitar, parfait, glass, dryckesblandningar t.ex. med mineralvatten eller använda dem som bas för milkshake.

På marknaden finns preparat i form av pudding som kan ätas med sked. Dessa lämpar sig särskilt bra för personer med sväljsvårigheter. De ger också variation i sortimentet, särskilt om behovet av kliniska kompletterande näringspreparat fortsätter länge.

Av de saltbaserade alternativen på marknaden finns endast soppa för uppvärmning. Drycker med neutral smak kan kryddas med t.ex. buljongpulver så att de blir saltare om klienten inte gillar söta smaker.



En förpackning energirik näringsdryck (400 kcal/förpackning) motsvarar energi- och proteininnehållet i en normal lunch.

### 6.1.2 Fettillskott

Tillskott av fett används som energitillskott i situationer där mängden mat är liten och det är svårt att uppnå ett tillräckligt energiintag. För en del av preparaten krävs normal fettabsorption. Medan andra preparat lämpar sig för personer som har störningar i fettabsorptionen. Doseringen för preparaten är t.ex. 3 x 30–40 ml/dygn. Preparaten ger en fettkänsla i munnen, och därför lämpar de sig vanligen bäst i samband med måltider. Några av fettillskotten innehåller en liten mängd proteiner och kolhydrater.

**Exempel:** 2 förpackningar energirik kompletterande näringsdryck (å 125 ml = 300 kcal) + fettillskott 3 x 30 ml = 1025 kcal (340 ml), Vilket motsvarar nästan 60 % av det genomsnittliga näringsbehovet för kvinnor.

### 6.1.3 Kliniska kompletterande näringspreparat i pulverform

På marknaden finns följande typer av preparat i pulverform:

- preparat som innehåller endast energi (maltodextrin)
- preparat som innehåller nästan enbart proteiner (ca 90 %)
- mångsidiga preparat
- proteinfria preparat
- fibertillskott.

Preparaten blandas i annan mat. Maltodextrin är smaklöst och färgar inte maten, vilket ger mångsidiga användningsmöjligheter. Proteinpreparaten har en lätt äggliknande bismak och gör maten ljus. De lämpar sig bäst i välling, gröt, milkshake och mjölkprodukter såsom yoghurt, potatismos, såser och andra ljusa maträtter. Fibertillskott känns krispigt i munnen och smakar därför bäst i grövre maträtter.

Preparat i pulverform lämpar sig för användning när patientens matmängd är tillräcklig för användning av kompletterande näringspreparat i pulverform. De används ofta tillsammans med kompletterande näringsdrycker.





## 6.2 Förtjockningsmedel

Förtjockningsmedel används för att göra tunna vätskor mer trögflytande, så att klienter med sväljsvårigheter eller söndriga slemhinnor i munnen kan svälja säkert och smärtfritt. Förtjockningsgraden kan ändras flexibelt enligt klientens behov. Förtjockningsmedlen ändrar inte matens smak och lämpar sig för användning i såväl kalla som varma vätskor. De flesta s.k. clear-preparaten löser sig mycket lätt och bildar inte klumpar. Äldre generationens förtjockningsmedel bildar klumpar i viss mån. Det är viktigt att använda förtjockningsmedel endast i den utsträckning det är nödvändigt för en trygg sväljfunktion. För mycket förtjockningsmedel kan göra vätskeintaget obehagligt.

## 6.3 Kosttillskott

D-vitamin 20 µg per dag rekommenderas rutinmässigt till alla över 75 år. Mindre D-vitamin tillsats (10 µg) kan rekommenderas om klienten regelbundet använder rikligt med vitaminiserade mjölkprodukter, matfetter och/eller fisk. Om man inte dagligen använder D-vitaminiserade mjölkprodukter, bredbart fett och/eller fisk 2–3 gånger i veckan rekommenderas även 10 µg D-vitamin tillskott för personer under 75 år under årets mörkaste tid (oktober–mars).

Andra kosttillskott används vid behov. För klienter som äter små mängder mat ger ett mångsidigt multivitamin-mineralämnespreparat en lämplig komplettering av kosten. B<sub>12</sub>-vitaminbrist är vanligare hos äldre än hos yngre personer bland annat på grund av atrofi i magsäckens slemhinna och användning av vissa läkemedel, såsom metformin.

Till de vanligaste övriga kosttillskotten hör järnpreparat, om hemoglobinvärdet är lågt. Det är dock viktigt att utreda att järnbristen inte beror på blödningar i mag-tarmkanalen. Kalciumpreparat behövs om kosten innehåller få mjölkprodukter eller berikade växtbaserade preparat som används som mjölk eller om klienten har ett ökat behov av kalcium som inte kan tillfredsställas med livsmedel. Ett C-vitaminpreparat är ofta nödvändigt om klienten inte kan eller vill äta färska grönsaker, bär och frukt och inte gillar de C-vitaminiserade dryckerna. Vegankost ska alltid kompletteras med B<sub>12</sub>-vitamin och jod.



# AVSNITT



## SÄRDRAG I KOST FÖR ÄLDRE



## 7 Behov av näringsämnen

### 7.1 Tillräckligt energiintag enligt behovet

Äldre personer ska få den energimängd som motsvarar deras förbrukning. Energitillförseln hos äldre personer är mycket individuell. Det beror bl.a. på mängden muskelmassa, den fysiska aktiviteten och hormonella faktorer. När man insjuknar minskar energibehovet till följd av att den fysiska aktiviteten minskar, men å andra sidan ökar t.ex. feber och inflammationer energibehovet. En tillräckligt intensiv viktuppföljning är en förutsättning för bedömning av om energitillförseln är tillräcklig. Ibland kan en äldre persons energiförbrukning vara mycket liten. Om vikten är stabil är energibehovet och energiförbrukningen i balans.

### 7.2 Kostens näringstäthet

Halten av näringsämnen per energimängd (vanligen 1 MJ eller 1000 kcal) kallas näringstäthet. En god näringstäthet förutsätter att man använder livsmedel med låg fetthalt och låg sockerhalt och matlagningssätt med låg fetthalt. I kosten framhävs en stor andel spannmålsprodukter och grönsaker också för att säkerställa tillräckligt intag av kostfiber. Hos äldre personer är intaget av energi i allmänhet 6,5–8,0 MJ/dygn (1500–1900 kcal/dygn). Intaget av vitaminer och mineralämnen kan bli litet om man inte fäster uppmärksamhet vid matens näringsmässiga kvalitet. Ett mycket litet energiintag (< 6,5 MJ/dygn, < 1500 kcal/dygn) har i allmänhet samband med antingen knapphändig fysisk aktivitet eller låg kroppsvikt. Till dessa grupper hör bland annat äldre som rör sig lite. Vid kostplaneringen för dessa grupper ska man i synnerhet beakta en tillräcklig tillgång till näringsämnen. Vid behov ska kosten kompletteras med berikade livsmedel, multivitamin- och mineralpreparat och/eller kliniska kompletterande näringspreparat.

### 7.3 Proteinbehov

Rekommenderat intag av protein hos personer över 65 år är 1,2–1,4 g/kg vikt/dygn (15–20 % av energiintaget). Som vikt används nuvarande vikt. För personer som återhämtar sig efter sjukdom är det rekommenderade intaget högre, dvs. ca 1,5 g/kg/dygn. I särskilda fall kan behovet vara större, t.ex. om proteinförlust förekommer. Vid minskat energibehov på grund av åldrande bör man fästa särskild uppmärksamhet på att proteinintaget är tillräckligt. Sjukdomar och akuta stressituationer, såsom operationer, ökar behovet av proteiner. När funktionsförmågan försämras och sjukdomarna ökar i antal kan proteinintaget ofta understiga rekommendationen. Enligt en undersökning som gjordes i Finland fick upp till 75 procent av långtidssjuka över 75 år och deras närstående vårdare mindre protein än rekommendationen.



Proteinkvaliteten måste uppmärksammas när det gäller äldre personer som inte har animaliska proteinkällor i kosten. Då serveras mångsidigt olika smakrika växtproteinkällor för att säkerställa en tillräckligt varierad sammansättning av aminosyror.

Förutom proteinintaget är det viktigt att se till att äldre personer får i sig tillräckligt med energi. Utan ett tillräckligt energiintag används proteinerna i maten som energikälla i kroppen och detta stöder inte bevarandet av muskelmassan. I Tabell 4 listas bra naturliga proteinkällor. (Se Bilaga 1 om proteininnehållet i olika maträtter, s. 169).

**Tabell 4.** Proteinkällor

	Portion	Protein
Mjök, surmjök, yoghurt	2 dl (ett glas)	6–7 g
Grynost	100 g	16 g
Mjölkkvarg och proteinkvarg	100 g	10–12 g
Gröt kokad på mjök	200 g (liten portion)	8–10 g
Hårda ostar	10 g (en hyvlad skiva)	2–3 g
Ägg	1 kpl (60 g)	7 g
Fisk	100 g	10–25 g
Kött	100 g	20–30 g
Kött- och korvpålägg	10 g (en skiva)	1–3 g
Bröd	30 g (en skiva)	2–3 g
Sojaböner eller -kross, kokt	100 g	15–16 g
Andra böner, kokta	100 g	10–16 g
Ärter, färska och kokta	100 g	5–6 g
Sojadryck och -yoghurt	2 dl (ett glas)	6–8 g

Källa: <https://fineli.fi/fineli/sv/> och förpackningspåskrifter för livsmedel



## 7.4 Fiberhaltiga alternativ som kolhydratkälla

Fiberhaltiga alternativ rekommenderas som kolhydratkälla. Fullkornsprodukter, grönsaker, bär och frukt rekommenderas, eftersom de utöver fiber även innehåller vitaminer, mineralämnen och andra skyddsnäringsämnen, såsom flavonoider. Kostfiberns hälsofrämjande effekt är kopplad dels till dess förebyggande egenskaper för cancersjukdomar och typ 2-diabetes, dels deras egenskaper som minskar kolesterolhalten i lösligt fiber och balanserar blodsockerhalten efter måltiden. Hos äldre personer framhävs näringsfiberns betydelse för främjandet av tarmfunktionen. Tillräckliga mängder kostfiber förebygger och lindrar förstoppning samt symptom orsakade av divertikulossjukdom i tjocktarmen.

Till äldre personer rekommenderas minst 25 g kostfiber/dygn för kvinnor och minst 35 g/dygn för män för att uppnå normal funktion i tjocktarmen. För att intaget av kostfiber ska vara tillräckligt ska kosten innehålla fullkornsprodukter, rotfrukter, grönsaker, bär och frukt, nötter och frön samt användningen av socker och mat och drycker som innehåller rikligt med socker begränsas (Tabell 5). Hög sockerhalt i maten försämrar matens näringstäthet och utgör en risk för mun- och tandhälsan. Det är viktigt att begränsa rikligt och ofta återkommande användning av sockrade drycker och sötsaker för att trygga näringstätheten och förebygga problem med munhälsan.

**Tabell 5.** Portionsmängder för livsmedel och mat, som innehåller i genomsnitt 3 gram fiber

	Portion
Rågbrödsskiva	1 skiva
Blandbröd	2 skivor
Havregröt	2,5 dl
Råg- och lingongröt	1,5 dl
Riven morot	2 dl
Färska och frysta bär	2–3 dl
Tomat	2 st.
Kokt potatis	4 st.
Äpple	1 st.
Apelsin	1 st.
Torkade plommon	6 st.
Nötter, mandel	2–3 msk

Källa <https://fineli.fi/fineli/sv/>



## 7.5 Tillräckligt med mjukt fett till kosten

Fett kan indelas i mjuka, dvs. omättade och hårda, dvs. mättade fetter. För att upprätthålla hälsan rekommenderas användning av mjuka fetter och begränsning av intaget av hårda fetter. Intaget av hårt fett bör vara under 1/3 av det totala fettintaget och intaget av mjuka fetter minst 2/3 av det totala fettintaget.

Den rekommenderade fettkvaliteten i kosten har en gynnsam effekt på bl.a. kolesterol- och triglyceridhalterna i serum och på glukosomsättningen samt en dämpande effekt på lågradiga inflammationer. Dessutom har det påvisats att fettkvaliteten har samband med skelettets kondition och bevarandet av muskelmassan hos äldre personer. Mjukt fett är också en väsentlig del i hälsofrämjande kost för att bevara kognitionen, förebygga och behandla typ 2-diabetes, behandla högt blodtryck samt i förebyggandet och sekundärpreventionen av kranskärslsjukdomar. Med sekundär prevention avses åtgärder som syftar till att förhindra att sjukdomen fortskrider.

Mjukt fett finns bl.a. i flytande vegetabiliska oljor (t.ex. rybsolja, olivolja), växtoljebaserade fettprodukter, fisk samt i nötter och frön. En del av fett, dvs. fettsyror, är nödvändiga fettsyror, eftersom kroppen själv inte kan producera dem. Dessa är linolsyra (n-6-fettsyra) och alfa-linoleninsyra (n-3-fettsyra). Linolsyra förekommer allmänt i mjuka fettkällor. Däremot finns det färre källor till alfa-linoleninsyra. Av de vegetabiliska oljorna innehåller rybs-, raps-, linfrön, camelin-, hampfrön, soja- och valnötsolja samt valnötter alfa-linoleninsyra. För att trygga tillgången till alfa-linoleninsyra rekommenderas bl.a. rybs- eller rapsolja eller bredbara pålägg av dessa dagligen. Två till tre fiskrätter per vecka kompletterar intaget av fettsyror i n-3-serien även om den nödvändiga alfa-linoleninsyran inte finns i fiskfett. Man bör fästa uppmärksamhet vid en tillräcklig mängd mjukt fett i kosten, eftersom upp till 85 procent av långtidssjuka över 75 år och deras närståendevårdare enligt en undersökning som gjorts i Finland fick mindre fleromättade fettsyror än den rekommenderade mängden.

Feta produkter som innehåller hårt fett är mjölkprodukter, ost, smör och andra pålägg som innehåller smör, kött och korv, kokosfett och kokosolja samt bakverk som bakats med hårda fetter, såsom smör. Riklig användning av hårda fetter bör begränsas och ersättas med mjuka fetter.

Säkerställ fettkvaliteten i kosten genom att

- använda vegetabilisk olja, flytande vegetabiliska fettprodukter (s.k. flaskmargarin) eller växtoljebaserade bredbara pålägg (margarin i ask) i matlagningen, som tillhör till grönsaker och i bakverk
- välja mjölkprodukter med låg fetthalt eller fettfria produkter (fettfri mjölk/surmjolk, andra flytande mjölkprodukter och kvarg med högst 1 % fett, ost med högst 17 % fett)





- på bröd välja vegetabiliskt bredbart fett som innehåller minst 60 % fett och som uppfyller kriterierna för Hjärtmärket
- välja vegetabilisk olja eller oljebaserad dressing på salladen
- äta fisk 2–3 gånger per vecka
- välja köttprodukter med låg fetthalt.

En medelstor kvinna behöver i genomsnitt 60 gram fett per dag, varav minst 40 gram bör vara mjukt fett. För en medelstor man är motsvarande mängder 85 gram och minst 60 gram.

---

*Tillgången till essentiella fettsyror kan tryggas t.ex. genom att på brödet dagligen använda 6 teskedar (kvinnor)/9 teskedar (män) bredbart fett (minst 60 % fett) som uppfyller kriterierna för Hjärtmärket och dessutom en matsked vegetabilisk olja.*

---



### 7.5.1 Genomsnittligt näringsinnehåll i måltiderna

Rekommendationerna för energigivande näringsämnen anges i Tabell 6 som variationsintervall. Målet är att intaget av energigivande näringsämnen hos största delen av de äldre ska motsvara rekommendationerna. Om det behövs ett tal till exempel i planeringen av måltidstjänster, används medelvärdet av den nedre och den övre gränsen i variationsintervallet. Det här innebär 18 E% för proteiner.

**Tabell 6.** Måltidernas näringsinnehåll i genomsnitt per vecka

	% av Energi (E %)	g/dygn
Kolhydrater	45–60	
Kostfiber		kvinnor minst 25 män minst 35
Protein	15–20 / 18	1,2–1,4 g/ kilo vikt/dygn
Fetter	25–40	
• Mättade fettsyror	< 10, mindre än 1/3 av totala fettintaget	
• Fleromättade fettsyror	5–10	
• Essentiella fettsyror (linol- och alfa-linolensyra)	3	

## 7.6 Vätskebehov

Vätskebehovet är individuellt och påverkas bl.a. av fysisk aktivitet, ålder och den omgivande temperaturen. Det beräknade vätskebehovet för personer över 55 år är 30 ml per kg vikt. Vätskebrist är skadligare hos äldre personer än hos yngre eftersom

- kroppen innehåller mindre vatten
- törstkänslan kan vara sämre än hos unga
- många äldre äter lite, varvid de får mindre vätska i sig via maten.

Vätskebrist och den uttorkning som den orsakar ökar risken för

- feber, diarré och kräkningar; uttorkning kan uppstå mycket snabbt
- läkemedel som avlägsnar vätska ur kroppen
- mycket varmt väder
- sjukdom och skörhet.

Det är också viktigt att notera att vissa sjukdomar, såsom hjärtsvikt och långt framskriden njursvikt, kan kräva en begränsning av vätskeintaget.



När minnet försämras minns den äldre personen inte om han eller hon druckit och ätit tillräckligt. Törstkänslan kommer vanligen med fördröjning och berättar om vätskebrist som redan har uppkommit. I synnerhet när det gäller en person med minnesjukdom som bor hemma bör man säkerställa att vätskor intas till exempel genom att ställa fram en favoritdryck (se rekommenderade drycker) så att den är lättillgänglig och vid behov en minneslapp för att påminna om drickandet.

Minskat intag av vätskor har ofta samband försämrad förmåga att hålla urinen. Även ensamhet kan leda till att man förlorar drickrutinerna, och för vissa kan tillgången på drycker, t.ex. på grund av nedsatt rörelseförmåga, också ligga bakom att man dricker för lite.

Det rekommenderas att man dricker 1–1,5 liter vätska (5–8 glas) per dag utöver den vätska man får i sig med maten (Bild 4, s. 86). När det är varmt, då svettningen ökar, lönar det sig att lägga till några glas med beaktande av att varje intag av sockerhaltig dryck orsakar en syraattack i munnen. Upprepad användning av sockerhaltiga drycker mellan måltiderna är skadligt för tänderna.



---

*Rekommenderade drycker är t.ex.:*

- *vatten, mineralvatten*
  - *mjölk, surmjölk, yoghurtdrycker, milkshake*
  - *juice och saftsoppor.*
- 

Med mjölkbaserade drycker kan man öka det dagliga intaget av energi och protein. Dryckerna ska vara sådana som den äldre personen gillar. Om personen har sväljsvårigheter, rekommenderas vätskor som naturligt är mer trögflytande, såsom

surmjölk i stället för mjölk och saftsoppa i stället för saft. Tunna drycker kan vid behov förtjockas med förtjockningsmedel som fås på apotek (se s. 77). Ofta räcker det med en liten förtjockning för att underlätta sväljandet. Överdriven förtjockning ska undvikas. Vätskehaltiga livsmedel och livsmedel är också bra, såsom grönsaker, bär och frukt samt olika soppor, gröt och krämer.

Tecknen på för litet intag av vätskor är:

- törst, torr mun
- minskat urineringsbehov och mörkare urin
- andra eventuella symtom är huvudvärk, trötthet, nedsatt funktionsförmåga, stigande kroppstemperatur, förstoppning, förvirring, yrsel och fallolyckor.

Vätskeintaget hos personer som får heldygnsomsorg ska följas upp om det finns problem med vätskeintaget. Vätskeintaget kan vara rikligare på morgonen och på dagen, men även på eftermiddagen och på kvällen ska tillräckligt med vätska erbjudas, eftersom för litet intag av vätska är skadligt. Till normalt åldrande hör att dygnsvariationen för antidiuretiskt hormon förändras och därför måste äldre personer urinera 1–2 gånger per natt.

Alkohol orsakar särskilda problem hos äldre. Vätskehalten i kroppen minskar och ämnesomsättningen avtar i och med åldrandet, varvid alkoholens effekter i kroppen ökar (Avsnitt 8.7, s. 104).

**EN ÄLDRE PERSON – du behöver 1–1,5 liter vätska, det vill säga 5-8 glas, dagligen**

**DRICK DAGLIGEN**

Vatten

Mjök- och surmjölkprodukt cirka 5 dl, helst med 0–1% fett

Frukt-, bär- och grönsaksjuice, soppor och läskedrycker

Kaffe, te, kakao

Milkhake och yoghurt-drycker

**DRICK BARA SPORADISKT**

Alkoholdrycker högst 1 portion dagligen

Åldrande ökar risken för alkoholskador

VRN

**Bild 4.** Anvisning för intag av drycker för äldre enligt rekommendationen Grön: huvudsakliga drycker. Gul: andra dagliga drycker. Röd: måttligt med alkohol.



## 7.7 Salt

För att trygga ett tillräckligt intag av jod rekommenderas joderat koksalt för äldre personer, precis som för den övriga befolkningen. Saltmängden ska hållas på måttlig nivå och matens smak ökas genom mångsidig användning av kryddor, örter och smakgivande grönsaker (Bild 5).

Undersökningar visar att det finns ett direkt samband mellan saltintaget och blodtrycket. Rekommenderat saltintag på befolkningsnivå är högst 5 g per dygn, vilket motsvarar 2 g natrium.

Hos äldre personer förekommer även hyponatremi, dvs. låg natriumhalt i plasma. Låg natriumhalt i plasma innebär inte automatiskt att den totala natriummängden är för liten i kroppen, dvs. att personen har natriumbrist. Det är fråga om förhållandet mellan kroppens totala mängd natrium och mängden vatten i extracellulär vätska. Därför ska hyponatremi nödvändigtvis inte tolkas så att det råder brist på natrium (salt). Tillståndet korrigeras inte genom salttillsättning. Viktiga orsaker till hyponatremi är läkemedel eller alkoholbruk. Det kan också ha samband med hjärt-, njur- och leversvikt eller någon annan sjukdom. Hyponatremi kan också tyda på kortisolbrist. Vid behandling av hyponatremi är det viktigt att bedöma hur brådskande korrigeringen är och patientens symtom. Hyponatremi förutsätter alltid en läkarundersökning.



**Bild 5.** Maten kan smaksättas med olika kryddörter och baskryddor.

### Källor:

Jyväkorpi SK, Pitkälä KH, Puranen TM m.fl. Low protein and micronutrient intakes in heterogeneous older population samples. Arch Gerontol Geriatr. 2015;61:464–471.

## 8 Inverkan av åldrande och kroniska sjukdomar på näringsintag och kostbehandling

### 8.1 Fysiologiska och patologiska förändringar i kroppens sammansättning med tanke på kosten

#### Kroppens sammansättning och kosten

Kroppens sammansättning förändras när den åldras, eftersom mängden fettvävnad ökar och muskelmassan minskar. Det här har samband med nedsatt funktionsförmåga, sarkopeni och gerasteni (se nedan), längre sjukhusvistelser och längre återhämtningstid, fallrisk och dödlighet. Kvinnor löper större risk för funktionsnedsättning, eftersom östrogenets muskelskyddande effekt upphör efter 50 års ålder och muskelmassan även från början mindre än hos män. Även fettfördelningen i kroppen förändras i och med åldrandet. Underhudsfettet minskar och fettet kring midjan och de inre organen ökar.

Grundämnesomsättningen sjunker när mängden muskelvävnad i och med åldrandet minskar. Minskningen av muskelmassan och muskelkraften förklaras bland annat av sjukdomar, litet proteinintag via kosten, förändringar i den fysiska aktiviteten och musklernas nervsystem. Minskad muskelmassa ökar risken för sarkopeni.

#### Sarkopeni

Sarkopeni är en muskelsjukdom eller -störning som beror på förändringar i musklerna. Förändringarna gäller särskilt åldrandet, men även personer i medelåldern kan lida av muskelförlust i samband med sjukdomar. Sarkopeni är en progressiv och helhetsmässig störning i skelettmusklerna, som förutom muskelmassan även innefattar minskad muskelstyrka. Sarkopeni ökar risken för fallolyckor, frakturer, nedsatt immunförsvar och funktionsförmåga och död. Diagnostiseringen, förebyggandet och behandlingen av sarkopeni borde rutinmässigt höra till det kliniska patientarbetet. Den är underdiagnostiserad hos äldre.

Risikfaktorer för sarkopeni är bl.a. åldrande, minskad fysisk aktivitet, anorexi hos äldre och oavsiktlig viktnedgång samt hormonella förändringar (östrogen, testosteron). Kvinnor har högre risk än män för att få en funktionsnedsättning till följd av sarkopeni på grund av minskad östrogenproduktion efter klimakteriet (Tabell 7). Principerna för hälsofrämjande kost verkar också ha en positiv effekt i förebyggandet av sarkopeni. I en undersökning på personer över 85 år konstaterades att kost som innehåller rikligt med hårt fett och rött kött hade samband med förekomsten av sarkopeni även om proteinintaget var på en god nivå.





**Tabell 7.** Bakgrundsfaktorer för sarkopeni

Kosten	för litet proteinintag energiintaget är mindre än förbrukningen vitamin- och/eller mineralbrist störningar i näringsabsorptionen eller andra störningar i mag-tarmkanalen anorexi hos äldre
Rörlighet	sängläge, orörlighet låg aktivitetsnivå
Sjukdomar	sjukdomar i stödorganen hjärt- och lungsjukdomar metabola sjukdomar, särskilt diabetes neurologiska sjukdomar, minnessjukdomar lever- och njursjukdomar
Övrigt	minskad utsöndring av könshormoner utskrivning från sjukhus rusmedelsbruk

Kriterier för sarkopeni är (European Working Group on Sarcopenia in Older People):

- 1 nedsatt muskelstyrka
- 2 liten muskelmassa
- 3 nedsatt funktionsförmåga

Tolkning: 1 = sannolik sarkopeni, 1 + 2 eller 3 = sarkopeni, 1 + 2 + 3 = svår sarkopeni

## Bedömning av sarkopeni

Det finns inga exakta mätare för bedömning av sarkopeni. Om en äldre person har svårt att klara av dagliga sysslor, upplever svaghet eller ofta har fallit, bör man misstänka sarkopeni. SARC-F-enkäten (se Verktyg, s. 153) lämpar sig för indirekt utvärdering av muskelförlust i det praktiska arbetet.

I det kliniska arbetet bedöms mängden muskelmassa med DXA-mätning eller bioimpedansanalys (BIA). Tester för bedömning av fysisk funktionsförmåga mäter hela kroppens funktion på ett mångsidigt sätt. Till dessa hör bl.a. Short Physical Performance Battery (SPPB), gångtid på 400 meter eller förenklat gånghastigheten. SPPB-testet består av tre delar: balans-, gånghastighets- och uppresningstest från stol. Totalresultatet av SPPB-testet beräknas utifrån den sammanlagda poängen för dessa separata delar. Muskelstyrkan i nedre extremiteterna mäts med ett uppresningstest från stol, där uppresningen upprepas fem gånger så snabbt som möjligt.

## Rekommendationer

- Sarkopeni ska bedömas inom hälso- och sjukvården med SARC-F-enkäten (Se Verktyg, s. 153).
- Muskelkraften bedöms med hjälp av en mätare för tryckkraften i handen eller ett uppresningstest från stol.
- Rekommendation och anvisningar för träning av muskelstyrkan ska ges till alla äldre personer hos vilka sarkopeni misstänks eller som redan har en konstaterad sarkopeni.
- Proteinintag om 1,2–1,4 g/kg/dag tillsammans med fysisk träning rekommenderas för personer med sarkopeni eller sannolik sarkopeni. För personer som återhämtar sig efter en sjukdom är det rekommenderade intaget högre, dvs. ca 1,5 g/kg/dygn.
- Tillräckligt energiintag ska säkerställas.
- Om möjligt bedöms mängden fettfri vävnad med röntgenundersökning (DXA) eller bioimpedansanalys (BIA).

Regelbunden motion, muskelkonditionsträning, ett gott näringstillstånd samt tillräckligt med protein och energi kan bromsa upp sarkopenin och förhindra att den framskrider.

## Gerasteni

Gerasteni (skörhet hos äldre) är förknippad med försämrad funktion i flera organsystem och tynande kroppsreserver. Till följd av detta kan även en liten stressfaktor få balansen i kroppens att kollapsa. Gerasteni förknippas ofta med multisjuka, sarkopeni och nedsatt funktionsförmåga, men är ändå ett separat fenomen.

För närvarande finns det ingen exakt, allmänt accepterad definition av gerasteni. De vanligaste metoderna för diagnostisering av tillståndet är fyndkriterier (fenotypkriterier eller gerasteniindex).

Enligt Frieds arbetsgrupp består fenotyperna av följande fem fynd eller symtom:

- 1) oavsiktlig viktninskning (över 4,5 kg under föregående år)
- 2) subjektiv utmattning
- 3) låg fysisk aktivitet
- 4) långsamhet (den svagaste femtedelen i gånghastighet i förhållande till längd och kön)
- 5) svaghet (den svagaste femtedelen mätt med handens presskraft i förhållande till kön och viktindex).



Personen har enligt denna definition gerasteni, om 3 eller flera av kriterierna uppfylls och förstadium till gerasteni om 1–2 kriterier uppfylls. Enligt denna definition är förekomsten av gerasteni hos personer över 70 år cirka 10 procent. Observera att viktminskning endast är ett av kriterierna för fenotypen gerasteni. I samband med viktminskning ska även andra eventuella orsaker beaktas (sjukdomarnas inverkan, se Avsnitt 8.4).

