



RIKTLINJER FÖR BESPISNING OCH KOSTUTBUD FÖR ÄLDRE

SOHÄN 23.1.2018

Innehåll

1 Näringsterapi	5
1.1 Näringsterapi som en del av vården	5
1.1.1 Hur åldrandet påverkar behovet av näring	5
1.1.2 Hur en akut sjukdom påverkar den äldres behov av näring	9
1.1.3 Mun- och tandhälsans betydelse för den äldres behov av näring	9
1.1.4 Personer som genomför näringsterapi	10
1.2 Hur näringsterapi genomförs	12
1.2.1 Bedömning av näringsstatus och risk för näringsbrist	13
1.2.2 Bedömning av energibehovet	14
1.2.3 Val av kost och lämplig konsistens på maten	15
1.2.4 Beställning av mat	16
1.2.5 Portionering och servering av maten	16
1.2.6 Uppföljning av matintaget	18
1.2.7 Kostrådgivning	18
1.2.8 Utvärdering av näringsterapiens resultat	18
1.3 EFFEKTIVERING AV NÄRINGSTERAPI	21
1.3.1 Mellanmål, favoritmaträtter och energi- och näringsrik kost	21
1.3.2 Kliniska näringspreparat	22
1.3.3 Sondmatning	22
2 MAT SOM TRANSPORTERAS HEM	23
3 FRÅN LIVSMEDEL TILL MAT PÅ TALLRIKEN	24
3.1 VALET AV LIVSMEDEL	24
3.2 MENYPLANERING OCH TILLAGNING	25
3.3 TRANSPORT, FÖRVARING OCH SERVERING AV MATEN	26
3.4 SAMARBETE	27
3.5 UTVÄRDERING AV PROCESSEN	28
4 KOST	29
4.1 GRUNDKOST	29
4.2 ENERGI- OCH NÄRINGSRIK KOST	30
4.3 KONSISTENSANPASSAD KOST	32
4.4 NÄRINGSTERAPI I SPECIELLA SITUATIONER	33
4.4.1 Näringsterapi för en cancerpatient	33
4.4.2 Näringsterapi för en demenspatient	33
4.4.3 Näringsterapi för en patient i livets slutskede	33

Figurkatalog

Figur 1 Mattriangeln, Stadens näringsdelegation 2014	6
Figur 2 Genomförandet av näringsterapi vid avdelning/enhet	12

Tabellkatalog

Tabell 1 Centrala frågor att beakta vid näringsterapi för olika grupper av äldre (omarbetad från Näringsrekommendationer för äldre/Ravitsemussuosituksset ikääntyneille, VRN2014)	8
Tabell 2 Kliniskt signifikant viktförlust enligt utgångsvikt och tid.....	14
Tabell 3 Tolkning av viktindexet (BMI) beroende på ålder	14
Tabell 4 Ett exempel på bedömningen av energibehovet	15
Tabell 5 Kostens energiinnehåll	15
Tabell 6 Hälsocentralsjukhusets och boendeserviceenheternas plan för mattider och måltidernas procentuella energiinnehåll (Ravitsemushoito, VRN 2014).....	17
Tabell 7 Sammanställning av konsistensanpassning och användningssituationer	32

Bilagor

Bilaga 1. Utredning om hemvårdsklientens matanvändning	
Bilaga 2. Anvisningar för bedömning av munhälsan och för vård	
Bilaga 3. Anvisningar för vård för muntorrhet	
Bilaga 4. Self-MNA	
Bilaga 5. NRS2002	
Bilaga 6. MNA	
Bilaga 7. Bedömning av nutritionsrisken – anvisningar för hemvård	
Bilaga 8. Näringsterapi för en person med risk för näringsbrist	
Bilaga 9. Tips för mångsidigare kost	
Bilaga 10. Nutritionsfrågor på avdelningarna – anvisningar för läkare	
Bilaga 11. Bedömning av energibehovet enligt ålder och kön	
Bilaga 12. Hur man vid måltiderna kan främja den minnessjukes nutrition och näringsstatus	

Till läsaren

Denna handbok är en uppdaterad version av den näringshandbok som Borgå stad gav ut å 2014. Näringshandboken baserar sig på följande rekommendationer: Finska näringsrekommendationer 2014 (Statens näringsdelegation VRN, 2014), rekommendationer om näringsterapi (Ravitsemushoito VRN 2010) samt Näringsrekommendationer för äldre personer (Ravitsemussuositukset ikääntyneille VRN 2010). Näringshandboken ger riktlinjer för kvaliteten på näringen i de måltider som serveras på Borgå stads hälsocentralsjukhus och boendeserviceenheterna och som levereras hem samt matkostnader som erbjuds. Handboken ger också riktlinjer för hur en högklassig näringsterapi genomförs inom äldreomsorgen. Handboken ska göra kosten enhetligare och trygga en högklassig och individuell näringsterapi.

Högklassig kostbehandling förutsätter att alla yrkesgrupper har en uppskattande inställning till näringsterapi och att det finns tillräckliga resurser. Näringsterapi, bl.a. maten som serveras, bör ses som en viktig del av vården, och personalen ska ha tillräckligt med tid, kunskap och färdigheter för att genomföra näringsterapi. I praktiken börjar den högklassiga näringsterapien genom att man bedömer risken för näringsbrist (i samband med förebyggande hembesök, när klienten blir hemvårdens klient eller när klienten tas in på baddavdelningen), upprättar en individuell plan för näringsterapi, och terapin avslutas med uppföljning och bedömning.

Smaklig mat ger en känsla av välbehag. Vi strävar efter att göra måltiden till dagens höjdpunkt som klienten ser fram emot.

Handboken är avsedd för Borgå stads personal inom äldreomsorgen och stadens förtroendevalda, de äldre i kommunen och deras anhöriga.

Arbetsgruppen:

- Nina-Maria Tigerstedt, ledande geriater
- Carita Berg, närvårdare, västra hemvården
- Birgitta Creutziger, kostservicechef
- Hanna Engström, närvårdare, Näse rehabiliteringscenter
- Tuula Finnbäck, närvårdare/minnesskötare, Brandbackens servicecenter
- Mira Forsström, sjukskötare, Johannahemmet
- Karoliina Hienonen, närvårdare, Brandbackens servicecenter
- Pirjo Hovilehto, närvårdare, Johannahemmet
- Erik Iivari, matserviceplanerare, kostservice
- Nina Joas, socialhandledare
- Helena Jokinen, matserviceförmän, Johannisbergs kök
- Ritva Kallonen, närvårdare, östra hemvården

- Irene Korhonen, servicekoordinator, tjänster som främjar välbefinnandet
- Kirsi Krusberg, munhygienist, mun- och tandvård
- Sirpa Lyhty, munhygienist, mun- och tandvård
- Christina Neferu, närvårdare, östra hemvården
- Sanna Seppänen, närvårdare, Johannahemmet
- Elisabeth Sonntag-Österlund, servicekoordinator, tjänster som främjar välbefinnandet
- Laura Sormunen, välfärdskoordinator
- Christina Stolt, närvårdare, Johannahemmet
- Jaana Vanhamäki, närvårdare, norra hemvården
- Pauliina Virtanen, sjukskötare, Näse rehabiliteringscenter

Bidrag med kommentarer:

- Eevastiina Martikainen, specialist i geriatrik och allmänmedicin, specialkompetens inom palliativ vård

Den ursprungliga arbetsgruppen:

- Leena Metsäranta, näringsplanerare
- Katarina Gustafsson, hemvårdsledare, Hemvård Västra 1
- Päivi Isokoski-Salonen, avdelningsskötare, Johannisbergs åldringshem
- Auli Pyykkö, vik. Eva Palmén, sjukskötare Ebbo åldringshem
- Petra Lindström vik. Heidi Lindman, närvårdare, avdelningarna 3 och 4
- Hanna Järvinen, närvårdare, avdelningarna 1 och 2
- Tuula Finnbäck, närvårdare/minnesskötare, Brandbackens servicecenter
- Birgitta Creutziger, kostservicechef
- Helena Jokinen, matserviceförmän, Johannisbergs kök
- Sirpa Lyhty, munhygienist, mun- och tandvård

1 Näringsterapi

1.1 Näringsterapi som en del av vården

Näringsterapi är en väsentlig del av vården och stödet för klientens välbefinnande. I näringsterapi ingår dels att vid rätt tidpunkt servera mat som motsvarar klientens behov, dels att erbjuda handledning i nutrition. Högklassig näringsterapi upprätthåller eller förbättrar livskvaliteten samtidigt som den minskar kostnaderna genom en påskyndad återhämtning och lägre sjukfrekvens. Det centrala i näringsterapi för äldre är att förebygga och behandla näringsbrist. I praktiken är näringsterapi en systematisk process från bedömning av näringsrisken och bestämning av lämplig mat till uppföljning av matintaget och vid behov åtgärder för att effektivisera intaget.

1.1.1 Hur åldrandet påverkar behovet av näring

Åldrandet åtföljs ofta av minskad fysisk aktivitet, lägre basalmetabolism och minskad matlust. Också sättet att uppleva maten förändras, och mättnadskänslan kommer snabbare. Sjukdomar och läkemedelsbehandlingar kan leda till minskad matlust. Problem med mun- och tandhälsan, bl.a. tändernas och tandköttets kondition eller dåligt passande proteser, samt en minskad utsöndring av saliv kan försvåra ätandet avsevärt.

Behovet av de flesta näringsämnen minskar emellertid inte när man blir äldre. En äldre person som äter litet löper risk för näringsbrist. Därför ska speciell uppmärksamhet ägnas åt matens kvalitet. För att de äldre ska få tillräckligt med energi, proteiner och andra näringsämnen med de små mängder mat som de äter, bör maten ha en hög energi- och näringsstäthet, och det behövs flera måltider under dagen. För att den äldre ska äta den mat som serveras, bör speciell uppmärksamhet även ägnas åt matens förnimbara kvalitet samt måltidssituationen. Klienten ska ha möjlighet att i mån av möjlighet göra egna val och ska uppmuntras till självständighet vid måltiden.

Med näringsbrist avses ett tillstånd där intaget av energi, proteiner och andra näringsämnen är i obalans eller otillräckligt jämfört med behovet, så att det stör kroppens funktion eller behandlingen av en sjukdom.

Ett försvagat nutritionstillstånd orsakar bl.a.

- ökad sjukdomsrisk
- förändringar i vävnader i munnen; ökad inflammationskänslighet och risk för svampinfektioner, försvagad salivutsöndring
- försvagad motståndskraft
- påskyndad muskelförlust, trötthet

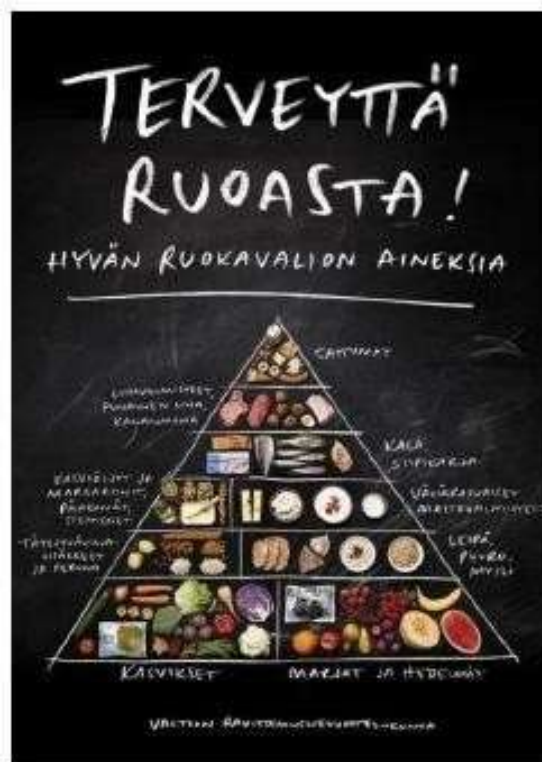
- funktionella begränsningar och försvagad funktionsförmåga
- försvagad kroppskontroll, fall och frakturer
- försvagad användning av andningsmuskler, svårighet att andas och hosta
- försvagad värmereglering, vilket gör att man fryser mera
- apati, depression och att man negligerar sig själv
- ökad användning av hälsovårdstjänster

Källa: Näringsrekommendationer för äldre personer (Ravitsemussuositukset ikääntyneille VRN 2014)

Mångsidig kost

För att intaget av näringsämnen ska vara tillräckligt, ska kosten vara mångsidig. Detta åskådliggörs med mattriangeln.

Figur 1 Mattriangeln, Stadens näringsdelegation 2014



Energi

Kroppsvikten används som ett mått på hur intaget av energi motsvarar behovet. För äldre personer rekommenderas ett högre viktindex (24 - 29 kg/m²) än för den arbetsföra befolkningen. Vid ofrivillig viktnerdgång bör man ingripa och effektivisera näringsterapin på olika sätt.