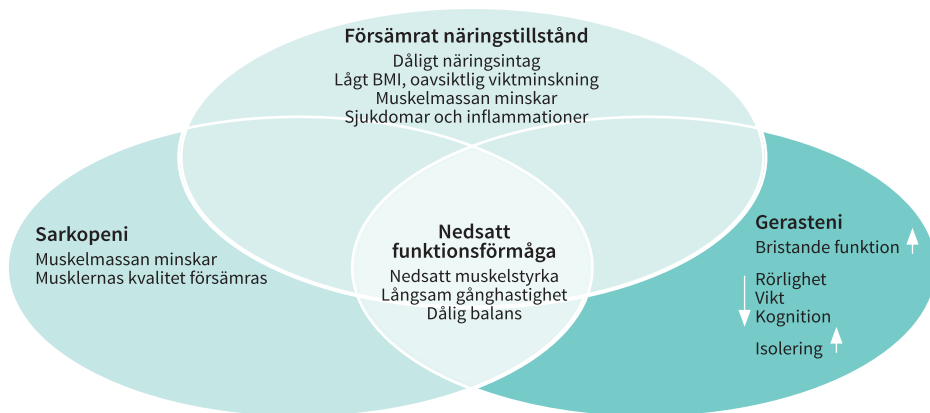
Gerasteniindexet räknas utifrån summan av individens symtom, sjukdomar och funktionsbrister. Indexet beräknas av en läkare. I Finland finns det tills vidare ingen enhetlig praxis för beräkningen, men den kan kombineras med uppgifter som samlas in elektroniskt om patienten, vilket gör att dem är lätt tillgängliga i datasystem. Även om fenotypen för gerasteni och gerastindex inte överlappar varandra, är båda förknippade med ökad dödsrisk och risk för fortsatt försämring av funktionsförmågan. Därför är det viktigt att de identifieras tidigt för att förebyggande åtgärder ska kunna vidtas.

## Gerasteni och kosten

Förutom låg fysisk aktivitet anses försämrat näringstillstånd och oavsiktlig viktminskning vara viktiga riskfaktorer för gerasteni. Otillräckligt intag av energi och protein förklarar för sin del sambandet. I undersökningar har man påvisat att en kost enligt rekommendationerna har samband med minskad risk för gerasteni. Även vitamin- och mineralbrist och särskilt brist på vitamin A, B<sub>6</sub>-, B<sub>12</sub>- och E-vitamin, folat, zink och selen är vanligt hos äldre och har ett samband med nedsatt funktionsförmåga. På individnivå är sambandet mellan gerasteni och kosten dock komplicerad. Nedsatt näringstillstånd, sarkopeni och gerasteni är ofta förknippade med varandra, men kan också förekomma var för sig. Tillsammans påskyndar de kraftigt försämringen av funktionsförmågan (Bild 6, s. 92).

Gerasteniens kost bör innehålla tillräckligt med energi. Genom att öka energiintaget med 250–500 kcal per dygn i 1–3 månader kan en viktökning på 1–3 kg uppnås. Användning av livsmedel som innehåller hårda fetter ska begränsas och i stället ska livsmedel som innehåller mjuka fetter användas (Avsnitt 7.5, s. 82). Proteinintaget bör vara 1,2–1,4 g/kg/dygn (Tabell 6, s. 84). Riklig användning av grönsaker har visat sig ha en positiv effekt på grund av de antioxidanter som de innehåller. Man bör också se till att gerasteniens patienterna får tillräckligt med D-vitamin. Även om prognosen för gerasteni inte har kunnat förbättrats enbart med kostbehandling borde viktminskningen stoppas för att bromsa skörheten. Det bästa resultatet uppnås eventuellt med en övergripande behandling, där såväl god kost som fysisk och kognitiv träning ingår.





**Bild 6.** Nedsatt näringstillstånd, sarkopeni och gerasteni påskyndar tillsammans försämringen av funktionsförmågan.

## Kakexi

Kakexi är vävnadsförlust och viktninskning i samband med någon svår underliggande sjukdom (cancer, hjärtsvikt, lungsjukdom, njursjukdom). Mekanismen är ett komplicerat metaboliskt och inflammatoriskt störningstillstånd i kroppen, som på grund av sitt uppkomstsätt ska särskiljas från sarkopeni och gerasteni. Kakexi är förknippad med minst tre av följande faktorer: anorexi, trötthet, minskad muskelstyrka, förlust av muskelmassa. Dessutom ingår avvikande laboratoriefynd i symtombilden (förhöjda infektionsindikatorer, låg albuminnivå och anemi). Kakexi kan inte korrigeras med näringsmässiga åtgärder och eftersom den bakomliggande sjukdomen i allmänhet är långt framskriden är behandlingen främst palliativ och att bibehålla befintliga resurser.

## 8.2 Förändringar i mag-tarmkanalen

### Hungerkänsla och törst samt smak- och luktsinne

Aptiten och hungerkänslan är ofta svagare hos äldre än hos yngre personer. Känslan av hunger och törst dämpas eftersom åldrandet leder till funktionsförändringar i hypotalamus regleringscenter. I och med åldrandet är regleringscentret också känsligare för störningar. Utsöndringen av matsmältningsenzymer försämras och tömningen av magsäcken blir långsammare, varvid mättnadskänsla uppkommer snabbare. Dessutom blir tarmperistaltiken långsammare, vilket i sin tur ökar risken för förstoppning.

Smak- och luktsinnet blir ofta sämre när man blir äldre. Försämringen beror bland annat på att antalet smak- och luktreceptorer minskar på grund av åldrande, sjukdomar eller läkemedel. Om smak- och luktsinnet försämras kan aptiten och näringstillståndet försämras (se Verktyg SNAQ Bedömning av matlusten, s. 166). Till följd av förändringar i sinnesorganen kan den mängd mat som äts minska och kostvariationerna minska.



## Mun och tänder, salivutsöndring

Vid åldrande försämras smak- och luktsinnet. Det här försämrar aptiten och ökar risken för nedsatt näringstillstånd. Äldre personer kan också lida av tugg- och sväljsvårigheter. Även salivutsöndringen försämras. Hos äldre personer är muntorrhet vanligt på grund av de fysiologiska förändringar, sjukdomar och läkemedel som åldrandet medför. (Munhälsan hos äldre personer beskrivs närmare i Avsnitt 10, s. 114).

## Magsäcken

När man blir äldre töms magsäcken långsammare. Det här ökar mättnadskänslan och försämrar aptiten. Utsöndringen av magsaft minskar också när man blir äldre. När pepsinhalten minskar i magsaften försämras sönderspjäлкningen och absorptionen av proteiner. Det här ökar i viss mån proteinbehovet. Minskad utsöndring av intrinsic factor gör att absorptionen av B<sub>12</sub>-vitamin försämras.

Utöver de fysiologiska förändringar som åldern medför kan äldre personer ha läkemedelsbehandling eller sjukdomar som påverkar utsöndringen i magsäcken. Protonpumpshämmare som används allmänt minskar saltsyrautsöndringen och kan vid långvarig användning minska absorptionen av B<sub>12</sub>-vitamin, järn, kalcium och magnesium. Hos äldre personer förekommer atrofisk gastrit eller magsäcksinflammation oftare än hos personer i arbetsför ålder. Atrofisk gastrit kan orsakas av helicobakterier eller ha samband med vissa autoimmuna sjukdomar och läkemedel. Atrofisk gastrit försämrar absorptionen av B<sub>12</sub>-vitamin och folat. Vid brist på B<sub>12</sub>-vitamin ordineras ett B<sub>12</sub>-vitaminpreparat till patienten, eller i svårare fall injektioner med B<sub>12</sub>-vitamin.

## Bukspottkörteln och levern

När man blir äldre minskar ofta utsöndringen av enzymer i bukspottkörteln, men betydelsen av detta är sannolikt liten. Även leverns blodcirkulation och elimineringsförmåga försämras. Det här påverkar ämnesomsättningen av läkemedel och fördröjer avlägsnandet av dem ur kroppen.

## Tunntarm och tjocktarm

Nedbrytningen av tarmluddet (tarmvilli) i tunntarmen till följd av åldrande minskar absorptionsytan. Effekten av detta på absorptionen av näringsämnen är fortfarande oklar. Matens transittid genom tunntarmen och tjocktarmen blir långsammare, vilket ökar risken för förstoppning och kan påverka tarmens mikroflora. Det finns dock endast lite forskning i ämnet.

Tabell 8 innehåller en sammanställning av fysiologiska faktorer förknippade med normalt åldrande, som påverkar ätande och näringsupptaget.



**Tabell 8.** "Fysiologiska" faktorer som påverkar ätandet och näringsupptaget vid åldrande

Ökad mängd fettvävnad
Minskad fettfri massa (muskelmassa, inre organ)
Minskad vattenhalt
Långsammare glukosomsättning
Minskad proteinsyntes
Hormonella förändringar (tillväxthormon, könshormoner, kortisol)
De aptitreglerande mekanismerna försvagas
Försämrad törstkänsla
Smak- och luktsinnet försämras
Förändringar i munnen och tänderna
Minskad fysisk aktivitet
Försämrad absorption av vitamin B <sub>12</sub>

### 8.3 Fetma och viktminskning

Fetma har samband med bland annat hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, blodtryckssjukdom, icke alkoholrelaterad leverförfettning, nedsatt funktionsförmåga och ökat behov av hjälp. Försämrad funktionsförmåga ökar fallrisken och sannolikheten för behov av institutionsvård. Enligt undersökningen FinHälsa 2017 hade 59 procent av de kvinnliga och 53 procent av de manliga finländska pensionärerna bukfetma. Dessutom hade var fjärde man över 65 år och var tredje kvinna fetma enligt viktindexet.

Å andra sidan är övervikt och lindrig fetma inte entydigt hos äldre. Man har talat om så kallade "fetmaparadoxer", där övervikt i synnerhet hos äldre personer kan visa sig vara en skyddande faktor. Till exempel är övervikt hos personer över 70 år och för vissa sjukdomar till och med lindrig fetma förknippad med en mindre risk för förtida död. Det här innebär inte nödvändigtvis ett orsakssamband, och övervikt eller fetma som en försämrande faktor för livskvaliteten ska också beaktas.

Risken för förtida död i olika viktindexklasser är en U-formad kurva, där risken för förtida död är högst bland underviktiga och mycket feta personer, och livstidsprognosen för lindrigt överviktiga är längst. Men enbart med hjälp av viktindexet kan man inte urskilja de som alltid har varit magra och avsiktligt har gått ner i vikt och de som oavsiktligt har gått ner i vikt i samband med sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga. Man blir också kortare när man åldras och då ser det ut som om viktindexet skulle stiga även om vikten hos en äldre person förblir densamma.

På grund av ovan nämnda omständigheter rekommenderas ett något högre viktindex för äldre personer (> 65 år) än för yngre vuxna, 24–29 kg/m<sup>2</sup>. Det här innebär dock inte att en äldre person som har hållit sig mager hela livet har en näringsrisk





även om hans eller hennes viktindex är under 24. Det viktigaste är då att hålla vikten stabil. Även normal- och överviktiga äldre rekommenderas att hålla vikten stabil och äta en kost som motsvarar näringsbehovet och den dagliga fysiska aktiviteten. Näringsstillståndet bedöms också hos överviktiga, eftersom näringsstillståndet även hos dem kan vara dåligt.

## Sarkopeni och fetma

Både sarkopeni och fetma är en hälsorisk för äldre personer, men i synnerhet tillsammans ökar de många risker gällande hälsan och rörelseförmågan. Kombinationen kallas sarkopeni fetma. Särskilt viktvariationer är mycket skadliga vid sarkopeni fetma. Muskelvävnad som gått förlorad till följd av viktvariationer kommer lätt tillbaka som fettvävnad när vikten ökar. Därför är det ytterst viktigt att behålla den vikt som uppnåtts.

## Oavsiktlig viktninskning

Oavsiktlig viktninskning som beror på nedsatt funktionsförmåga, dålig aptit, problem med att tugga eller svälja eller sjukdomar är alltid skadlig för en äldre persons hälsa. Den har samband med sarkopeni och gerasteni, försämrad livskvalitet och ökad dödlighet. Man bör förebygga viktninskning och ta tag i den så snabbt som möjligt innan situationen blir värre.

## Målinriktad viktninskning hos äldre

Viktninskningen hos en äldre person ska i allmänhet övervägas när viktindexet är över 30 kg/m<sup>2</sup> eller när vikten ökar och övervikten stör rörligheten. Viktindexet kan dock vara en dålig mätare för individen. Särskilt hos äldre personer är det viktigt att betona bevarandet och stärkandet av muskelmassan. I allmänhet är behovet av viktninskning förknippat med någon annan sjukdom (t.ex. typ 2-diabetes, problem i rörelseorganen) eller brister i funktionsförmågan som man försöker förbättra genom viktninskning. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör från fall till fall bedöma för- och nackdelarna med viktninskningen och förebygga sarkopeni och en minskning av benmassan. Det finns inga forskningsrön om nyttan med viktninskning hos personer över 75 år och eventuella åtgärder måste grunda sig på en geriatrisk helhetsbedömning och vid behov konsultation av en geriatiker.

Om man går in för en viktninskning hos en äldre person ska energiunderskottet vara högst 500 kcal/dag och kosten vara mångsidigt och tillgodose näringsbehovet. Om den äldre personen har sarkopeni bör energiunderskottet vara ännu lägre, cirka 250–500 kcal/dag och viktninskningen därmed långsamt, vilket gör det möjligt att bevara muskelmassan. Proteinintaget via kosten bör vara minst 1,2 g/kg vikt/dygn. Om viktindexet är över 30, ställs proteinintaget i proportion till en vikt som motsvarar



BMI 30. Under bantningen är det viktigt att se till att intaget av kalcium och D-vitamin är tillräckligt samt att alltid kombinera muskelträning och aerob träning med bantningen, varvid muskel- och benmassan bevaras och funktionsförmågan förbättras. I undersökningar där vikten har minskats enbart genom begränsningar i kosten har förhållandevis stor andel muskel- och benmassa gått förlorad. Viktminskningen syftar till en viktminskning på 5–10 procent under ett halvt år, dock så att viktminskningen är högst 1 kg/månad. Om den äldre har kraftig övervikt utarbetar näringsterapeuten en individuell plan. Mycket kraftiga energibegränsningar med ett dagligt energiintag under 1000 kcal rekommenderas inte för äldre personer.

### Kost och matval som stöder viktkontroll:

- ▶ Grönsaker, rotfrukter, bär och frukt som sådana och tillredda på olika sätt vid alla dagens måltider och mellanmål för att minska måltidernas energiinnehåll.
- ▶ Den mängd mat som äts ska vara måttlig.
- ▶ Kontroll över ätandet stöds genom medvetna och lugna måltider och genom att vid behov ordna möjlighet att äta mellanmål mellan huvudmåltiderna.
- ▶ Man väljer produkter som innehåller mindre energi, fett och socker.
- ▶ Fettfria och fettsnåla flytande mjölkprodukter samt fisk-, fjäderfä- och köttportioner är viktiga proteinkällor.
- ▶ Drycker, choklad, sötsaker och kex som innehåller socker används sällan.
- ▶ Vikten följs regelbundet minst en gång per vecka.

### BMI över 30 och vikten ökar

Dessa faktorer ska beaktas:

- måltider utan brådska, den som äter snabbt uppmanas att tugga maten noggrant.
- vatten serveras som inledning på måltiden.
- undvik förbud, ge positiv vägledning.
- stöd egen aktivitet.
- se till att kosten är mångsidig och att proteinrik fettfattig mat och drycker serveras.
- be om näringsterapeutens ställningstagande gällande lämplig energinivå och eventuellt behov av näringstillskott. För litet energiintag är skadligt.
- uppmuntra klienten att öka andelen grönsaker i måltiden.
- som mellanmål serveras i regel frukt eller bär, alternativt ett kex, en liten bulle eller en bit rulltårta.
- kom överens med anhöriga om vad de kan ta med, till exempel säsongens bär eller frukt.



## 8.4 Inverkan av kroniska sjukdomar på näringsintag och kostbehandling

Många kroniska sjukdomar kan försämra näringstillståndet genom olika mekanismer. Ibland är detta det första symtomet på en underliggande sjukdom. Oavsiktlig viktminskning hos en äldre person ska alltså inte direkt tolkas som gerasteni, utan i diagnostiken ska man också undersöka om en eventuell sjukdom orsakar viktminskningen. Å andra sidan kan sjukdomar framkalla andra symtom som preliminärt leder till ett läkarbesök, varvid viktminskningen framkommer först när sjukdomen fortskrider. Då bör man i vården observera näringstillståndet och stöda läknings- och rehabiliteringsprocessen med kostbehandling.

Många former av cancer orsakar ofrivillig viktminskning, varvid viktminskning och trötthet kan vara de första sjukdomssymtomen. Särskilt cancer i mag-tarmkanalen, lungcancer, cancer i urinorganen och lymfom är typiska exempel på cancer som kan orsaka oavsiktlig viktminskning. I ett senare skede när cancern har spritt sig kan den leda till viktminskning och slutligen till kakexi. Även långt framskriden kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärt- eller njursvikt kan leda till dåligt näringstillstånd och kakexi.

Även andra sjukdomar i mag-tarmkanalen kan orsaka viktminskning. Till dessa hör problem med mun, tänder och sväljning. Sjukdomsetiologin för sväljsvårigheter beskrivs i Tabell 9, s. 100. Olika inflammatoriska sjukdomar i tjocktarmen, sår i övre delen av mag-tarmkanalen, obehandlad celiaki och andra absorptionstörningar kan försämra näringstillståndet.

Endokrinologiska orsaker, såsom hypertyreos, kan orsaka viktminskning till följd av ökad ämnesomsättning. Även hos äldre personer kan diabetes ta sig uttryck i viktminskning när kroppen inte kan tillgodogöra sig glukosen. Akuta och kroniska infektioner – t.ex. tarminfektioner, lungsjukdomar, HIV och reumatiska sjukdomar kan försämra näringstillståndet. Låggradig inflammation bryter ner muskler i kroppen och gerasteni påskyndar försämringen av näringstillståndet.

Cirkulationsstörningar i hjärnan kan vara förknippade med sväljsvårigheter och bristande funktion som försämrar näringstillståndet. Likaså förknippas Parkinsons sjukdom, Parkinson plus-sjukdomar, MS, ALS samt myastenia gravis med sväljsvårigheter, viktminskning och gerasteni.

Depression hos äldre personer kan leda till aptitlöshet, viktminskning och gerasteni. Även äldre personer kan ha anorexi som ofta är förknippad med multipla sjukdomar samt med försämrad kognition och funktionsförmåga.

De många symtomen och besvären förknippade med äldres näringstillstånd samt behovet av att utreda dem beskrivs i Tabell 9, s. 100. Den äldres kondition och egna önskemål ska beaktas i utredningen av etiologin.



## 8.5 Kost och minnessjukdomar



### Rekommendationer

- Näringstillståndet hos en person med minnessjukdom ska bedömas minst två gånger per år och oftare om näringstillståndet har försämrats.
- Kosten och måltiderna för en person med en minnessjukdom ska stödas på ett sätt som är lämpligt för honom eller henne.
- En person med minnessjukdom ska vägas regelbundet minst en gång i månaden och resultatet ska dokumenteras för att oavsiktlig viktnedgång ska kunna upptäckas.
- Måltidssituationen ska vara hemtrevlig och behaglig och innefatta
  - en lugn situation
  - måltidssällskap
  - goda dofter av mat
  - en vacker dukning, bordduk, en bekväm stol och bestick som den äldre lätt kan använda
  - lämplig temperatur och belysning i matsalen.
- Genom att beakta individuella matpreferenser tryggar man att den minnessjuka får tillräckligt med näring.
- Onödiga begränsningar i kosten ska undvikas.
- Kompletterande näringspreparat rekommenderas om det finns risk för att näringstillståndet försämras eller det är klart försämrat.
- Vårdarna ska erbjudas utbildning i kost för personer med minnessjukdom och deras yrkeskompetens i att ingripa vid försämrat näringstillstånd och ätproblem ska stödas.
- Vården i slutskedet av en minnessjukdom är symtomatisk och god palliativ vård. I vården av personer med minnessjukdom används inte sondnäring.



En person med minnessjukdom går ofta ner i vikt redan före diagnosen och viktninskning samt gerasteni kan vara de första symtomen på sjukdomen. Redan i början av sjukdomen när kognitionen försämras kan det förekomma svårigheter med att anskaffa, tillreda och äta mat. I början av sjukdomen kan en person med minnessjukdom också dra sig tillbaka från sociala relationer och vara deprimerad, vilket försämrar aptiten och en mångsidig kost.

En minnessjukdom av typen Alzheimers sjukdom kan orsaka förändringar i hjärnan som förändrar hunger- och mättnadskänslan. När sjukdomen fortskrider kan många olika slag av neuropsykiatriska symtom förekomma, såsom rastlöshet, koncentrationssvårigheter, ångest samt vanföreställningar som stör måltiderna. När minnessjukdomen förvärras uppstår störningar i ätbeteendet, såsom oförmåga att äta, att klotta med maten och känslighet för störningar i måltidssituationer (se Verktyg, Gympan "skeden till munnen" för minnessjuka, s. 167).

Man har antagit att viktninskning i samband med minnessjukdomar skulle bero på en ökad energiförbrukning till följd av sjukdomen. Det här har inte kunnat påvisas i undersökningar. Viktninskning beror alltid på lägre energiintag än konsumtionen, och det kan finnas samband mellan ökad energiförbrukning på grund av rastlöshet och vandring eller minskat näringsintag på grund av nedsatt funktionsförmåga, gestaltningssvårigheter och beteendestörningar. Ätandet kan minska utan att man märker det: redan ett dagligt energiunderskott på några hundra kilokalorier kan under några veckor eller månader leda till betydande viktninskning, muskelförlust och försämrad funktionsförmåga.

Infektioner, andra sjukdomar och läkemedelsbehandlingar kan öka näringsbehovet, påverka matsmältningen, absorptionen eller utnyttjandet av näringsämnen i kroppen. Läkemedel för behandling minnessjukdomen kan orsaka illamående och diarré, vilket ytterligare kan påskynda viktninskningen. Det här ska utredas och läkemedlet bytas ut mot ett läkemedel som lämpar sig bättre för individen. Munhälsan och tandkonditionen inverkar väsentligt på den minnessjukas näringstillstånd och ätande, men den minnessjuka kan inte alltid berätta om sina besvär eller smärtor. När en minnessjukdom framskrider blir det i allmänhet svårare att genomföra egenvård av munnen, och då kan personen inte nödvändigtvis sköta sin munhygien själv och behöver hjälp av en närstående eller vårdpersonalen.

Kostkvaliteten spelar en viktig roll för att bibehålla hjärnans kognitiva funktioner även när minnessjukdom redan har diagnostiserats. Kostens betydelse och måltiderna förändras i viss mån allteftersom minnessjukdomen framskrider. I sjukdomens tidiga skede är det viktigt att sörja för en mångsidig kost, tillräckligt med näringsämnen, motion och social aktivitet som kan förebygga sjukdomens fortskridning. När sjukdomen framskrider till demensskedet är det fortfarande viktigt att kosten är mångsidig, men tillräckligt intag av energi och protein framhävs när kognitionen försämras, de neuropsykiatriska symtomen ökar och dygnsrytmen förändras. Då kan man behöva övergå till effektiverad kost och ofta även till kompletterande näringspreparat. I slutskedet försvåras ätandet ofta, eftersom tilltagande sväljsvårigheter hör till sjukdomsbilden. Demens är ett tillstånd som leder till döden och förutsätter palliativ vård och vård i livets slutskede.



Näringstillståndet och näringsintaget hos en person som insjuknat i en minnessjukdom ska bedömas i samband med diagnosen. Dessutom ska man utreda hur en person med minnessjukdom kan uträtta ärenden i butiken, anskaffa och laga mat samt se till att kosten är mångsidig. Bedömning av näringstillståndet hos en person med minnessjukdom, se Avsnitt 4, s. 58.

I Tabell 9 visas symtom i mag-tarmkanalen som försämrar näringstillståndet och behandlingsmöjligheterna.

**Tabell 9.** Symtom i mag-tarmkanalen och deras bakgrundsfaktorer, som kan försämma näringstillståndet.

SYM TOM i mag-tarmkanalen	ETIOLOGI/diagnostik	FAKTORER SOM SKA UTREDAS	BEHANDLINGS-MÖJLIGHETER (utöver utredning av orsaken)
Förstoppning	<p>Litet fiber- och vätskeintag, lite motion, försummelse av avföringsbehovet</p> <p>Tilltäppning i mag-tarmkanalen (tumör, divertiklar, förträngningar, fissurer)</p> <p>Flera neurologiska sjukdomar: Parkinson, MS, stroke</p> <p>Flera endokrina sjukdomar: diabetes, hypotyreos osv.</p> <p>Läkemedelsbiverkningar: opioider, antikolinergiska läkemedel, antacider, järn, kalciumhämmare, betablockerare, långvarig användning av stimulerande laxativ</p>	<p>Anamnes om kosten och vätskeintaget, motionen, funktionsförmågan</p> <p>Smärta, blod i avföringen, förändringar i tarmfunktionen, allmänsymtom, förstoppningens varaktighet</p> <p>Vid nya symtom ska man överväga en endoskopisk undersökning av mag-tarmkanalen. Laboratorieprover övervägs enligt symtomen.</p> <p>Bedömning av läkemedelsbehandlingen</p>	<p>Ökad vätske- och fibermängd i kosten. Ökad motion. Läkemedel mot förstoppning som ökar tarminnehållet. Laxativ enligt övervägande.</p> <p>Avslutning, minskning, utbyte av läkemedel som orsakar förstoppning.</p>





SYM TOM i mag-tarmkanalen	ETIOLOGI/diagnostik	FAKTORER SOM SKA UTREDAS	BEHANDLINGS-MÖJLIGHETER (utöver utredning av orsaken)
Diarré (långvarig)	<p>Tumör i mag-tarmkanalen</p> <p>Många sjukdomar: diabetes, kolit, funktionella tarmsjukdomar, celiaki, absorptionsstörningar, laktosintolerans, kronisk pankreatit, hypertyreos, AIDS.</p> <p>Överväxt av bakterier i tunntarmen, gallsyradiarré, olika tarminfektioner såsom <i>Cl. Difficile</i></p> <p>Läkemedelsbiverkningar: SSRI, SNRI, metformin, antibiotika, PPI, Alzheimer-läkemedel, gliptiner, antiinflammatoriska läkemedel, flera naturpreparat, xylitol, sorbitol</p>	<p>Blod</p> <p>Allmänsymtom</p> <p>Varaktighet</p> <p>Smärta</p> <p>Resor</p> <p>Viktminskning</p> <p>Vid ett nytt symtom bör man överväga endoskopiska undersökningar.</p> <p>Enligt symtom och fynd laboratorieundersökningar och funktionsundersökningar enligt övervägande</p> <p>Bedömning av läkemedelsbehandlingen</p>	<p>Diarréläkemedel för kortvarigt bruk</p> <p>Tillsats av vattenlöslig fiber i kosten.</p> <p>Probiotika</p> <p>Avslutning, minskning eller utbyte av läkemedel som orsakar diarré</p>
Kräkningar (långvarig)	<p>Tumör eller tilltäppning i mag-tarmkanalen, sår i magsäcken eller tolvfingertarmen, gastrit, reflux</p> <p>Infektioner</p> <p>Cirkulationsstörning i hjärnan, förhöjt hjärntryck (hjärtumör).</p> <p>Epilepsi.</p> <p>Migrän (mycket sällsynt hos äldre).</p> <p>Godartad lägesyrsel</p> <p>Andra öronrelaterade orsaker</p> <p>Tyreotoxikos</p> <p>Förgiftningar</p> <p>Läkemedelsbiverkningar: AKE-hämmare, SSRI läkemedel, digoxinförgiftning, opioider, antibiotika, cytostatika</p>	<p>Allmänsymtom</p> <p>Viktminskning</p> <p>Gulhet</p> <p>Neurologiska fynd</p> <p>Endoskopiska undersökningar</p> <p>Individuella fortsatta undersökningar enligt symtom</p> <p>Bedömning av läkemedelsbehandlingen</p>	<p>Symtomatiska läkemedel mot illamående ska övervägas individuellt enligt etiologi.</p> <p>Läkemedlens fördelar och biverkningar ska övervägas</p>



SYMPTOM i mag-tarmkanalen	ETIOLOGI/diagnostik	FAKTORER SOM SKA UTREDAS	BEHANDLINGS-MÖJLIGHETER (utöver utredning av orsaken)
Sväljsvårigheter (långvarig)	Cirkulationsstörning i hjärnan, minnessjukdomens slutskede (demens), Parkinsons sjukdom, MS, ALS Cancer (huvud- och halsregionen, svalget, matstrupen) Esofagit, reflux, divertikel, motoriska störningar Stort diafragmabräck Sköldkörteltumör, struma  Psyksiska orsaker	Allmänsymtom Neurologiska symtom Viktminskning Smärta Aspiration Lunginfektioner Undersökning av mun och svalg, noggrann klinisk undersökning Neurologiska fynd Endoskopiska undersökningar Fortsatta undersökningar enligt symtom och fynd.	Behandling enligt etiologi.  När det finns en obotlig neurologisk sjukdom i bakgrunden, konsultation med talterapeut. Lägesbehandling vid måltider, ändring av kosten till en form som är lätt att svälja, förtjockning av drycker.

PPI = Protonpumpshämmare, SSRI = selektiva serotoninåterupptagshämmare  
SNRI = Serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare, AKE = Acetylkolinesterashämmare  
ALS = Acetylkolinesterashämmare, MS = multipel skleros



## 8.6 Kostrehabilitering och internationell klassificering av funktionsförmågan

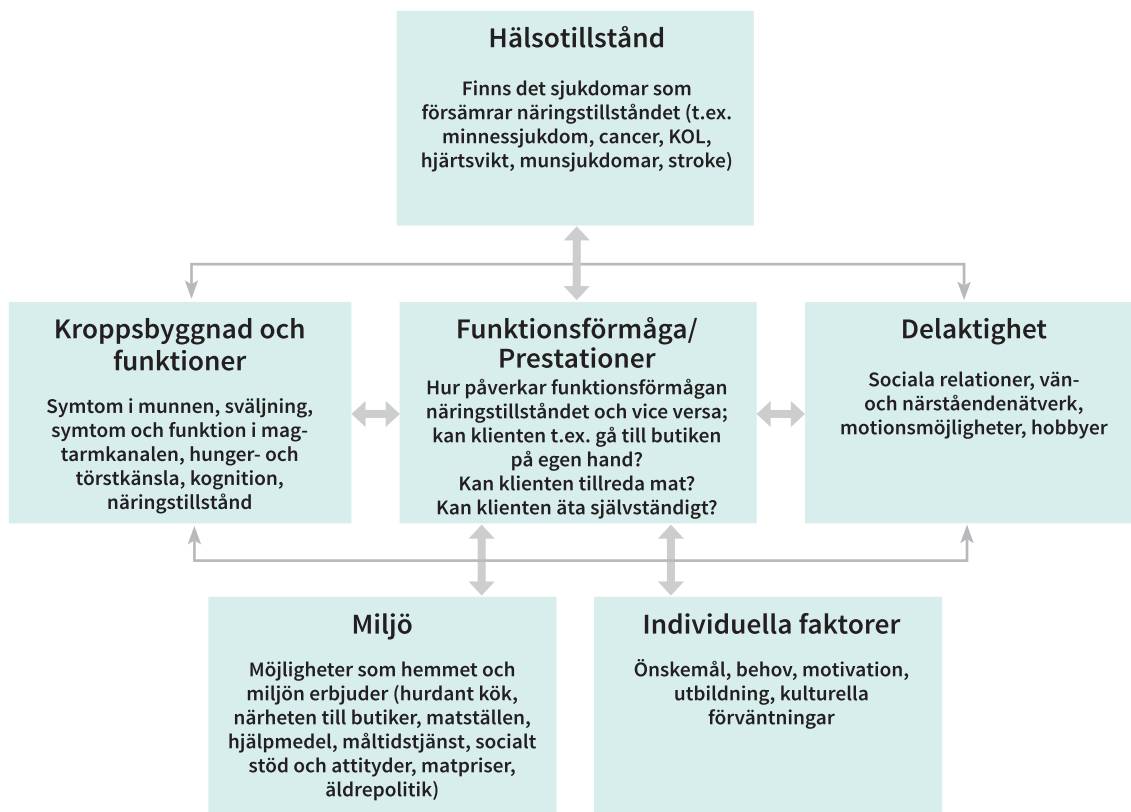
Näringsproblem hos äldre är vanliga. Näringsstillståndet ska alltid ses som en viktig del i helhetsbedömningen av den äldres tillstånd, vård och rehabilitering. Ibland är kostrehabilitering den viktigaste formen av rehabilitering och det viktigaste målet att förbättra näringsstillståndet. En typisk sådan situation är gerasteni, som också alltid kombineras med motionsrelaterad rehabilitering. Försämringen av näringsstillståndet och riskerna förknippas dock ofta med andra gerontologiska utmaningar, såsom multisjukdomar, ensamhet, försämrad kognition, ekonomiska eller sociala problem. Då ingår i den övergripande bedömningen alltid en bedömning av näringsstillståndet och i rehabiliterings- och vårdplanen en förbättring av näringsstillståndet.

Rehabilitering har definierats som en förändringsprocess mellan människan och miljön, vars mål är att främja rehabiliteringsklientens funktionsförmåga, förmåga att klara sig på egen hand och välbefinnandet. Den internationella klassificeringen av funktionsförmåga, funktionshinder och hälsa, International Classification of Functioning (ICF), används som referensram för rehabilitering (Bild 7, s. 104). Den beskriver hur effekterna av sjukdomen och funktionsbrister påverkar individens liv. ICF förstår verksamhetsbegränsningarna som ett dynamiskt, flerdimensionellt och interaktivt tillstånd som består av samverkan mellan hälsotillståndet samt individen och miljöfaktorerna. Näringsstillståndet och kostrehabiliteringen är alltid en del av den äldre personens dynamiska tillstånd, som kan främja eller försämma funktionsförmågan och rehabiliteringen. ICF hjälper till att gestalta hur olika dimensioner i människans liv kan påverka den äldres näringsstillstånd och därigenom funktionsförmågan och livskvaliteten.

Kosten är förknippad med alla faktorer i ICF och bör beaktas vid planeringen av kostrehabiliteringen (Bild 7, s. 104). Vid undersökning av hälsotillståndet ska man utreda om det finns eventuella sjukdomar som förvärrar gerastenin och behandla dem. Klienten kan ha många symtom och problem förknippade med kroppens anatomi och funktion som bör utredas. Till exempel näringsstillståndet, rörelseförmåga och gerasteninivån ska utredas med hjälp av validerade mätare och rehabiliteringen planeras enligt dessa. Genom att påverka miljön kan man med hjälp av många olika rehabiliterings- och servicemetoder främja god kost och på så sätt förbättra gerastenin. Socialt deltagande, rörlighet och sociala relationer kan påverka till exempel motivationen och aptiten; måltiderna är godare när man äter tillsammans med andra än när man äter ensam. Personens egna önskemål och behov, den egna generationens matkultur, utbildningsnivån och motivationen påverkar vad som smakar bra och sättet att äta. Alla faktorer påverkar funktionsförmågan och om hälsofrämjande kost, måltider och ätandet är möjligt.

Näringsrehabiliteringen lyckas om alla dessa dimensioner beaktas i planen. Å andra sidan är beaktandet av kosten och dess olika dimensioner en viktig del av den övergripande geriatriska utvärderingen och rehabiliteringen av äldre.





**Bild 7.** Interaktionsförhållandena mellan delområdena i den internationella klassificeringen av funktionsförmågan (International Classification of Functioning = ICF), som via kosten påverkar till exempel hur rehabiliteringen lyckas vid gerasteni.

## 8.7 Kostproblem orsakade av riklig alkoholkonsumtion

Alkoholkonsumtionen bland personer över 65 år har ökat under de senaste decennierna och trenden verkar fortsätta. De stora åldersklasserna, som har vuxit upp i ett mer alkoholvänligt samhälle, håller på att gå i pension. Tidigare konsumtionsmönster och alkoholvanor fortsätter i allmänhet i pensionsåldern. De som är beroende av alkohol fortsätter med sin stora alkoholkonsumtion och man har också bedömt att en tredjedel av storkonsumenterna blir alkoholberoende först i pensionsåldern. Å andra sidan kan uppkomsten av sjukdomar också minska den tidigare konsumtionen.

Det är känt att riklig alkoholkonsumtion orsakar olägenheter för människans fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Äldre personer är mer utsatta för dessa skador på grund av de förändringar i kroppen som åldrandet medför. När man åldras minskar kroppens vattenhalt och fettandelen ökar, varvid fördelningvolymen för



vissa läkemedel och alkohol minskar och halterna ökar. Försämringen av alkoholdehydrogenasenzymets funktion i magsäcken har en liknande effekt. Allt detta innebär större biverkningar och samverkan. När man blir äldre avlägsnas många läkemedel långsammare ur kroppen på grund av att leverns och njurarnas funktioner försämras.

Hos personer som konsumerar stora mängder alkohol kan kosten bli ensidig och näringsintaget litet, varvid till exempel hudsymtomen ökar och sår läker långsamt. Alkohol orsakar också torr mun och slemhinneförändringar i munnen samt ökar risken för muncancer. Det socker som alkoholdrycker innehåller är skadligt för tänderna. Dålig munhälsa kan orsaka smärta, vilket minskar ätandet och ökar risken för undernäring. Då är det viktigt att kosten görs mångsidigare och att alkoholkonsumtionen begränsas. Intensifierad näringsbehandling för personer som använt alkohol länge är ofta nödvändig för att förbättra näringstillståndet. Med kostbehandling kan man förbättra en äldre persons näringstillstånd, men om alkoholkonsumtionen fortsätter är behandlingsresultatet dåligt.

Ett särskilt näringsmässigt problem i samband med riklig alkoholkonsumtion är elektrolytstörningar och vitaminbrist. Även vid behandling av abstinenssymtom av alkohol är det mycket viktigt att ombesörja elektrolytbalansen (kalium, magnesium, fosfat) samt intaget av vitaminer (tiamin, folat, multivitamin) och glukos. Vitaminer bör ges före glukos för att minska risken för Wernickes encefalopati. Eftersom abstinenssymtomen är en belastning för den gamla kroppen ska även andra näringsrubbnings- och underliggande sjukdomar skötas noggrant.

Med åldern blir många sjukdomar och läkemedelsanvändning vanligare och risken för samverkan mellan alkohol och läkemedel ökar även om alkoholen och läkemedlen inte tas samtidigt. Sjukdomar och läkemedelsbehandling ökar också risken för alkoholskador. Alkohol kan öka eller försämra läkemedlets effekt och dessutom påverkar alkohol variationen i blodsockernivån.

När man blir äldre försämras balanssinnet och motoriken, varvid fallrisken och benägenheten för kraftigt blodtrycksfall när man reser sig upp ökar. Även minnet, sinnesfunktionerna, motoriken och koordinationen försämras hos alla äldre personer, men riklig alkoholkonsumtion försämrar funktionerna ytterligare. Till exempel en minnessjukdom kan börja med depression som förstärks av överkonsumtion av berusningsmedel. Nedstämdhet, skam, skuld och depression kan öka användningen av berusningsmedel. Tillsammans bidrar dessa till att måltiderna blir små eller att man ensidigt äter näringsfattig mat.

I regel rekommenderas alkohol inte alls för äldre personer. De maximala rekommendationerna för alkoholintag är dock högst en alkoholdos per dag och sju portioner per vecka. Enligt de senaste undersökningarna har alkoholkonsumtion inte några hälsofrämjande effekter. De observationer som har gjorts i vissa undersökningar om att äldre som använder alkohol är friskare än andra, beror på att sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga ofta leder till att alkoholkonsumtionen minskar och upphör. Man bör dock komma ihåg att så kallad social alkoholkonsumtion med tanke på individens livskvalitet kan ha andra positiva effekter utöver de medicinska aspekterna.



## 8.8 Särskilda situationer

### Förstoppning

Vid förstoppning sker tarmtömning sällan och/eller tarmtömningen är besvärlig eller orsakar smärta. Den vanligaste orsaken är otillräckligt vätskeintag, fiberfattig mat och för lite motion. Hos äldre personer är benägenhet till förstoppning vanlig. Även läkemedel kan orsaka förstoppning. Utgångspunkten för bedömning av förstoppningssymtom är att utreda orsaken. Vid behandling av funktionell förstoppning är kosten en central behandlingsform. Spannmålsfiber ökar effektivt tarmens innehåll. Tillredda grönsaker innehåller lika mycket fiber som färska grönsaker och passar ofta äldre personer bättre än färska grönsaker. Baskosten ska innehålla minst 25 g fiber/dygn för kvinnor och minst 35 g/dygn för män. Kost med ändrad struktur är utmanande med tanke på fiberintaget.

Fullkornsbröd är finländarnas viktigaste fiberkälla. Vid behov serveras utöver bröd och/eller i stället för bröd rågskorpmjöl som blandas i någon maträtt. Pajalagrotten är mycket fiberrik och kan serveras 2–3 dagar per vecka (Bilaga 2, s. 173). Klienten erbjuds torkad frukt (aprikos, plommon) och fruktpuréer (aprikos, persika, mango, äpple och plommon). Surmjölk, yoghurt, fil och juice som innehåller mjölksyrabakterier är också bra. För en del personer är vegetabilisk olja till nytta, till exempel 1 matsked på morgongröten.



### TIPS för kostbehandling vid förstoppning

- Fiber kan blandas i fil och yoghurt. I de flesta grötar och vällingar kan man redan i tillredningsskedet tillsätta havre-, vete-, råg- eller bovetefiber. Man bör inleda fiberanvändningen med små doser. En lämplig startdos är 1 msk som småningom ökas till 2–3 msk per dag.
- Rågskorpmjöl, fullkornsmysli, fullkornsflingor och talkonmjöl kan blandas med surmjölk, fil och yoghurt.
- Linfrökross ska användas högst 2 msk (15 g)/dag.
- Fruktpuréer kan serveras med gröt och fil eller som sådana.
- Torkade, uppblöta plommon eller plommonnektar kan serveras 2–3 dagar per vecka.





## Tillräckligt med vätska

Fiber tillsammans med riklig vätska mjukar upp avföringsmassan, ökar tarmrörelserna och -funktionen. Dagens måltider ger vanligen 700–800 ml vätska. Dessutom bör klienten dricka cirka 1,5 liter vätska om han eller hon inte har vätskebegränsning. Lämpliga drycker är vatten, utspädd, sockerfri saft, svagdricka, mjölk, surmjölk, kaffe och te. Tänderna tål 5–6 syraattacker per dag, och när mat eller dryck intas oftare ska man vara särskilt noggrann med tandvården. Sockerhaltiga drycker och rikligt med te kan öka benägenheten för förstoppning.

## Gikt

Vid behandling av gikt är ett tillräckligt vätskeintag viktigt. Intaget av energifria eller energisnåla drycker ska vara 2–3 liter per dag, om klienten inte har vätskebegränsningar. Alkoholdrycker ökar risken för giktanfall. Förutom alkohol innehåller öl rikligt med puriner. Toleransen för födoämnen som innehåller rikligt med puriner är individuell. Det finns rikligt med puriner i inälvsmat och i småfisk som äts med skinnet, såsom siklöja, sardin, anjovis och strömming. Även kycklingskinn innehåller rikligt med puriner. Kött samt fjäderfä och fisk utan skinn innehåller måttligt med puriner. Normala engångsdoser orsakar sällan symtom. Den mängd puriner som finns i grönsaker har i allmänhet ingen betydelse.

En måttlig viktninskning hos överviktiga lindrar giktsymtomen. Lämplig bantningshastighet är 1 kg/månad. En snabb viktninskning är skadligt för personer med gikt.

Till giktpatienter beställs Baskost. Vid heldygnsomsorg kan födoämnen som innehåller rikligt med puriner serveras till exempel en gång i veckan i portioner av normal storlek. Om klienten får symtom till exempel de dagar som fisk serveras beställer man personlig kost för dessa dagar. Till patienter som ska skrivas ut ges vid behov kostrådgivning. Vid behov begärs konsultation av näringsterapeut.

## Gallstensjukdom

Vid ankomstsamtalet utreds eventuella födoämnen, maträtter och drycker som orsakar symtom. Efter avlägsnande av gallblåsan är begränsningar i allmänhet onödiga. Klienten uppmuntras att utvidga sin kost. Vid måltiderna kan man till exempel pröva med små mängder ärter i salladen och lök i maten. Symtom kan också orsakas av till exempel bönor, kål, oskalad gurka och äpple, paprika, sorbitol samt färskt bröd och vetebröd. Grönsaker kan dock vara lämpliga som tillagade, skalade eller små i mängder och bröd och vetebröd som inte är dagsfärskt eller som rostade. Onödiga begränsningar ska undvikas.

Till klienten beställs Baskost. Om till exempel ärtsoppa orsakar kraftiga symtom beställs personlig kost för dagen i fråga. Det är viktigt att fettmängden är måttlig. I baskosten används måttliga mängder fett och kryddor. Snabb viktninskning ökar



riskan för gallsten. Om läkaren anser att en viktminskning är nödvändig, iaktas principerna för måttlig viktminskning hos äldre personer, dvs. vikten ska minska med högst 1 kg/månad.

## Parkinsons sjukdom

Hos klienter som har Parkinsons sjukdom strävar man efter att upprätthålla en lämplig vikt, säkerställa en tillräcklig tillgång till energi, protein, essentiella fettsyror, fiber och vätska samt anpassa matens struktur enligt sväljförmågan.

I första hand beställs individuellt anpassad Baskost till klienten. Till klienter med undernäring beställs effektiverad kost med lämplig struktur. Vid behov används kompletterande kliniska näringspreparat för att säkerställa näringsintaget. Preparaten väljs och intas enligt individuella behov så att den totala energi- och proteinmängden i kosten samt tidpunkten främjar en god vård.

Vid behandling av Parkinsons sjukdom är det viktigt att klienten tar dopaminläkemedlet minst en halv timme före eller en timme efter måltiden. Dopaminläkemedlets effekt försämras med tiden. Vissa patienter har nytta av en individuellt planerad tidpunkt för intag av proteinhaltiga livsmedel. Konsultationer av näringsterapeut och läkare är nödvändiga för att optimera effekten av läkemedelsbehandlingen och förebygga undernäring.

I Parkinson-kosten koncentreras proteinintaget vid behov till eftermiddagen och kvällen. Om det är nödvändigt att schemalägga proteinintaget enligt klientens kliniska tillstånd, ska man säkerställa att proteinintaget på dygnsnivå är tillräckligt. Det är viktigt att följa upp vikten regelbundet. Om klientens aptit eller sväljförmågan försämras, effektiveras kostbehandlingen utan dröjsmål. Matens struktur ändras också så att den blir lättare att svälja. Om talterapeuten bedömer att det är säkert för klienten att inta maten via munnen, väljer man Slät purékost. Vid andra ätproblem är mjuk kost ofta det bästa alternativet. Muntorrhet är ett vanligt symtom som ska beaktas i vården. Förstoppning, som är vanlig och svår (se Förstoppning, s. 106) korrigeras i allmänhet inte helt med hjälp av kost och läkemedelsbehandling. Läkarkonsultation behövs.

## Diabetes

För diabetiker lämpar sig i allmänhet Baskost. Baskosten ska innehålla små mängder av socker, fiberfattiga spannmål, hårt fett och salt, samt rikligt med kostfiber och måttligt med mjukt fett. Vården är närmast symtomatisk för äldre personer och personer i dåligt skick. Kosten ska vid behov vara flexibel så att risken för undernäring inte ökar. Vikten ska följas upp på grund av detta och även på grund av att en alltför stor viktökning är skadlig. En mångsidig kost som innehåller tillräckligt med näring är viktig för att upprätthålla funktionsförmågan. Fiberhaltiga födoämnen och mjuka fettkällor rekommenderas. Motion är också viktig. Som måltidsdryck väljs fettfria eller fettsnåla mjölkprodukter, och som bredbart pålägg vegetabiliskt fett (minst 60 % fett). Regelbunden måltidsrytm



underlättar behandlingen. Mycket få diabetiker behöver extra mellanmål med nuvarande insulinbehandlingar. Vid behov används konstgjort sötningsmedel för att söta kaffe och te. Om en klient med typ 2-diabetes använder multiinjektionsbehandling, anpassas mängden måltidsinsulin till måltidens storlek. Om klienten har 1 typ-diabetes och multiinjektionsbehandling vid ankomsten till vården, ska insulinbehandlingen och kosten samordnas genom en bedömning av kolhydratmängderna. Konsultation av näringsterapeut begärs vid behov.

### **Blodförtunnande läkemedel, antikoagulationsbehandling**

Bland de blodförtunnande läkemedlen inverkar mängden K-vitamin i kosten på effekten av warfarin (Marevan). Det får inte förekomma stora variationer i K-vitaminintaget från dag till dag. Grönsaker, rotfrukter, frukter och bär rekommenderas i mängder som motsvarar basmaten. Grape- och tranbärsjuice kan öka läkemedlets effekt, och därför rekommenderas de inte. Man beställer baskost till klienten och uppmuntrar honom eller henne att äta grönsaks-, frukt- och bärportioner. Naturprodukter och produkter som innehåller stora mängder av enstaka vitaminer (med undantag av D-vitamin) är inte lämpliga att användas i samband med warfarinbehandling. Användningen av dessa ska alltid diskuteras med den behandlande läkaren eller näringsterapeuten.



**Källor:**

- Bosch X, Monolus E, Escoda O ym. Unintentional weight loss: clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients. *PlosOne* 2017;12:e0175125.
- Cruz-Jentoft A, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet* 2019;393:2636–2646.
- Evans WJ, Morley JE, Argile's J, ym. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr.* 2008;27:793–799.
- Granic A, Mendonça N, Sayer AA, ym. Effects of dietary patterns and low protein intake on sarcopenia risk in the very old: The Newcastle 85+ study. *Clin Nutr.* 2020;39:166–173.
- ICF-klassifikationen. <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/icf-klassifikationen>.
- Jyväkörpi SK, Urtamo A, Strandberg AY, et al. Associations of overweight and metabolic health with successful aging: 32-year follow-up of the Helsinki Businessmen Study. *Clin Nutr.* 2019 Jun 21. pii: S0261-5614. doi: 10.1016/j.clnu.2019.06.011. [Epub ahead of print]
- Koivukangas M, Strandberg T, Leskinen R et al. Vanhuksen gerastenia – tunnistamista riskipotilasta. *Finlands Läkartidning* 2017;72:425–430.
- Koponen P, Brodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (red.). Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland – undersökningen FinHälsa 2017. Rapport 4/2018. Institutet för hälsa och välfärd.
- Landi F, Calvani R, Tosato M ym. Anorexia of ageing: risk factors, consequences, and potential treatment. *Nutrients* 2016;8:69.
- McGregor I, Harvey J. Food for thought: Leptin regulation of hippocampal function and its role in Alzheimer's disease. *Neuropharmacology* 2018;136:298–306.
- Muistisairaudet. God medicinsk praxis-rekommendation. *Duodecim* 2017. Tillgänglig: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)
- Parker SG, McCue P, Phelps K. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018;47:149–155.
- Pitkälä K, Valvanne J, Huusko T. Geriatrinen kuntoutus. I boken: Tilvis R et al. Geriatria. Kustannus Oy Duodecim 2016. s. 448–467.
- Pohjonen J. Tahaton laihtuminen. *Duodecim* 2019;135:1287–1292.
- Prado CM, Siervo M, Mire E, ym. A population-based approach to define body-composition phenotypes. *Am J Clin Nutr.* 2014;99:1369–1377.
- Sane T. Vesitalouden karikoita. *Duodecim* 2015;131:1145–1152.
- Savela S, Komulainen P, Sipilä S, et al. Ikääntyneiden liikunta – minkälaista ja mihin tarkoitukseen? *Duodecim* 2015;131:1719–1725.
- Strandberg TE, Stenholm S, Strandberg AY, ym. The “obesity paradox,” frailty, disability, and mortality in older men: a prospective, longitudinal cohort study. *Am J Epidemiol.* 2013;178:1452–1460.
- Struijk EA, Hagan KA, Fung TT, ym. Diet quality and risk of frailty among older women in the Nurses' Health Study. *Am J Clin Nutr.* 2020; nqaa028. doi:10.1093/ajcn/nqaa028.
- Suominen MH, Jyväkörpi SK, Pitkälä KH, et al. Nutritional guidelines for older people in Finland. *J Nutr Health Aging* 2014;18:861–867.
- Veronese N, Cereda E, Solmi M, ym. Inverse relationship between body mass index and mortality in older nursing home residents: a meta-analysis of 19,538 elderly subjects. *Obes Rev* 2015;16:1001–1015.
- Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, ym. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2014;9:875–890.
- Wirth R, Schneider SM. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015;34:1052–1073.
- Volkert D, Beck AM, Cederholm T, ym. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019;38:10–47.



## 9 Kost och läkemedel

Det är viktigt att upprätthålla ett gott näringstillstånd i förebyggandet och behandlingen av sjukdomar, och även med tanke på en lyckad läkemedelsbehandling. Med åldern ökar förekomsten av olika sjukdomar och symtom, vilket leder till att användning av läkemedel är mycket vanlig hos äldre personer. Nästan alla finländare över 75 år använder minst ett receptläkemedel. Förändringar och sjukdomar relaterade till åldrandet påverkar läkemedlens absorption, metabolism och utsöndring. När man åldras minskar muskelmassan och därmed minskar vattnets andel i kroppen medan andelen fett ökar. Som en följd av detta kan halterna av vattenlösliga läkemedel öka och fettlösliga läkemedel lagras i fettvävnaden. Även halterna av läkemedel som binds till proteiner kan förändras till följd av åldersförändringarna i kroppen. Äldre personer löper därmed större risk än yngre åldersgrupper för att få biverkningar eller interaktioner i samband med läkemedelsbehandling. Symtom hos äldre personer kan ibland vara svåra att tolka; det kan vara fråga om en biverkning av ett läkemedel eller symtom som är en följd av åldrande eller sjukdom.

Läkemedel kan påverka mag-tarmkanalen och därmed indirekt även aptiten (Tabell 10, s. 113). Läkemedel kan minska salivutsöndringen och därmed orsaka muntorrhet (till exempel läkemedel som har en antikolinergisk effekt). Vissa läkemedel orsakar förändringar i smaksinnet, såsom dålig smak i munnen (till exempel ACE-hämmare, metformin, svamppläkemedel, zopiklon). Både muntorrhet och smakstörningar kan leda till försämrad aptit.

Läkemedel kan orsaka biverkningar i mag-tarmkanalen, såsom magbesvär (till exempel antiinflammatoriska läkemedel) (Tabell 10, s. 113), illamående, diarré eller förstoppning. Biverkningar i mag-tarmkanalen är vanliga i början av behandlingen, men lindras när behandlingen fortgår.

Kunskapen om läkemedlens och kostens samverkan är fortfarande bristfällig och samverkan orsakar endast sällan allvarliga följder. Samverkan kan effektivisera läkemedelsbehandlingen eller försämra absorptionen eller utsöndringen av vissa näringsämnen och därmed försämra näringstillståndet. Till exempel C-vitamin effektiviserar absorptionen av järnpreparat, vilket kan utnyttjas för att behandling med järnpreparat ska lyckas. Grapefruktjuice kan påverka metabolismen av flera läkemedel (till exempel kalciumhämmare, statiner, svamppläkemedel, warfarin) avsevärt, och därför ska samtidig användning undvikas.

Till de vanligaste interaktionerna som försämrar läkemedlens och födoämnens effekter hör samverkan mellan kalcium och tetracyklin- och fluorokinolonantibiotika samt bisfosfonater. Ett rikligt intag av protein och järnpreparat samtidigt med den levodopa, som används vid behandling av Parkinsons sjukdom, kan försämra läkemedlets effekt. Även pyridoxin (B<sub>6</sub>-vitamin) hämmar effekten av levodopa, men denna samverkan kan undvikas genom att kombinera karbidopa med levodopabehandlingen. Kaffe, te och mjölkprodukter kan minska absorptionen av järn. Samverkan kan ofta undvikas genom att ta läkemedlet och inta måltider vid olika tidpunkter.



K-vitamin (mörkgröna bladgrönsaker) kan ändra effekten av det blodförtunnande läkemedlet warfarin. I samband med warfarinbehandling är det dock inte motiverat att avstå från att äta grönsaker, utan i stället undvika stora dagliga variationer i mängden grönsaker. Diabetesläkemedlet metformin och protonpumpshämmare (PPI-läkemedel) som används för behandling av halsbränna kan minska absorptionen av B<sub>12</sub>-vitamin ur kosten och för sin del orsaka brist på B<sub>12</sub>-vitamin. Ett rikligt intag av lakrits kan orsaka högt blodtryck och ändra blodets kaliumhalt och därmed äventyra behandling med blodtrycksläkemedel.

I allmänhet är det bäst att ta läkemedel med vatten på tom mage. Det rekommenderas inte att läkemedel blandas eller krossas i maten. Om läkemedel blandas i maten ändras dess smak och maten kan också förändra läkemedlets effekt. Det kan vara svårt att följa anvisningarna om användning av läkemedel, särskilt när kognitionen försämras. Då kan man göra det lättare att komma ihåg att ta läkemedlen genom att planera in dem enligt måltidsschemat.

## Källor:

- Bonnet F, Scheen A. Understanding and overcoming metformin gastrointestinal intolerance. *Diabetes Obes Metab* 2017;19:473–481.
- Bytzer P. Dyspepsia as an adverse effect of drugs. *Best Pract & Res Clin Gastroenterol* 2010;24:109–120.
- Mursu J, Jyrkkä J. God kost stöder god läkemedelsbehandling hos äldre. *Sic!* 2, 2013.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014120350514>.
- Nissy A, Nazir A, Capecomorin SP. Spectrum of drug-induced chronic diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 2017;51:111–117.
- Saano V. Ruoka ja lääkkeet. *Duodecim* 1998;114:1051–1057.
- Sbahi H, Cash B. Chronic constipation: a Review of current literature. *Curr Gastroenterol* 2015;17:47
- Teoh L, Moses G, McCullough MJ. A review and guide to drug-associated oral adverse effects-Dental, salivary and neurosensory reactions. *J Oral Pathol Med* 2019;48:626–636.