Energiintaget hos en äldre person ska ägnas speciell uppmärksamhet, när

- viktindexet, BMI (kg/m²), är under 23
- vikten har gått ner i snabb takt (över 3 kg/3 mån.)
- personen äter väldigt lite
- personen endast kan äta mat som puré eller i flytande form

- personen har återkommande infektioner eller trycksår
- personen väntar på en operation eller håller på att återhämta sig från en sjukdom

Speciell uppmärksamhet ska också ägnas åt de äldres tillräckliga intag av protein, fibrer, vätska och D-vitamin.

Protein

En tillräcklig mängd proteiner upprätthåller muskelmassan och därigenom funktionsförmågan, bidrar till sårhäkning och immunförsvar. För äldre är den rekommenderade proteinmängden minst 1,2–1,4 g per kg kroppsvikt motsvarande BMI 22 per dygn. För personer som lider av muskelförlust är det rekommenderade intaget av protein ännu större: 1,5–2,0 g/kg/dygn. Då ska också intaget av energi vara tillräckligt, så att proteinet kan utnyttjas som ett essentiellt näringsämne och inte som energikälla. Protein av god kvalitet finns i kött, fisk, fjäderfä och ägg samt i mjölkprodukter. Om en äldre person dricker mjölk eller surmjölk till maten och äter två proteinrika måltider om dagen, är intaget av protein sannolikt tillräckligt. Om inga mjölkprodukter används, kan intaget av protein vara otillräckligt. Därför ska speciell uppmärksamhet fästas vid användningen av mjölkprodukter.

Fibrer

Tillräckligt med fibrer i maten förebygger förstoppning, som är ett allmänt besvär hos äldre. För att förebygga förstoppning är det också viktigt att intaget av vätska är tillräckligt och att man rör på sig. Det effektivaste medlet för att förebygga förstoppning är olösliga kostfibrer, som finns i fullkornsprodukter, kli, rotfrukt och i viss mån också i bönor och ärter. Intaget av fibrer borde vara 25–35 g per dag. Ett fibertillskott får man exempelvis från vetekli; samtidigt ska man se till att intaget av vätska är tillräckligt.

Vätska

Hos äldre personer är intaget av vätska i många fall otillräckligt på grund av att förmågan att känna törst har försämrats. Eftersom vätskemängden i kroppen hos äldre personer är mindre, kan en vätskebrist utvecklas snabbt och vara allvarigare än hos yngre personer. Ett alltför litet vätskeintag kan bl.a. leda till att blodtrycket sjunker och personen faller.

Det rekommenderas att man dagligen dricker 1–1,5 liter vätska, vartill man får cirka en liter vätska i maten. Det kalkylerade grundläggande behovet av vätska per år 30 ml/kg per dygn, eller 30 ml x den kroppsvikt i kg som motsvarar BMI 22. Som dricka rekommenderas i första hand vatten eller mjölk/sura mjölkprodukter. Juice, läsk, kakao, milkshake mm. rekommenderas i måttliga mängder i samband med måltider med beaktande av energibehovet samt mun- och tandhälsan. Alkohol rekommenderas inte för äldre, eftersom hälsoriskerna är större än för personer i arbetsför ålder.

D-vitamin

För alla över 60 år rekommenderas en daglig dos av D₃-vitamin som kosttillskott 20 µg/dygn (800UI) året om. Hos äldre bildas det inte tillräckligt med D-vitamin i huden, inte ens under sommaren, beroende på förändringar i huden samt på att vistelsen i solen i många fall har minskat. Dessutom försvagas upptagningen av D-vitamin i tarmen när man blir äldre. D-vitaminet bidrar till upptagningen av kalcium, vilket är bra för att förebygga och behandla osteoporos. D-vitaminet har även betydelse för muskelkonditionen och därigenom balansen, varför ett tillräckligt intag av D-vitamin minskar risken att falla.

Tabell 1 Centrala frågor att beakta vid näringsterapi för olika grupper av äldre (omarbetad från Näringsrekommendationer för äldre/Ravitsemussuositukset ikääntyneille, VRN2014)

Saker att beakta	God kondition	Bor hemma + flera sjukdomar och skörhet	Klient inom hemvården	Vård dygnet runt
Allmänt mål	Gott nutritionstillstånd			
Målet per grupp	Upprätthålla eller främja hälsan och funktionsförmågan	Upprätthålla eller främja hälsan och funktionsförmågan	Stödja funktionsförmågan och självständigheten	Upprätthålla en så god livskvalitet som möjligt och bevara den funktionsförmåga som finns kvar
Matförsörjning	Självständigt, anhöriga hjälper	Hemförråd, stöd till närstående vårdare att ordna matförsörjningen	Planering: butikstjänster, måltidstjänst, färdigmat, hemförråd	Måltidsrytm, mellanmål
Kostens energinnehåll	Motsvarar energiförbrukningen	Motsvarar energiförbrukningen, förebygger avmagring	Tillräckligt energintag, vid sjukdom energi- och näringsrik kost	Tillräckligt energintag, om möjligt
Uppföljning av vikten	Då personen vill det	1x/mån.	1x/mån.	1x/mån.
Motion	Tillräcklig (muskelkondition, energiförbrukning)	Tillräcklig (muskelkondition, energiförbrukning)	Ökas (livskvalitet, energiförbrukning)	Möjliggörande av motion som upprätthåller funktionsförmågan och livskvaliteten
Övrigt	Bantning endast om det finns ett medicinskt behov, långsamt, ev. i kombination med ökad motion	Bantning endast om det finns ett medicinskt behov, långsamt, ev. i kombination med ökad motion	Individuell, dokumenterad plan för näringsterapi (bl.a. hjälpbehov, måltiden som helhet, påminns om måltider, sällskap)	Näringsterapi planeras i mån av möjlighet tillsammans med klienten.

1.1.2 Hur en akut sjukdom påverkar den äldres behov av näring

Vid insjuknandet kan en äldre person i god kondition snabbt bli en riskpatient med näringsbrist. Äldre personer, som blir akut intagna på sjukhus eller som utskrivs från sjukhuset, kan i många fall ha en nedsatt näringsstatus. Redan på jöuren borde man se till att klienterna under väntetiden får tillräckligt med mat och dricka.

När en äldre person tas in på sjukhus, bör man genast i början av sjukhusvården, i samband med ankomstsamtalet, utreda klientens näringsstatus. Utifrån utredningen ska man göra en plan för näringsterapi. Genomförandet av planen ska följas upp. Vid behov effektivieras näringsterapin t.ex. genom att man beställer åt klienten en energi- och näringsrik kost och/eller erbjuder kompletterande näringsdrycker. Energi- och näringsrik kost kan behövas också under rehabiliteringsfasen, för att rehabiliteringen ska ge resultat. Under vårdperioden ska den äldre ges stöd för självständighet vid måltiderna.

När den äldre återgår till hemvård, ska speciell uppmärksamhet ägnas åt en mångsidig kost, ett tillräckligt energiintag och arrangemangen för matförsörjning. En utredningsblankett finns som bilaga 1.

Om klienten konstaterats ha brist på något näringsämne, tillgodoses tilläggsbehovet med näringspreparat, t.ex. multivitamin-spårämnespreparat eller tillskott av enskilda vitaminer eller spårämnen.

1.1.3 Mun- och tandhälsans betydelse för den äldres behov av näring

Mun- och tandhälsan, tändernas och tandköttets kondition samt förmågan att tugga maten har stor betydelse för intaget av näring. Tändernas antal och kondition har konstaterats ha ett klart samband med förmågan att äta mångsidigt. Ju bättre munnens kondition är och ju flera egna tänder man har, desto bättre är kosten och personens näringsstatus. Tändernas kondition och antal har betydelse i synnerhet för förmågan att äta färsk frukt och grönsaker och i allmänhet sådan mat som behöver tuggas.

En försvagad näringsstatus kan leda till förändringar i vävnaderna i munnen. Risken för inflammationer och svampinfektioner ökar och salivutsöndringen minskar. När salivutsöndringen minskar, klibbar tungan fast i gommen och man får svårt att svälja utan vätska. Smakupplevelsena förändras helt.

När funktionsförmågan försvagas, blir det svårare att sköta munhygien. Det är inte åldrandet i sig som orsakar muntorrhet. I många fall orsakas den av sjukdomar, stress, andning genom munnen och läkemedel.

Använder man flera läkemedel, är det mycket sannolikt att munnen är torr. En försvagad näringsstatus kan dels vara en orsak till munproblem och dels en följd av problem i munregionen.

Regelbunden daglig rengöring av munnen, utförd av personen själv eller en assisterande person, upprätthåller en god munhälsa. För äldre, också för dem som inte har egna tänder, är mun- och tandvården viktig också för upprätthållande av en god allmän hälsa. När man blir äldre, kan risken för sår och inflammation i munnen öka. Illasittande proteser eller ömhet i munnen kan försvåra användningen av hårda matvaror, t.ex. vegetabilier och bröd, och då kan intaget av fibrer och näringsämnen vara otillräckligt. Det är emellertid skäl att undvika mat som är alltför lätt att tugga, eftersom tuggandet ökar salivutsöndringen så att maten smakar bättre. Näringsrekommendationer för äldre personer (Ravitsemussuositukset ikääntyneille VRN 2014).

Det är viktigt att beakta munhälsan som en del av primärvården i hälsocentralsjukhuset, i hemvård och i omsorg dygnet runt. Avvikelser borde identifieras och klienten hänvisas till munhygienist eller tandläkare för konsultation.

Anvisningar för bedömning av munnens kondition, grundläggande tandvård samt behandling av muntorrhet finns i bilagorna 2–3.

1.1.4 Personer som genomför näringsterapi

Näringsterapi är en **mångprofessionell** verksamhet. Högklassig näringsterapi förutsätter engagemang från alla yrkesgrupper, en klar arbetsfördelning och tillräckliga resurser.

Läkaren har ansvar för patientens näringsterapi som en del av vården. Det är också läkarens uppgift att göra en noggrannare bedömning av näringsstatus hos en klient som lider av näringsbrist.

Vårdpersonalen har ansvar för bedömning av risken för näringsbrist, och i regel också ansvar för beställning av måltider, matning, uppföljning av måltider samt munhygien.

Kostservicepersonalen tillagar maten, som ska motsvara klienternas behov och vara välsmakande.

Näringsplaneraren deltar i utvecklingen av näringsterapi och i mån av möjlighet också i att planera behandlingen av klienter med näringsrisk.

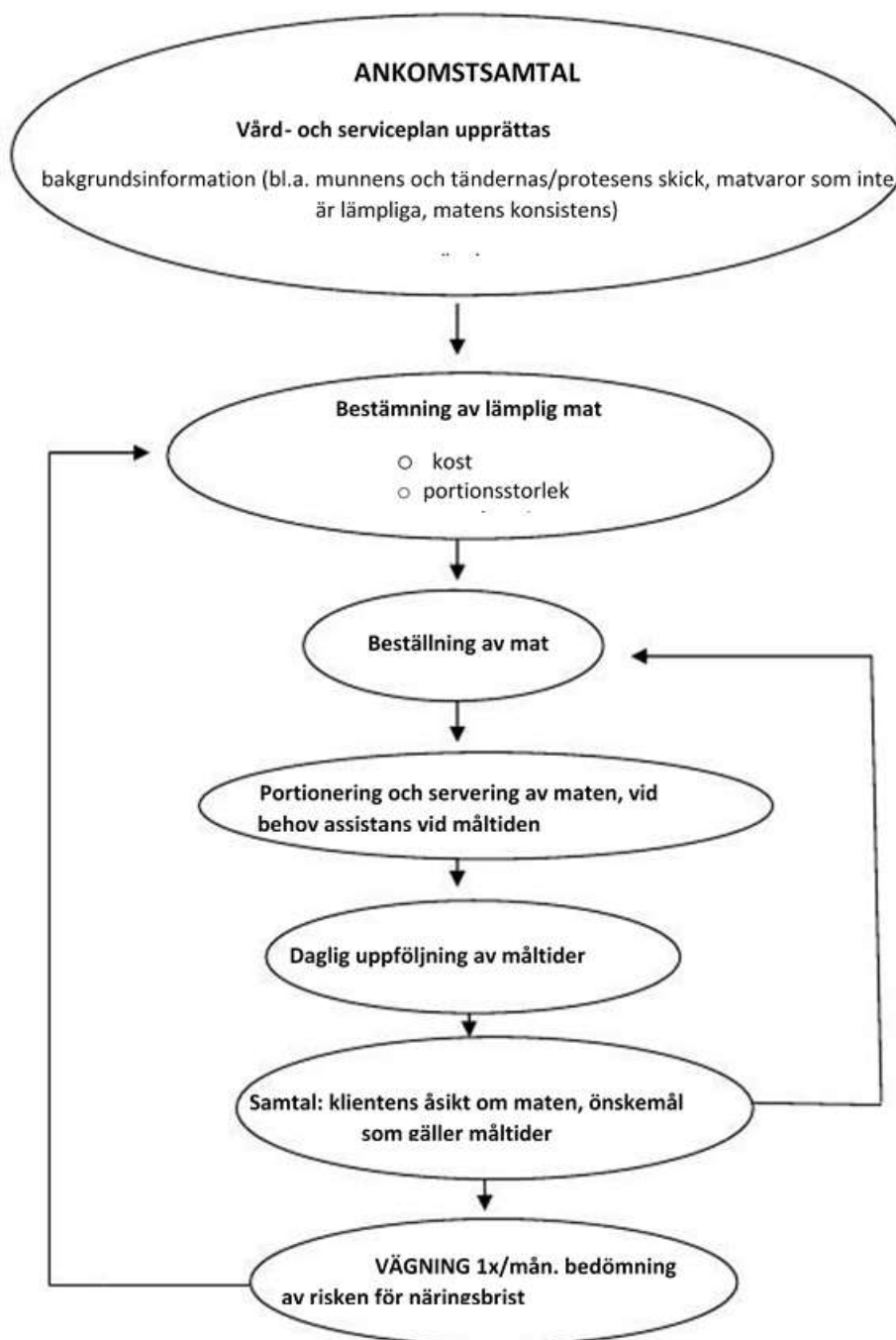
Taltherapeuten gör vid behov en bedömning av klientens förmåga att svälja.