**Tabell 10.** Exempel på läkemedelsgrupper och läkemedel som kan ha skadliga effekter på näringstillståndet

Problem	Läkemedel
Torr mun	<p>Särskilt: Läkemedel med antikolinergisk effekt; tricykliska antidepressiva läkemedel, antihistaminer (särskilt hydroxizin), muskelrelaxanter, tarmspasmolyter, antikolinergiska urininkontinensläkemedel, psykofarmaka särskilt konventionella antipsykotiska läkemedel.</p> <p>Exempel på läkemedel: alendronat, amitriptylin, aripiprazol, buprenorfin, duloxetin, fluoxetin, furosemid, gabapentin, ketiapin, oxybutynin, olanzapin, risperidon, citalopram solifenacin, tolterodin, zolpidem, verapamil</p>
Smakstörningar	<p>Exempel på läkemedel: amiodaron, diltiazem, kandesartan, litium, losartan, metformin, metronidazol, terbinafin, topiramid, zolpidem, zopiklon</p>
Symtom i övre delen av buken	<p>Särskilt: Antiinflammatoriska läkemedel (särskilt COX1-antiinflammatoriska läkemedel): acetylsalicylsyra, ibuprofen, meloxicam, naproxen, selecoxib</p> <p>Exempel på andra läkemedel: alendronat, erytromycin, risedronat, tetracyklin</p>
Illamående	<p>Exempel på läkemedel: ibuprofen, levodopa metformin, naproxen, sertralin, citalopram, cytostatika</p>
Diarré	<p>Särskilt: Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) och acetylkolinesterashämmare (AKE).</p> <p>Exempel på läkemedel: amoxicillin, bisakodyl, digoxin, erytromycin, ibuprofen, karbamazepin, cefalosporin, laktulos, lovastatin, magnesium, meloxicam, metformin, naproxen, paroxetin, pravastatin, rivastigmin, celecoxib, sertralin, simvastatin</p>
Förstoppning (kronisk)	<p>Särskilt: antacider, läkemedel med antikolinergisk effekt, kalciumhämmare, järn</p> <p>Exempel på läkemedel: amiodaron, amitriptylin, atenolol, furosemid, ibuprofen, kalcium, karbamazepin, morfin, järn, verapamil</p>



## 10 Munhälsa och kost

- ▶ Med en frisk mun kan man äta mångsidigt.
- ▶ Problem och sjukdomar i munnen stör ätandet – dåliga matvanor och lågt näringsintag är å sin sida skadliga för munhälsan.
- ▶ Alla äldre behöver regelbundet en undersökning av munhälsan som utförs av en yrkesutbildad person inom mun- och tandvården samt en granskning av tandprotesens skick.
- ▶ Individuella anvisningar om innehållet i och genomförandet av daglig egenvård av munnen och tänderna/assisterad egenvård ingår i serviceplanen för varje äldre person. Anvisningarna och vården ska genomföras enligt funktionsförmågan.
- ▶ Måltidsrytmen ska vara regelbunden och antalet måltider 5–6 per dygn. Eventuell sockerkonsumtion ska förläggas till måltiden, eftersom varje intag av en sockerhaltig dryck eller ett litet mellanmål orsakar en syraattack i munnen.

### 10.1 Problem med munhälsan hos äldre personer

En tanduppsättning i gott skick med tillräckligt med bettpar (minst 10 par, 20 tänder) samt friska slemhinnor garanterar en fungerande tuggning och möjlighet till ett tillräckligt näringsintag. En yrkesutbildad person inom mun- och tandvården (tandläkare eller munhygienist) bör regelbundet kontrollera munhälsan hos äldre personer, eftersom förändringar i läkemedelsbehandlingen, funktionerna och näringstillståndet snabbt kan försämra munnens och tändernas hälsotillstånd.

Äldre personer har allt fler egna tänder och fasta konstruktioner som tillverkats för att ersätta dem (protetiska brolösningar, implantatkonstruktioner). Detta vittnar om en livslång god tandvård och livskvalitet, men följden är en ökad risk för munsjukdomar i och vid sidan av andra sjukdomar och försämrad funktionsförmåga. Bland finländare över 70 år var cirka var fjärde man och var tredje kvinna helt tandlös 2017. Dessutom hade var tredje en löstagbar delprotes för att ersätta egna tänder som saknades.

Vanliga munhälsoproblem hos äldre personer är

- nedsatt salivutsöndring och därmed torr mun
- försvårad rengöring av munnen och tanduppsättningen och tandproteser
- karies (hål i tänderna)
- parodontit (sjukdom i tändernas fästvävnad)
- svampinfektioner
- slemhinneförändringar
- löstagbara proteser som sitter illa eller är trasiga
- avsaknad av tänder och därav försämrad tugg effekt.



Alla ovan nämnda faktorer samverkar med varandra och försvårar ätandet, sväljandet och talet. Munhälsoproblem kan också orsaka smärta och obehag och därmed försämra livskvaliteten. Dessutom kan det vara svårt och/eller ekonomiskt omöjligt för en åldring som behöver assistans att få tandvård.

## Karies och parodontit

Karies och parodontit är egentligen inte åldersrelaterade munsjukdomar, men förekomsten av dessa är vanligare i äldre åldersklasser. Betydelsen av karies och parodontit blir allt större när man åldras, eftersom de förändringar som har uppkommit under livets gång i huvudsak inte kan återställas. När karies och parodontit framskrider upprätthåller de en ständig inflammation och kan leda till nya tandförluster.

- Hos äldre personer orsakar framskridande parodontit i regel att tandköttet drar sig tillbaka.
- Ett tillbakadraget tandkött ökar risken för rotkaries särskilt hos äldre som behöver assistans.
- Tandvärk orsakad av karies är ett vanligt smärttillstånd i huvud- och ansiktsområdet.
- Smärta orsakas också av tandrörlighet på grund av långt framskriden parodontit.

## Rengöring av mun, tänder och tandproteser

Tandplack som samlas till följd av dålig munhygien är den primära orsaken till gingivit (tandköttinflammation), parodontit och karies. Dessutom ökar en förändring av kosten till mera mjuka och sockerhaltiga livsmedel och i synnerhet att de intas ofta till ökad ansamling av bakterieplack i tänderna.

- Försämrad syn hos den äldre samt sämre funktion i känselsinnena och händerna samt nedsatt kognitiv förmåga försvårar egenvården av munnen och tänderna.
- Daglig munvård, regelbunden bedömning av munhälsan och hänvisning till mun- och tandvårdstjänster är ett multiprofessionellt samarbete (se Verktyg Bedömning av munhälsan, s. 163).
- En plan för den dagliga munvården ska ingå i serviceplanen för äldre personer som behöver vård och omsorg.
- Det är nödvändigt att undersöka de äldres munhälsa regelbundet för att kunna förebygga och behandla infektionssjukdomar orsakade av bakterieansamling i tillräckligt god tid.



## Munnens slemhinnor och svampinfektioner

I munnens slemhinnor sker liknande åldersförändringar som i huden. Till följd av att vävnaderna förnyas långsammare förtvinar munslemhinnan och blir tunnare, elasticiteten minskar och sår läker långsammare. Tunna munslemhinnor är mottagliga för sår. Även sveda i munnens slemhinnor (särskilt i tunga och läppar), som inte har synliga förändringar, är ett vanligt smärttillstånd hos äldre personer.

Svampinfektion i munnen orsakas oftast av bristfällig mun- och proteshygien, användning av proteser även nattetid eller felaktig användning av inhalationssteroider. Det är också bra att kontrollera eventuella svampinfektioner vid sveda i munnen.

## Tuggeffekt

Även delvis avsaknad av tänder påverkar tuggförmågan och därmed avsevärt kostens kvalitet och näringsintaget. Enligt WHO fungerar tanduppsättningen/bettet när en person har 20 egna tänder utan ersättande tandproteser. Förutom antalet har även tandplaceringen betydelse, eftersom tuggning kräver minst 10 bettpar. Löstagbara proteser (delproteser, helproteser) har inte samma effekt som naturliga tänder eller tandimplantat. Tandproteser som sitter dåligt eller är i dåligt skick försvårar till och med ätandet och kan orsaka smärttillstånd i bettorgan och slemhinnor.

Tandimplantat för att ersätta tänder som saknas har blivit vanligare också i den äldre befolkningen. Implantaten ökar betteffekten och förbättrar livskvaliteten. Det är dock krävande att hålla implantat och deras omgivande vävnader rena och därför ökar risken för inflammationsproblem i de perifera vävnaderna hos personer över 65 år. Det finns inga forskningsrön om hur den dagliga vården av implantat lyckas hos äldre personer som behöver hjälp.

Utifrån information om andra munsjukdomar kan man också förutspå att problemen med att hålla implantaten rena kommer att öka hos den äldre befolkningen.

## 10.2 Torr mun

Cirka 30 procent av den äldre befolkningen uppger att de dagligen upplevt muntorrhet. Samtidig användning av flera läkemedel försämrar salivutsöndringen och ökar subjektivt upplevd muntorrhet (xerostomi). Upplevelse av torr mun kan också orsakas av olika sjukdomar, såsom anorexi, undernäring, diabetes, depression och Sjögrens syndrom, rökning, inandning via munnen och uttorkning i kroppen.

Salivutsöndringen minskar också när tuggförmågan försämras på grund av tandbrist. Även strålbehandling i huvud- och halsregionen påverkar salivutsöndringen. Särskilt hos personer med Alzheimers sjukdom har man konstaterat en minskad salivutsöndring.



Till följd av torr mun ökar munproblemen:

- fler kariesskador uppkommer
- risken för svampinfektioner i munnen ökar
- löstagbara proteser hålls sämre på plats
- problemen i munnens slemhinnor ökar
- det blir svårare att äta och tala
- smaksinnet försämras
- sväljsvårigheterna ökar.

Man bör misstänka muntorrhet när läpparna är nariga, talet inte löper, matbesticken fastnar i kindens slemhinna och maten inte fortsätter från munnen till sväljfasen.

Om man känner till orsaken till torr mun lönar det sig att behandla den. Det lönar sig till exempel att diskutera med den behandlande läkaren om det är möjligt att byta ut läkemedel. Symtomen kan lindras genom att se till att klienten dricker tillräckligt med vatten och regelbundet fuktar munnen till exempel med matolja eller med produkter för känslig och torr mun som fås på apotek (fuktgivande gel och munspray). Se för mer information [Torr mun](#)<sup>16</sup>.

## 10.3 Kost och munnen

### Tuggeffekt och näringsbrist

Äldre personer utan eller med få tänder äter mindre grönsaker och frukt och i motsvarande grad mer sockerhaltiga livsmedel än de som har tänderna i behåll, och dessutom är kosten fettsyrasammansättning ohälsosammare än hos de som har tänder. Om det är svårt att bita eller tugga blir kosten ogynnsam med tanke på näringsintaget och man undviker födoämnen som kräver mer tuggning och som ofta är fiberrika, såsom frukt, grönsaker och nötter.

- Att öka antalet tänder med hjälp av löstagbara proteser leder inte nödvändigtvis i sig till bättre kostvanor.
- De som använder helproteser har ofta problem med att tugga tomater, råa morötter, sallad, äpplen, apelsiner, nötter och kött.
- Svag tuggeffekt kan i betydande grad påverka utveckling av undernäring.

### Kost och karies

Sockerhaltig kost och drycker främjar tillväxt och ansamling av tandplack. Utbudet av olika sockerhaltiga rätter och drycker är numera rikligt. Karies förebyggs dock

16 <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/suun-sairaudet-ja-tapaturmat/hampaiden-ja-suun-sairaudet/kuiva-suu#.XZb3yGZS-Uk>



effektivast om man kan förhindra tillväxten av bakterieplack genom att undvika att använda socker och se till att den dagliga munhygien är god.

Kariesskador uppstår när de munbakterier som har samlats på tandytan till följd av bristfällig tandrengöring får sockerhaltig föda. Särskilt frilagda rottytor på tänderna är utsatta för kariesangrepp. Nedsatt salivutsöndring ökar ytterligare risken för karies på grund av att salivsköljningen och andra skyddsmekanismer saknas. Metabolismen i plackbakterierna omvandlar socker till syra, som startar nedbrytningen av emaljens eller rotytans struktur. Dessutom främjas utvecklingen av karies av liten fluortillgång, bristfällig funktion i händerna och nedsatt kognitionsförmåga.

En kost med begränsad användning av socker har stor betydelse för upprätthållandet av munhälsan särskilt hos äldre personer med nedsatt funktionsförmåga. Det här bör beaktas även när man behandlar undernäring hos äldre personer.

När det gäller att kontrollera karies och förebygga hål i tänderna är det viktigt att

- begränsa användningsfrekvensen för socker
- servera rätter som innehåller socker i samband med regelbundna måltider (se Bild 8, Matklocka, s. 119)
- servera vatten som törstsläckare
- ombesörja en god munhygien med fluortandkräm, enligt rekommendationerna två gånger dagligen
- ersätta socker med icke-kariogena sockeralkoholer (t.ex. xylitol, sorbitol), stevia och andra sötningsmedel som inte ökar uppkomsten av hål i tänderna.

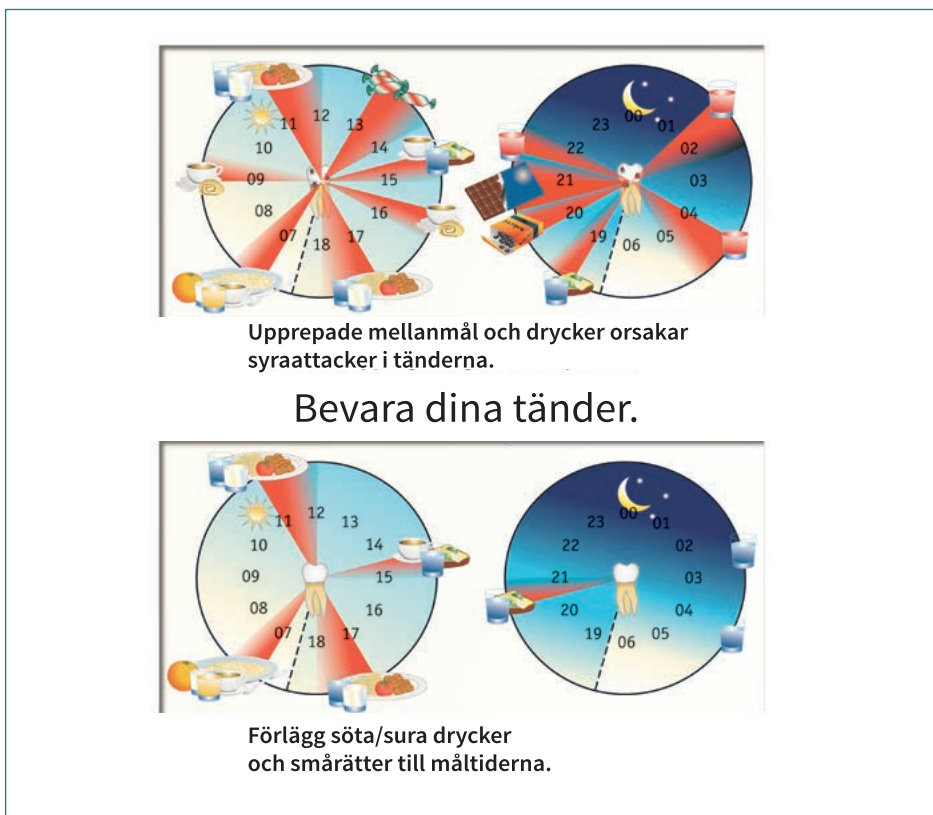
Genom att suga på sötsaker som är sötade med xylitol eller sorbitol stimulerar man också salivutsöndringen, vilket särskilt äldre med hög risk för karies kan ha nytta av. Xylitol till och med förebygger hål i tänderna, men det är bra att inleda användningen med små doser, eftersom riklig användning kan orsaka magbesvär. Särskild uppmärksamhet bör fästas vid tandvården om antalet måltider är fler än normalt.

Syror bildas lätt av kolhydrater bland annat i följande livsmedel:

- bakverk och sötsaker sötade med socker
- kakao och andra sockrade drycker
- sockrade flingor
- potatischips och annan snacks
- sylt och marmelad
- torkad frukt.







**Bild 8.** Matklockan.

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys/terveelliset-ruokatottumukset#.X7qMOy1DxoO>

## Kost och hälsan i övrig munvävnad

Det finns endast preliminära forskningsbevis på samband mellan felaktig kost och munhälsa. Energirika livsmedel (high-energy density foods), såsom fett, säser, sötsaker, bakverk och fiberfattigt bröd, kan också främja infektioner i munnen. En hälsofrämjande kost enligt näringsrekommendationerna hjälper till att upprätthålla munhälsan.

En kost som baserar sig på näringsrekommendationerna och ett tillräckligt intag av antioxidanter kan ha en förebyggande effekt för tandköttinflammationer och paradontit. Hälsan i tändernas fästvävnad upprätthålls med tillräckligt intag av C-vitamin, magnesium och kalcium samt dokosahexaensyra (DHA). Även om bevisen på D-vitaminets betydelse för munhälsan är motstridiga, kan det rekommenderade D-vitamintillskottet i kombination med rekommenderat kalciumintag skydda mot tandförlust och förbättra fästvävnadens hälsa.

Brist på B<sub>12</sub>-vitamin och folat är vanligt bland den äldre (> 20 %) på grund av dåligt näringsintag eller bristfällig kost. Tecken på anemi som kan uppkomma i munnen är munsveda, tungytan blir slät (tungknottrorna försvinner), rodnande slemhinnor (erytem), sår i slemhinnorna (har inte samband med användning av löstagbar protes) eller sår i mungiporna.

### Samband mellan munsjukdomar och andra sjukdomar

- God munhälsa är en förutsättning för ett friskt åldrande. Munhälsan har samband utöver med kosten även med den allmänna hälsan, sjukfrekvensen och dödligheten bland den äldre befolkningen.
- Särskilt sväljproblem på grund av avsaknad av tänder och torr mun har konstaterats ha samband med dödligheten.
- Det är känt att effektiv munhygien förebygger pneumoni.
- Inflammationer i munnen är ett hinder för genomförandet av flera medicinska åtgärder (t.ex. insättning av ledproteser och andra kirurgiska ingrepp där främmande föremål placeras i kroppen).
- Personer med minnessjukdom kan inte nödvändigtvis uttrycka smärta i munnen och aptiten är därmed dålig på grund av detta.
- Ätproblem som beror på dålig munhälsa begränsar också det sociala livet och försämrar därmed livskvaliteten.
- Diabetiker kan ha mer munproblem, särskilt parodontit och tandköttinflammationer och svampinfektioner.

Det finns mycket forskningsdata om sambanden mellan infektionssjukdomar i munnen och det allmänna hälsotillståndet i de yngre åldersklasserna. I synnerhet sambandet mellan diabetes och parodontit är välkänd och parodontit betraktas som en separat riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar. I den äldre befolkningen har sambanden mellan parodontit och allmänna sjukdomar dock inte kunnat påvisas på samma sätt som i de yngre åldersklasserna på grund av många störande faktorer och den allmänna sjukligheten. Enligt preliminära uppgifter är dålig munhälsa en delfaktor för utveckling av demens.



## Källor:

- Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T ym. Oral health and dental care of older persons – A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology* 2018;35:290–304.
- Jauhiainen L. Diet and Periodontal Condition – an Epidemiological Study. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 481. 2018. 68 p.
- Karies (hallinta). God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och Finlands Tandläkarsällskap Apollonia rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2014.
- Mcgowan L, Mccrum LA, Watson S ym. The impact of oral rehabilitation coupled with healthy dietary advice on the nutritional status of adults: A systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2019 1:1–21.
- Parodontiitti. God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och Finlands Tandläkarsällskap Apollonia rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2016.
- Sheiham A, Steele J. Does the condition of the mouth and teeth affect ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people? *Public Health Nutr* 2001;4:797–803.
- Finlands Tandläkarförbund. Rekommendationer. [www.hammaslaakariliitto.fi](http://www.hammaslaakariliitto.fi)
- Suominen L, Raittio E. Suunterveys. ss. 94–98. I rapporten: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (red.). Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland: Undersökningen FinHälsa 2017. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 4/2018, Helsingfors 2018. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/URN\\_ISBN\\_978-952-343-105-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/URN_ISBN_978-952-343-105-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tada A, Miura H. Systematic review of the association of mastication with food and nutrient intake in the independent elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;59:497–505.
- Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G ym. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017;44 Suppl 18:S135–S144.
- World Report on Ageing and Health. World Health Organization 2015.
- Ylöstalo PV, Järvelin MR, Laitinen J, Knuuttilla ML. Gingivitis, dental caries and tooth loss: risk factors for cardiovascular diseases or indicators of elevated health risks. *J Clin Periodontol* 2006;33:92–101.





## 11 Motionsrekommendationer för upprätthållande av funktionsförmågan och muskelkonditionen

### Rekommendationer

Allmänna rekommendationer för fysisk aktivitet hos äldre är:

- Konditionsträning med måttlig belastning ska omfatta minst 150 minuter per vecka (t.ex. promenader) eller 75 minuter med kraftig belastning (t.ex. cykling eller löpning) eller en kombination av motion med måttlig och kraftig belastning. Det lönar sig att dela upp den fysiska aktiviteten på flera veckodagar.
- Träning som ökar muskelstyrkan ska utföras minst två dagar i veckan, och målet är motion som upprätthåller eller ökar minst medelmåttlig muskelkraft och -uthållighet (t.ex. gymträning) eller vardagsmotion (t.ex. att bära bördor i vardagssysslor).
- Balans- och rörlighetsträning (t.ex. olika former av gymnastik och dans).
- Långvarigt sittande eller liggande bör undvikas.
- Genom motion som överskrider dessa minimirekommendationer är det möjligt att uppnå ytterligare hälsofördelar.

Att motion är bra för hälsan är ett obestridligt faktum. Hos äldre personer syns fördelarna med livslång motion till exempel så att risken för att icke-smittsamma sjukdomar och att funktionsförmågan försämras är mindre. Motionens roll i förebyggandet, behandlingen och rehabiliteringen av sjukdomar är betydande. I bästa fall upprätthåller och stöder motion och rörlighet förmågan att klara sig på egen hand i vardagen, säkerställer en så god funktionsförmåga som möjligt och förebygger fallolyckor. Motion ökar den sociala interaktionen och delaktigheten, ökar vakenhetstillståndet och kan hjälpa mot sömnsvårigheter. Motion hjälper, tillsammans med måltider och vila, till att upprätthålla vardagsrytmen i alla åldrar. Ett bra näringsstillstånd är en förutsättning för att man ska orka röra på sig och återhämta sig efter en tyngre motionsprestation.

Äldre personer har beaktats i nationella och internationella motionsrekommendationer. Motionsrekommendationerna för äldre följer motionsrekommendationerna för vuxna i synnerhet vad gäller konditionsträning. Därutöver betonas upprätthållandet och utvecklingen av muskelstyrkan, balansen och rörligheten.

### Observationer om rekommendationerna för fysisk aktivitet bland äldre

- ▶ Den fysiska aktiviteten kan vara så kallad multiträning, varvid man under samma träningspass kombinerar konditions-, styrke- och balansträning (t.ex. dans, utevistelse i varierande terräng eller att bära butiks-kassar).
- ▶ Motionsträningen ska anpassas efter den egna konditionsnivån.
- ▶ Man ska se till att motionen är säker och planera träningen i förväg enligt varje deltagares hälsotillstånd.
- ▶ Även om minimirekommendationerna inte uppfylls lönar det sig att sträva efter att vara så aktiv som möjligt inom ramen för den egna funktionsförmågan.
- ▶ Lite rörelse i vardagen är bättre än ingenting.

### Kosttips i samband med motion för äldre

- ▶ För att magen inte ska vara full när man motionerar bör man äta cirka en timme före motionspasset.
- ▶ Måltiden ska innehålla något protein- och kolhydrathaltigt, såsom ost eller skinksmörgås, yoghurt och mysli, ett glas mjölk eller surmjölk och banan.
- ▶ Kom ihåg att dricka vatten före och efter motionspasset.
- ▶ En mångsidig lunch eller ett mellanmål främjar återhämtningen efter träningen och därmed förbättrar kondition.



Äldre personer har varierande funktionsförmåga och därför måste man under motionspassen beakta var och ens utgångsnivå och säkerhet. För en del äldre personer kan det vara omöjligt att följa motionsrekommendationerna, varvid målet är att utföra så många dagliga rörelser som möjligt enligt den egna prestationsnivån. Det här innebär också att man ställer upp mål utifrån var och ens egna utgångspunkt, vilket stöder upprätthållandet av motionsgnistan och -motivationen. Äldre personer med kroniska sjukdomar eller funktionshinder har särskild nytta av motionsträning. Nedsatt funktionsförmåga ska inte utgöra ett hinder för motion. Särskilt ökande intensivträning i gymmet ökar muskelstyrkan, som upprätthåller förmågan att klara sig själv i vardagen och minskar risken för fallolyckor. Målet är att var och en ska hitta ett meningsfullt sätt att röra på sig. Bra motionsformer är till exempel hemgymnastik, promenader och all slags utomhusvistelse. Motionen ska vara regelbunden och daglig. Vardagssysslor skapar lätt aktivitet i de äldres vardag.

Motionsgrenarna och -träningen för äldre kan vara de samma som för den övriga befolkningen. I utbudet kan det finnas olika typer av konditionsgrenar, såsom promenader, cykling, dans, simning, löpning, skidåkning, boll- och klubbspel, gymnastik eller gruppmotion. Det finns många grenar som upprätthåller och utvecklar muskelstyrkan, men det har konstaterats att den effektivaste är gymträning och andra motsvarande motionsformer i grupp. Om det redan finns brister i funktionsförmågan kan man välja motionsgrenar enligt den egna prestationsförmågan och särskilt bedöma fallrisken. Personer i gott skick får i allmänhet tillräcklig balansövning i samband med mångsidig motion. För personer som har risk för försämrad funktionsförmågan lönar det sig att utföra separata uppgifter som utvecklar balansen, såsom viktförflyttningar, att stå på ett ben, korssteg och andra rörelser som tränar koordinationsförmågan. Det finns många praktiska tips för motionsträning, till exempel modeller för att ordna intensivträning och motion.

Utomhusvistelse är ett bra sätt att öka vardagsmotionen hos äldre. Utomhusvistelse piggar upp och ökar dagens stegantal och minskar den tid som tillbringas på en och samma plats. Friluftsliv främjas av en åldersvänlig boendemiljö där man ombesörjer bl.a. gårdsplanernas, gångvägarnas och gatornas skick, belysning, sandning, plogning och bänkar längs rutterna. Motion främjas också av grönmiljöer och lokal service, såsom butiker och bibliotek samt vintertid köpcentra. Många äldre personer kan behöva stöd och uppmuntran för utomhusvistelse och motion, till exempel en friluftsvän.

I Finland uppnår endast ett fåtal äldre personer motionsrekommendationernas mål. Ju äldre åldersgrupp det är fråga om, desto mer sällan uppnås rekommendationernas mål. Enligt THL:s befolkningsundersökningar (2019) var det endast 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna som nådde upp till motionsrekommendationens mål. Motsvarande siffror för personer över 80 år var 11 procent och 6 procent. Till de populäraste grenarna bland äldre personer hör bl.a. promenader, cykling, gårds- och trädgårdsarbeten, dans, simning, styrketräning och hemgymnastik. Många går i trappor nästan dagligen, varvid även trappträning är en del av styrketräningen i de nedre extremiteterna. Funktionsförmågan försämras med åldern så att 47 procent av männen





över 80 år och endast 29 procent av kvinnorna kan avverka en halv kilometer utan svårigheter. Problem i lederna försämrar förutsättningarna för gång och vardagsmotion. Till exempel hos personer över 80 år är problem med att huka sig mycket vanliga, till och med hos varannan man och hos majoriteten av kvinnorna. Dessutom har uppskattningsvis 14 procent av de äldre inte möjlighet att motionera, även om de önskar det. Det här gäller särskilt personer med allvarliga problem med rörelseförmågan, men också med rädsla för att röra sig utomhus. Hindren för att motionera varierar och är individuella, såsom nedsatt rörelseförmåga eller hälsotillstånd, rädsla för att falla eller rädsla för att röra sig utomhus.

Vid sidan av fysisk aktivitet är **funktionsförmågan** en central faktor hos äldre personer. Den anger förutsättningarna för att klara av vanliga vardagliga sysslor. Funktionsförmågan uppfattas ofta genom en fysisk, psykisk och social dimension. Motionsträning ses som ett sätt att upprätthålla och utveckla den fysiska funktionsförmågan, även om den enligt nuvarande information även kan påverka den kognitiva och sociala funktionsförmågan i betydande grad.



## TIPS: Anvisningar för träning:

- **Tehoharjoittelujakso kuntosalilla – voimaa ja tasapainoa nousujohteisesti**  
<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/01/Tehoharjoittelujakso-kuntosalilla-voimaa-ja-tasapainoa-nousujohteisesti.pdf> (På finska)
- **Tehoharjoittelulla voimaa arkeen kuntosalilta**  
<https://www.ikainstituutti.fi/karkihanke/ota-kayttoon-hyvat-kaytannot/teoharjoittelujakso-kuntosalilla/> (På finska)

## Källor:

- Bangsbo J, Blackwell J, Boraxbekk CJ ym. Copenhagen Consensus statement 2019: physical activity and ageing. Br J Sports Med. 2019 Jul;53:856–858.
- Borodulin K ja Wennman H. Aikuisväestön liikunta Suomessa – undersökningen FinHälsa 2017. Statistikrapport 48/2019, Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121748601>
- Eronen J, von Bonsdorff MB, Törmäkangas T ym. Barriers to outdoor physical activity and unmet physical activity need in older adults. Prev Med. 2014 Oct;67:106–11.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S, red. Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland – undersökningen FinHälsa 2017. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 4/2018, Helsingfors. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Motion. God medicinsk praxis-rekommendation. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och God medicinsk praxis-ledningsgruppen. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2016. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.
- World Health Organization. Global recommendations for physical activity for health. 2010. Geneva, Switzerland.



# AVSNITT

## IV

# ANSKAFFNING, UPPHANDLING OCH OFFENTLIG STYRNING AV MATTJÄNSTER FÖR ÄLDRE



## 12 Planering och upphandling av tjänster och livsmedel

### Rekommendationer

- Vid upphandling av tjänster ska näringskriterier och principer för åldersgruppen beaktas.
- Vid beredningen av anbudsförfrågan beaktas olika aktörers behov: användarkund, vårdpersonal, beställare, producent av måltidstjänsten.
- Innehållskrav och uppföljningsmätare för tjänsten som ska upphandlas beskrivs i anbudsförfrågan.
- Genomförandet av kvaliteten enligt avtalet följs upp enligt gemensamt överenskomna kriterier och avvikelser åtgärdas och det finns avtal om praxis för regelbundet samarbete.

### 12.1 Planering av verksamheten

Förhandsplaneringen är viktig när tjänster ordnas. Den som beställer tjänsterna fastställer redan i anbudsförfrågan alla nödvändiga kriterier för tjänsternas innehåll. Om man konkurrensutsätter omsorgstjänster som en helhet, ska man också noggrant anteckna kriterierna för kosten i anbudsförfrågan. Då ansvarar anbudsgivaren för produktionen av tjänsterna på samma sätt som för sin egna tjänster, även om anbudsgivaren skaffar måltidstjänsterna som underleverans. Kraven för måltidstjänsterna ska beskrivas i en separat bilaga i anbudsförfrågan.

När man planerar anskaffning av måltidstjänster är det viktigt att ha kännedom om verksamheten och att de handlingar som bifogas anbudsförfrågan, såsom service- och verksamhetsbeskrivningen, är aktuella och tydliga. Förutom kännedom om verksamheten är det viktigt att i planeringsskedet kontrollera de kostrekommendationer för åldersgruppen i fråga som Statens näringsdelegation publicerat samt regionförvaltningsverkets dimensioneringsanvisningar om minimiantalet för assisterande personal. På hur måltidstjänsterna förverkligas på verksamhetsstället inverkar förutom agerandet hos producenten av måltidstjänsterna, även vårdpersonalens agerande och kompetens.

När anbudsförfrågan planeras är det viktigt att utreda olika aktörers behov i den kommande tjänsten. Beställarens behov beaktas i kriterierna för måltidstjänsterna. Som beställarens sakkunniga fungerar en expert inom måltidstjänster samt en näringssterapeut eller universitetsutbildad näringsexpert. I servicebeskrivningen för



måltidstjänster antecknas utöver de grundläggande behoven hos den åldersgrupp som är föremål för upphandlingen även specialbehov i produktionen av måltidstjänsterna, såsom klienternas kondition, eventuella faktorer som påverkar svälj- och tuggförmågan samt behov av specialkost och måltider med ändrad struktur. Även flexibel måltidssituation, mattiderna och hur klienternas kondition påverkar tjänsternas innehåll beaktas redan i planeringskedet. Om upphandlingen gäller vissa lokaler beaktas även deras egenskaper när upphandlingen planeras och kraven antecknas i beskrivningen av verksamheten eller i andra dokument i anbudsförfrågan.

Det är viktigt med interaktion mellan olika instanser redan i planeringskedet – den som beställer tjänsten, den som upphandlar den samt den som producerar måltidstjänsterna och en näringsterapeut eller en universitetsutbildad näringsexpert ska gemensamt diskutera beskrivningarna av innehållet i avtalet för att valet av tjänste-producent ska lyckas.

När anbudsförfrågan planeras ska man också diskutera de utvärderingsmetoder som används för att följa upp hur tjänsteproducentens lyckas med produktionen av tjänsterna. Vid planeringen kan man tillsammans komma överens om metoder för att upptäcka eventuella brister i tjänsternas kvalitet samt metoder för att reagera på dem och korrigera verksamheten så att den överensstämmer med avtalet. Det är också viktigt att anteckna sanktioner som är tillräckligt tydliga och effektiva.



Modellbilder hjälper vårdpersonalen att sammanställa en fullvärdig måltid enligt olika energinivåer.

## Upphandlingskriterier för måltidstjänster i hemmet

I anbudsförfrågan fastställs innehållet i anbudet och de skyldigheter som gäller anbudsgivarna.

Anbudsförfrågan ska åtföljas av ett avtalsutkast där frågor gällande uppföljningen av avtalet redan har fastställts samt sanktioner och deras omfattning.

Anbudsförfrågan ska innehålla en beskrivning av (se Måltidstjänster i hemmet s. 24)

- ❖ Vad som ingår i måltiden; huvudrätt, potatis-, pasta-, spannmåls- eller ristillbehör, varmt tillbehör, färsk sallad, salladsdressing och dessert, bröd eller paj med soppmåltid.
- ❖ Upphandlingens mål, servicekrav, tjänstens innehåll, kvalitet och ansvar samt uppföljning av avtalet.
- ❖ Uppgifter om portionsstorlek och näringsberäkningar för matsedeln i genomsnitt per vecka.
- ❖ Beaktande av temadagar och helgdagar.
- ❖ Uppgifter om vad som ska serveras utöver baskosten såsom kost med ändrad struktur och effektiverad kost samt andra specialdieter för vilka det krävs näringsberäkningar på olika energinivåer.
- ❖ Modellmatsedel (3–5 veckors rotation), till vilken anbudsgivaren i sitt anbud bifogar en utredning om sina recept, råvaror och råvarornas ursprung.
- ❖ Produktdeklarationer som är på lätt språk och lätta att läsa.
- ❖ En beskrivning av leveranssättet och en eventuell tjänst för att värma upp måltider inklusive transportförpackningar för måltider (käril och transportenhet).
- ❖ Metoder med vilka genomförandet av avtalet utvärderas.
- ❖ Eventuella sanktioner på grund av brister i tjänsten, processer för att korrigera avvikelser och eventuellt även kvalitetsavvikelser som berättigar till hävning av avtalet.



## Kriterier för anskaffning av måltidstjänster inom heldygnsomsorg

### Anbudsfrågan ska innehålla

- ❖ Servicebeskrivning om hur måltider, mellanmål och annan produktion av tjänster gällande måltider och olika målgrupper genomförs för måltider till olika målgrupper.
- ❖ Upphandlaren ska definiera målen för tjänsteupphandlingen, beskriva kraven, innehållet, kvaliteten och ansvaret för tjänsterna samt uppföljningen av avtalet och fastställa sanktioner om till exempel den näringsmässiga kvaliteten inte uppfylls.
- ❖ Uppgifter om beräkningar av matsedelns näringsinnehåll i genomsnitt per vecka.
- ❖ I måltidstjänsthelheten ska man beakta ett tillräckligt antal måltider under dagen, näringsintag enligt kostrekommendationerna, den tillåtna längden på nattfastan, genomförande av måltiden.
- ❖ Ansvarsfördelningen mellan olika aktörer på avdelningarna/ serviceboendena är en viktig del i servicebeskrivningen. En beskrivning av hur måltidsservicen genomförs i samarbete med vård- och anstaltsvårdpersonalen på avdelningarna.
- ❖ Producenten ska leverera modeller med bilder av servering och portionering av maten på olika energinivåer (se s. 40).
- ❖ Utöver baskost serveras effektiverad kost, för vilka beräkningar av näringsinnehåll krävs. Portionsstorleken motsvarar ungefär hälften av en portion Baskost som innehåller motsvarande energimängd (se energinivåerna s. 40 och effektiverad kost s. 44).
- ❖ Effektiverad kost och kost med ändrad struktur samt andra specialdieter som serveras ska vara välsmakande och ha ett optimalt näringsinnehåll.
- ❖ Alla dieter ska fås med ändrad struktur Mjuk, Grov, Slät puré och Flytande form (se kost med ändrad struktur, s. 46).
- ❖ Ett tillräckligt intag av protein säkerställs i upphandlingen så att proteinmängden i Baskosten är 15–20 procent (i genomsnitt 18% av energin på veckonivå) och i effektiverad kost 20 procent av energin. I huvudmåltiden ska proteinhalten vara minst 25 g.
- ❖ Metoder med vilka genomförandet av avtalet utvärderas.





- ❖ Eventuella sanktioner på grund av brister i tjänsten, processer för att korrigera avvikelser och eventuellt även kvalitetsavvikelser som berättigar till hävning av avtalet. Till anbudsfrågan fogas ett avtalsutkast där dessa frågor om uppföljning och eventuella sanktioner har antecknats.
- ❖ Vid upphandling av livsmedel och måltider ska näringskvaliteten alltid beaktas som ett absolut minimikvalitetskrav. Näringskvalitetskraven omfattar de råvaror och måltidsdelar som beskrivs i denna rekommendation (se Måltidsspecifika kvalitetskriterier för den mat som måltidstjänsten serverar, s. 148).

### Kriterier för bedömning av anbud

- ❖ En modellmatsedel (3–5 veckors rotation), som ska åtföljas av en utredning av den receptik och de råvaror som tjänsteproducenten använder samt deras överensstämmelse med näringskriterierna och beräkningar av näringsinnehåll.
- ❖ Beaktande av teman och helgdagar.
- ❖ Utvärdering av verksamhetens kvalitet, utredning av personalens minimiantal, kompetens (utbildning och arbetserfarenhet) och utvecklingsplanen.
- ❖ En beskrivning av hur måltiderna genomförs och hur de vid behov utvecklas.
- ❖ En beskrivning av hur kundnöjdheten mäts och hur man reagerar på responsen.
- ❖ En beskrivning av hur bedömningen av näringstillståndet görs.
- ❖ En beskrivning av hur den egna aktiviteten upprätthålls och individuella behov tillgodoses (bl.a. beskrivning av kärl och hjälpmedel vid måltiderna, som gör det möjligt att äta självständigt).
- ❖ En beskrivning av hur maten beställs och levereras. Beställningen ska vara enkel och tydlig och maten ska levereras inom rimlig tid.



## 12.2 Upphandling av mattjänster och livsmedel

Ansvaret för att ordna offentliga måltidstjänster varierar; måltidstjänsterna kan till exempel vara en del av stadens eller kommunens ekonomiförvaltning, tekniska sektor eller bildningsväsende. Producenten av mattjänster kan också vara ett bolag som ägs av en samkommun.

Den huvudsakliga producenten av måltidstjänster hemma för äldre är en kommunal aktör eller en aktör på landskapsnivå. I beställnings- och upphandlingsskedet av måltidstjänster för äldre är det viktigt att vid utarbetandet av anbudsförfrågan och bedömningen av anbuderna anlita experter inom måltidstjänster och kost, som har kompetens att göra en helhetsmässig bedömning av kostens näringskvalitet och verksamheten. Vid upphandlingen ska även den näringssterapeutiska aspekt som en legitimerad näringssterapeut kan tillföra beaktas när det är frågan om upphandling av måltidstjänster för äldre personer som får vård och behandling till följd av olika sjukdomar. I upphandlingskriterierna ska man också beakta ansvarsfullhet, kvalitet och eventuella regionala konsekvenser. Måltidstjänsterna kan konkurrensutsättas som en omfattande helhet eller i delar till exempel enligt klientgrupp eller verksamhetsenhet. Den som tillhandahåller måltidstjänsterna ska å sin sida konkurrensutsätta de livsmedel som behövs. Om kommunen själv konkurrensutsätter livsmedlen ska den följa upphandlingslagen, men en privat tjänsteproducent förpliktas inte av upphandlingslagen. Vid upphandling av råvaror kan man alltid kräva en kvalitet som motsvarar bestämmelserna samt använda kriterier som gäller livsmedelssäkerhet, djurens välbefinnande och hälsa samt miljö- och sociala konsekvenser.

### Upphandling av måltidstjänster

I den egentliga anbudsförfrågan ska man begära en noggrann beskrivning av hur måltider, mellanmål och annan produktion av tjänster för olika målgrupper genomförs i anslutning till måltidstjänsterna. Dessutom ska upphandlaren definiera målen för upphandlingen av tjänster, beskriva kraven, innehållet, kvaliteten och ansvaren för tjänsterna (se upphandlingskriterier s. 129–131). Vid upphandling av måltidstjänster är det särskilt viktigt att kontrollera de mätare med vilka man kontrollerar att de kriterier som utlovas i anbudet för produktionen av tjänsterna uppfylls i praktiken. Ansvarsfördelningen mellan olika aktörer på avdelningarna/serviceboendena är en viktig del i servicebeskrivningen.

Servicebeskrivningen ska finnas som bilaga till anbudsförfrågan och i den beskrivs så noggrant som möjligt kraven gällande genomförandet av måltidstjänsterna. Servicebeskrivningen ska innehålla åtminstone beskrivning av tjänsternas innehåll, kvalitetskrav gällande dem, de delar som ingår i måltidspriset och produkter som faktureras separat och tjänsterna inklusive prislista, servicemodell och metoder för utdelning av maten, parternas ansvar i genomförandet av måltidstjänsterna, ansvarsfullhet, principer för planering av matsedel, uppföljning av kundnöjdhet och kvalitet, kompetenskrav för personalen, erforderliga intyg, hur samarbetet genomförs osv.



Numera är en stor del av måltidstjänsterna inom heldygnsomsorgen decentraliserad, vilket innebär att maten levereras i stora kärl för utdelning på enheterna. Redan i planeringen av verksamheten strävar man efter att alla måltidsdelar som har planerats för klienten blir serverade. Med andra ord säkerställer man att alla måltidsdelar kommer till enheten med samma transport och vid samma tidpunkt. Det är dock förnuftigt att leverera livsmedel som används kontinuerligt, såsom måltidsdrycker, bredbara pålägg, bröd och salladsdressing, när ”lasten” är minst.

Måltidstjänsterna utvecklas snabbt och det finns nya verksamhetsmodeller för att producera måltider. Kostnadseffektiviteten och resurserna i kundbetjäningen ökar när man levererar kall mat och andra produkter till serviceboendeenheterna. På så sätt ökar effektiviteten i tillredningsköken, men arbetsmängden ökar på avdelningarna. I denna verksamhetsmodell tillreds energitillskotten och salladerna på verksamhetsenheterna. Modellen förutsätter att personalen på avdelningen har mer omfattande kunskaper om måltidstjänster, vilket måste beaktas redan i anbudsförfrågan. När måltiderna färdigställs och serveras på avdelningen/i gruppheimet kan individuella mattider och eventuell delaktighet förverkligas bättre. Genom att öka tillredningen av måltiderna i gruppheimen får man fler dofter och en hemlik stämning samt kan man bättre beakta önskemål gällande måltiderna. I denna verksamhetsmodell bör man dock beakta att det på avdelningen/i gruppheimet behövs mer personalresurser och kunskap om måltidstjänster för att en högklassig måltidstjänst ska kunna genomföras.

## Näringsbehov som ska beaktas i upphandling av måltidstjänster

Behovet av näringsämnen hos äldre varierar mycket. Producenten ska som stöd för vårdarna leverera modeller med bilder av servering och portionering av maten på olika energinivåer (se s. 40). Vårdpersonalen ska också få anvisningar om när och hur dessa modeller ska användas. Dessutom ska det finnas information om att man ska kunna beställa mer mat till enheten om det finns fler klienter än vanligt som konsumerar mera, till exempel oroliga klienter och rehabiliteringsklienter.

För effektiviserad kost krävs också beräkningar av näringsinnehåll, liksom för Baskost och specialdieter. Portionsstorleken motsvarar ungefär hälften av en portion Baskost som och innehåller motsvarande mängd energi och näringsämnen (se s. 40). Vid effektiviserad kost strävar man efter att säkerställa ett måttligt fiberintag (se fiberhaltiga livsmedel, Avsnitt 7.4, s. 81).

Alla dieter ska fås med ändrad struktur: Mjuk, Grov och Slät puré. Det ska finnas modellbilder av dem och beräkningar av näringsmässig tillräcklighet enligt rekommendationerna. Kost i puréform serveras så att måltidshelheten är färgrik. Purékost ska berikas med mer energiintensiva födoämnen och kompletterande näring i pulverform eller så ska producenten kunna påvisa på vilket annat sätt kost i puréform uppfyller rekommendationerna för näringsinnehåll. Producenten ska ha tillräckliga redskap för att tillverka Slät purékost.



Eftersom äldre personers näringsbehov är individuella och ofta också utmanande, ska vårdarna, läkarna och närings terapeuterna ha möjlighet att flexibelt och i rätt tid beställa enskilda livsmedel enligt kriterierna för kostbehandling. Dessa är åtminstone lågt BMI, oavsiktlig viktninskning, undernäring eller risk för undernäring i kombination med viktninskning och kroniska sår och trycksår.

Ett tillräckligt intag av protein säkerställs i upphandlingen så att proteinmängden i Baskosten är 15–20 procent (i genomsnitt 18 energiprocent på veckonivå) och i effektiverad kost 20 procent av energin. I huvudmåltiden ska proteinmängden vara minst 25 g och protein fås via fem måltider per dag. Med andra ord bör även eftermiddagens mellanmål innehålla protein. Vårdpersonalen kan i portionslistor och på bilder se hur stora portionerna av proteinhaltiga måltider ska vara för klienterna enligt deras energiförbrukning. Producenten ska också ha en proteintabell som baserar sig på den egna receptiken. Målet om proteinets andel i procent av energin är information avsedd för måltidstjänsten. Producenten ska dock förtydliga informationen för vårdpersonalen så att det i måltidssituationen finns information om vad detta innebär vid portionering av t.ex. surmjölk, fisk eller kött.

## Anbudsförfrågan

Avtalen och servicebeskrivningarna utarbetas utifrån underlaget för anbudsförfrågan och därför rekommenderas att ett avtalsutkast samt de centrala frågorna i serviceavtalet bifogas till anbudsförfrågan. Det bästa resultatet fås om det är möjligt att skapa gemensamma modeller och förfaringssätt för upphandling, där man samarbetar med olika aktörer (beställaren, upphandlaren, producenten av matjänster, producenten av vård- och omsorgstjänster) innan anbudsförfrågan görs. Innehållet i anbudsförfrågan för måltider inom hemservicen och måltidstjänster inom heldygnsvård beskrivs i tabeller (se s. 129–131).

Vid anskaffning av måltidstjänster i hemmet iaktas rekommendationerna om energi- och näringsinnehåll i denna rekommendation (se Tabell 6, s. 84), minimikraven på näringskvalitet (se Verktyg, s. 148–149) som absoluta kvalitetskrav samt rekommenderade val av råvaror.

## Kriterier för bedömning av anbudsförfrågan

De måltider som serveras ska följa rekommendationen vid granskning av en veckas period. I anbudsförfrågan bör man begära en beskrivning av hur tjänsteproducenten i praktiken genomför detta. Kriterierna för bedömning av anbudsförfrågan beskrivs på sidan 131.

Vid upphandling rekommenderas att man utöver näringskvalitetsfaktorerna även begär en beskrivning av hur mål som stöder en hållbar utveckling uppfylls i produktionen av tjänsterna. Dessa kan vara bl.a. säsongsbetonade råvaror, egen tillverkningsgrad, ekologi och hantering av matsvinn. Dessutom styrs upphandlingarna



av de enskilda arrangörernas strategier och riktlinjer, såsom tillhandahållande av vegetarisk mat, närproducerad mat och nyttjandegraden av ekologisk mat. Det är viktigt att de minimikrav som styr kvaliteten på tjänsterna, måltiderna och råvarorna också till dessa delar lyfts fram i avtalet.

Den som konkurrensutsätter/köper måltidstjänster ska följa upp att den överenskomna kvaliteten och matens smaklighet förverkligas. I anbudsförfrågan begärs en beskrivning av hur producenten av måltidstjänsterna följer upp och säkerställer att urvalskriterierna uppfylls och hur köparen följer upp dem i praktiken. Kvaliteten kan följas upp genom att man systematiskt samlar in kundrespons och granskar genomförda matsedlar och deras näringsinnehåll i förhållande till det man kommit överens om samt följer upp hur nöjda klienterna är med tjänsten. Dessutom bedöms verksamhetens ändamålsenlighet, responsen på matens smak och tillräcklighet, genomförandet av egenkontrollen, antalet avvikelser och korrigerande åtgärder samt aktiviteten i kundsamarbetet. Man kan också komma överens om gemensamma kvalitetsgranskningar för bedömning av kvaliteten, varvid den överenskomna kvaliteten bedöms utifrån gemensamma kriterier.

Upphandlaren/den som köper tjänsten ska ha yrkeskunskap och kompetens för att leda måltidstjänsten och följa upp kvaliteten.Handledningen är lagstadgad, och därmed förpliktar den beställaren att ordna ändamålsenlig och professionell handledningsverksamhet och att utveckla den. I handledningen och uppföljningen ska beaktas de olika parternas inverkan på förverkligandet av lyckade måltidstjänster samt på de klienters almänna välbefinnande.

## Upphandling av livsmedel

Vid upphandling av livsmedel ska näringskvaliteten alltid beaktas som ett absolut minimikvalitetskrav. Näringskvalitetskraven omfattar de råvaror som beskrivs i denna rekommendation (se Verktyg Måltidsspecifika kvalitetskriterier för den mat som måltidstjänsten serverar, s. 148).

Genom matval kan man främja en hållbar utveckling. Vid anskaffning och upphandling av livsmedel är det viktigt att beakta livsmedlets näringsmässiga kvalitet och hållbarhet i helhet. Förutom klimatkonsekvenserna ska man i besluten också beakta övrig hållbarhet, såsom djurens välbefinnande och hälsa, goda odlings- och produktionsmetoder med tanke på miljön samt naturens mångfald. Ett produktions sätt som motsvarar inhemska produktionskrav är ett ansvarsfullt och tryggt val som också har positiva socioekonomiska konsekvenser för samhället.

Med tanke på klimatet och andra miljökonsekvenser anses vegetarisk mat vara till fördel. Förutom matens sammansättning och ursprung påverkas också miljökonsekvenserna av bland annat produktions- och odlingsmetoder, transportresor, förpackningsmaterial, matlagningssätt samt matsvinnet.

Produkter från växtriket utgör enligt näringsrekommendationerna grunden för kosten, vilket också är bra med tanke på miljön. Matens klimatpåverkan beaktas



när man i valet av födoämnen betonar riklig användning av grönsaker, frukt och bär samt fullkornsprodukter. Animaliska produkter såsom kött, köttprodukter och mjölkprodukter används måttligt i enlighet med kostrekommendationerna. Mjölkprodukter kompletteras av fisk, fjäderfä, rött kött och köttpålägg, ägg samt nötter, frön och baljväxter.

För de flesta äldre är mjölkprodukter bekanta födoämnen som är lätta att äta även i situationer när det är svårt att tugga eller svälja eller det finns problem med matsmältningen. De är också lätta att tillreda till proteinrika, välsmakande måltider och mellanmål.

Att minska matsvinnet är en mycket viktig del av hållbarheten. Därför är det viktigt att klienten får lämplig och god mat, varvid matsvinnet minskar avsevärt.

Matsvinnet är dock inte alltid det matsvinns om finns på tallriken. Problemet kan också bero på lagerhanteringen eller för stor matproduktion. Rätt kyltider, förvaringstemperaturer, förvaringsplatser och förvaringstider för produkterna samt bra förpackning av dem och datummärkningar främjar optimal omsättning för produkterna och minskar svinnet.

Enligt statsrådets principbeslut ska man vid livsmedelsupphandlingar eftersträva hög kvalitet och helhetsmässig ekonomisk hållbarhet. Detta uppnås genom att man i upphandlingarna kräver livsmedel som har producerats med beaktande av kriterierna för hållbar utveckling, livsmedelssäkerhet, miljövänliga odlingsmetoder, etiska produktionsätt samt djurens hälsa och välbefinnande. Statsrådets principbeslut förpliktar de statliga myndigheterna och även kommunerna bör följa detta. De önskade kriterierna för ansvarsfullhet kan fastställas som absoluta minimikvalitetskrav. Kommunerna/samkommunerna har uppmuntrats att beakta ansvarsfullhet och hållbar utveckling i kommunstrategin samt att dra upp riktlinjer för hur strategin syns i anskaffningen av måltidstjänster och livsmedel. Även måltidstjänster och social- och hälsovårdsväsendet kan vara initiativtagare för beaktande av dessa frågor i kommunen.

Jord- och skogsbruksministeriet har utarbetat en handbok för ansvarsfull livsmedelsupphandling. Där presenteras konkurrensutsättningskriterier som ökar ansvarsfullheten för olika produktgrupper i två steg, som kriterier på basnivå och föregångarnivå. Av dessa kan de som motsvarar kommunens upphandlingsstrategi och riktlinjer tas med i konkurrensutsättningen och som i övrigt stöder de uppställda kvalitets- och ansvarsmålen.

Målet för de offentliga måltidstjänsterna är att öka andelen närproducerad mat och ekologisk mat i livsmedelsförsörjningen. Med närproducerad mat avses lokal mat som främjar den lokala ekonomin, sysselsättningen och matkulturen i den egna regionen. Ekologisk produktion är en certifierad produktionsmetod enligt EU:s lagstiftning. Genom att allokera upphandlingarna till närproducerad eller åtminstone inhemsk mat förverkligas hållbarhetskriterier.





## Källor:

- EkoCentria. Lisää lähiruokaa julkisten keittiöiden asiakkaille -opas, 2017. [http://www.ekocentria.fi/resources/public/lahiruokaopas\\_ebook.pdf](http://www.ekocentria.fi/resources/public/lahiruokaopas_ebook.pdf)
- Nordic Nutrition recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. Sustainable food consumption – Environmental issues. Nordic Council of Ministers. Nord 2014:002, ss. 137–154.
- Motiva. Guide till ansvarsfull livsmedelsupphandling, 2017. [https://www.motiva.fi/files/13163/Guide\\_till\\_ansvarsfull\\_livsmedelsupphandling.pdf](https://www.motiva.fi/files/13163/Guide_till_ansvarsfull_livsmedelsupphandling.pdf)
- Statsrådets principbeslut om kriterierna för offentlig upphandling av livsmedels-och måltidstjänster (naturvänlig odlingssed, produktionsförhållanden som tar hänsyn till djurens välbefinnande och livsmedelssäkerheten), 2016. <https://valtioneuvosto.fi/delegate/file/16918>
- Statens näringsdelegation Mat ger hälsa – Finska näringsrekommendationer 2014. Hållbara matval på tallriken, s. 40 samt bilaga 9 s. 54–55. [https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/sv/naringsrekommendationer\\_2014\\_web.pdf](https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/sv/naringsrekommendationer_2014_web.pdf)
- Ansvarsfull matkedja [www.mmm.fi/ruoka](http://www.mmm.fi/ruoka)

## 13 Offentlig styrning och utvärdering av verksamheten

### 13.1 Nationell uppföljning och utvärdering

Den nationella uppföljningen av befolkningens och olika åldersgruppers kost hör till de statliga forskningsinstituten. Det finns få uppgifter om äldre personers matanvändning, tillgång till näringsämnen och näringsstatus och det saknas helt och hållet riksomfattande uppföljningsuppgifter om personer över 75 år. Nationella statistikuppgifter om äldre samlas in i Sotkanet<sup>17</sup> vid Institutet för hälsa och välfärd (THL). Dessutom skapas nationell övervaknings- och jämförelseinformation i RAI-systemet<sup>18</sup> för bedömning av servicebehovet. Informationen kan användas för att utveckla service och leda den med hjälp av information. Med TEAviisari<sup>19</sup>, som utvecklats av THL, samlar man in nationell information om bl.a. hur man har beaktat näringsfrågor för äldre i arbetet med att främja välfärd och hälsa på kommunnivå.

Det behövs också lokal uppföljningsinformation om ordnandet av och tillgången till måltidstjänster, vilket är särskilt viktigt när det gäller att ordna verksamhet på regional och kommunal nivå och integrera måltidstjänster som en flexibel del av servicen för äldre. Även trygghandet av en kontinuerlig kostbehandling för äldre förutsätter god kännedom om servicestrukturen och funktionerna.

Den pågående reformen av social- och hälsovårdstjänsterna torde medföra förändringar även i ordnandet av tjänster för äldre. I detta skede är det särskilt viktigt att man i de kommun- och regionstrategier, välfärdsberättelser och tjänstemenyer som ska utarbetas också antecknar mål som säkerställer en god näring och goda måltider för äldre och åtgärder som grundar sig på dessa samt indikatorer som betjänar uppföljningen, utvärderingen och effekterna av verksamheten. Tjänster som främjar god näring och måltider för äldre är starkt kombinerade tjänster, vilket gör det nödvändigt att samarbeta regionalt, mellan kommuner, organisationer och företag som producerar tjänster.

Statens näringsdelegation och Kommunförbundet har tillsammans publicerat stödmaterial för kommunerna, social- och hälsovårdstjänsterna samt regionala grupper och aktörer för främjande av välfärd och hälsa för främjande av god kost för invånare och klienter<sup>20</sup>. Stödmaterialen innehåller verktyg för självutvärdering för kommuner och social- och hälsovårdstjänster. Verktøygen innehåller också funktionella indikatorer för ordnandet av tjänster för äldre och tjänsternas kvalitet.

17 THL. Sotkanet. Statistik om finländarnas hälsa och välfärd. [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi) (Indikatorer/Åldrande: <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/haku?g=358>)

18 THL. Bedömning av servicebehovet med RAI-systemet. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

19 THL. TEAviisari. <https://teaviisari.fi/teaviisari/sv/>

20 Statens näringsdelegation. Ravitsemuksella hyvinvointia. [www.ruokavirasto.fi/ravitsemuksellahyvinvointia](http://www.ruokavirasto.fi/ravitsemuksellahyvinvointia)



## 13.2 Bedömning av servicebehovet och klienthandledning

Enligt äldreomsorgslagen och kvalitetsrekommendationen<sup>21</sup> (2017) ska beviljande av service till äldre personer grunda sig på en omfattande bedömning av servicebehovet, där man utreder den fysiska, psykiska och kognitiva funktionsförmågan samt andra faktorer relaterade till servicebehovet och hälsan. När klienten för första gången kontakter klienthandledningen för att få en bedömning av servicebehovet eller någon tjänst, kan man i detta sammanhang också utreda faktorer i anslutning till näringsstillståndet och kartlägga riskpopulationer, som med större sannolikhet har nytta av de interventioner som riktas till dem i tid, till exempel gällande kost och motion samt för att upprätthålla kognitionsförmågan. Samtidigt som en bedömning av servicebehovet görs kan uppföljningsinformation samlas in, om jämförbara bedömningsverktyg används. Äldreomsorgslagen (om vilken RP 4/2020 har getts) innehåller ett nationellt enhetligt system för bedömning av servicebehov. Förslaget är bedömningssystemet RAI (Resident Assessment Instrument).