Ergoterapeuten hjälper i mån av möjlighet med användningen av hjälpmedel för måltider.

Organisationens ledning svarar för att resurserna möjliggör en högklassig näringsterapi.

Både hälsocentralsjukhuset och boendeserviceenheterna har åtminstone en namngiven bespisningsansvarig för varje avdelning/enhet, som gör samarbete med kostservicen och näringsplaneraren i frågor som gäller nutrition och kostservice och samarbete med yrkesutbildade personer inom mun- och tandhälsovården. Den nutritionsansvarige utbildar sig i nutrition och tryggar kommunikationen i sin egen enhet. Borgå stads äldreomsorg och handikappservice har en näringsarbetsgrupp som utvecklar näringsterapi genom mångprofessionellt samarbete.

1.2 Hur näringsterapin genomförs



Figur 2 Genomförandet av näringsterapi vid avdelning/enhet

1.2.1 Bedömning av näringsstatus och risk för näringsbrist

Det är viktigt att en risk för näringsbrist identifieras så tidigt som möjligt, för då är det lättare att avhjälpa klientens näringsstatus än om personen redan lider av näringsbrist.

Hos hemmaboende personer i Borgå som har fyllt 78 år görs ett välfärdsfrämjande hembesök, under vilket man bl.a. gör en bedömning av näringsstatus med blanketten Self-MNA (bilaga 4).

Risken för näringsbrist hos klienten på hälsocentralsjukhuset bedöms i samband med ankomstsamtalet när klienten kommer till sjukhuset, och bedömningen upprepas beroende på den individuella situationen. Metoden NRS2002 är lämplig för användning i sjukhus (bilaga 5). Inom hemvården bedöms näringsrisken hos varje ny klient och sedan halvårsvis som en del av RAI-bedömningen. Hemvården använder MNA (bilaga 6).

Utifrån bedömningen av näringsrisken indelas klienterna i grupperna normal näringsstatus, risk för näringsbrist och konstaterad näringsbrist. Anvisningar för hemvård finns i bilagorna 7–9.

För klienter som har näringsbrist gör läkaren en noggrannare bedömning av näringsstatus som underlag för planering, genomförande och uppföljning av vården. Anvisningar för läkare finns i bilaga 10.

Uppföljning av vikten

Regelbunden mätning av kroppsvikten ger en grov bild av förändringar i näringsstatus. Viktförändringar är av större betydelse än någon enskild mätning av kroppsvikten eller utredning av normalvikten. Ju snabbare eller större den ofrivilliga avmagringen är, desto större skäl har man att misstänka försämrad näringsstatus. Som kliniskt signifikant betraktas en viktförlust på mera än 2 % per vecka eller mera än 5 % per månad (tabell 2). Identifiering av klientens viktnedgång förutsätter regelbunden vägning av klienten. Med ögonmått kan en viktförlust ofta inte upptäckas förrän viktnedgången pågått en längre tid.

Tabell 2 Kliniskt signifikant viktförlust enligt utgångsvikt och tid

UTGÅNGS- VIKT kg	TIDPE- RIOD			
	vecka	må- nad	tre måna- der	sex må- nader
	VIKTFÖR- LUST över x kg			
50	1,0	2,5	3,5	5,0
60	1,2	3,0	4,2	6,0
70	1,4	3,5	4,9	7,0
80	1,6	4,0	5,6	8,0
90	1,8	4,5	6,3	9,0
100	2,0	5,0	7,0	10,0

Med hjälp av mätvärdena för vikt och längd kan man räkna ut personens viktindex (kg/m²). För personer över 70 år skiljer sig tolkningen av viktindexet jämfört med det som gäller för yngre (tabell 3).

Tabell 3 Tolkning av viktindexet (BMI) beroende på ålder

BMI (kg/m ²)	Tolkning för 18–70-åringar
< 16	svår undervikt
< 20	undervikt
20-24,9	NORMALVIKT
25-29,9	lindrig övervikt
30-34,9	betydande övervikt
35-40	svår övervikt
> 40	sjuklig övervikt
BMI (kg/m ²)	Tolkning för äldre (över 70 år)
< 22	undervikt
22-23,9	svag undervikt
24-29	NORMALVIKT
> 29	övervikt

1.2.2 Bedömning av energibehovet

Energibehovet hos en vuxen påverkas bl.a. av ålder, kön, kroppsbyggnad och eventuella sjukdomar. De individuella skillnaderna i energibehov kan vara stora. Energibehovet kan bedömas på flera olika sätt.

Tabell 4 Ett exempel på bedömningen av energibehovet

	ENERGIBEHOV kcal/kg/dygn
Basalmetabolism (BMR) (engelska Basal Metabolic Rate)	20
Sängliggande patient (BMR + 30 %)	26
Rör på sig/äter själv (BMR + 50 %)	30
Konvalescent eller rastlös, rör på sig mycket	36

För äldre personer är det av central betydelse att få tillräckligt med energi. Viktnedgång kan eftersträvas endast om läkaren bedömer att övervikt utgör ett klart problem. En klient i arbetsför ålder som är allvarligt sjuk bör inte heller banta utan ett särskilt skäl. Å andra sidan bör man undvika att ge alltför mycket näring åt en sjuk och undernärd klient, med tanke på verkningarna på ämnesomsättningen.

Kostens energiinnehåll

Då det gäller att tillfredsställa klientens individuella energibehov, utgår man primärt från tre olika nivåer. För varje klient väljs den nivå som närmast motsvarar klientens individuella behov. En tabell för bedömning av energibehovet enligt ålder och kön finns i bilaga 11.

Valet av rätt energiinnehåll görs i mån av möjlighet tillsammans med klienten, t.ex. med hjälp av bilder av olika portioner. Om klientens uppfattning om lämplig portionsstorlek är mindre än behovet enligt tabellen (bilaga 11), är det att överväga beställning av energi- och näringsrik kost.

Tabell 5 Kostens energiinnehåll

ENERGIIN- NEHÅLL	energi kcal	protein g
S	1400	80
M	1800	80–90
L	2200	90–100

1.2.3 Val av kost och lämplig konsistens på maten

Grundkost passar för många klienter (s. 27) Som variationer av grundkost erbjuds vegetarisk kost samt kost som anpassas av religiösa eller kulturella skäl.

Specialkost beställs åt klienten för att behandla en sjukdom som läkaren har konstaterat.

Energi- och näringsrik kost är avsedd för klienter som har risk för näringsbrist, som har näringsbrist eller som äter väldigt lite. Denna kost innehåller mera energi och protein i förhållande till portionsstorleken än grundkosten. Om klienten ofta lämnar över en tredjedel av den enligt energibehovet planerade måltiden, är det skäl att överväga beställning av energi- och näringsrik kost. Mera information om den energi- och näringsrika kosten finns på sidan 28.

Valet av matens konsistens påverkas av klientens förmåga att tugga och svälja. Grundkost, variationer av grundkost samt specialkost finns att få med normal konsistens, mjuk, grov och slät puré (s. 29). På grund av det otillräckliga näringsvärdet rekommenderas flytande kost endast för tillfälligt bruk. Såvida det inte är fråga om vård i livets slutskede, bör man alltid erbjuda kompletterande näringsdrycker utöver den flytande kosten.

1.2.4 Beställning av mat

Uppgifter som behövs för beställning av mat

- eventuell risk för näringsbrist
- munhälsa
- lämplig utgångsnivå (endast ett alternativ för energiinnehåll finns att välja för mat som levereras hem)
- lämplig kost
- behovet angående matens konsistens
- individuella önskemål beaktas i mån av möjlighet

Uppgifterna utreds med intervjuer av klienten och/eller anhöriga och med användning av tidigare dokumenterad information i de elektroniska patientdatasystemen och blanketter för ankomstsamtal. Uppgifterna dokumenteras i vårdplanen eller vård- och serviceplanen samt i matbeställningen.

Uppgifterna kompletteras eller ändras vid behov under vårdtiden. Mera information om måltider som levereras hem finns i avsnitt 2.

1.2.5 Portionering och servering av maten

Vid måltider i sjukhus och inom boendetjänster eftersträvas en hemlik atmosfär. Målet är en social situation som ger upplevelser och främjar välbefinnandet.

Personalens uppgifter vid måltider:

- erbjuder klienten möjlighet att äta antingen i avdelningens matsal eller i patientrummet
- beaktar personer med torr mun och fuktar munnen samt smörjer läpparna vädrar matsalen
- stänger av tv och radio

- hjälper till med rengöring av händerna före måltider
- vid centraliserad distribution avlägsnar man locket innan matbrickan förs till klienten
- vid decentraliserad distribution portionerar man snyggt maten enligt klientens portionsstorlek
- berättar, vad som erbjuds och önskar god aptit
- berättar vid behov om kryddor och salt som kan fås
- reserverar tillräckligt med tid och för inte bort brickan förrän patienten har avslutat sin måltid
- hjälper till med måltiden vid behov
- frågar hur maten smakar
- ser till att klienten har det bekvämt efter måltiden, t.ex. sänker sängen eller lämnar den i sittläge.

Källa: Omarbetad från Ravitsemushoito (VRN, 2014)

Mattider

Hälsocentralsjukhuset och boendeserviceenheterna rekommenderar en måltidsrytm där måltiderna fördelas över en så lång period som möjligt under den vakna tiden. Nattfastan får vara högst 10 - 11 timmar. Mat serveras vid rekommenderade tider (tabell 6). Arbetsskiften för kostservice- och avdelningspersonal anpassas så att måltidsrytmen kan följas.

Ett tillräckligt intag av energi och näringsämnen tryggas i mån av möjlighet med många små måltider. Utöver egentliga måltider erbjuds klienterna mellanmål efter individuella behov. Mellanmål ska finnas till hands på avdelningen eller i vårdenheten. För klienter med energi- och näringsrik kost är mellanmål nödvändiga.

Tabell 5. Hälsocentralsjukhusets och boendeserviceenheternas plan för mattider och måltidernas procentuella energiinnehåll (Ravitsemushoito, VRN, 2014).

Tabell 6 Hälsocentralsjukhusets och boendeserviceenheternas plan för mattider och måltidernas procentuella energiinnehåll (Ravitsemushoito, VRN 2014)

MÅLTID	KLOCKSLAG	ENERGIINNEHÅLL % av den totala energin
frukost	7–8.30	15–20
lunch	11–12.30	25–30
dagskaffe	14–15	10–15
middag	17–18	25–30
kvällsmål	20–21	10–20

1.2.6 Uppföljning av matintaget

Den mängd mat som klienten äter/lämnar följs enligt uppskattning med ögonmått och dokumenteras vid behov i journalhandlingarna. Om klienten upprepade gånger lämnar över 1/3 av maten, utreds orsakerna till detta genom samtal med klienten. Måltiderna ändras eller effektiviseras i mån av möjlighet, och möjligast snabbt, i enlighet med klientens önskemål. Matintaget hos klienter som har näringsbrist eller risk för näringsbrist ska följas upp och dokumenteras på den blankett som används för uppföljning av matintaget.

1.2.7 Kostrådgivning

Kostrådgivningen har som mål att stödja klientens förmåga att ta ansvar för sin hälsa och för behandlingen av sjukdomar. Innehållet i rådgivningen kan exempelvis handla om energi- och näringsrik kost hemma hos klienten eller motivation till att övergå till sådan kost i en vårdinrättning. Kostrådgivningen baserar sig på en kostanamnes, och kosten anpassas efter klientens livssituation. Kostrådgivningen utgår från klientens situation och önskemål samt viljan att göra förändringar. Kostvanorna ändras endast så mycket som det är nödvändigt.

Rådgivningen sker genom dialog, och klienten ges en positiv respons. Det är viktigt att vid behov också tala med anhöriga/närstående. Skriftliga, aktuella anvisningar används som stöd för rådgivningen.

I alla enheter ligger ansvaret för kostrådgivning hos vårdpersonalen, som vid behov konsulterar läkare och näringsplanerare.

1.2.8 Utvärdering av näringsterapins resultat

Klienternas näringsstatus och dess utveckling följs upp i hemvården och i omsorg dygnet halvvårsvi i samband med en RAI-bedömning. Bedömningens resultat behandlas i enheterna och i näringsarbetsgruppen och meddelas till enheternas ledningsgrupper för eventuella tilläggsutredningar eller åtgärder.

Näringsterapins kvalitetskriterier (hälsocentralsjukhuset och boendeserviceenheterna)

1. Bedömning av risken för näringsbrist
 - Varje klients risk för näringsbrist bedöms, när vården börjar

- Vägning och screening av risk för näringsbrist utförs enligt överenskommelse
- Screeningens resultat dokumenteras i journalhandlingarna
- Screeningens resultat leder till nödvändiga åtgärder

2. Beställning av mat

- Vid beställning av maten beaktas de synpunkter som kommit fram under ankomstsamtalet och i andra sammanhang
- Matens konsistens motsvarar klientens förmåga att tugga och svälja
- Portionsstorleken väljs enligt det bedömda energibehovet och klientens önskemål

3. Måltidsrytm

- Under dagen serveras tre huvudmåltider, dvs. frukost, lunch och middag, samt 2–3 mellanmål
- Nattfastan borde inte vara längre än 10–11 timmar

4. Måltider

- Måltiden serveras enligt klientens val i avdelningens matsal eller i patientrummet. Måltidssituationen görs så behaglig och lugn som möjligt
- Engångskärl och -bestick används endast i undantagsfall
- Tillräckligt med tid reserveras för måltider

5. Säkerhet vid måltiden

- Avdelningen följer en anvisning för egenkontroll

6. Uppföljning av måltider

- Den mängd mat som respektive klient äter bedöms med ögonmått

7. Effektivisering av näringsterapin för klienter som har näringsbrist eller risk för näringsbrist

- Effektivisering av näringsterapin planeras mångprofessionellt
- Näringsterapins genomförande följs upp individuellt

8. Information

- Klienten informeras om måltidens innehåll
- Den som serverar maten, den som samlar upp brickorna och den som är klientens vårdare informerar varandra om sådana förändringar i måltider som påverkar klientens vård

- Avdelningens/enhetens kontaktperson för nutritionsfrågor informerar om sådant som berör patienternas måltider
9. Enkät om klienternas tillfredsställelse med maten på sjukhuset
- Klienterna informerades om möjligheten att ge respons
10. Nutritionskompetens
- Chefen sköter om personalens nutritionskompetens
 - Chefen ansvarar för att en kontaktperson för nutritionsfrågor har blivit vald och att alla som arbetar på avdelningen vet, vem denna person är
 - Personalen på avdelningen samarbetar med näringsplaneraren, om sådan möjlighet finns

Källa: *Ravitsemushoito* (VRN 2014)

Kvalitetskriterierna för näringsterapi (hemvård)

1. Bedömning av risken för näringsbrist (se bilaga 7)

- Varje klients risk för näringsbrist bedöms, när vården börjar.
- Vägning och screening av risk för näringsbrist utförs enligt överenskommelse.
- Screeningens resultat dokumenteras i journalhandlingarna.
- Screeningens resultat leder till nödvändiga åtgärder.

2. Beställning av mat

- Vid beställning av maten beaktas de synpunkter som kommit fram under ankomstsamtalet och i andra sammanhang.
- Matens konsistens motsvarar klientens förmåga att tugga och svälja.

3. Effektivisering av näringsterapi för klienter som har näringsbrist eller risk för näringsbrist.

- Effektivisering av vården planeras mångprofessionellt.
- Näringsterapis genomförande följs upp individuellt.

4. Nutritionskompetens

- Chefen sköter om sin personals nutritionskompetens.
- Personalen samarbetar med näringsplaneraren.

Källa: *Ravitsemushoito* (VRN 2014)

1.3 EFFEKTIVERING AV NÄRINGSTERAPIN

Näringsterapin effektiveras, om klienten har näringsbrist eller risk för näringsbrist.

Näringsterapin effektiveras också omedelbart, om den matmängd klienten äter är liten eller om klienten låter bli att äta i flera dagars tid. Effektiviseringsåtgärder vidtas enligt överenskommelse med klienten.

Om klientens matsmältningskanal fungerar, ska i första hand enterala metoder användas: energi- och näringsrik kost och kliniska näringspreparat. Läkaren kan fatta beslut om sondmatning, om intag av mat via munnen inte lyckas och sondmatning är en ändamålsenlig lösning med beaktande av klientens helhetssituation.

Vid kortvarig sondmatning (2-3 veckor) används näs-mag-slang. Vid långvarig sondmatning används gastrostomi (t.ex. PEG). Om matsmältningskanalen inte fungerar, används intravenös näringstillförsel. Olika metoder kan också kombineras.

För effektivering av näringsintaget kan följande metoder användas, beroende på **klienten** och **vårdenheten**.

- Kontrollera om den valda maten, portionsstorleken och matkonsistensen lämpar sig för klienten.
- Beställ klientens favoritmaträtter och/eller extra mellanmål från kostservice.
- Öka energiinnehållet i maten på avdelningen med energitillskott (fett, socker, grädde mm.).
- Beställ energi- och näringsrik kost.
- Beställ kliniska näringspreparat från apoteket.
- Påbörja sondmatning.
- Påbörja intravenös näringstillförsel.

1.3.1 Mellanmål, favoritmaträtter och energi- och näringsrik kost

Det primära sättet att effektivera näringsterapin är att öka matens mängd (portionsstorlek, mellanmål, favoritmaträtter), eller om detta inte är möjligt, genom energi- och näringsrik kost (s. 28). Mellanmålen kan vara mjölkprodukter (t.ex. yoghurt, fil, kvarg, mjölk) och spannmålsprodukter (t.ex. bröd, bakverk) eller kompletterande näringsdrycker.

Favoritmaträtter kan beställas enligt avtalen mellan enheterna och kostservice.

1.3.2 Kliniska näringspreparat

Kliniska näringspreparat används som en del av en energi- och näringsrik kost eller som tillskottsnäring i speciella situationer. Dessa är apoteksvaror i pulver- eller vätskeform, avsedda som ett tillskott av energi och/eller näringsämnen i kosten eller som förtjockningsmedel för dryck eller mat. Forskning har visat att användning av sådana produkter förbättrar klientens näringsstatus. Det finns olika produkter: sådana med ett ensidigt näringsinnehåll (t.ex. kolhydratpulver eller proteinpulver) och sådana som har ett mångsidigt näringsinnehåll (t.ex. färdiga näringsdrycker).

Pulverprodukter blandas i maten under tillagningen eller i den färdiga maten.

Drickfärdiga näringsdrycker är avsedda att drickas kylskåpsskalla. Servera endast den mängd som ska konsumeras omgående. En del av smakvarianterna lämpar sig också för upphettning (under 70°C). I produkter i vätskeform ingår också fettemulsioner.

Produkter som kan ätas med sked (soppa, pudding) lämpar sig för personer med sväljstörningar. Sjukdomsspecifika preparat har utvecklats exempelvis för personer med diabetes eller Crohns sjukdom.

Avdelningarna/enheterna beställer näringspreparaten från HNS-Apoteket. För användning hemma kan produkter köpas på apoteket, som också ger handledning i valet.

1.3.3 Sondmatning

Sondmatning används, om intag av mat via munnen inte lyckas eller inte är tillräckligt och läkaren anser att sondmatning i den aktuella situationen är en förnuftig och nyttig lösning. Under sondmatning ska speciell uppmärksamhet ägnas åt munhälsan.

2 MAT SOM TRANSPORTERAS HEM

Med måltidstjänst avses hemkörning av varma måltider. Hemkörda måltider (måltidstjänst) kan beviljas personer som p.g.a. nedsatt funktionsförmåga eller skada inte själva kan tillreda mat eller besöka matserveringar utanför hemmet. Innan måltidstjänst inleds, ska behovet av måltidstjänst bedömas av sjukskötare/närvårdare/servicekoordinator. Innan måltider beställs åt klienten, görs en intervju om klientens måltider. Vid intervjun används en blankett som särskilt planerats för detta ändamål. Hemtjänstledaren lämnar måltidsbeställningen till områdets kök via programmet Mysli.

Leverans av måltider

Efter det individuella behovet kan klienten få lunchmat hemkörd dagligen eller med en längre intervall. Tills vidare levereras måltiderna så att de är varma när de kommer till klienten.

Matsedel

För huvudrättens del följs äldreomsorgens åtta veckors roterande matsedel. Matsedeln ges ut i lokaltidningarna och kan läsas på Borgå stads webbplats. Måltider som körs hem till klienter kan fås i olika variationer av grundkost. Grundkosten är planerad så att den passar för personer med diabetes, gikt, förstopning, förhöjt blodfett, förhöjt blodtryck, metabolt syndrom, blodförtunnande läkemedelsbehandling, gallstenssjukdom eller övervikt. Specialkost av annat slag ska basera sig på diagnos. Måltider kan också beställas som energi- och näringsrik kost (s. 28), om personen påvisats ha risk för näringsbrist.

Måltidens innehåll

I måltiden ingår en varm huvudrätt, varmt grönsakstillägg, bröd och efterrätt (inte mjölkbaserade efterrätter). Soppmåltiden innehåller förutom soppa också bröd, ost och efterrätt. Av transporttekniska skäl är det tills vidare inte möjligt att servera färsk sallad eller mjölkbaserade efterrätter. Måltiden täcker en tredjedel av näringsbehovet hos en liten kvinna eller en fjärdedel av behovet hos en storvuxen man. Portionens energiinnehåll är cirka 550 kcal.

Respons: Respons om de hemkörda måltiderna kan ges via hemvårdsledaren.

En enkät om klientnöjdhet genomförs vartannat år.

3 FRÅN LIVSMEDEL TILL MAT PÅ TALLRIKEN

3.1 VALET AV LIVSMEDEL

Valet av livsmedel styrs av näringsrekommendationerna, produkternas användbarhet med avseende på klienternas behov och processerna samt de anslag som finns. Vid behov testas produkternas lämplighet för produktion och för att ges till klienterna.

Vid valet av livsmedel beaktas också hur ekologiska och etiska de är. Närproducerad mat används i den mån som det är möjligt, men de stora upphandlingsvolymerna utgör ofta ett hinder för att använda dem.

Spannmålsprodukter

Bröd ska innehålla minst 4 % fiber, helst över 6 %. För salthalt är målet 0,7 %. Omväxling skapas genom ändringar i brödurvalet. I knäckebröd får salthalten vara högst 1,2 %.

Gröt och välling görs på ekologiskt odlad fullkornsspannmål.

Bakverk till mellanmål: bullar och jästdegsbaserade piroger, vikt cirka 50 g/styck.

Potatis, ris, pasta

Potatisen tillagas utan tillsatt fett eller salt.

Vid tillagningen av potatismos används lättmjölk och margarin eller vegetabiliskt matfett.

Ris och pasta: vit/fullkorn. Till potatislåda används en vegetabilisk fettprodukt.

Vegetabilier

En tillräcklig mängd erbjuds vid varje måltid. Används i maträtter och som tillbehör råa eller värmebehandlade. Ättikskonserver ersätter inte färska vegetabilier.

Bär och frukt serveras enligt matsedeln färska, djupfrysta och i form av pudding och gröt. Ibland också i form av juice.

Mat som är i säsong utnyttjas.

Kött, fisk och ägg

Malet kött med låg fetthalt (fett under 10 %)

Helt kött med högst 10 % fett (rått ≤ 7 %, tillagat ≤ 9 %). Vi använder produkter som inte är marinerade.

Fisk 2-3 gånger i veckan, varieras med olika fiskarter. Panerad fisk serveras högst en gång under de åtta veckor som matsedeln planeras för.

Korvrätter förekommer högst fyra gånger per månad. Leverrätter en gång per månad.

Helköttprodukter, t.ex. kokt skinka, fett högst 4 %, salt högst 1,9 %

Påläggskorv fett högst 12 %, salt högst 1,8 %.

Mjölksprodukter

Som för dricka till maten kan väljas lättmjölk, fettfri mjölk/surmjölk, helmjölk, med beaktande av de individuella behoven

Till matlagning används helmjölk.

Yoghurt och fil: fettfria eller fettfattiga produkter.

Ost med högst 17 % fett, dock med beaktande av de individuella behoven.

Matfett

På bröd vegetabiliskt margarin eller vegetabiliskt matfett med en fetthalt på minst 70 %. Till gröt en blandning av smör och vegetabiliskt fett

Till matlagning används mestadels rybsolja. Vid behov kan också andra sorter av matfett användas för energitillskott.

Till sallad används salladsdressing baserad på vegetabilisk olja - rybs- eller olivolja.

3.2 MENYPLANERING OCH TILLAGNING

Menyplaneringen baserar sig på gällande lagstiftning och finska näringsrekommendationer. Den dagliga verksamheten i matproduktionen styrs av serviceavtal mellan beställare och producent. Kostserviceenheten ansvarar för planeringen av matsedeln.

Den mat som serveras i Näse rehabiliteringscenter och inom äldreomsorgen samt de måltider som körs hem till klienter ska med avseende

på smak och näringsinnehåll motsvara klientens behov och upprätthålla eller förbättra klientens näringsstatus samt ge en känsla av välbefinnande och glädje. Matens näringsstäthet ska vara hög, dvs. den ska innehålla rikligt med nödvändiga näringsämnen i förhållande till energimängden. Den mat som serveras i ett sjukhus eller vårdinrättning är en modell för den kost som klienten behöver hemma efter utskrivning.