Bedömningssystemet RAI används inom hemvården och heldygnsomsorgen och allt mer även i bedömningen av servicebehovet när man ansöker om tjänster (Bilagorna 4–6, s. 176–179). RAI är ett systematiskt sätt att bedöma och registrera alla uppgifter om klientens funktionsförmåga, servicebehov och hälsotillstånd på samma sätt. Av dessa basuppgifter framgår klienternas individuella behov, bl.a. sådant som rör kosten. Dessa kan följas upp genom regelbundna bedömningar.

I RAI är uppgifter som rör klienternas kost klientens viktindex (BMI), faktorer relaterade till ätande, munhälsa och näringssammansättning samt minnessymtom, förmåga att klara av vardagssysslor och skör hälsa samt terminalvård. För dem som bor hemma kartläggs också den hjälp som de närstående ger samt bristfälliga kökslokaler och behov av hjälp med att tillreda måltider. För hemvårdens klienter följer man också med utbudet av måltidstjänster. I alla servicetyper följer man med hjälp av bedömningarna upp hur tillräckliga klienternas måltider är, oavsiktlig viktminskning, viktindex (vikt och längd) samt indikatorer som beräknats utifrån bedömningarna, såsom viktindex under 24 och viktminskning, uttorkning, samt andelen personer med undervikt. Måltiderna är också i väsentlig grad förknippade med tuggproblem, vars indikator är smärta i munnen.

21 SHM och Kommunförbundet. 2017. Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra äldre och förbättra servicen 2017–2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>



### 13.3 Indikatorer för uppföljning av befolkningens näringstillstånd

RAI-systemet producerar information om näringstillståndet hos dem som omfattas av tjänster och beskriver därmed samtidigt tjänsternas kvalitet. Uppföljningsindikatorerna uppdateras med sex månaders mellanrum på nationell nivå, men tjänsteproducenterna har själva tillgång till aktuell information utifrån samma indikatorer. Samma indikatorer kan granskas på individ-, enhets-, tjänsteproducent- och anordnarnivå samt på nationell nivå, vilket underlättar identifieringen av nödvändiga åtgärder och uppföljningen av effekterna av de valda åtgärderna.

På befolkningsnivå kan man följa upp den äldre befolkningens hälsotillstånd och olika indikatorer, utifrån vilka man också kan söka indikatorer för näringstillståndet (Bilaga 5, s. 177). Regionalt kan man också söka specialproblem i det egna området. Regelbunden uppföljning avslöjar också utvecklingstrender.

#### Informationsinnehållet i de mätare som används för näringstillstånd

För att kartlägga äldre klienters näringssituation behövs också omfattande information om klientens hälsotillstånd och funktionsförmåga. I Finland används flera olika indikatorer som producerar information om kosten. I Tabell 11 (s. 141) beskrivs det datainnehåll som de olika bedömningsmätarna producerar. Utgångspunkten är att RAI-bedömningen (Bilaga 6, s. 178) kartlägger servicebehovet i mer omfattande och att MNA är inriktat på att identifiera faktorer relaterade till undernäring.



**Tabell 11.** Kostfrågor i RAI-bedömningar och MNA-mätare

	RAI-bedömning	MNA - kort	MNA - lång
Ålder	x	x	x
Kön	x	x	x
Kognition	x	x	x
Vardagsprestation	x		
Depression	x	x	x
Social funktionsförmåga	x		
Hälsotillstånd	x	x	x
Vård i livets slutskede	x		
Tillredning av måltider (hemvård)	x		
Förmåga att äta	x		x
Uttorkning	x		
Aptit (hemvård)	x	x	x
Kostvanor	x		
Längd och vikt (BMI)	x	x	x
Viktförändring	x	x	x
Munhälsa	x		
Trycksår eller andra sår	x		x
Antal dagliga måltider			x
Vätskeintag			x
Antal proteinportioner i kosten			x
Användning av grönsaker, frukt och bär			x
Egen syn på näringstillståndet			x
Egen syn på hälsotillståndet			x
Antropometriska mätningar av kroppen			

RAI = Resident Assessment Instrument

MNA = Mini Nutritional Assessment

## 13.4 Samarbete i genomförandet av god kost och uppföljning av kvaliteten enligt serviceavtalet

Utöver tydliga bedömningskriterier är det också bra att föra en gemensam diskussion om hur de uppfylls och hur indikatorinformationen delas mellan olika aktörer. När man utför bedömningar regelbundet och utnyttjar resultaten i samarbetet, kan man säkerställa att man hittar personer som löper risk för undernäring i tid och kan ingripa i situationen med konkreta åtgärder. I föregångarkommunerna har man vid ordnande av måltidstjänster för äldre ett nära förebyggande samarbete mellan olika aktörer, till exempel mellan producenten av måltidstjänsterna, vårdpersonalen och beställaren av tjänsterna. Goda erfarenheter har erhållits till exempel genom att den som transporterar måltider till hemmet observerar klientens tillstånd samtidigt som han eller hon levererar måltiden i klientens hem. Om transportören upptäcker något avvikande, meddelar han eller hon hemvården om detta, som kan kontrollera situationen genom hembesök. Det viktigaste med att ordna tjänster är att ombesörja klientens välbefinnande i vardagen varje dag.

Vid upphandling av omsorgstjänster ska även kraven på måltidstjänsternas innehåll beaktas. Innehållet i den tjänst som ska upphandlas bereds med hänsyn till användarens behov, tjänsteleverantörens möjligheter och principerna för kostbehandling. Den enhet som ansvarar för upphandlingen ska beakta de olika aktörernas synpunkter, vilka beaktas systematiskt i upphandlingen av tjänster. När tjänsterna konkurrensutsätts enligt enhetliga krav är det också enkelt och enhetligt att bedöma hur väl de lyckats. De olika tjänsteproducenterna arbetar då enligt enhetliga krav, och för utvärderingen av verksamheten kan man göra tydliga mätare som beskriver hur kraven uppfylls. Mätarna kan till exempel gälla kundnöjdhet, kvalitetsuppföljning, tallrikssvinnet och antalet avvikelser. Mätarna kan också användas för belöning av tjänsteproducenten, till exempel för kundnöjdhet som överskrider målet eller att tallrikssvinnet minskar.





### Mätbara kriterier för genomförande av måltidstjänster kan vara till exempel:

- ▶ måltidsklientens nöjdhet
- ▶ regelbunden bedömning och näringstillstånd
- ▶ regelbunden uppföljning av om energi- och näringsinnehållet i matsedeln uppfylls
- ▶ tallrikssvinnet
- ▶ nattfastans längd
- ▶ antal måltider per dag
- ▶ klienternas möjligheter att delta i utvecklingen av verksamheten
- ▶ ansvarsfullhet
- ▶ beaktande av matönskemål
- ▶ samarbetets kvalitet och aktivitet.

Förverkligandet av en god kost är ett samarbete mellan olika aktörer där man eftersträvar välbefinnande och hälsa hos de äldre. Välbefinnandet och dess utveckling kan mätas med hjälp av en gemensam mätare. I Tammerfors används till exempel en matris som mäter kommuninvånarnas näringsmässiga välbefinnande. Både måltidsproducenten och vårdproducenten deltar i produktionen av innehållet. Med hjälp av gemensamt överenskomna mätinstrument kan man utveckla tjänsterna och styra dem systematisk. I Tammerfors välfärdsmatris bedöms till exempel de äldres välbefinnande genom att man utreder kundnöjdheten, beaktandet av matönskemål, risken för undernäring samt om man vid behov får hjälp. Både omsorgs- och måltidstjänsterna samlar in uppgifter för matrisen. Resultaten rapporteras och deras utveckling följs upp.

### Egenkontroll av tjänster för äldre och myndighetstillsyn

Bestämmelser om tillsynen över socialvårdstjänster finns i socialvårdslagen, äldreomsorgslagen och lagen om privat socialservice. Egenkontroll är den primära tillsynsformen och omfattar egenkontroll för yrkesutbildade personer, egenkontroll för tjänsteproducenter och egenkontroll som hänför sig till organiseringsansvaret för de kommuner som ansvarar för ordnandet av tjänsterna. Målet med egenkontrollen är att verksamhetsenheterna systematiskt ska utvärdera och övervaka den egna verksamheten för att säkerställa klient- och patientsäkerheten samt tjänsternas kvalitet. Syftet med egenkontrollen är att förebygga missförhållanden och ingripa snabbt i dem.

Tillsynsmyndigheterna ska i första hand genomföra tillsynen över socialservicen genom att ge den handledning och rådgivning som behövs för att producera servicen, följa utvecklingen av verksamheten i samarbete med serviceproducenten samt främja och säkerställa egenkontrollen. Tillsynsmyndigheten ska dock ingripa så snabbt och effektivt som möjligt i verksamhetsenhetens verksamhet, om egenkontrollen inte fungerar.



Tillsynsmyndigheten har tillgång till ett brett urval av metoder från att fästa uppmärksamhet vid problem ända till att stänga verksamhetsenheten.

Både i egenkontrollen och i myndighetstillsynen kan man vid bedömningen av klienternas näringstillstånd använda ovan beskrivna indikatorer om kosten.

## 13.5 Uppföljning och övervakning av producenterna av måltidstjänster

Med egenkontroll av måltidstjänster avses i allmänhet egenkontroller av livsmedelslokaler som förutsätts i livsmedelslagstiftningen. I detta avsnitt avses med egenkontroll av måltidstjänster kontinuerlig självutvärdering och uppföljning av funktionerna samt åtgärder i anslutning till dem, såsom kvalitetsuppföljnings- och kvalitetsstyrningsbesök samt interna auditeringar.

Den som beställer tjänsterna följer och övervakar tjänsten aktivt utifrån gemensamma mätare och kan snabbt ingripa i missförhållanden. Av tjänsteproducenterna förutsätts egenkontroll av tjänsternas kvalitet samt regelbunden rapportering redan när serviceavtalet inleds. Den som beställer tjänsten kan också befullmäktiga anordnaren av tjänsten (serviceintegrator) att skaffa måltidstjänster och konkurrensutsätta dem. Då ansvarar anordnaren av tjänsten för upphandlingen och kvalitetsuppföljningen av måltidstjänsterna och rapporterar om helheten till beställaren.

Utöver egenkontrollen av tjänsteproducentens kvalitet följs verksamhetens kvalitet av beställaren eller en aktör som beställaren har befullmäktigat. Kvalitetsuppföljning med gemensamma kriterier kan också göras i samarbete mellan beställaren och producenten som en del av uppföljningen av avtalet.

Av tjänsteproducenten krävs anvisningar för den egna verksamheten och beskrivningar av verksamheten per verksamhetsenhet. Utöver den upphandlade tjänsten är det bra om verksamhetsenheterna har preciseringar i genomförandet av tjänsten, till exempel portionsstorlekstabell för måltider, tidtabell för transport av måltider, anvisningar för beställning av måltider och produkter samt doseringsanvisningar. Grundläggande faktorer som bör kontrolleras är matens temperatur och färskhet samt hygien i arbetet, redskapen och lokalerna. Varm mat ska genomgående värmas upp till över + 60 °C och den färdiga maten ska så snabbt som möjligt kylas ned till under + 6 °C om den ska hållas kall. Dessutom ska Livsmedelsverkets anvisningar om säker användning av livsmedel för känsliga konsumentgrupper, såsom äldre personer, följas<sup>22</sup>. Om man använder ett koncept med kall mat är även anvisningarna för sluttillredningen av maten ett viktigt komplement för att måltidstjänsten ska lyckas.

22 Livsmedelsverket. Allmänna anvisningar om hur livsmedel används på ett säkert sätt <https://www.ruokavirasto.fi/sv/privatkunder/information-om-livsmedel/anvisningarna-om-hur-livsmedel-anvands-pa-ett-sakert-satt/sakra-satt-att-anvanda-livsmedel/>



## Oivahymy-systemet

Oiva är ett nationellt livsmedelstillsynssystem som koordineras av Livsmedelsverket, där lokala livsmedelsövervakare gör inspektionsbesök på objektet och med hjälp av smileys bedömer livsmedelssäkerheten i kök och andra livsmedelsföretag, såsom livsmedelshygien och produkternas säkerhet. För att man ska få den bästa smileyn måste man följa livsmedelsslågstiftningen. En leende Oiva garanterar att enheten är välskött, om munnen är ett rakt streck eller mungiporna neddragna finns det något som måste korrigeras eller är dåligt. Resultaten av inspektionsbesöken publiceras också som Oiva-rapporter på internet. I Oiva bedöms inte kundservicens kvalitet eller nivån på annan service, varken matens smak eller näringskvaliteten. För bedömningen av kundservicen behövs ett eget responssystem. Måltidstjänsten kan dock foga uppföljningen av näringskvaliteten till den egenkontroll som förutsätts i livsmedelsslagen.

Oiva informerar konsumenterna om resultaten av tillsynen över livsmedelsföretagen. Inspektionsresultaten från företag inom livsmedelsbranschen publiceras med smileys på Oiva-webbplatsen allteftersom livsmedelstillsynsmyndigheterna utför inspektioner.

## Kundnöjdhet och kvalitet

Producenten av måltidstjänsten bedömer tjänstens kvalitet och kundnöjdheten regelbundet genom att fråga efter respons och ordna kundenkäter med jämna mellanrum. Utvecklingen av kundnöjdheten följs upp som en del av samarbetet och uppföljningen av avtalet. Äldre personer behöver ofta hjälp med att svara, och då är till exempel hemvårdspersonalens roll i registreringen av åsikter viktig. Resultaten av kundnöjdhetsmätningarna utnyttjas i utvecklingen av tjänsten, till exempel genom att öka utbudet av matalternativ. Det här ökar i sin tur aptiten och säkerställer att maten också äts upp.

- **Om måltiderna inte äts upp eller om tallrikssvinnet ökar kan det också vara ett tecken på att maten till sin struktur är olämplig för klienten eller inte smakar bra!**

Man följer upp matsedelns näringsmässiga kvalitet regelbundet upp genom att av tjänsteproducenten kräva näringsberäkningar som grundar sig på kostrekommendationerna och förutsätta att de också förverkligas i praktiken. Kvaliteten på de produkter som kan beställas ska överensstämma med rekommendationerna och man kan också kräva regelbunden rapportering av producenten av måltidstjänsterna gällande beställning av produkter. Till exempel antalet beställda frukter och grönsaker, rätt fettkvalitet samt mängden produkter som innehåller socker har en väsentlig inverkan på kvaliteten på den realiserade tjänsten och på hur hälsosam måltidstjänsten är.

Måltidsgästernas delaktighet kan förverkligas så att klienterna får delta i valet av nya maträtter på matsedeln samt ge respons på om favoriträtter finns på matsedeln



tillräckligt ofta. Man kan också ordna en enkät för de äldre, där man utreder önskemål om förnyelse av matsedeln. Man kan kräva att tjänsteproducenten regelbundet ordnar temadagar eller -veckor med favoritmat. Det kan också vara möjligt att regelbundet beställa favoritmat och/eller en favoritmatsedel, och man följer då upp hur ofta detta förverkligas.

Kvaliteten enligt serviceavtalet kan bedömas till exempel genom gemensamma kvalitetsgranskningar för tjänsteproducenten, beställaren och användarkunden. Kvaliteten bedöms i förhållande till tjänstens innehåll som finns antecknad i servicebeskrivningen. Antalet gemensamma utvärderingar avtalas som en del av samarbetet mellan tjänsteproducenten och beställaren av tjänsten. Resultaten av utvärderingen dokumenteras och man kommer tillsammans överens om utvecklingsåtgärder.

Om serviceavtalet innehåller förfaranden för uppföljning av kvalitetskriterier, uppföljnings- och rapporteringsprocesser samt eventuella sanktioner vid avvikelser ska man också se till att dessa genomförs i praktiken. Upprepade avvikelser ska leda till konkreta åtgärder för att korrigera tjänstens kvalitetsnivå. När tjänsteproducenten och beställaren regelbundet håller samarbetsmöten kan eventuella avvikelser åtgärdas snabbt och verksamheten återställs till avtalsenlig nivå.

Styrningen av flera tjänsteproducenter borde vara systematisk och ha samma innehåll. Vid introduktionen och styrningen av tjänsteproducenterna kan olika gemensamma digitala metoder användas, till exempel en internetbaserad arbetsplattform, där gemensamma anvisningar och verksamhetsrelaterade krav sparas. Målen ska vara enhetliga för alla producenter av måltidstjänster. I portalen kan man till exempel spara en servicebeskrivning för verksamheten, anvisningar för egenkontroll, hygienanvisningar, tabell över portionsstorleken eller portionsanvisningar.

## Källor:

Livsmedelsverket. Oiva-systemet. [www.oivahymy.fi/](http://www.oivahymy.fi/)

Institutet för hälsa och välfärd. Bedömning av servicebehovet med RAI-systemet. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Tammerfors stads matris för välbefinnande. <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/tietoa-tampereesta/tietonakoala/ravitsemuksen-hyvinvointimatriisi.html>





Verktogsblanketterna finns i pdf-format på webbplatsen för Statens näringsdelegation  
<https://www.ruokavirasto.fi/sv/teman/halsoframjande-kost/narings--och-matrekommendationer/aldre/>

# Måltidsspecifika näringskriterier för den kost som måltidstjänsterna serverar

## Minimikrav för näringskvalitet

(Mat ger hälsa – Finska näringsrekommendationer, 2014, version 5)

Minimikraven för måltidernas näringskvalitet grundar sig på de måltidsspecifika kriterierna för måltider som anges i kostrekommendationen på befolkningsnivå. Om endast ett måltidsalternativ erbjuds dagligen kan man godkänna att merparten (minst 80 %) av måltiderna följer rekommendationen. När flera måltider serveras (frukost, lunch, mellanmål, middag, kvällsmål) ska man vid planeringen av matsedeln beakta hela dagens måltider. Utöver de måltidsspecifika kriterierna rekommenderas också alla produkter som uppfyller kriterierna för Hjärtmärket som sådana som måltider, även om produktens näringsinnehåll inte motsvarar siffrorna i tabellerna nedan. Kriterierna för produkter med Hjärtmärket grundar sig på en jämförelse av ”Bättre val” för produkter inom samma produktgrupp.

**Tabell 1.** Huvudrätter

Typ av huvudrätt	Näringsinnehåll/100 g, högst		
	Fett g	Mättat fett, g	Salt g
Gröt som huvudrätt* I flingorna mm. fiber minst 6 g/100 g	3	1	0,5
Soppor*	3 (5)**	1 (1,5)	0,5***-0,7
Lådrätter, risotto, pastarätter, måltidssallader****, pizzor	5 (7)	2 (2)	0,6***-0,75
Såser som utgör huvudrätt (t.ex. kött- och kycklingsås)	9 (11)**	3,5 (3,5)	0,9
Rätter som säljs i viss portionsstorlek, med eller utan sås	8 (12)**	3 (3,5)	0,9

\* Om brödpålägg (t.ex. charkuteriprodukter eller ost) serveras till en sopp- eller grötmåltid, tillämpas kriterierna för Hjärtmärket.

\*\* Den mängd fett som anges inom parentes gäller fiskrätter.

\*\*\* Variationsbredden för saltmängden, där den nedre gränsen för saltmängden är målet på längre sikt.

\*\*\*\* I måltidssallader är andelen grönsaker minst 150 g/portion





**Tabell 2.** Potatis- eller spannmålstillbehör till huvudrätten

Tillbehör	Näringsinnehåll/100 g			
	Fett g	Mättat fett g	Salt g	Fiber (av torr- vikten) g
Pasta	_*	Högst 0,7	Högst 0,3	Minst 6
Korngryn, ris- och spannmåls- blandningar m.m	–	Högst 0,7	Högst 0,3	Minst 6
Fullkornsris	–	Högst 0,7	Högst 0,3	Minst 3
Kokt potatis	Inget tillsatt fett	–	Inget tillsatt salt	–
Annat tillbehör av potatis (t.ex. potatismos, klyftpotatis)	–	Högst 0,7	Högst 0,3**–0,5	–

\*(-) Inget kriterium för faktorn i fråga.

\*\* Variationsbredden för saltmängden, där den nedre gränsen för saltmängden är målet på längre sikt.

**Tabell 3.** Övriga måltidsdelar

Måltidsdel	Näringsinnehåll/100 g			
	Fett %	Hårt fett (mättat och transfett), %	Salt g	Fiber g
Bröd	–	–	Färskt bröd högst 0,7	Minst 6
			Knäckebröd högst 1,2	Minst 10
Vegetabiliskt bredbart fett	60 eller mer	Högst 30	Högst 1,0	–
Mjolk eller surmjolk	Högst 0,5	–	–	–
Grönsakstillskott - färska grönsaker	–	I marinaden högst 20	Inget tillsatt salt	–
Grönsakstillskott - kokta grönsaker	–	I marinaden högst 20 *	Högst 0,3	–
Salladsdressing eller olja i salladen	Gärna 25 eller mer	Högst 20  Högst 20	Högst 1,0	–

\* I tillredda grönsaker kan man som fett också använda alla fetter som uppfyller kriterierna för Hjärtmärket (t.ex. olja, bredbart vegetabiliskt fett eller flytande vegetabiliskt fett).

## Kvalitetskriterier för kost inom hemvården

Detta är en enkät om kostkvalitet avsedd för hemvårdsenheter inom social- och hälsovården. Den kostansvariga för närserviceområdet svarar på enkäten med stöd av kontaktpersonen för kost i hemvårdsområdet.

Den kostansvariga bokar en tid för teammöte för att behandla kvalitetskriterierna och kopierar enkäten till teammedlemmarna. I början av behandlingen bekantar sig var och en med enkäten och funderar över svaren ur den egna verksamhetens och de egna klienternas synvinkel. Därefter behandlar teamet tillsammans en fråga i taget och kommer överens om teamets gemensamma syn på saken. Resultaten från olika team dokumenteras separat.

Det är viktigt att frågorna besvaras på ett sanningsenligt sätt och att svaren samlas in noggrant. Med hjälp av enkäten kan vi följa upp hur kostbehandlingen genomförs.

Hemvårdsenhet  
Närserviceområde

---

1. Arbetstagarna i hemvårdsteamet har bekantat sig med Kotiateriaopas (Hemmåltidsguide) Näringssterapi/ Näringsguide för äldre personer

- ja  
 delvis  
 nej

2. Arbetstagarna i hemvårdsteamet har bekantat sig med materialet på intra Näringssterapi/Näringsguide för äldre personer (videor, anvisningar osv.)

- ja  
 delvis  
 nej

3. Anvisningarna i guiden för måltider hemma om förvaring och hantering av mat (7.1 Mathygien) följs

- ja  
 delvis  
 nej

4. Matens datum ("bäst före", "sista förbrukningsdag") kontrolleras och gamla matvaror kastas bort

- ja  
 delvis  
 nej

5. Vid hemvårdsbesöket kontrollerar man, att det i klientens (kyl)skåp finns matvaror: proteinkällor, mjölkprodukter, spannmålsprodukter samt färska grönsaker, frukt eller juice

- ja  
 delvis  
 nej

6. Hemvården hjälper klienten att beställa måltider/butiksinköp

- ja  
 delvis  
 nej

7. Hemvårdens klienter inom distansvården har erbjudits möjlighet att beställa butikskasse som distanstjänst

- ja  
 delvis  
 nej

8. Om något i frågan genomförs delvis eller inte alls, nämn frågans nummer/ numror och beskriv förklaringen eller orsaken här

---

---

---

9. Den hjälp som klienten behöver i måltids-situationer (t.ex. dukning, hjälpmedel för måltiden, uppvärmning av maten) har bedömts och antecknats i vårdplanen

- ja  
 delvis  
 nej



10. Klienten uppmuntras/assisteras för att gå till matbordet vid måltiderna  
 ja  
 delvis  
 nej
11. Man ser också till att klienten får mjölk/surmjölk och bröd till måltiden  
 ja  
 delvis  
 nej
12. Hemvårdspersonalen är vid behov klientens sällskap/stöd/hjälp vid måltiderna  
 ja  
 delvis  
 nej
13. Hemvårdens klienter inom distansvården har erbjudits möjlighet att delta i gemensamma måltider som distanstjänst  
 ja  
 delvis  
 nej
14. Man ser till att läkemedlen ges på korrekt sätt: läkemedel blandas inte i maten på tallriken vid måltiderna  
 ja  
 delvis  
 nej
15. Klienten använder D-vitaminskott  
 ja  
 delvis  
 nej
16. Om något i frågan genomförs delvis eller inte alls, nämn frågans nummer/ numror och beskriv förklaringen eller orsaken här
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
17. Klientens måltidsrytm och de måltider som har intagits under dagen samt en beskrivning av dem har antecknats i vårdplanen, t.ex. frukost (gröt), lunch (varm måltid), mellanmål (kaffe och kaffebröd), middag (mellanmålsliknande måltid), kvällsmål (bröd och mjölk)  
 ja  
 delvis  
 nej
18. Klientens matvanor och önskemål har antecknats i vårdplanen  
 ja  
 delvis  
 nej
19. Klientens behov av specialdiet bedöms regelbundet  
 ja  
 delvis  
 nej
20. Strukturen på klientens mat och motiveringar till specialkost har antecknats i vårdplanen  
 ja  
 delvis  
 nej
21. Födoämnesallergier hos klienter med allergi har antecknats i riskuppgifterna i klientdatasystemet  
 ja  
 delvis  
 nej
22. Observationer om klientens kost, måltider och matmängd antecknas dagligen  
 ja  
 delvis  
 nej
23. Klientens individuella munvård har antecknats i vårdplanen  
 ja  
 delvis  
 nej
24. Klientens individuella munvård i kostbehandlingen  
 ja  
 delvis  
 nej
25. Vårdarna inom hemvården har avlagt webbkursen om mun- och tandvård för äldre klienter. (På intranätet Anvisningar för hemvårdsverksamhet → webbkurser)  
 ja  
 delvis  
 nej



26. Man antecknar i klientens vårdplan om man observerar att klienten har en tendens till extra småätande eller riklig sockeranvändning mellan måltiderna

- ja  
 delvis  
 nej

27. För klienten rekommenderas vatten som törstsläckare och det erbjuds i samband med hemsvårdsbesöket

- ja  
 delvis  
 nej

28. För klienter som löper risk för undernäring samt klienter som äter dåligt rekommenderas mjölk eller surmjölk som törstsläckare

- ja  
 delvis  
 nej

29. Om något i frågan genomförs delvis eller inte alls, nämn frågans nummer/ numror och beskriv förklaringen eller orsaken här

---

---

---

30. Klienten vägs minst en gång i månaden och uppgiften antecknas i klientdatasystemet

- ja  
 delvis  
 nej

31. Klientens viktutveckling följs upp och man reagerar på viktförändringar

- ja  
 delvis  
 nej

32. För klienten görs MNA i samband med RAI-bedömningen och dessutom vid behov

- ja  
 delvis  
 nej

33. I klientens vårdplan har uppgifter om vikten och BMI samt uppgifter som fås utifrån MNA och RAI utnyttjats

- ja  
 delvis  
 nej

34. När klienten har **oavsiktlig viktminskning**, lågt BMI eller MNA-poäng under 17, har klienten börjat få kosten ”berikad” med vanliga födoämnen eller kliniska näringspreparat eller har effektiverad kost

- ja  
 delvis  
 nej

35. Under effektiviserad kostbehandling vägs klienten en gång i veckan eller oftare

- ja  
 delvis  
 nej

36. Man ordnar fler hemvårdsbesök för klienten för att trygga ett tillräckligt näringsintag

- ja  
 delvis  
 nej

37. Ett Motionsavtal har ingåtts med klienten och avtalet följs

- ja  
 delvis  
 nej

38. Om något i frågan genomförs delvis eller inte alls, nämn frågans nummer/ numror och beskriv förklaringen eller orsaken här

---

---

---

39. Till sist kan ni kommentera enkätens innehåll eller ge utvecklingsförslag

---

---

---

Helsingfors stad. Hemvården.

Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen har gett tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendationen för äldre personer.



**Beskrivning: Har ni svårigheter att klara av följande dagliga funktioner?  
Bedöm svårighetsgraden under den senaste veckan.**

**• Har du problem med att lyfta eller bära ett föremål som väger 5 kg?**

- Inte alls  0 poäng  
I viss mån  1 poäng  
Stora problem/Jag kan inte alls  2 poäng

**• Har du problem med att gå genom rummet?**

- Inte alls  0 poäng  
I viss mån  1 poäng  
Stora problem/Jag använder hjälpmedel/Jag kan inte alls  2 poäng

**• Har du problem med att resa dig upp ur sängen eller stolen?**

- Inte alls  0 poäng  
I viss mån  1 poäng  
Stora problem/Jag behöver hjälp  2 poäng

**• Har du problem med att gå 10 trappsteg uppåt?**

- Inte alls  0 poäng  
I viss mån  1 poäng  
Stora problem/Jag kan inte alls  2 poäng

**• Hur många gånger har du fallit under det senaste året?**

- Inte en enda gång  0 poäng  
Fallit 1–3 gånger  1 poäng  
Fallit 4 gånger eller mera  2 poäng

SARC-F totalpoäng: \_\_\_\_\_ / 10

*Över 4 har sarkopeni, 0 har inte sarkopeni*

Datum \_\_\_\_\_

## PATIENTENS BASUPPGIFTER

Patientens namn			Personbeteckning
Längd (cm)	Nuvarande vikt (kg)	<input type="checkbox"/> vägning <input type="checkbox"/> anmälan	Viktindex BMI (kg/m <sup>2</sup> )
			Vikt för (1-2) 3 månader sedan kg

## 1 UTVÄRDERING AV NÄRINGSTILLSTÅNDET

BMI	Viktminskning under de tre föregående månaderna	Mängden mat föregående vecka
<input type="checkbox"/> Över 20,5 = 0 p.	<input type="checkbox"/> Har inte magrat = 0 p.	<input type="checkbox"/> Har ätit normal mängd = 0 p.
	<input type="checkbox"/> 5-10 % = 1 p.	<input type="checkbox"/> Har ätit över hälften = 1 p.
<input type="checkbox"/> 18,5-20,5 = 2 p.	<input type="checkbox"/> 10-15 % (över 5 % / 2 kk) = 2 p.	<input type="checkbox"/> Har ätit cirka hälften eller mindre = 2 p.
<input type="checkbox"/> Under 18,5 = 3 p.	<input type="checkbox"/> Över 15 % (över 5 % / 1 kk) = 3 p.	<input type="checkbox"/> Har ätit väldigt lite = 3 p.
Ange här den högsta poängsumman för punkterna BMI, viktminskning eller matmängd (0-3).		