De ansvariga för kostservice ansvarar för en klientorienterad produktionsplanering och produktutveckling, upphandling av livsmedel, tillagning och distribution samt uppföljning och uppnående av de mål som gäller nutrition. Vårdpersonalen ansvarar för beställning och servering av mat på olika platser. Beställning av rätt mat förutsätter att beställaren har kompetens inom mat och specialkost och förstår matens betydelse om en del av vården. Beslut om specialkost fattas av läkare, tillsammans med en dietist om en sådan finns tillgänglig.

För trygghet av tillräcklig omväxling är matsedeln en roterande lista för 8 veckor som baserar sig på standardiserade matrecept. De mest omtyckta maträtterna upprepas oftare på listan. Varje vecka serveras kokta maträtter, grytträtter/lådor/formrätter, huvudrätter med sås och styckprodukter (biffar, köttbullar). Med standardiserade matrecept och ett program för beräkning av näringsinnehållet säkerställs att maten uppfyller näringsrekommendationerna, är välsmakande och har en jämn kvalitet.

Smaksättning av maten sker med beaktande av klientgruppens smakpreferenser. Komponering av matportioner med en bestämd nivå på energiinnehållet beskrivs på lokalservicens webbplats.

Frukost innehåller gröt eller välling, bröd, pålägg, färsk bit, dryck och kaffe eller te. Lunch och middag innehåller dagligen en varm huvudrätt, grönsakstillägg, matdryck, bröd och bredbart matfett. Efterrätt ingår i lunch/middag.

Vid sopplunch serveras efterrätten i samband med lunchen. Dagskaffet är kaffe/te och kaffebröd. Kvällsbiten består av bröd, bredbart matfett, pålägg, färsk bit samt kaffe och te.

3.3 TRANSPORT, FÖRVARING OCH SERVERING AV MATEN

Maten transporteras, förvaras och serveras på rätt sätt i enlighet med en lagstadgad plan för egenkontroll.

Transport och förvaring av mat

Transporten av kostservicens mat utförs i huvudsak av utomstående transportföretagare på basis av avtal. Maten transporteras i vagnar och transportlådor, vilka skyddar maten mot temperaturväxlingar och förhindrar en försämring av matens hygieniska kvalitet.

Maten flyttas till transportkärl genast efter tillagning. Temperaturen på varm mat ska vara över +60°C när den kommer till mottagaren. Produkter som är avsedda att serveras kalla, t.ex. sallader, kyls ner i ett kylrum före transport. När produkterna kommer till mottagaren, får temperaturen vara högst +8°C. Andra livsmedel förvaras i temperaturer som rekommenderas för dem. Matens temperatur mäts regelbundet och antecknas i planen för egenkontroll. Matutdelaren ansvarar för matens temperatur vid servering.

Servering

Vid centraliserad matdistribution portioneras maten på tallriken åt klienten enligt uppgifter på klientkortet. På avdelningen kompletteras portionen på brickan med smort bröd, dryck, en färdig portion sallad samt efterrätt.

Vid decentraliserad matdistribution transporteras maten i serveringskärl i värmevagnar från köket till avdelningen. Det finns anvisningar som vägleder personalen att komponera portioner med rätt nivå på energiinnehållet.

Den färdiga maten hanteras och portioneras alltid med rena redskap. Om man måste beröra maten med handen, använder man rena engångsskyddshandskar. Vid hantering av livsmedel ser man till att livsmedlets temperatur inte alltför länge ligger inom temperaturområdet +8...+60°C, eftersom bakterierna då förökar sig snabbast.

Om temperaturerna inte är förenliga med författningar och bestämmelser, ska saken utredas, orsakerna korrigeras och en bedömning göras av produktens användbarhet. Avvikelser dokumenteras på en blankett för egenkontroll och meddelas till det kök som maten kom från.

3.4 SAMARBETE

Samarbetet mellan Borgå stad och kostservice baserar sig alltid på gemensamt upprättade tjänsteavtal och tjänstebeskrivningar. De centrala kriterierna för matkvalitet och tjänstenivå i *Riktlinjer för bespisning och kostutbud för äldre* skall vara inskrivna i tjänsteavtalet mellan beställaren och producenten av kostservice. Beställaren och producenten ingår årligen, före godkännandet av anvisningarna för upprättande av budget, ett avtal om servicens volym och nivå under det påföljande året. Denna handbok är bilaga till serviceavtalet, och riktlinjerna i handboken följs i serviceproduktionen.

Informeringen om kostservicens dagliga verksamhet och det praktiska samarbetet med beställaren (t.ex. en avdelning) sker i samarbete med matserviceförmannen på respektive verksamhetsställe. Kundernas matsedlar finns att läsa på Borgå stads webbplats och i lokaltidningarna. Matsedlarna finns också till påseende i matsalen vid enheter med verksamhet dygnet runt.

Bespisningen inom basservice utvecklas på basis av den respons som fås. Enkäter riktas både till klienter och till personal. Resultatenheternas chefer och matservicechefen för årligen ett responssamtal om behovet att utveckla verksamheten. Inom omsorgen utvecklas bespisningen genom samarbete mellan representanter för olika yrkesgrupper. Den respons som gäller kostservicens verksamhet meddelas till köket i fråga, där också de korrigerande åtgärderna dokumenteras på responsblanketten. Responsblanketterna behandlas vid ett möte för att utveckla serviceavtalen.

3.5 UTVÄRDERING AV PROCESSEN

Utvärderingen av processer sker i olika arbetsgrupper och klientråd. Dessa arbetsgrupper gör också en helhetsbedömning av verksamheten. Utvärderingar av matproduktionens processer görs också i enlighet anvisningarna i egenkontrollplanen.

Kostservicen bedömer regelbundet och systematiskt (Ravitse mushoito, VRN 2014)

1. Organoleptisk kvalitet (matens utseende, lukt, smak, temperatur och struktur) som påverkar matens njutbarhet. Njutbarhet inverkar på klienternas måltidsbeteende. Kvaliteten mäts och utvecklas genom kundrespons och systematisk bedömning av matproduktionen.
2. Näringsinnehållet på grund av valet av livsmedel och/eller näringsberäkning
3. Hygienisk kvalitet. Det är centralt att genomföra kökets plan för egenkontroll noggrant och att se till att personalen har tillräcklig kompetens (intyg över hygienkompetens).
4. Övriga kvalitetsfaktorer, såsom estetiska egenskaper, föreställningar, status- och miljöfaktorer samt etiska synpunkter på basis av en klientenkät och kostservicepersonalens egen bedömning.

4 KOST

Vid ankomstsamtalet bedöms de faktorer som inverkar på valet av kost som beställs. Då fastställs också rätt portionsstorlek samt klientens eventuella behov av näringspreparat.

4.1 GRUNKOST

Mål-grupp

Grundkost passar för klienter som inte har risk för näringsbrist och som inte har en sjukdom som kräver specialkost. Grundkosten utgör också basen för de flesta specialdieter.

Grundkosten passar också för personer med

- diabetes
- gikt
- förstoppning
- förhöjda blodfettvärden
- förhöjt blodtryck
- metaboliskt syndrom
- blodförtunnande läkemedelsbehandling
- gallstenssjukdom
- mål att minska kroppsvikten

Val av livsmedel och matlagning

Grundkosten följer rekommendationen om näringsterapi (Ravitse-mushoito) Matens näringstäthet är större än i den mat som är avsedd för friska personer. Kravet på en hög näringstäthet förutsätter användning av livsmedel med låga fett- och sockerhalter och matlagningsmetoder där användningen av fett minimeras. Utmärkande för kosten är den höga andelen spannmålsprodukter och vegetabilier, som bl.a. har till syfte att trygga ett tillräckligt intag av näringsfibrer. Speciell uppmärksamhet ägnas åt smaken.

Adekvat näringsinnehåll

Långvårdspatientens tillräckliga intag av vitaminer och spårämnen tryggas med vitamin- och spårämnespreparat, om patientens energiintag är mindre än 1400 kcal per dag.

Ett tillskott av vitamin D₃, 20 µg per dygn, rekommenderas för alla över 60 år.

Matbeställning och servering

Beställningen av mat från köket åt klienten görs av den ansvarige för vårdteamet på avdelningen, och av hemvårdsledaren då det är fråga om hemservice. Beställningen görs på den beställningsblankett som används för ändamålet.

Valbara nivåer på energiinnehåll är S (1400 kcal), M (1800 kcal) och L (2200 kcal) som grundkost, mjuk och slät puré.

4.2 ENERGI- OCH NÄRINGSRIK KOST

Mål-grupp

Denna kost är avsedd för klienter som vid screening av risk för undernäring konstaterats ha näringsbrist eller risk för näringsbrist, för klienter som inte har matlust och för dem som vid alla måltider upprepade gånger äter alltför litet i förhållande till behovet.

Kostens lämplighet bedöms individuellt.

Val av livsmedel och matlagning

Utgångspunkten är att erbjuda en välsmakande måltid som är något mindre än normalt men innehåller mera energi och proteiner i förhållande till portionens storlek. Matsedeln är en omarbetad version av den för grundkost, med bl.a. följande ändringar:

- Grundkost kompletteras med rybsolja, matlagningsgrädde, ost och kliniskt näringspreparat (proteinpulver)
- Vissa maträtter, t.ex. lådor, gröt och välling, tillagas separat av livsmedel med högre fetthalt, gröten kokas alltid på mjölk. Proteinpulver tillsätts i dessa maträtter.
- Vid tillagning av soppa används rikligt med proteinhaltiga produkter (fisk- eller köttmängden är 1,5 gånger det normala).
- Vegetabiliernas mängd är mindre än i grundkosten.
- Man väljer livsmedel med en högre fetthalt, t.ex. helmjölk.

Fettets andel av energin är 40 %, kolhydraternas 40 % och proteinernas 20 %.

Matbeställning och servering

Anteckna tydligt om maten ska vara **TEHO 1** eller **TEHO 2**

TEHO 1= ENERGI 1800 kcal, motsvarar portionsstorlek S (1400 kcal),
protein 90 g

TEHO 2= ENERGI 2200 kcal, motsvarar portionsstorlek M (1800 kcal),
protein 100 g

Samma kost tillagas vid behov konsistensanpassad.

4.3 KONSISTENSANPASSAD KOST

Alternativen för konsistensanpassad kost är: mjuk, grov puré, slät puré och flytande.

Tabell 7 Sammanställning av konsistensanpassning och användningssituationer

MA-TENS KONSISTENS	MJUK	GROV PURÉ	SLÄT PURÉ	FLYTANDE
Egenskaper	Maten är så mjuk att den kan finfördelas med gaffel. Man kan äta maten utan att behöva tugga kraftigt.	Maten är finfördelad, men konsistensen kan vara grövre än i slät puré. En slät konsistens är inte nödvändig.	Maten är tjock och alldeles slät, lätt att svälja. Ingen vätska får rinna ut från maten, klumpar får inte finnas.	Maten är så tunn att den vid behov kan drickas från näbbmugg.
Exempel på användningssituationer	Öm/torr mun, bettproblem	Bettproblem, dåliga tänder eller tänder saknas, opassliga proteser, operationer i matsmältningskanalen, gastropares	Sväljstörningar som orsakas av neurologiska sjukdomar, gastropares	Operationer i matsmältningskanalen och käckkirurgiska ingrepp
Exempel på lämplig mat	Helt kött ska i regel finfördelas. Kokta grönsaker, finrivna grönsaker, mjuka bär och frukt, mjukt bröd, mjölkprodukter	Potatis- och grönsakspuré, maträtter på malet kött av nöt, svin och broiler, omelett, gröt på flingor, gelerat bröd, pudding, de flesta mjölkprodukter	Potatis- och grönsakspuré, slät gröt på mjöl, slät kött- eller fisksås, frukt- eller bärmos för barn, glass, parfait, kvarg	Kött-, fisk- eller grönsakssoppa, mjölvälling med kompletteringar, surmjölk, slät yoghurt, smoothie, glass, saftsoppa, tunn slät kräm, juice
Komplettering av maten		Vid behov fettillägg och kompletterande näringsprodukter	Vid behov fettillägg och kompletterande näringsprodukter	Fettillägg och kompletterande näringsprodukter
Övrigt		Passar i regel inte för personer med sväljstörningar	Se till att vätskeintaget är tillräckligt. Tunna vätskor, såsom mjölk, saft, kaffe och te, görs tjockare med förtjockningsmedel. Det samma gäller också för kompletterande näringsdrycker.	Kompletterande näringsdrycker är nödvändiga.

4.4 NÄRINGSTERAPI I SPECIELLA SITUATIONER

4.4.1 Näringsterapi för en cancerpatient

Cancer orsakar ofta nutritionsproblem. Tumören, där cellerna delar sig i snabb takt, och behandlingarna, kan leda till näringsbrist och avmagring. För att förebygga eller avhjälpa näringsbrist ska patientens näringsintag och näringsstatus regelbundet kontrolleras och mun- och tandvården effektiviseras.

Näringsterapin har som mål att lindra patientens symtom och upprätthålla en så god näringsstatus som möjligt. En patient som har god kondition tål behandlingarna bättre och har färre infektioner och biverkningar från behandlingarna. Behandlingarna har också bättre effekt.

Bedömningen av cancerpatientens näringsstatus görs individuellt. Grundkost passar för patienter med god näringsstatus. Vid behov kan näringsintaget effektiviseras genom beställning av favoritmaträtter, energi- och näringsrik kost eller genom användning av kliniska näringspreparat.

4.4.2 Näringsterapi för en demenspatient

Demens medför en risk för näringsbrist. Näringsterapins centrala mål är därför att förebygga avmagring. Ungefär var tredje person med lindrig eller medelsvår demens avmagrar, en del redan innan de kognitiva funktionerna försvagas. Avmagringen kan bero t.ex. på att personen glömmer att äta, är rastlös, upplever förändringar i smaksinnet eller har problem med munhälsan. Regelbunden rengöring och fuktning av munnen samt smörjning av läpparna ska tas hand om.

Vikten kontrolleras regelbundet, och om viktnedgång konstateras, effektiviseras näringsterapin (s. 18). Om den minnessjuka personen totalt vägrar att äta och dricka, ska en diskussion föras med anhöriga om hur länge det är mänskligt att fortsätta erbjuda mat. I en sen fas av demenssjukdomen förekommer ofta svårighet att svälja och aspirationsrisk. Också dessa situationer är det skäl att i förväg diskutera med anhöriga. I bilaga 12 beskrivs metoder att främja den minnessjuka personens näringsintag och näringsstatus vid måltider i en hemlik miljö. Det är viktigt att stödja den minnessjuka personens självständighet och i mån av möjlighet låta personen göra egna val.

4.4.3 Näringsterapi för en patient i livets slutskede

För en person som får vård i livets slutskede är matens egenskap att ge en känsla av välbehag det viktigaste. Vi strävar efter att i mån av möjlighet ta reda på klientens åsikter om mat och dricka och dagligen fråga

vad personen vill äta. Favoriträtter är oftast gröt, pudding och andra mjuka maträtter med en okomplicerad smak.

Den dagliga rengöringen av munnen – fuktning av munnen, tvättning av tänder/proteser, rengöring av slemhinnor och läppar – ger patienten en helhetsbetonad känsla av välbefinnande. Med dessa åtgärder gör vi tillvaron behagligare för patienten i livets slutskede.

KÄLLOR OCH YTTERLIGARE INFORMATION

Geriatría. Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M (toim.) Duodecim 2010

Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveystieteiden keskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuslaitoksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Edita www.vrn.fi/suosituks

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Edita. www.vrn.fi

Ruokarytmi. Ravitsemuskäsikirja sairaalapalvelut, asumispalvelut. kotihoito. Kouvola kaupunki 2011.

Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta www.vrn.fi

Suominen M. Nutrition and nutritional care of elderly people in Finnish nursing homes and hospitals. Helsinki 2007.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:10 www.stm.fi

Vanhuspalvelut
Ravitsemusterapia 2010

RUOANKÄYTÖN SELVITYS KOTIHOIDON ASIAKKAILLA, joilla virheravitsemuksen riski tai aliravitsemutila MNA- lyhytversion perusteella

Asiakkaan nimi _____

Osoite _____

Syntymäaika _____ Puh. _____

Ruokaostokset tekee _____

Ateriapalvelu käyttää ☐ ei käytä ☐ Ateriointi yhteisruokailupisteessä kyllä ☐ ei ☐

Jos käyttää, montako kertaa / vko _____

Kerralla syödyn ruoan määrä palveluateriasta

kaikki ☐ noin ½ ruoasta ☐ maistamisannos tai ei mitään ☐

Erityisruokavalio

mikä? _____

Ongelmat ruoanvalmistuksessa ja syömisessä

ruokahaluttomuutta ☐ puremisongelmia ☐ nielemisongelmia ☐

tarvitsee apua ruoanvalmistuksessa / ruoan lämmittämisessä / ruokailussa ☐ jos, niin millaista

Ruoan rakenne

tavallinen ☐ pehmeä ☐ sosemainen ☐ sileä sosemainen (nielemisongelmiin) ☐ nestemäinen ☐

Milloin rakennemuunnetun ruoan tarve on viimeksi tarkistettu kk/v _____ / _____

Päivän ateriat		maitoa, juustoa ym. maitovalm.	lihaa/ kalaa/ munaa/ leikkelettä	leipää/ puuroa/ muroja	kasviksia/ marjoja/ hedelmiä	makea leivon- nainen
aamupala	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐
lounas	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐
päiväkahvi/-tee	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐
päivällinen	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐
iltapala	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐
muut välipalat	klo _____	☐	☐	☐	☐	☐

Mieliruokat ja -juomat

Maidon/ maitovalmisteiden päivittäinen käyttö

käyttää ☐ ei käytä ☐

maitoa/piimää/viiliä/jogurttia _____ dl / pv, juustoa _____ viipaletta / pv

Leivänpäällysrasva rasva% _____ %, käyttömäärä (arvio) _____ tl/pv

Juominen

vesi/kivennäisvesi/makuvesi	_____ lasillista / pv
mehu/virvoitusjuoma/kotikalja	_____ lasillista / pv
maito/piimä	_____ lasillista / pv
kahvi/tee	_____ kupillista / pv

Suolen toimintaa edistävien valmisteiden käyttö

- Ruoka-aineet, mikä/mitkä _____
- Valmiste/lääke, mikä _____

Ruokaa täydentäminen (energia, proteiinit)

- Kotoisin keinoin (ravintorasvat/kermat/täysmaito ym.) kyllä ☐ ei ☐
jos täydennetty, niin millä _____
- Täydennysravintojauheella (esim. Nutrison/ Resource Energiajauhe) kyllä ☐ ei ☐
jos täydennetty, niin millä _____

Täydennysravintojuomat käyttää ☐ ei käytä ☐

- Jos käyttää täydennysravintojuomaa,
valmisteen nimi _____
käyttömäärä päivää tai viikkoa kohden _____ tölkkiä / pv _____ tölkkiä / vk

Vitamiini- ja/tai kivennäisainevalmisteiden käyttö käyttää ☐ ei käytä ☐

valmisteen/valmisteiden nimet _____ annos/pv _____
_____ annos/pv _____

Alkoholin käyttö (olut, siideri, viini, väkevät)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| noin kerran/kk tai harvemmin | ☐ |
| 2-4 kertaa/kk | ☐ |
| 2-3 kertaa/vk | ☐ |
| 4 kertaa viikossa tai useammin | ☐ |

Alkoholin käyttömäärä yleensä päivässä / yhdellä kerralla

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 annos | ☐ |
| 2 annosta | ☐ |
| 3 annosta tai enemmän | ☐ |

Muuta huomioitavaa

Lomakkeen täyttäjä _____ puh _____
Työntekijä/omainen _____

Terveyskeskusravitsemusterapeutit: Salo, Espoo, Kirkkonummi, Porvoo

Anvisningar till hemvårdspersonal om munvård

Titta in i munnen!

- Ser munnen frisk ut? Finns där t.ex. sår eller något annat som väcker din uppmärksamhet?
- Har klienten egna tänder eller protes?

Egna tänder:

- Hjälp till med att borsta tänderna och i mån av möjlighet också mellan tänderna med mellanrumsborste, silikontandsticka eller tandtrådsbygel.
- Är munnen torr? Oftast är munnen torr, och då väljs en icke-löddrande tandkräm för torr och känslig mun.
- Kontrollera att tandborsten är i gott skick!

Om klienten har tandprotes:

- Använd protesborste och en droppe Fairy eller flytande tvål. Använd inte vanlig tandkräm (repar proteser)
- Titta i munnen under proteser och kontrollera slemhinnans kondition.
- Torka munnen – använd en liten bit gasbinda runt fingret, fuktad med vatten eller gel för torr mun.
- Proteser tas ut från munnen för natten, förvaras torra.

ANVISNINGAR FÖR VÅRD AV MUNTORRHET

Följder av minskad salivutsöndring

Upplevelse av att munnen är torr eller att salivens sammansättning blivit klabbig och tjock. Det kan vara svårt att tala och svälja.
Störningar i magens/tarmens funktion kan förekomma.
Stickningar och bränning i munnen kan förekomma.
Slemhinnorna i munnen är rödaktiga och glansiga.
Ökad förekomst av hål i tänderna och tandköttssjukdomar.
Eventuellt ökad förekomst av dålig andedräkt.

Orsaker till muntorrhet

Allmänsjukdomar som diabetes, Sjögrens syndrom, systemisk lupus erythematosus (SLE), högt blodtryck och Parkinsons sjukdom.
Strålbehandlingar i huvud- och halsregionen, kirurgiska operationer.
Långvarig stress, psykiska och neurologiska störningar. Åldrande, och hos kvinnor störningar i hormonbalansen.
Läkemedelsbehandlingar
Också alkohol och tobak bidrar till muntorrhet.

Anvisningar för vård av tänderna

- Tänderna borstas två gånger per dag med fluorhaltig tandkräm. Som tandkräm rekommenderas apoteksprodukter för känslig mun eller tandkrämer utan skummedel (natriumlaurylsulfat).
- Daglig rengöring mellan tänderna
- Vatten som törstsläckare

Saker man bör undvika

- Socker som sötningsmedel ökar förekomsten av hål i tänderna.
- Citrusfrukter, sura grönsaker, kraftigt kryddade maträtter och starka ostar irriterar slemhinnorna i munnen.
- Syra drycker orsakar lättare tanderosion om munnen är torr. Det är bäst att undvika munskölj med en kraftig smak eller alkohol som ingrediens.
- Man bör också undvika alltför het eller kall mat. Alkohol och tobak irriterar slemhinnorna i munnen.

Råd för att fukta munnen

- Munnen kan sköljas antingen med saltvatten, som består av vatten blandat med en liten mängd vanligt salt, eller med en fysiologisk kok-saltlösning som finns att köpa på apoteket. Till natten kan vanlig matolja strykas på slemhinnorna.
- På apoteket kan man köpa konstgjorda salivpreparat, gel för fuktning av munnens slemhinnor, pastiller som stimulerar utsöndringen av saliv och andra produkter för vård av torr mun.
- Det är viktigt att dricka rikligt med vatten.
- Kamomillte kan också vara bra för en torr mun.
- Användningen av xylitoluggummi eller -pastiller ökar den naturliga utsöndringen av saliv och skyddar mot hål i tänderna.

Som källa har vi använt Kuopio stads social- och hälsovårdscentrals material om mun- och tandvård (Kuopion kaupunki, Sosiaali- ja terveyskeskus, Suun terveydenhuolto).

Self-MNA®

Mini Nutritional Assessment

Tarkoitettu 65 vuotta täyttäneille

Sukunimi:

Etunimi:

Päivämäärä:

Ikä:

Täydennä näyttö täyttämällä laatikot asianmukaisilla luvuilla. Summaa luvut yhteen lopullista seulontapisteytystä varten.