## 2 SJUKDOMENS SVÄRIGHETSGRAD MED TANKE PÅ NÄRINGSTILLSTÅNDET

	0 poäng	1 poäng	2 poäng	3 poäng	Poäng
<b>Svårighetsgrad</b>	<b>Normal situation</b>	<b>Lindrig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>trots nedsatt allmäntillstånd är patienten uppegående</li> <li>patient med kronisk sjukdom som har en akut komplikation</li> <li>kroniskt sår under 25 cm<sup>2</sup>, trycksår grad II</li> <li>dialysbehandling</li> <li>lokal cancer</li> <li>höftfraktur, lärbensfraktur</li> <li>kronisk lungsjukdom t.ex. KOL i en svår fas</li> <li>levercirros i stabil fas</li> <li>småkirurgi på kommande eller nyligen utförd</li> <li>Parkinsons sjukdom, MS, motoneuronsjukdom såsom ALS</li> <li>minnessjukdom</li> </ul>	<b>Måttlig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>sängpatient</li> <li>flera svåra kroniska sjukdomar, multitrauma</li> <li>försämringsperiod av kronisk sjukdom som kräver avdelningsvård</li> <li>omfattande operation nyligen eller planerat, upprepade operationer</li> <li>sväljstörning</li> <li>spridd cancer, hematologisk cancer</li> <li>svår inflammatorisk tarmsjukdom</li> <li>nyligen stroke</li> <li>svår infektion, svår lunginflammation</li> <li>brännskada 20-30 %</li> <li>trycksår grad III-IV, kroniskt sår över 25 cm<sup>2</sup></li> <li>patient som behöver andningsstödande behandling</li> <li>svår spasticitet och tvångsrörelser såsom svår Parkinsons sjukdom</li> </ul>	<b>Allvarlig</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>intensivvård</li> <li>mycket omfattande operation, kommer inom kort eller akut postoperativt tillstånd</li> <li>skada i huvudområdet</li> <li>stamcellstransplantation</li> </ul>	
Ange här det största poängantalet enligt situationen (0-3).					

## 3 OM ÅLDERN ÄR 70 ÅR ELLER ÖVER LÄGG TILL EN POÄNG

SCREENINGPOÄNG TOTALT (räkna ihop poängen från punkterna 1, 2 och 3).
---

## SCREENINGENS RESULTAT OCH ÅTGÄRDER I OLIKA RISKKLASSER

<input type="checkbox"/> <b>0 poäng: Ingen risk för undernäring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteckna screeningresultat.</li> <li>Gör en ny screening med en veckas mellanrum eller enligt överenskommelse.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>1-2 poäng: Liten risk för undernäring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteckna screeningresultat.</li> <li>Motivera patienten till god kost.</li> <li>Gör en ny screening med en veckas mellanrum eller enligt överenskommelse.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>3-4 poäng: Måttlig risk för undernäring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteckna screeningresultat.</li> <li>Gör en noggrannare bedömning av näringstillståndet och en plan för kostbehandling samt effektivtera och följ upp kostbehandlingen multiprofessionellt (läkare, sjukskötare, vid behov näringsterapeut).</li> <li>Gör en ny screening med en veckas mellanrum eller enligt överenskommelse.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>5-7 poäng: Allvarlig risk för undernäring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anteckna screeningresultat.</li> <li>Gör en noggrannare bedömning av näringstillståndet och en plan för kostbehandling samt effektivtera och följ upp kostbehandlingen multiprofessionellt (läkare, sjukskötare, alltid näringsterapeut).</li> <li>Gör en ny screening med en veckas mellanrum eller enligt överenskommelse.</li> </ul>

- 1 Jens Kondrup har den 25 februari 2010 godkänt den version av Tammerfors universitetssjukhus ursprungliga NRS-2002 för användning som NRS-2002-metod. FPA och THL. Nationella Kodtjänsten (<https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=2483&versionKey=2763>).





## Mini Nutritional Assessment MNA®



Efternamn:		Förnamn:		
Kön:	Ålder:	Vikt, kg:	Längd, cm:	Datum:

Fyll i poängsiffran i rutorna för bedömning (screening) och summera. Om poängen är 11 eller mindre fortsätt med del II för att få en gradering av näringsstillståndet.

Screening, del I	
<b>A</b>	<b>Har födointaget minskat under de senaste tre månaderna på grund av försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg- eller sväljproblem?</b> 0 = ja, minskat avsevärt 1 = ja, minskat något 2 = nej, ingen förändring
<b>B</b>	<b>Viktförlust under de senaste tre månaderna</b> 0 = ja, mer än 3kg 1 = vet ej 2 = ja, mellan 1 och 3kg 3 = nej, ingen viktförlust
<b>C</b>	<b>Rörlighet</b> 0 = är säng- eller rullstolsbunden 1 = kan ta sig ur säng/rullstol men går inte ut 2 = går ut med eller utan hjälpmedel
<b>D</b>	<b>Har varit psykiskt stressad eller haft akut sjukdom under de senaste tre månaderna?</b> 0 = ja 2 = nej
<b>E</b>	<b>Neuropsykologiska problem</b> 0 = svår demens eller depression 1 = lindrig demens 2 = inga neuropsykologiska problem
<b>F</b>	<b>Body Mass Index (BMI) = vikt i kg / (höjd i m)<sup>2</sup></b> 0 = BMI mindre än 19 1 = BMI 19 till mindre än 21 2 = BMI 21 till mindre än 23 3 = BMI 23 eller mer
<b>Screeningresultat (Subtotal max 14 poäng)</b>	
12-14 poäng:	Normal nutritionsstatus
8-11 poäng:	Risk för undernäring
0-7 poäng:	Näringsbrist
För en grundligare bedömning, fortsätt med frågorna G-R	
Screening, del II	
<b>G</b>	<b>Har eget boende? (ej särskilda boendeformer / sjukhus)</b> 1 = ja 0 = nej
<b>H</b>	<b>Intar mer än 3 ordinerade läkemedel dagligen?</b> 0 = ja 1 = nej
<b>I</b>	<b>Har trycksår eller annat hudsår?</b> 0 = ja 1 = nej

<b>J</b>	<b>Äter fullständiga huvudmål per dag?</b> 0 = 1 fullständigt huvudmål (mjölk / ost / yoghurt?) 1 = 2 fullständiga huvudmål 2 = 3 fullständiga huvudmål
<b>K</b>	<b>Äter eller dricker vanligtvis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>minst en mejeriprodukt dagligen (mjölk / ost / yoghurt?) ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></li> <li>minst två portioner baljväxter eller ägg per vecka ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></li> <li>fisk, fågel eller kött varje dag? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/></li> </ul> 0.0 = inget eller ett ja svar 0.5 = två ja svar 1.0 = tre ja svar
<b>L</b>	<b>Äter minst två frukter eller två portioner med grönsaker dagligen?</b> 0 = nej 1 = ja
<b>M</b>	<b>Dricker dagligen (vatten / juice / kaffe / te / mjölk / öl)?</b> 0.0 = mindre än 3 glas / muggar 0.5 = 3 till 5 glas / muggar 1.0 = mer än 5 glas / muggar
<b>N</b>	<b>Kan äta själv eller behöver hjälp vid måltiden?</b> 0 = behöver mycket hjälp vid måltiden 1 = äter själv men med svårighet 2 = äter själv utan problem
<b>O</b>	<b>Bedömer själv sitt näringsstillstånd som</b> 0 = svårt undernärd / felnärdd 1 = är osäker om sitt näringsstillstånd / vet ej 2 = har inga näringsproblem
<b>P</b>	<b>I jämförelse med andra i samma ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som?</b> 0.0 = inte så bra som andras 0.5 = vet ej 1.0 = lika bra som andras 2.0 = bättre än andras
<b>Q</b>	<b>Överarmens omkrets i cm (Mid Arm Circumference, MAC)</b> 0.0 = MAC mindre än 21 cm 0.5 = MAC 21-22 cm 1.0 = MAC mer än 22 cm
<b>R</b>	<b>Vadens omkrets i cm (Calf Circumference, CC)</b> 0 = CC mindre än 31 cm 1 = CC 31cm eller mer

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001 ; 56A : M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.  
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.  
 Mer information finns på : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Screening, del II (max. 16 poäng)

Screening, del I

Total bedömning, del I + del II (max. 30 poäng)

MNA resultat	
24-30 poäng	<input type="checkbox"/> normal nutritionsstatus
17-23.5 poäng	<input type="checkbox"/> risk för undernäring
Mindre än 17 poäng	<input type="checkbox"/> näringsbrist



## MNA-test inom heldygnsomsorg – resultat och anvisningar

Jämför resultatet med föregående bedömning, observera eventuella förändringar, utred orsakerna och reagera på dem

24–30 poäng: normalt närings- tillstånd	17–23,5 poäng: ökad risk för undernäring	Under 17 poäng: felaktig kost eller undernäring
<p>Anteckna vikt, längd och MNA-resultat.</p> <p>Viktuppföljning 1 gång/månad.</p> <p>MNA som en del av RAI-bedömningen och vid behov om situationen förändras.</p> <p>Observera klientens måltider och ge råd om val som främjar funktionsförmågan.</p> <p>Stöd upprätthållandet av ett gott näringsstillstånd.</p>	<p>Anteckna vikt, längd och MNA-resultat.</p> <p>Kartlägg riskfaktorerna för undernäring och metoder för att påverka dem.</p> <p>Inkludera i vårdplanen metoder, för att i praktiken förebygga undernäring.</p> <p><u>Om vikten minskar ofrivilligt och aptiten är dålig</u>, beställ effektiverad kost TEHO. Kompletterande näringspreparat är ett alternativ, om användningen är ekonomiskt möjlig.</p> <p><u>Om vikten minskar ofrivilligt och aptiten är god</u>, erbjud mer baskost, önskekost och fettillskott. Tillgodose individuella val åtminstone vid mellanmålen.</p> <p><u>Om vikten inte minskar ofrivilligt</u>, säkerställ en mångsidig kost och tillräckligt proteinintag. Använd den av husets kostmodeller som lämpar sig för klienten. Bedöm också det individuella proteinbehovet och kom överens om metoder för att uppfylla det.</p> <p>Följ näringsstillståndet och effekterna av de överenskomna åtgärderna. Gör ändringar vid behov.</p> <p>Viktuppföljning 1 gång/månad.</p> <p>MNA som en del av RAI-bedömningen eller om situationen förändras.</p>	<p>Anteckna vikt, längd och MNA-resultat.</p> <p>Gör en helhetsbedömning av situationen och utred centrala faktorer som påverkar näringsstillståndet (t.ex. sjukdomar, olämplig kost, läkemedel). Utnyttja RAI- eller MNA-uppgifter.</p> <p>Inkludera i vårdplanen metoder, för att i praktiken behandla undernäringen.</p> <p>Ge råd om och uppmuntra till att äta ofta, välja energirik mat och drycker, använda fettillskott och kompletterande näringspreparat.</p> <p>Kontrollera också proteinintaget.</p> <p>Följ näringsstillståndet och effekterna av de överenskomna åtgärderna. Gör ändringar vid behov.</p> <p>Viktuppföljning 1 gång/vecka.</p> <p>MNA med 3 månaders mellanrum eller om situationen förändras.</p> <p>Konsultera näringssterapeuten, läkaren och vid behov andra samarbetsaktörer.</p>

### Anteckna alltid i vårduppgifterna kostbehandlingen

1. Mål
2. Konkreta metoder för att uppnå målen
3. Utvärdering och uppföljning av hur målen uppnås

### OBS!

Effektivera kostbehandlingen i *en månads* tid för klienter med risk för undernäring. Om näringsstillståndet inte förbättras tydligt under denna tid, konsultera näringssterapeuten.

**Helsinki  
Helsingfors**

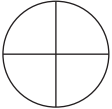
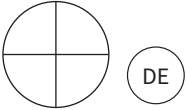
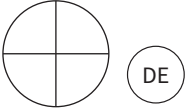
Helsingfors stad. Hemvården.

Tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendation för äldre personer<sup>1</sup> har erhållits av Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen. Blanketterna för verktygen fås i PDF-format på Statens näringsdelegations webbplats.

1 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-515-5>



# Kostuppföljning

<b>KOSTUPPFÖLJNING</b>		Anteckna mängden mat och dryck som patienten äter vid måltiden för varje dag. DE = Dessert Under punkten Ändra ges mer information om innehållet i patientens måltid. Vätskelistans uppgifter antecknas i tabellen Annan vätska.
Patientens namn _____		
Beställd kost _____		
Beställd portionsstorlek (S-XL): _____ Datum _____		<b>Annan vätska (ml)</b>
<b>FRUKOST</b>  Kryssa för de delar av måltiden som patienten har ätit upp	mjölk/surmjölk: _____ dl bröd: _____ antal skivor fett: JA/NEJ ost + pålägg: _____ antal skivor annat: _____ kompletterande näringsdryck (ml): _____	
<b>LUNCH</b>  Kryssa för de delar av måltiden som patienten har ätit upp	mjölk/surmjölk: _____ dl bröd: _____ antal skivor fett: JA/NEJ ost + pålägg: _____ antal skivor annat: _____ kompletterande näringsdryck (ml): _____	
<b>MELLANMÅL</b>	kaffe/te: _____ dl kaffebröd: JA/NEJ annat: _____ kompletterande näringsdryck (ml): _____	
<b>MIDDAG</b>  Kryssa för de delar av måltiden som patienten har ätit upp	mjölk/surmjölk: _____ dl bröd: _____ antal skivor fett: JA/NEJ ost + pålägg: _____ antal skivor annat: _____ kompletterande näringsdryck (ml): _____	
<b>KVÄLLSMÅL</b>	mjölk/surmjölk: _____ dl yoghurt/fil/kvarg: _____ dl bröd: _____ antal skivor fett: JA/NEJ ost + pålägg: _____ antal skivor annat: _____ kompletterande näringsdryck (ml): _____	

Bearbetad enl. Kuopio universitetssjukhus anvisningar.



# Kvalitetskriterier för näring inom heldygnsomsorg

Det här är en enkät om kvalitetskriterier för kosten avsedd för heldygnsomsorg inom sjukhus, rehabiliterings- och omsorgstjänster.

Besvarande av enkäten och insamling av uppgifter:

Enkätblanketten skrivs ut på papper så att arbetstagarna kan bekanta sig med den. Egenvårdarna funderar över svaren gällande sina egna klienter. Vid avdelningens/grupphemmetens gemensamma evenemang behandlas frågorna och avdelningens gemensamma svar. Det är viktigt att svaren samlas in noggrant och sanningsenligt.

Med hjälp av en enkät som genomförs regelbundet kan man följa kostbehandlings utveckling i allmänhet och per resultatenheter. Svaren används på avdelningen och i det lokala kostsamarbetsnätverket för uppföljning och utveckling av kostbehandlingen.

1. Svararens namn och arbetsuppgift \_\_\_\_\_

2. SEKTOR/ENHET

( ) färdiga alternativ

3. AVDELNING \_\_\_\_\_

4. Vid enheten ordnas matupplevelser (fester, specialfrukost, pizzadagar osv.)

( ) ja

( ) nej

5. På vårdenheten gräddas bröd, bakverk osv.

( ) ja

( ) nej

6. Det finns möjlighet till flexibla måltider enligt klienternas behov

( ) ja

( ) nej

7. Det finns tillräckligt med matbord – klienterna och vårdarna ryms vid samma bord

( ) ja

( ) nej

8. Matsalen är fredad under måltiderna

( ) ja

( ) nej

9. Borden är vackert dukade med servetter, dukar och blommor

( ) ja

( ) nej

10. Enhetens personal är klienternas sällskap/stöd/hjälp vid måltiderna

( ) ja

( ) nej

11. Personalen ordnar *gemensamma måltider* genom att äta vid samma bord som klienterna

( ) ja

( ) nej

12. De bestick som klienterna har till sitt förfogande främjar egen aktivitet och måltider enligt de egna resurserna

( ) ja

( ) nej

13. Om något av det ovan nämnda förverkligas dåligt eller inte alls, ge här en eventuell förklaring eller orsak

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Hur stor andel av klienterna har ätit på en gemensam restaurang utanför avdelningen under den senaste månaden

( ) 76–100 %

( ) 51–75 %

( ) 26–50 %

( ) 1–25 %

( ) 0 %

15. Hur stor andel av klienterna äter tillsammans med andra dagligen

( ) 76–100 %

( ) 51–75 %

( ) 26–50 %

( ) 1–25 %

( ) 0 %



16. Hur stor andel av klienterna äter FRUKOST sittandes i rullstol, i geriatrisk stol osv.

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

17. Hur stor andel av klienterna äter MIDDAG sittandes i rullstol, i geriatrisk stol osv.

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

18. Hur stor andel av klienterna äter KVÄLLSMÅL sittandes i rullstol, i geriatrisk stol osv.

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

19. Andel klienter som äter följande av dagens måltider enligt rekommendationen:

- frukost före kl. 10
  - lunch kl. 11–13
  - middag kl. 16.30–18
- 76–100 %
  - 51–75 %
  - 26–50 %
  - 1–25 %
  - 0 %

20. Andel klienter som dricker eftermiddagskaffe kl. 14–15

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

21. Andel klienter som äter kvälls-, nattmål och frukost så att nattfastan är under 11 timmar

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

22. Andel klienter som dagligen väljer bröd och måltidsdryck själva

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

23. Andel klienter som deltar i valet av mellan- och kvällsmål

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

24. För hur stor andel av klienterna motsvarar innehållet i kvällsmålet något av alternativen i klientkostguiden (Baskost s.23)?

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

25. För en stor del av invånarna ges läkemedlen separat från måltiderna

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

26. Hur stor andel av invånarna får D-vitamin-tillskott enligt rekommendationen

- klienter som är 75 år och äldre får 20 µg/dygn året om
  - klienter som är under 75 år får 10 µg/dygn vid behov (se klientkostguiden s. 9)
- 76–100 %
  - 51–75 %
  - 26–50 %
  - 1–25 %
  - 0 %

27. Behovet av specialdiet bedöms när vårdplanen uppdateras hos

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %



28. Hur stor andel av klienterna har vägts vid ankomsten och varje månad

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

29. Vikt- och BMI-utvecklingen följs **så, att man kan reagera på viktförändringar i tid hos**

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

30. RAI- och MNA-uppgifter som beskriver näringsintaget och näringstillståndet har utnyttjats i vårdplanen hos

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

31. I vårdplanen har RAI-uppgifter som beskriver munhälsan utnyttjats hos

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

32. Allvarlig födoämnesallergier har antecknats i riskuppgifterna för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

33. Matvanor och -önskemål har antecknats i vårdplanen för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

34. Kosten och dess struktur har antecknats i vårdplanen för (till exempel Bas, Effektiverad, Mjuk)

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

35. Anmärkningar om måltider och matmängder har antecknats i de dagliga anteckningarna för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

36. Individuell mun- och tandvård har antecknats i vårdplanen för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

37. Till klienter med torr mun har man penslat munnens slemhinnor med matolja före måltiden för att underlätta sväljningen hos

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

38. Individuell kostbehandling har antecknats i vårdplanen för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

39. Kostbehandlingens effekter har bedömts i utvärderingen av vårdarbetet för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

40. Ändringar i kostbehandlingen har gjorts under vården utifrån utvärderingen för

- 76–100 %
- 51–75 %
- 26–50 %
- 1–25 %
- 0 %

41. Om något av det ovan nämnda förverkligas dåligt eller inte alls, ge här en eventuell förklaring eller orsak

---

---

---



42. Större portioner beställs om klienten äter bra men vikten ändå sjunker

- ja  
 nej

43. Favoriträtter samt energi- och proteinrika extra mellanmål serveras till klienter med näringsbrist och/eller när vikten sjunker oavsiktligt

- ja  
 nej

44. Effektiverad (Effektiverad kost) väljs inom två veckor, om vikten minskar trots övriga åtgärder

- ja  
 nej

45. Effekten av effektiverad kost följs upp med vägning varje vecka

- ja  
 nej

46. Nattmål erbjuds aktivt till klienter som vaknar på natten, om de är undernärda eller när vikten minskar ofrivilligt

- ja  
 nej

47. Sena kvällsmål, nattmål och tidig frukost har antecknats i vårdplanen för klienter med undernäring eller risk för undernäring

- ja  
 nej

48. Alla klienter som lider av förstoppning får födoämnen som minskar symtomen

- ja  
 nej

49. Personal som deltar i vården använder klientkostguiden efter introduktionen

- ja  
 nej

50. Anvisningarna för egenkontroll följs (klientkostguide s. 11–12)

- ja  
 nej

51. Man beställer tillräckliga mängder mat med tanke på klienter som behöver mycket energi

- ja  
 nej

52. Förmedlingsprodukter beställs enligt klienternas behov

- ja  
 nej

53. Om något av det ovan nämnda förverkligas dåligt eller inte alls, ge här en eventuell förklaring eller orsak

---

---

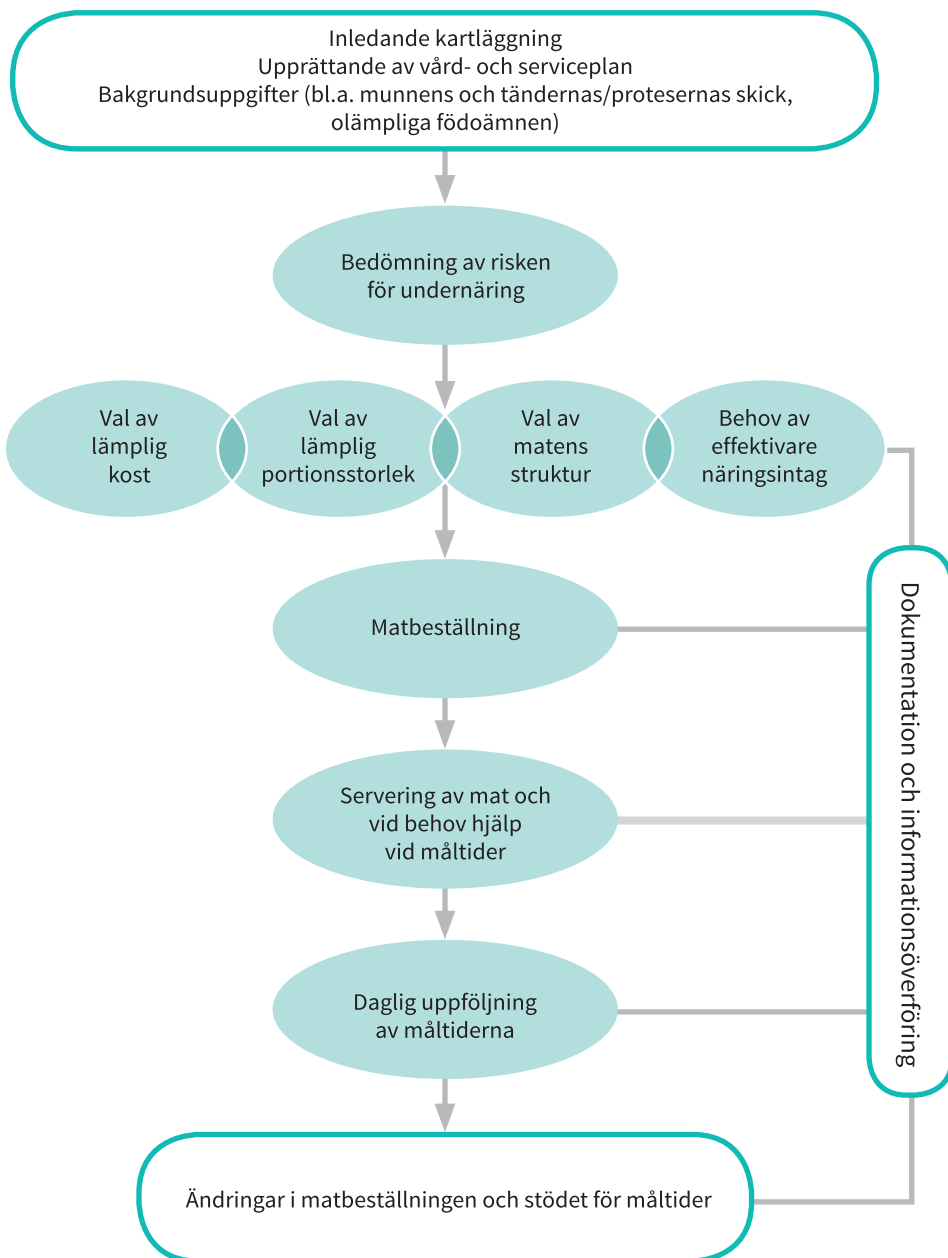
---

Helsingfors stad. Haldygnssomsorg.

Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen har gett tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendationen för äldre personer.



## Val av mat och beställning



Bearbetad enl. Kuopio universitetssjukhus anvisningar.



# Bedömning av munhälsan



Helsingfors stad  
Social- och hälsovårdsväsendet

## BEDÖMNING AV MUNHÄLSAN

Klientens uppgifter	Namn	Personbeteckning	
	Institution/avdelning		
	Tänder och proteser (kryssa för ett alternativ)		
	<input type="checkbox"/> Egna tänder	<input type="checkbox"/> Egna tänder och protes	<input type="checkbox"/> Utan tänder
Tillbehör för munvård			

Bedömningsdatum och bedömare						
Läppar						
Munnens slemhinnor, tandkött						
Tunga						
Tänder						
Proteser						
Saliv						
Tidpunkt för följande bedömning						

	Beskrivning av symtom och gradskala		
	1	2	3
	Inga åtgärder, bra daglig munvård	Behöver effektiverad munvård eller kontakt till tandkliniken	Kontakta tandkliniken
Läppar	släta, ljusröda, fuktiga	torra, nariga, sår i mungiporna	såriga, blödande
Munnens slemhinnor, tandkött ta bort löstagbara proteser	ljusröda, fuktiga, fast tandkött	rodnande, torra eller fläckiga, beläggning som lossnar, blödande tandkött	skador eller förändringar i slemhinnorna, sår
Tunga	ljusröd, fuktig, knottor	slät, röd, torr, beläggning	skador (blödande eller utan blödning), sår
Tänder	rena, inga synliga beläggningar (plack) och inga matrester	lokal beläggning (plack), trasiga tänder	allmän beläggning (plack + tandsten), trasiga tänder
Proteser	rena och fungerande (bra passform)	beläggningar och matrester, fungerar dåligt	trasiga, används inte
Saliv	ett handskbeklätt finger glider lätt längs kindens slemhinna	glider trögt	glider inte alls

Med tillstånd från University of Nebraska Medical Center samt Oncology Nursing Forum; översatt och modifierat Pia Andersson Högskolan Kristianstad, 1994, rev sept 2000. Helsingfors stad. Mun- och tandvård.  
Tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendation för äldre personer har erhållits av Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen.

Tehh-046 7.9.2015

Helsingfors stad. Mun- och tandvård.

Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen har gett tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendationen för äldre personer.