Seulonta	
A Onko ravinnon nauttiminen vähentynyt viimeisten 3 kuukauden aikana [SYÖTÄ YKSI LUKU] <i>Syötä soveliaain luku (0, 1, tai 2) oikealla olevaan ruutuun.</i>	0 = vakava ravinnon nauttimisen väheneminen 1 = kohtalainen ravinnon nauttimisen väheneminen 2 = ei muutosta ravinnon nauttimisessa
B Kuinka paljon painosi on pudonnut viimeisten 3 kuukauden aikana? [SYÖTÄ YKSI LUKUARVO] <i>Syötä soveliaain luku (0, 1, 2 tai 3) oikealla olevaan ruutuun.</i>	0 = paino pudonnut yli 3 kg 1 = en tiedä kuinka paljon paino pudonnut 2 = paino pudonnut 1-3 kg 3 = ei painon putoamista
C Miten kuvailisit nykyistä liikkumistasi? [SYÖTÄ YKSI LUKUARVO] <i>Syötä soveliaain luku (0, 1, tai 2) oikealla olevaan ruutuun.</i>	0 = en kykene siirtymään vuoteesta, tuolilta, tai pyörätuolista ilman toisen henkilön apua 1 = kykenen siirtymään vuoteesta tai tuolilta, mutta en kykene siirtymään kodin ulkopuolelle 2 = kykenen siirtymään kodin ulkopuolelle
D Oletko ollut stressaantunut tai vakavasti sairas viimeisten kolmen kuukauden aikana? [SYÖTÄ YKSI LUKUARVO] <i>Syötä soveliaain luku (0 tai 2) oikealla olevaan ruutuun.</i>	0 = kyllä 2 = ei
E Koetko tällä hetkellä dementiaa ja/tai pitkittynyttä syvää surullisuutta? [SYÖTÄ YKSI LUKUARVO] <i>Syötä soveliaain luku (0, 1, tai 2) oikealla olevaan ruutuun.</i>	0 = kyllä, vakavaa dementiaa ja/tai pitkittynyttä syvää surullisuutta 1 = kyllä, lievää dementiaa ja/tai pitkittynyttä syvää surullisuutta 2 = ei dementiaa eikä pitkittynyttä syvää surullisuutta
Summaa yhteen kaikki luvut, jotka syötit laatikoihin kysymyksissä A-E ja kirjaa lukuarvo tähän:	

Nyt, VALITSE YKSI seuraavista kahdesta kysymyksestä – F1 tai F2 – vastattavaksi

Kysymys F1

Pituus (cm)		Kehon paino (kg)		
147.5	Vähemmän kuin 41.1	41.1 – 45.3	45.4 – 49.6	49.7 tai enemmän
150	Vähemmän kuin 42.8	42.8 – 47.2	47.3 – 51.7	51.8 tai enemmän
152.5	Vähemmän kuin 44.2	44.2 – 48.7	48.8 – 53.4	53.5 tai enemmän
155	Vähemmän kuin 45.6	45.6 – 50.4	50.5 – 55.2	55.3 tai enemmän
157.5	Vähemmän kuin 47.1	47.1 – 52.0	52.1 – 57.0	57.1 tai enemmän
160	Vähemmän kuin 48.6	48.6 – 53.7	53.8 – 58.8	58.9 tai enemmän
162.5	Vähemmän kuin 50.2	50.2 – 55.4	55.5 – 60.6	60.7 tai enemmän
165	Vähemmän kuin 51.7	51.7 – 57.1	57.2 – 62.5	62.6 tai enemmän
167.5	Vähemmän kuin 53.3	53.3 – 58.8	58.9 – 64.4	64.5 tai enemmän
170	Vähemmän kuin 54.9	54.9 – 60.6	60.7 – 66.4	66.5 tai enemmän
172.5	Vähemmän kuin 56.5	56.5 – 62.4	62.5 – 68.3	68.4 tai enemmän
175	Vähemmän kuin 58.2	58.2 – 64.2	64.3 – 70.3	70.4 tai enemmän
177.5	Vähemmän kuin 59.9	59.9 – 66.1	66.2 – 72.4	72.5 tai enemmän
180	Vähemmän kuin 61.6	61.6 – 67.9	68.0 – 74.4	74.5 tai enemmän
182.5	Vähemmän kuin 63.3	63.3 – 69.8	69.9 – 76.5	76.6 tai enemmän
185	Vähemmän kuin 65.0	65.0 – 71.8	71.9 – 78.6	78.7 tai enemmän
187.5	Vähemmän kuin 66.8	66.8 – 73.7	73.8 – 80.8	80.9 tai enemmän
190	Vähemmän kuin 68.6	68.6 – 75.7	75.8 – 82.9	83.0 tai enemmän
192.5	Vähemmän kuin 70.4	70.4 – 77.7	77.8 – 85.1	85.2 tai enemmän
Ryhmä	0	1	2	3

Ks. kaavio vasemmalla ja noudata näitä ohjeita:

1. Hae pituutesi kaavion vasemmasta sarakkeesta.
2. Siirry takaisin kyseiselle riville ja ympyröi alue, johon painosi kuuluu.
3. Katso kaavion alaosaan löytääksesi ryhmänumeron (0, 1, 2, tai 3), johon ympyröity painoalueesi kuuluu.

Kirjoita Ryhmänumero (1, 2, tai 3) tähän:

Kirjoita kysymysten A – E summa (sivulta 1)

Lopuksi, laske yhteen näiden 2 luvun summa. Tämä on SEULONTAPISTEITYYKSESI:

Kysymys F2

ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2 JOS VASTASIT JO KYSYMYKSEEN F1

Mittaa VASEMMAN pohkeesi ympärysmitta noudattamalla alla olevia ohjeita:

1. Kierrä mittanauha pohkeesi ympäri mitataksesi sen koon.
2. Kirjaa mittaus cm:inä _____
 - Mikäli vähemmän kuin 31 cm, syötä "0" laatikkoon oikealla.
 - Jos 31 cm tai suurempi, syötä "3" laatikkoon oikealla..

© SGVARDIS



Kirjoita kysymysten summa A-E (sivulta 1) tähän:

Lopuksi, laske yhteen näiden 2 luvun summa. Tämä on SEULONTAPISTEITYYKSESI:

SEULONTAPISTEITYYS (maksimi 14 pistettä)

12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila

8-11 pistettä: Aliravitsemuksen riski

0-7 pistettä: Aliravittu

Kopioi SEULONTAPISTEITYYKSESI:

Jos pisteytyksesi on välillä 0 – 11, vie tämä lomake mukasi terveydenhoidon ammattilaiselle konsultaatiota varten.

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

VAJAARAVITSEMUSRISKIN SEULONTA (NRS-2002)¹

Potilaan nimi	Pvm.	Pituus cm
Henkilötunnus	Nykypaino kg (punnittu)	BMI kg/m ²

Alkuseulonta

	kyllä	ei
Onko potilaan BMI alle 20.5?	☐	☐
Onko potilaan paino laskenut tahattomasti edeltävän kolmen kuukauden aikana?	☐	☐
Onko potilas syönyt tavallista vähemmän edellisen viikon aikana?	☐	☐
Onko potilas hoidossa vakavan sairauden vuoksi?	☐	☐
Jos vastaus on yhteenkin kysymykseen Kyllä, tee varsinainen seulonta.		
Jos vastaus on Ei kaikkiin kysymyksiin, seulonta toistetaan viikoittain. Jos potilaalle on suunniteltu tehtäväksi suuri toimenpide, tehdään ravitsemushoitosuunnitelma vajaaravitsemustilan ehkäisemiseksi. Hoitotaulukkoon merkitään 0 pistettä.		

Varsinainen seulonta

Tavanomainen aikuisiän paino _____ kg, noin _____ kk sitten, painonlasku _____ %			
Ravitsemustilan heikkeneminen		Sairauden vaikutus ravinnontarpeeseen	
Valitse potilaan tilaa parhaiten kuvaava yksi vaihtoehto.	Pisteet	Valitse potilaan tilaa parhaiten kuvaava yksi vaihtoehto.	Pisteet
Ei ole heikentynyt - Paino ei ole laskenut, ruokahalu on hyvä.	0 ☐	Ravinnon tarve ei ole tavallista suurempi	0 ☐
Lievästi heikentynyt - Tahaton painonlasku yli 5%/3 kk tai - Edellisen viikon aikana ravinnonsaanti on ollut 50-75% normaalitarpeesta.	1 ☐	Ravinnontarve lievästi lisääntynyt Lonkkamurtuma ^a , krooninen sairaus: maksakirroosi ^a , COPD ^a Dialyysihoido, diabetes, syöpä	1 ☐
Kohtalaisesti heikentynyt - Painonlasku yli 5%/2 kk tai - BMI 18.5-20.5 + heikentynyt yleistila tai - Edellisen viikon aikana ravinnonsaanti on ollut 25-50% normaalitarpeesta.	2 ☐	Ravinnontarve kohtalaisesti lisääntynyt Iso vatsan alueen leikkaus ^a , aivotartti ^a Vakava keuhkokuume, hematologinen syöpä	2 ☐
Huomattavasti heikentynyt - Painonlasku yli 5%/1 kk (yli 15 %/3 kk) tai - BMI alle 18.5 + heikentynyt yleistila tai - Edellisen viikon aikana ravinnonsaanti on ollut 0-25 % normaalitarpeesta.	3 ☐	Ravinnontarve huomattavasti lisääntynyt Pään alueen vammat ^a , luuydinsiirto ^a Tehohoitopotilas (APACHE >10)	3 ☐
Ikä Potilas on 70-vuotias tai iäkkäämpi.	1 ☐	Laske ravitsemustilasta, sairauden vaikutuksesta ja lasta tulevat pisteet yhteen.	_____

Tuloksen tulkinta

≥ 3 pistettä: Potilaalla on vajaaravitsemuksen riski ja hänelle laaditaan ravitsemushoitosuunnitelma.
 < 3 pistettä: Potilaalla ei ole vajaaravitsemuksen riskiä. Seulonta toistetaan viikoittain. Jos potilaalle on suunniteltu esim. suuri leikkaus, hänelle laaditaan ravitsemushoitosuunnitelma vajaaravitsemuksen ehkäisemiseksi.
 - Pistemäärä siirretään sairauskertomuksen hoitotaulukkoon.

¹ Kondrup J ym, Clinical Nutrition 2003; 22:321-336. ^aTutkimusnäytön perusteella luokiteltu

Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmän (NRS-2002) ovat kääntäneet HUS:in ravitsemusterapeutit Helena Orelli-Kotikangas, Saima Lehmuskorpi ja Syöpätautien klinikan osastonylilääkäri Kauko Saari. Kaannoksen on hyväksynyt HUS:n ravitsemushoidon asiantuntijajärjestö 2012.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ika:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Paivamäärä:

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Lopullisen seulonnan kokonaispistemäärä.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	☐
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	☐
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	☐
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	☐
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	☐
F1 Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	☐

JOS ET VOI LASKEA BMI-TÄ, KORVAA KYSYMYS F1 KYSYMYKSELLÄ F2.
ÄLÄ VASTAA KYSYMYKSEEN F2, JOS OLET JO VASTANNUT KYSYMYKSEEN F1.

F2 Pohkeen ympärysmitta (PYM), cm 0 = PYM on alle 31 cm 3 = PYM on 31 cm tai enemmän	☐
Seulonnan tulos (Maksimi 14 pistettä)	☐ ☐
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	

Halutessasi syvemmän arvioinnin, täydennä pidempi MNA® lomake, joka on saatavilla www.mna-elderly.com -sivuilla.

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nutr 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 Gerontol 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, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

RAVITSEMUSRISKIN ARVIOINTI – TOIMINTAOHJE KOTIHOITOO

Lyhyt MNA-arviointi tehdään kaikille kotihoiton piiriin tuleville yli 65-vuotiaille asiakkaille
(alle 65-vuotiaille ravitsemustila arvioidaan NRS 2002- menetelmällä)

MNA-pisteet (lyhyt versio) lomake: www.mna-elderly.com		
12-14 Normaali ravitsemustila	8-11 Virheravitsemuksen riski	0-7 Virheravitsemus
•Yli 70-vuotiailla suositeltava BMI 24-29 •Mikäli BMI on alle 23, ja paino on laskenut yli 3kg viimeisen 3kk aikana, toimitaan kuten virheravitsemusriskissä . • Painon seuranta vähintään 2 x/vuosi, terveyden- tai elämäntilanteen muuttuessa useammin •Kannustetaan säännölliseen ateriatyömiin ja syömään kaikista ruoka-aineryhmistä •Kannustetaan lihaskunnan ylläpitämiseen ja vahvistamiseen Maltillinen laihduttaminen on perusteltua vain, jos ylipaino on selkeä uhka terveydelle ja lääkäri arvioi sen välttämättömäksi. Laihduttaminen edellyttää ruoankäytön ja ravitsemustilan seurantaa	•Painon seuranta 1 x/kuukausi. Jos paino ei toimenpiteistä huolimatta nouse, konsultoidaan ravitsemusterapeuttia •Tavoitteena on suositeltava painoindeksi (BMI 24 -29) ja sen ylläpitäminen •Ruoankäytön selvitys erillisellä lomakkeella. • Ohjeistus ruokavalion muuttamiseksi niin, että turvataan riittävä energian ja proteiinin saanti •Kirjataan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä KSH/KHTOT lehdelle • MNA-arvion tulos (HOIPIS-lehdelle) • ravitsemushoidon tavoitteet • ravitsemushoitosuunnitelma ja sen seuranta • ohjaus pääpiirteittäin	•Varataan lääkärin vastaanottoaika •Lääkärin määräämät laboratoriotutkimukset •Varataan aika ravitsemusterapeutin vastaanotolle/kotikäynnille; ruoankäytön selvityslomake täytettynä mukaan vastaanotolle

VAJAARAVITSEMUSRISKISSÄ OLEVAN RAVITSEMUSHOITO MNA-pisteet 8-11	
Arvioitava kohta	Toimenpide
Paino	- tavoitteena BMI vähintään 24 - painonseuranta 1x /kk - paino ja BMI kirjataan potilastietoihin
Ateriapalvelu	- jos ateriapalvelu ei ole käytössä, ehdota sitä - kotiateriapalvelun lounas kattaa n. 1/3 päivän ravinnontarpeesta, kun ateria täydennetään 1-2 voileivällä ja ruokajuomalla (maito, piimä, kotikalja) - tarkista mahdollisuus tehostettuun ruokavalioon - selvitä, onko muita ruokailumahdollisuuksia? - jos kerralla syödyn ruoan määrä jää pieneksi, selvitä haastatteleamalla mistä se johtuu; ruokahaluttomuus/ ei maistu/ ruoan sopimattomuus / muu syy
Erityisruokavalio	- tarkista ajantasaisuus. Onko vielä tarpeellinen? - tarkista, että ateriapalvelussa on oikea tieto ruokavaliosta
Ongelmat ruoanvalmistuksessa ja syömisessä	- tilaa tarvittaessa rakennemuutettu ateria: - puremisongelmia: pehmeä, sosemainen - nielemisongelmia: sileä sosemainen/ hienojakoinen - konsultoi tarvittaessa puheterapeuttia / nielemistesti - arvioi apuvälineiden tarve (muotoillut lautaset ja aterimet) - konsultoi tarvittaessa toimintaterapeuttia
Päivän ateriat	- tarkista ateriaritmi: päivän aikana on suositeltavaa syödä aamupala, lounas, päivällinen ja iltapala sekä tarpeen mukaan välipaloja aamupäivällä, iltapäivällä ja illalla, tarvittaessa yölläkin - tarkista, jääkö jonkin ruokaryhmän käyttö hyvin vähäiseksi - vinkkejä ruokavalion monipuolistamiseksi löydät erilliseltä listalta
Maidon ja maitovalmisteiden käyttö	- tarkista maidon, piimän, viilin ym käyttömäärä . Mikäli tämä jää alle 6dl/pv (2 ohutta viipaletta juustoa vastaa 1dl maitoa), tarvitaan kalsiumvalmiste - jos asiakkaalla on laktoosi-intoleranssi, tarkista ovatko vähälaktoosiset/ laktoosittomat maitovalmisteet tuttuja - Kypsytytetyt juustot ovat laktoosittomia. - jos henkilö ei käytä lainkaan maito/soijavalmisteita tai muita kalsiumilla rikastettuja valmisteita, konsultoi ravitsemusterapeuttia
Leipärasva	- suositellaan vähintään 60% rasvaa sisältävää margariinia, voikasviöljyseosta tai voita

TIPS FÖR MÅNGSIDIGARE KOST

Lämpliga alternativ till mellanmål, eller att användas som en del av måltiden.

Mjolkprodukter

- fil eller yoghurt
- ost, grynost
- mjölkgröt
- bär- eller fruktshake
- efterrätt med kvarg
- mjölkpudding eller mjölkkräm (kräm med olika skikt)
- glass

Produkter med kött, fisk och ägg

- pålägg, aladåb
- leverpastej/ -korv
- rökt fisk, flamstekt lax, djupfrysta fiskprodukter, t.ex. fiskschnitzel
- fiskkonserver
- kokt ägg, omelett, ägggröra, äggsmör

Sädesprodukter

- smörgås, semlor
- karelsk pirog
- gröt, bärgröt
- mysli, flingor
- talkonmjöl
- mellanmålskex

Bär-, frukt- och grönsaksprodukter

- juice, nektar
- kräm
- frukt- och bärmos för barn
- bärgröt
- grönsaks- och fruktdrycker
- sallader med grönsaker
- svampsallad
- konserverade bönor
- frysta grönsaker

Näringsterapeuterna vid hälsovårdscentralerna: Esbo, Kyrkslätt, Borgå, Salo, 2010

Nutritionsfrågor på avdelningarna – anvisningar för läkare

Tillräcklig nutrition är en grundläggande förutsättning för framgångsrik rehabilitering. God näringsstatus möjliggör en kortare avdelningsperiod och minskar risken för att efter utskrivning behöva tas in på sjukhus på nytt. **Vårdarna utreder den äldre patientens näringsstatus i början av avdelningsperioden och utarbetar en plan för näringsterapi på RAV-blanketten i Effica.** Genomförandet av planen ska följas upp, och läkare ska konsulteras om patienten har risk för undernäring. Varningsklockorna ska ringa om patientens BMI ligger under 23 (rekommenderat BMI för äldre är 24–29), om patienten går snabbt ner i vikt (över 3 kg/3 mån.), om patienten har upprepade infektioner eller trycksår eller om patientens rehabilitering och återhämtning från sjukdom är långsam. Läkaren bör veta grunderna i nutrition och alternativen för näringsterapi på avdelningarna samt behärska de grundläggande utredningarna och den grundläggande vården av en patient som har risk för undernäring.

Uppskattning av patientens energibehov

	Energibehov kcal/kg/dygn
Basalmetabolism	20
Sängliggande patient (basalmetabolism + 30 %)	26
Patienten rör på sig (basalmetabolism + 50 %)	30
Konvalescent eller rastlös, rör på sig mycket	36

Det rekommenderade proteinintaget för äldre är minst 1,2–1,4 g/kg/dygn.

T.ex. En äldre konvalescent som väger 70 kg behöver cirka 2500 kcal energi och cirka 100 g protein per dygn.

Mat som ges på avdelningarna

Basdiet:

Grundkost passar för patienter som inte har risk för näringsbrist och som inte har en sjukdom som kräver specialkost. Också vegetarisk grundkost finns att välja, samt kost som anpassas av religiösa eller kulturella skäl.

Grundkost passar också för personer med diabetes, gikt, förstoppning, metaboliskt syndrom, blodförtunnande läkemedelsbehandling eller gallstenssjukdom.

Portionsstorlek:

S – 1400 kcal – 80 g protein

M – 1800 kcal – 80–90 g protein

L – 2200 kcal – 90–100 g protein

Matens konsistens:

grundkost – normal konsistens på maten

mjuk – maten kan mosas med gaffel

grov puré – maten är mosad men grövre än en slät puré

slät puré – maten är tjock och slät, lätt att svälja, obs! behöver oftast kompletteras med näringstillskott

flytande – maten är så tunn att den kan drickas, obs! behöver alltid kompletteras med näringstillskott

Energi- och näringsrik kost:

Energi- och näringsrik kost är avsedd för patienter som har risk för näringsbrist, som har näringsbrist eller som äter väldigt lite. Denna kost innehåller mera energi och protein i förhållande till portionsstorleken än grundkosten. Fettets andel av energin är 40 %, kolhydraternas 40 % och proteinernas 20 %.

De energi- och näringsrika matalternativen:

TEHO 1 = energi 1800 kcal, motsvarar portionsstorlek S (1400 kcal), protein 90 g

TEHO 2 = energi 2200 kcal, motsvarar portionsstorlek M (1800 kcal), protein 100 g

Utöver energi- och näringsrik mat kan patienten erbjudas näringstillskott och extra mellanmål.

AVDELNINGSLÄKARENS BEDÖMNING AV PATIENTENS NÄRINGSSTATUS:

Läkaren har ansvar för patientens näringsterapi som en del av vården. Läkaren har också till uppgift att göra en noggrannare bedömning av näringsstatus hos en klient som lider av näringsbrist.

Ta reda på föruppgifter:

- Sjukdomar och hur de påverkar näringsstatus,
- Läkemedelsbehandlingar och deras effekt på muntorrhet eller matlust
- Nutritionsplan som gjorts av en vårdare (RAV-bladet) samt anteckningar om hur patienten har ätit (HOI-bladet)
- Uppföljning av kroppsvikt (RR-bladet)

Fastställ status:

- **Klinisk undersökning:** muskelkondition, atrofi, mängden fett under huden, svullnad, askites, konditionen hos hud, hår och naglar
- **Munnens kondition:** munnens slemhinnor, tungan och tänderna/proteser, utsöndring av saliv,
- **Laboratorieundersökningar:** albumin, prealbumin, transferrin (inexakta mått på näringsstatus, avsedda för uppföljning per patient). Prealbumin i serum (S-Prealb) är, jämfört med albumin, en känsligare indikator på protein- och energibrist och terapisvar för näringsterapi, eftersom ämnet har en kort halveringstid (under 2 dygn).

Programmera fortsatta åtgärder:

- Ytterligare diagnostik som behövs, ändringar i läkemedelsbehandlingen
- Vid behov riktlinjer för vården (t.ex. så att en person med svår demens äter det som personen själv vill, tvångsmatas inte)
- Anvisningar om mat, måltidssituationen, näringstillskott, uppföljning av kroppsvikt.
- Vid behov begärs bedömning utförd av en specialarbetare
 - Bedömning utförd av munhygienist/tandläkare
 - Ergoterapeutens bedömning av hjälpmedel för måltider
 - Talterapeutens bedömning av hur patienten sväljer
 - Dietistens bedömning
 - Fysioterapeutens bedömning av hur muskelstyrkan kan ökas

LIITE 9

ENERGIANTARPEEN ARVIOINTI JA SOPIVAN ANNOSKOON VALINTA
sukupuolen, iän ja painon perusteella.

NAISET				
painoa ylläpitävä energiataso				
	alle 60-vuotiaat		yli 60-vuotiaat	
nykypaino (kg)	vuodepotilas	liikkuva potilas	vuodepotilas	liikkuva potilas
≥ 100	M 1800 kcal	L 2200 kcal	M 1800 kcal	M tai L 2000 kcal
95		M tai L 2000 kcal		
90				
85				
80	S tai M 1600 kcal	M 1800 kcal	S 1400 kcal	S tai M 1600 kcal
75				
70				
65				
60	S 1400 kcal	S tai M 1600 kcal		
55				
50				

MIEHET				
painoa ylläpitävä energiataso				
	Alle 60-vuotiaat		Yli 60-vuotiaat	
Nykypaino (kg)	Vuodepotilas	Liikkuva potilas	Vuodepotilas	Liikkuva potilas
≥ 100	L 2200 kcal	L + lisävälipalat 2600 kcal	M tai L 2000 kcal	L 2200 kcal
95		L 2400 kcal		
90				
85	M tai L 2000 kcal	L 2200 kcal	M 1800 kcal	M tai L 2000 kcal
80				
75				
70		M 1600 kcal	M 1800 kcal	
65				
60				
55	M 1600 kcal	M 1800 kcal	S 1400 kcal	M 1600 kcal

Huomioi: Mikäli painoa on tavoite lisätä,
valitse suurempi annoskoko tai tehostettu ruokavalio!

Hur man vid måltiderna kan främja den minnessjukes nutrition och näringsstatus

PROBLEM	LÖSNINGAR
Avmagring	- Små, frekventa (6-8 måltider/dygn) måltider som serveras vid samma tid varje dag ger en känsla av trygghet och tröst. - Man satsar på frukost och lunch, då patienterna är som piggast. - En anhörig eller anställd föregår som exempel och äter tillsammans med den minnessjuka. - Patienten uppmuntras att tala, t.ex. om hur maten smakar, dela minnen från gångna tider, exempelvis måltids- och matminnen från sitt liv.
Otillräckligt intag av vätska	- Patienten erbjuds mat i flytande form, t.ex. soppor, såser och efterrätter - Patienten erbjuds olika drycker, t.ex. kaffe, te, saft och smoothier - Kompletterande näringsprodukter erbjuds 1-2 gånger per dag.
Nedsatt funktionsförmåga	- Egen aktivitet stöds så länge som möjligt. Klarar personen inte av att äta snyggt, bör man inte bry sig om det. - Patienten uppmuntras att äga med händerna, t.ex. smörgås, kokt ägg. - Den minnessjuka erbjuds att delta efter förmåga i matlagningen och i att duka bordet. - Bakning ger omväxling och ökar växelverkan. - Efter maten tackar man patienten och visar att man bryr sig om honom/henne.
Försämrade ätfärdigheter	- En värmemetallrik håller maten varm, när måltiden tar lång tid. - Användning av olika hjälpmedel för måltider - Vägledning med ord hjälper med att påbörja måltiden. En assistent kan hjälpa med starten genom att sätta besticket i handen på patienten och ge några skedar mat i patientens mun. Då inser patienten, att det är fråga om en måltid.
Torr mun, tänderna	- Läkemedelsbehandlingar kontrolleras (t.ex. antidepressiva medel, antipsykotiska medel, starka sömnmedel), åtgärder vidtas för att öka utsöndringen av saliv (bilaga 3) - Patienten erbjuds favoritmaträtter och -drycker. Vatten som törstsläckare.
Svårighet att svälja	- Om den minnessjuka glömmer att svälja, ska patienten påminnas om saken. - Det kan vara befogat att visa, hur man sväljer. - Förtjockning av drycker.
"Ätstörningar"	- Om patienten har en benägenhet att stoppa för stora matbitar i munnen, bör maten på förhand skäras i munsbitar av lagom storlek. - Det lönar sig inte att bry sig om patienten blandar olika maträtter på tallriken - om inte personen själv störs av det. Om personen själv blir nedstämd för det, leder man personen bort från bordet och lite senare tillbaka, för att äta en ny portion. Med gryt- och lådrätter undviker man sammanblandning av olika sorter. Man gör klokt i att servera efterrätten skilt för sig.
Förvirringstillstånd, beteendestörningar	- Gör måltidsmiljön så enkel som möjligt. Avlägsna t.ex. blommor och kryddställningar. - Enkla tallrikar och dukar utan mönster. - Servera endast en maträtt åt gången. - Ett bestick räcker, oftast är det enklast att äta med sked. - Gör måltidsmiljön störningsfri - stäng av tv och radio. - Lugnande musik kan vara till nytta. - Servera enkla och tydliga maträtter. T.ex. potatis, kött, kyckling eller fisk samt sås placeras skilt för sig på tallriken. Vid behov kan man servera mat som lätt kan ätas med fingrarna. - Vid behov ger man råd under måltiden, t.ex. skriftligt på en bricka.

(Källa: Ravitsemushoito (VRN 2014). Omarbetad från Thoras & Bishop (2007).