## Bedömning av sväljning

Utvecklingsprojektet vid Helsingfors hälsovårdscentral: (27.9.06)  
Praxis för bedömning och vård av sväljning vid akutsjukhus  
(Haapala, Heikkinen, Leivo & Passinen)

### KARTLÄGGNING AV SVÄLJNING HOS PATIENT MED CIRKULATIONSSTÖRNING I HJÄRNAN

Patient \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_

Undersökare \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Diagnos \_\_\_\_\_

#### Anamnes

Tänder  Egna  Bra  Dåliga  Inga tänder

Protes  Ja  Nej

Hemipares  Ja  Nej

Pares sida  Höger  Vänster  Båda

Pares grad  Lindrig  Måttlig  Svår

Ansiktsförlamning  Ja  Nej

Salivläckage  Ja  Nej

Trakeostomi  Ja  Nej

Högt CRP  Ja  Nej

Pneumoni  Ja  Nej

Hostar patienten

effektivt  Ja  Nej

Vikt, längd och BMI

Vid ankomst till avdelningen \_\_\_\_\_

Efter 1 vecka \_\_\_\_\_

Efter 2 veckor \_\_\_\_\_

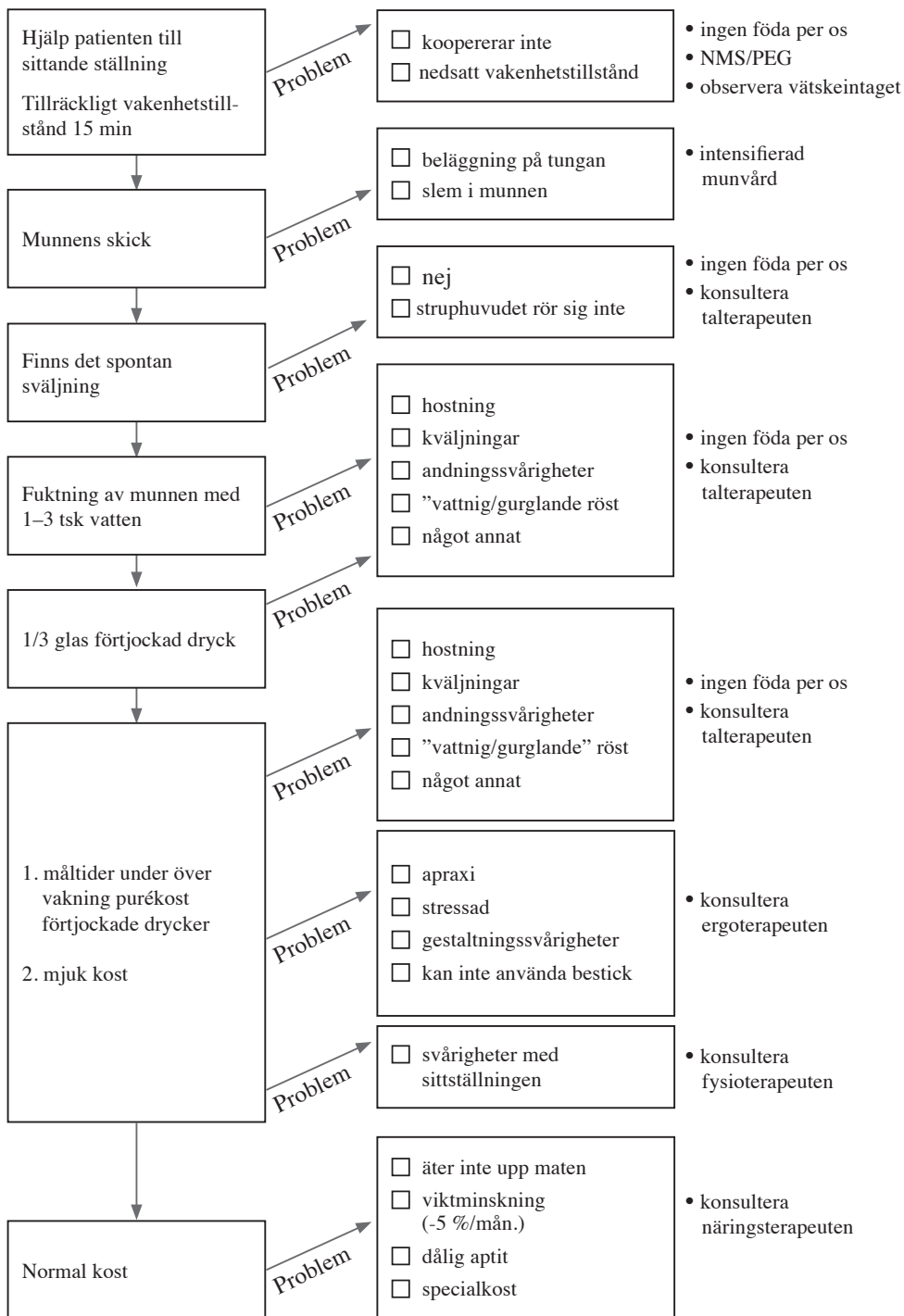
Efter 3 veckor \_\_\_\_\_

#### VIKTUPPFÖLJNING VARJE VECKA

Om vikten sjunker med 5 %/mån,  
konsultera näringsterapeuten

Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen har gett tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendationen för äldre personer.

## Bedömning av sväljning



Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsen har gett tillstånd till att blanketten bifogas som en del av Kostrekommendationen för äldre personer.

## Matlust

1. Hur skulle Ni beskriva Er matlust?				
1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng
• Mycket dålig	• Dålig	• Måttlig	• Bra	• Mycket bra
2. När jag äter,...				
1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng
• blir jag mätt efter några minuter	• blir jag mätt när jag har ätit en tredjedel (1/3) av måltiden	• blir jag mätt när jag har ätit hälften (1/2) av måltiden	• blir jag mätt när jag har ätit nästan hela måltiden	• jag känner mig nästan aldrig mätt
3. Ni tycker att maten smakar...				
1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng
• Mycket illa	• Illa	• Inte bra och inte illa	• Bra	• Mycket bra

4. Hur ofta äter Ni (måltid + mellanmål)?		
1 poäng	•	Mer sällan än 1 gång per dag
2 poäng	•	1 gång per dag
3 poäng	•	2 gånger per dag
4 poäng	•	3 gånger per dag
5 poäng	•	4 gånger eller oftare per dag

Poäng under 14, dålig aptit och betydande risk för att vikten minskar  $\geq 5$  procent under de följande 6 månaderna.



## Gympan skeden till munnen

Gympan skeden till munnen kan användas i vården av personer med minnessjukdom. Målet med gympan är att:

- motivera till att äta
- höja stämningen och skapa gemenskap
- väcka och aktivera
- orientera till tiden
- öka ledernas rörlighet
- förbättra blodcirkulationen
- förbättra gestaltningen
- förbättra ögon-handkoordinationen
- förbättra motoriken i munnen och händerna
- aktivera hjärnan

Exempel på hur man leder gympan skeden till munnen

- Inta god hållning och lägg händerna på bordet.
- Titta en stund på de egna händerna, naglarna och handflatorna. Fundera på hur gamla händerna är och vad allt de har utträttat. Massera händerna med desinfektionsmedel.
- Prata om att handhygien är viktig vid måltiderna.
- Knyt händerna kraftigt och öppna dem sedan. Låt talet ange rytmen för rörelserna.
- Gör uppgiften svårare: Knyt ena handen och håll den andra öppen. Träna.
- Fundera på vilken veckodag det är. Räkna upp veckodagarna två gånger och knyt samtidigt den ena handen och öppna den andra.
- Fortsätt att upprepa rörelsen, men läs upp veckodagarna baklänges två gånger.
- Lägg handflatorna turvis nedåt och uppåt. Låt talet ange rytmen för rörelserna.
- Gör uppgiften svårare: ena handflatan neråt den andra uppåt. Träna.
- Fundera på vilken månad det är. Räkna upp månaderna och vänd samtidigt handflatorna: den ena vänder sig uppåt och den andra neråt.
- Fortsätt att upprepa rörelsen, men läs upp månaderna baklänges två gånger.
- Mjuka upp fingrarna. Bred ut fingrarna och för ihop dem. Ta med talljud.
- För tummen mot samma hands fingrar i tur och ordning och säg med en stämma vilket finger som är in tur. En förenklad version är att föra tummen endast mot pekfingeret och långfingeret.
- Sjung tillsammans någon känd sång, till exempel *Och flickan hon går i dansen*. Böj och sträck på armarna. Boxa framåt och räta ut fingrarna under andra versen. För pekfingerarna turvis till hakan under tredje versen. Pumpa med handlederna under fjärde versen.
- Lär ut en ramsa *Magsäcken är tom/munnen vill ha mat*. Läs ramsan tillsammans några gånger och höj rösterna vartefter.
- Berätta vilken mat som serveras och säg Låt maten smaka.



# BILAGOR





## Bilaga 1 Energi- och proteintabell för maträtter

MATRÄTTER	Mängd	Energi kcal	Protein g	Mängd	Energi kcal	Protein g
<b>GRÖT OCH VÄLLING</b>						
gröt (kokad på vatten)	1/2 tallrik (1 dl)	52	2,0	1 tallrik (2 dl)	104	4,0
gröt (kokad på mjölk)	1/2 tallrik (1 dl)	100	5,2	1 tallrik (2 dl)	200	10,4
välling (på mjölk)	1/2 tallrik (1 dl)	62	3,7	1 tallrik (2 dl)	124	7,4
risgrynsgröt (på mjölk)	1/2 tallrik (1 dl)	83	3,3	1 tallrik (2 dl)	165	6,6
vispgröt	1 dl (100 g)	65	1,2	1,5 dl (150 g)	100	1,8
tillsatt olja i gröten	1 tsk (4,5 g)	40	0	1 msk (13,5 g)	120	0
<b>BRÖD OCH PÅLÄGG</b>						
rågbröd	1/2 skiva (15 g)	38	1,4	1 skiva (30 g)	76	2,8
bland- och jästbröd	1/2 skiva (10 g)	25	0,8	1 skiva (20 g)	50	1,6
karelsk pirog	1 liten (35 g)	83	2,2	1 st. (60 g)	142	3,7
smör	1 tsk (5 g)	36	0	1 knapp (10 g)	73	0
vegetabiliskt bredbart fett (40 %)	1 tsk (5 g)	18	0	1 knapp (10 g)	37	0
vegetabiliskt bredbart fett (60 %)	1 tsk (5 g)	27	0	1 knapp (10 g)	53	0
vegetabiliskt bredbart fett (80 %)	1 tsk (5 g)	36	0	1 knapp (10 g)	72	0
ost (15–18 %)	1 skiva (10 g)	23	2,3	2 skiva (20 g)	46	4,5
ost (25–35 %)	1 skiva (10 g)	36	2,8	2 skiva (20 g)	73	5,6
smältost (20–24 %)	1 skiva (20 g)	60	3,7	2 skiva (40 g)	120	7,4
påläggskorv	1 skiva (15 g)	30	2	2 skiva (30 g)	60	4
skinkpålägg	1 skiva (15 g)	20	3,4	2 skiva (30 g)	40	6,8
leverkorv	1 skiva (15 g)	33	1,7	2 skiva (30 g)	65	3,4
ägg	1 skiva (8 g)	12	1	helt (55 g)	80	6,9



MATRÄTTER	Mängd	Energi kcal	Protein g	Mängd	Energi kcal	Protein g
<b>YOGHURT, FIL, SAFTSOPPA OCH KVARG</b>						
yoghurt (fettfri)	1 dl (100 g)	71	2,8	1,5 dl (150 g)	107	4,2
yoghurt (2 % fett)	1 dl (100 g)	86	3,6	1,5 dl (150 g)	129	5,4
fil (1 %)	1 dl (100 g)	40	3,3	2 dl (200 g)	80	6,6
fil (2 %)	1 dl (100 g)	50	2,9	2 dl (200 g)	100	5,8
kräm/saftsoppa	1 dl (100 g)	50	0,2	1,5 dl (150 g)	75	0,3
mellanmålskvarv	1 dl (100 g)	117	6,7	1,5 dl (150 g)	176	10,1
<b>DRYCKER</b>						
mjölk/surmjölk, fettfri	1 dl	34	3,3	1 glas (1,5 dl)	51	5
mjölk (1 %)	1 dl	40	3,3	1 glas (1,5 dl)	60	5
mjölk, lätt (1,5 %)	1 dl	46	3,2	1 glas (1,5 dl)	69	4,8
mjölk, hel (3,5 %)	1 dl	63	3,2	1 glas (1,5 dl)	95	4,8
surmjölk (2,5 %)	1 dl	51	3,2	1 glas (1,5 dl)	77	4,8
juice	1 dl	45	0,2	1 glas (1,5 dl)	68	0,3
blandsaft	1 dl	57	0	1 glas (1,5 dl)	86	0
kaffe eller te	en kaffekopp (1,1 dl)	0	0,3/0	1 mugg (1,7 dl)	0	0,5 / 0
en sockerbit	1 st. (3 g)	12	0	2 st. (6 g)	24	0
socker (strö)	1 tsk (4 g)	16	0	1 msk (12 g)	50	0
grädde i kaffet (19 %)	2 tsk (10 ml)	20	0,2	1 msk (15 ml)	30	0,3
mjölk i kaffet	fettfri 1 msk (15 ml)	5	0,5	lätt 1 msk (15 ml)	7	0,5
<b>ÖVRIGT</b>						
kompletterande näringspreparat	1/2 flaska	150	10	1 flaska (2 dl)	300	20



MATRÄTTER	Mängd	Energi kcal	Protein g	Mängd	Energi kcal	Protein g
<b>HUVUDRÄTTER</b>						
köttfärsbiff	1 st. (60 g)	150	8,7	2 st. (120 g)	300	17,4
köttbullar	1 st. (30 g)	73	5,1	4 st. (120 g)	290	20,5
köttfärsås	1 dl (100 g)	130	10,2	1,5 dl (150 g)	195	15,3
andra köttsåser	1 dl (100 g)	143	9,7	1,5 dl (150 g)	215	14,5
köttgratänger	1 dl (100 g)	110	7,5	2 dl (200 g)	220	15,0
frestelser	1 dl (100 g)	150	5	1 dl (200 g)	300	10
kött- och fiskgrytor	1/2 tallrik (1 dl)	105	7	tallrik (2 dl)	210	14
soppor (kött, korv)	1/2 tallrik (1 dl)	60	3,9	tallrik (2 dl)	120	7,8
ärtsoppa	1/2 tallrik (1 dl)	92	7,9	tallrik (2 dl)	185	15,8
fisksoppa	1/2 tallrik (1 dl)	75	5,2	tallrik (2 dl)	150	10,3
purésoppor (på mjölk)	1/2 tallrik (1 dl)	40	0,9	tallrik (2 dl)	80	1,8
knackkorv	1 st. (30 g)	74	3,5	4 st. (120 g)	295	14
grillkorv	1 st. (100 g)	240	11,6			
griskotletter (panerade)	1/2 st. (63 g)	200	8,5	1 st. (125 g)	400	17
leverbiff			25	1 st. (120 g)	155	25
fiskbit			25	1/2-1 st. (120 g)	180	25
huvudrätt plättar	1 st. (25 g)	47	7,5	5 st. (125 g)	200	7,5
vegetariska rätter	1 dl (100 g)	80	9,4	2 dl (200 g)	160	9,4
wok	1 dl (100 g)	80	18,6	2 dl (200 g)	160	18,6
<b>VARMA TILLBEHÖR</b>						
potatis	1 st. (60 g)	50	1	2 st.	100	2
potatismos (på mjölk)	1 dl (100 g)	90	2,1	1,5 dl	135	3,2
ris	1 dl (80 g)	98	1,8	1,5 dl	145	2,6
makaroner	1 dl (65 g)	60	2	2 dl	120	4
brun sås	0,5 dl	40	0,4	1 dl	80	0,8
ljus sås	0,5 dl	55	2,4	1 dl	110	4,7
grönsakstillbehör	0,5 dl (25-40 g)	10	1,7	1 dl (50-80 g)	20	3,3



MATRÄTTER	Mängd	Energi kcal	Protein g	Mängd	Energi kcal	Protein g
<b>SALLADER, GRÖNSAKER OCH FRUKTER</b>						
fräsch sallad	0,5 dl	4	0,3	1 dl	8	0,6
salladsdressing (oljebaserad)	1 tsk (4,5 g)	15	0	1 msk (14 g)	44	0
potatis-/rödbets-sallad (med majonnäs)	0,5 dl	68	0,6	1 dl	135	1,2
gurka	2 skivor	0	0,05	4 skivor	≈0	0,1
tomat	1 skiva	3	0,1	2 skivor (30 g)	6	0,2
äpple	1/2 st.	33	0,2	1 st.(200 g)	65	0,4
banan	1/2 st.	60	0,9	1 st. (150 g)	120	1,7
<b>DESSERTER OCH BAKVERK</b>						
dessertkräm	1 dl	58	0,5	1,5 dl	87	0,8
fruktsallad	1 dl (70 g)	35	0,4	1,5 dl	55	0,6
dessertpudding	0,5 dl (50 g)	144	2,6	1 dl (100 g)	288	5,4
glass	1 pinne (60 g)	157	2,6	1 strut (115 g)	255	4,7
pannkaka	1/2 bit	62,5	2,7	1 bit (85 g)	125	5,4
plättar som dessert	1 st. (18 g)	32	1,3	5 st. (90 g)	160	8
bärsylt	1 tsk (5,5 g)	11	0	1 msk (17 g)	33	0
gräddskum	1 msk (7 g)	25	0,1	0,5 dl (25 g)	90	0,5
kaffekaka	1 skiva (25 g)	90	1,4			
vetelängd	1 skiva (30 g)	85	2,2	1 st. (50 g)	142	3,7
kex	1 litet (8 g)	35	0,6	1 stort (15 g)	50	1,2
tårtbit (liten)	1 liten (40 g)	80	1,5	1 medelstor (70 g)	140	2,6
karamell	1 st. (3 g)	10	0			
chokladkonfekt	1 st. (8 g)	34	0,4			



## Bilaga 2 Pajalagröt

### 1 portion

2 dl	vatten
1 tsk	linfrön
2	torkade plommon
2	torkade aprikoser
2	msk grahamsmjöl eller rågflingor
2	tsk kli

- Blötlägg linfrö, plommon och aprikoser i vatten över natten.
- Koka upp dem på morgonen och tillsätt mjöl och kli i blandningen.
- Låt gröten sjuda cirka 15 minuter.

## Bilaga 3 Recept för att berika maten

I recepten används kliniska kompletterande näringspreparat som säljs på apotek. Modifierad enligt Nutricia Medicals anvisningar.

### VARM SOPPA

#### Ingredienser

1 flaska (125 ml) kliniskt kompletterande näringspreparat med neutral smak  
0,75 dl vatten  
1 påse önskad påssoppa, t.ex. blomkålssoppa  
eller gräddig kycklingsoppa  
salt, peppar, färska/frysta örter  
Dessutom: 1/2 dl färdiga krutonger

#### Tillredning

1. Hetta upp (koka inte) det kliniska kompletterande näringspreparatet och vattnet, blanda i en påse färdig soppa.
2. Krydda med salt och peppar, avsmaka med örter.
3. Servera i en stor kopp med krutongerna.

**Tips!** I soppan kan du tillsätta räkor, kräftstjärtar, rökt lax, fetaost, skinkstrimlor eller riven parmesanost.

---

### OMELETT

#### Ingredienser

½ flaska (60 ml) kliniskt kompletterande näringspreparat med neutral smak  
2 ägg  
1 msk riven ost  
Salt och peppar efter smak  
Dessutom: 2 skivor skinka, färsk basilika

#### Tillredning

1. Vispa sönder äggen och häll i ett kompletterande näringspreparat. Vispa i riven ost, salt och peppar.
2. Grädda omeletten i mikrovågsugnen på full effekt i 3 minuter (750 W).
3. Dekorera med skinka och färsk basilika.

**Tips!** Krydda med salt och peppar eller andra kryddor. Variera tillbehören (t.ex. skinka, fetaost, rökt lax eller avokado).



## KAKAO

### Ingredienser

- 1 dospåse kakaopulver
- 1 flaska kliniskt kompletterande näringspreparat med neutral smak
- 0,75 dl vatten

### Tillredning

1. Hetta upp vattnet och den kompletterande näringsdrycken (koka inte).
  2. Blanda i kakaon.
- 

## RISGRYNSGRÖT

### Ingredienser

- 250 g färdig risgrynsgröt
- 1 flaska kliniskt kompletterande näringspreparat med neutral smak
- Socker, kanel och bredbart vegetabiliskt fett, bär

### Tillredning

1. Tillred gröten på en djup tallrik eller i en skål.  
Blanda i det kompletterande näringspreparatet och rör till en slät gröt.
  2. Värm i mikrovågsugn på full effekt (750 W) 3 min.
  3. Avnjut med socker, kanel, bredbart vegetabiliskt fett och bär
- 

## POTATISMOS

### Ingredienser

- 1 flaska kliniskt kompletterande näringspreparat med neutral smak
- 1/2 påse (45 g) potatismospulver
- 1,3 dl vatten
- 1/2 msk flytande vegetabiliskt fett
- Lite salt

### Tillredning

1. Koka upp vattnet i en vattenkokare. Tillsätt salt och vegetabiliskt fett. Rör om.
2. Tillsätt kosttillskottspreparatet och mospulvret. Rör om och låt stå ca en minut.



## Bilaga 4 Näringstillstånd hos äldre personer inom regelbunden service enligt RAI-bedömning<sup>1</sup>

Hösten/2018	Hemvård (HC) *	Normalt service-boende (HC)	Boende med heldygnsomsorg (HC)	Boende med heldygnsomsorg (LTC)	Vård på åldringshem (LTC)	Hälso-centralens långvård (LTC)
Klienter, antal	26 172	1 016	3 534	18 498	2 969	629
Ålder (år), mv.	81,7	82,9	83,3	83,6	83,8	83,4
Kognition (CPS 0-6), mv.	1,5	1,7	3,0	3,3	3,5	3,6
Vardagsprestation (ADL-H 0-6), mv.	0,8	1,1	3,0	3,5	4,2	4,5
Skörhet: Hälsostabilitet (CHESS 0-5), mv.	1,0	1,0	1,2	1,4	1,3	1,4
Skörhet: anser sitt eget hälsotillstånd som dåligt, %	28	31	26	-	-	-
Skörhet: vård i livets slutskede, %	0	0	1	1	2	1
Närståendehjälp: Bor tillsammans med klienten, %	20	4	1	-	-	-
Närståendehjälp: närståendevårdare, %	13	8	5	-	-	-
Hemmiljö: Bristfälliga kökslokaler, %	2	1	0	-	-	-
Behov av hjälp med tillredning av måltiderna, %	76	89	99	-	-	-
Behov av hjälp vid måltider, %	17	16	49	62	76	74
Kost: måltiderna är otillräckliga, %	13	8	7	-	-	-
Kost: oavsiktlig viktminskning, %	4	5	-	8	9	9
- Kost: oavsiktlig viktminskning, med i beräkningen	26 130	1 012	-	-	-	-
Kost: Viktindex under 24 och går ner i vikt, %	14	13	19	17	19	19
- Kost: viktindex under 24 och går ner i vikt, antal som ingår i beräkningen	15 016	725	2 447	13 030	2 287	384
Kost: uttorkning,%	6	7	12	3	2	1
Otillräckligt näringsintag, undervikt, %	28	23	32	24	28	34
Otillräckligt näringsintag, undervikt, antal som ingår i beräkningen	26 133	1 012	3 500	-	-	-
Tuggproblem, smärta i munnen, %	-	-	-	17	17	11

<sup>a</sup> HC = Klientbedömning med RAI-HC-verktyget (Hemvård)

<sup>b</sup> LTC = Klientbedömning med RAI-LTC-verktyget (Klient med heldygnsomsorg)

<sup>c</sup> - = Information samlas inte

Kuben uppdaterad 12.6.2019

© Institutet för hälsa och välfärd 2019

<sup>1</sup> THL. RAI-bedömning.

<https://thl.fi/sv/web/aldre/bedomning-av-servicebehovet-med-rai-systemet/information-om-rai-systemet/rai-instrumenten>



## Bilaga 5 Statistik om näring och kost

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Deltar aktivt i organisationsverksamhet e.d. andel deltagare (%), personer över 75 år	22,1	22,8	22,9	23,1	26,9	26,2
Andel personer som känner sig ensamma (%), personer över 75 år	13	12,1	11,2	11,5	9,4	9,1
Betydande psykisk belastning andel (%), personer över 75 år	10,3	9,8	9,4	10,4	8,3	9
Andel personer som upplever sin hälsa som god eller mycket god (%), personer över 75 år	31,2	32,4	34	34,5	36	42,1
Andel som inte motionerar på fritiden (%), personer över 75 år	42	40	42,2	44,3	40,8	35
Andel personer som upplever åtminstone stora svårigheter med att ta hand om sig själv (%), personer över 75 år	14,2	13,5	11,9	15,9	12,2	11,1
Andel personer som upplever att de har dåligt minne (%), personer över 75 år	11,5	11,3	9,8	8,5	7,5	8,7
Andel som använder för mycket alkohol (AUDIT-C) (%), personer över 75 år	16	16,7	15,8	19,5	17,6	15,5
Andel feta personer (kroppsviktsindex BMI & # 8805; 30 kg/m <sup>2</sup> ) (%), personer över 65 år	20,5	20,7	20	22	20,6	21,7
Andel som använder både färska och kokta grönsaker (%), personer över 75 år	30,5	28,9	30,8	29,7	24,5	
Personer som fått ersättning för antidepressiva läkemedel personer över 65 år, % av befolkningen i samma ålder	11,5	11,5	11,5	11,2	11,5	11,8
Täckning för influensavaccination, personer över 65 år	36,7	41,3	40,1	43,1	47,4	47,7
Har fått influensavaccination under de senaste 12 mån., 75+ år (%) <sup>1</sup>						62,8

## Bilaga 6 Tips för användning av kostinformation som ingår i RAI-bedömningen

### Hemvårdens RAI, RAI-HC (Home Care)

En ny klient överförs till hemvården efter en period på sjukhus. Orsaken till vårdperioden var nedsatt funktionsförmåga till följd av en fallolycka, bedömning av läkemedelsbehandlingen och utredning av minnesfunktionen. Den slutliga bedömningen på sjukhuset var att den äldre kvinnan som bor ensam behöver stöd av hemvården till att börja med när hon kommer hem.

Enligt anvisningarna för hemvården görs en RAI-bedömning för klienten i samarbete med klienten och vid behov med klientens närstående. De första bedömningarna görs genast, inom två veckor efter utskrivningen från sjukhuset.

Uppgifter som ingår i RAI-HC-bedömningen och som är viktiga med tanke på kosten är:

- Förmåga att äta: självständig
- Förmåga att tillreda måltider: behöver lite hjälp. Förmåga att värma färdiga måltider.
- Kräkningar, dålig aptit, diarré, förstoppning: dålig aptit, förstoppning.
- Alkohol användning: nej.
- Vikt, oavsiktlig viktnedgång, allvarlig undernäring, sjuklig övervikt, BMI: Vikten har sjunkit. BMI = 23, har gått ner 6 kg under ett halvt år.
- Intaget av mat och dryck är litet och har minskat. Dricker tidvis dåligt, dålig aptit och äter inte hela måltider.
- Sväljförmåga: Inga problem.
- Tuggproblem, torr mun och problem med munvården: munvården är omskött, inga problem. Klagar tidvis på torr mun.
- Övriga RAI-uppgifter som ska beaktas i planeringen av kostbehandlingen:

CPS = 2 (kognition, problem med närminnet och lindriga beslutsproblem),

Pain = 0 (Ingen smärta) och DRS = 0 (Ingen depression),

ADLH = 0 (god daglig funktionsförmåga),

IADL\_21 = 9 (behöver hjälp med bl.a. att tillreda måltider och butiksbesök)



## RAI för institutionsvård, RAI-LTC (Long Term Care)

Klienten får heldygnsomsorg främst på grund av svåra minnesproblem och dålig funktionsförmåga. Två tidigare RAI-LTC-bedömningar har redan gjorts på klienten. Klienten kan inte själv delta i bedömningen, men dottern deltar. Klienten har vägts regelbundet varje månad. Vikten är låg, men det har inte skett någon förändring under de senaste månaderna. Den senaste tiden har funktionsförmågan försämrats ytterligare och klienten är trött, trots att det inte finns någon tydlig orsak till förändringen.

Uppgifter som ingår i RAI-LTC-bedömningen och som är viktiga med tanke på kosten är:

- Förmåga att äta: Äter under handledning, assisteras vid behov.
- Kräkningar och illamående, dricker för lite, diarré, för stoppning: dricker för lite, förstoppning.
- Problem med sväljning eller tuggande, smärta i munnen: Kan inte tugga normal mat. Vikt, viktminskning. BMI = 20, oförändrat. Sväljsvårigheter.
- Klagar återkommande på matens smak eller hunger, låter bli att äta 25 procent eller mera av måltiderna: låter bli att äta en del av måltiderna.
- Sondnäring, finfördelad kost eller purékost, mat som ges med spruta m.m.: maten ska mosas. Vätskorna förtjockas.
- Bedömning av munhälsan, bl.a. använder inte proteser, proteserna är rörliga eller söndriga eller kariotiska tänder, problem med munnens slemhinnor och tandköttet samt daglig rengöring av tänderna: en del av tänderna saknas, kan inte använda sin tandprotes. Svårt att rengöra munnen eftersom klienten biter ihop tänderna.
- Övriga RAI-uppgifter som ska beaktas i planeringen av kostbehandlingen: CPS = 5 (Svår kognitiv försämring), ADLH = 5 (stort hjälpbehov i de dagliga funktionerna).

Dessa faktorer beaktas i beskrivningen, målen, vårdåtgärderna och bedömningen av klientens vårdbehov. Klientens åsikt och självbestämmanderätt beaktas i planeringen av vården, om klienten kan delta i planeringen av sin egen vård. Klientens RAI-bedömning görs regelbundet och planen granskas. Genom att jämföra RAI-bedömningarna kan man se de förändringar som skett i klientens situation.





Statens näringsdelegation och  
Institutet för hälsa och välfärd

## Livskraft på äldre dar – kostrekommendation för äldre personer

*Livskraft på äldre dar – kostrekommendation för äldre personer* är en ny riksomfattande kvalitetsrekommendation, vars syfte är att främja och stöda en näringsrik kost för äldre och ge anvisningar om ordnande av högklassiga måltidstjänster som baserar sig på behoven hos äldre personer.

I rekommendationen beskrivs en hälsofrämjande kost som passar som grund för matvalen för alla äldre personer. Genom att äta enligt rekommendationen kan man trygga upprätthållandet av ett gott näringstillstånd och på så sätt främja hälsan, den fysiska och psykiska funktionsförmågan samt det sociala välbefinnandet och livskvaliteten. Rekommendationen innehåller anvisningar för fastställande av näringstillståndet hos äldre personer, uppföljning av det och genomförande av individuell kostbehandling. Det finns också information om särdragen i kost för äldre personer och beskrivningar av god praxis för utveckling av tjänsterna. Kvalitetskriterier och uppföljningsindikatorerna är avsedda för egenkontroll och myndighetstillsyn samt för uppföljning på kommun-, region- och riksnivå och för konsekvensbedömning.

Rekommendationen från Statens näringsdelegation och Institutet för hälsa och välfärd är avsedd för dem som beslutar om vård-, omsorgs- och måltidstjänster för äldre, de som ansvarar för äldreomsorgen, personalen inom hem- och institutionsvården, vårdenheterna och måltidstjänsterna samt för de äldre själva och för närstående vårdarfamiljer. Rekommendationen lämpar sig också som lärobok för studerande inom området.



Institutet för  
hälsa och välfärd



**Institutet för hälsa och välfärd**

PB 30 (Mannerheimvägen 166)

00271 Helsingfors

Telefon: 029 524 6000

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

**Försäljning av publikationer:**

[www.thl.fi/bokhandel](http://www.thl.fi/bokhandel)