

KOSTRIKTLINJER

FÖR SÄKRARE NUTRITION HOS BRUKARE I PARTILLE KOMMUNS ÄLDREBOENDE, KORTTIDSENHETEN OCH HEMTJÄNST

Antagen av vård- och omsorgsnämnden 2008-11-05

Arbetsgrupp

Inom Nutritionsprojektet 2007-2008 har dessa kostriktlinjer utarbetats av:

| | |
|--------------------|---|
| Christina Jonsson | Dietist |
| Maria Grådal | Projektledare |
| Anita Holmberg | Verksamhetschef för kök |
| Anne-Marie Dahlman | Medicinskt ansvarig sjuksköterska |
| Anita Mattisson | Avdelningschef för äldreomsorg |
| Christin Hannu | Avdelningschef för hälso-sjukvård och bistånd |
| Erika Hägg | Förvaltningschef |

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| BAKGRUND | 4 |
| SYFTE..... | 4 |
| MÅL | 4 |
| ANSVARSFÖRDELNING..... | 6 |
| KVALITETSKRAV..... | 9 |
| SAMVERKAN..... | 15 |
| NUTRITIONSROUTINER FÖR OMSORGSPERSONAL OCH SJUKSKÖTERS KOR..... | |
| Brukare på särskilt boende och Korttidsenheten i Partille Kommun | 16 |
| NUTRITIONSROUTINER FÖR OMSORGSPERSONAL..... | |
| Brukare i ordinärt boende med hemtjänst i Partille Kommun | 17 |
| NUTRITIONSROUTINER FÖR SJUKSKÖTERS KOR..... | |
| Brukare i ordinärt boende med hemsjukvård i Partille Kommun | 18 |
| NUTRITIONSROUTINER FÖR BISTÅNDSHANDLÄGGARE..... | |
| Brukare i ordinärt boende med hemtjänst i Partille Kommun | 19 |
| BRUKARPÄRM..... | 20 |
| KÄLLFÖRTECKNING | 21 |

Bilageförteckning

| | |
|----------|---|
| Bilaga 1 | Länkar |
| Bilaga 2 | Kvalitetsuppföljningsplan |
| Bilaga 3 | Mätning av vikt och längd samt beräkning av BMI, viktförlust, vätskebehov och energibehov |
| Bilaga 4 | Uppföljning |
| Bilaga 5 | Kost- och näringsdrycksintyg |
| Bilaga 6 | Kostombud |

BAKGRUND

God hälsa och livskvalitet förutsätter ett gott näringstillstånd. Därför är kosten ett viktigt redskap för att förebygga sjukdom och bevara hälsa. Med stigande ålder ökar risken för sjukdom och/eller funktionshinder. Kroppens förmåga att tillgodogöra sig energi och näring minskar samtidigt som förmågan att äta och aptiten kan avta. Detta innebär att äldre utgör en riskgrupp för utveckling av undernäring. Även om energiintaget minskar med åldern så tillhör inte undernäring det naturliga åldrandet. För den som drabbas av undernäring försämras kroppens immunförsvar och risken för komplikationer såsom infektioner och trycksår ökar och rehabiliteringen försvåras, muskelmassan minskar och därmed den funktionella förmågan. Följden blir ett minskat välbefinnande, en ökad vårdtyngd och en minskad livskvalitet. Vanlig mat är den viktigaste och bästa energi- och näringskällan och utgör grunden för nutritionsbehandling. Därmed är nutritionsbehandling en stor del av den medicinska behandlingen och omvårdnaden. Brukarens nutrition skall betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och samma krav skall ställas på utredning, diagnos, behandling, uppföljning och dokumentation (Socialstyrelsen, SoS rapport 2000:11, länk till socialstyrelsen, se bilaga 1). Tydliga rutiner och en klar ansvarsfördelning mellan olika yrkesgrupper behövs för att säkerställa ett gott nutritionsomhändertagande.

SYFTE

Detta dokument är framtaget i syfte att:

- Skapa enhetliga riktlinjer som kan underlätta för verksamheten att bibehålla en hög kvalitet i kosten och nutritionsomhändertagande.
- Klargöra ansvarsfördelningen mellan olika yrkeskategorier.
- Utgöra ett styrmedel i målarbete, uppföljning och utvärdering av verksamheten.

MÅL

1. Brukarna har en näringstillförsel som är anpassad till individens behov och sjukdomstillstånd.
2. Alla brukare erbjuds en god måltidsordning.
3. Brukarna erbjuds omväxlande måltider och en ur näringssynpunkt riktig sammansatt kost av god kvalitet.
4. Måltiderna serveras i en stimulerande och trivsamt miljö.
5. All personal jobbar för att förebygga undernäring och felnäring (malnutrition) bland brukarna.
6. All personal har uppnått kunskap om kosten och därmed känner engagemang för maten, måltiden och näringens betydelse för hälsan.
7. All personal känner till sina respektive ansvarsområden.

Effektmål

Inga undernärda eller felnärda brukare inom äldreomsorgen och på Korttidsenheten.

För att ovanstående mål skall uppfyllas krävs att:

- brukarens nutrition betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och samma krav ställas på utredning, diagnos, behandlingsplanering, uppföljning och dokumentation (Socialstyrelsen, SoS rapport 2000:11).
- rutiner finns för bedömning av näringstillstånd, utredning, nutritionsbehandling, uppföljning, dokumentation och vidareberapportering.
- personal har förutsättningar för att bedriva nutritionsarbete.
- all personal som medverkar i någon del av kostkedjan har tillräckliga kunskaper och vid behov få stöd och handledning om hur brukarnas nutritionella behov tillgodoses.
- en tydlig och känd ansvarsfördelning finns när det gäller nutritionsomhändertagande.
- samtliga yrkesgrupper är engagerade och samarbetar kring kost- och nutritionsfrågor.
- det finns ett system för att utvärdera och följa upp verksamheten inom kost- och nutritionsområdet.

ANSVARSFÖRDELNING

Nutritionsarbetet är ett teamarbete som måste inkludera all personal.

Brukare

- Utgångspunkten är att brukaren har ett eget ansvar för att själv tillgodose sitt behov av näring. Brukaren skall ha möjlighet att påverka och ha inflytande på sin kost. I de fall brukaren inte själv kan ta ansvar för hela eller delar av sin näringstillförsel har kommunen ett ansvar för att behovet tillgodoses.

Vård- och omsorgsnämnd

- tar beslut om kostriktlinjerna för verksamhetens kvalitet.

Förvaltningschef

- tillika verksamhetschef enligt HSL § 29, har det övergripande ansvaret för vård- och omsorgsförvaltningen.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

- har ett övergripande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen § 24 och enligt Förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:1513).
- har ansvaret för kvalitet och säkerhet i den verksamhet som kommunen bedriver.

Avdelningschef

- har det övergripande ansvaret för vård och omsorg inom respektive enhet.
- ansvarar för att verksamheten har de redskap som krävs för att bedriva nutritionarbete.

Verksamhetschef för kök

ansvarar för att:

- kostriktlinjerna är väl kända och används av personalen i den egna verksamheten.
- matsedelplanering och att tillagning av maten görs enligt gällande rekommendationer och kvalitetskrav för näringsinnehåll och tidpunkt för servering.
- egenkontrollprogram finns för att förebygga hälsorisker t.ex. att rätt temperatur hålls på maten och hygien sköts (länk till kontrollprogram, se bilaga 1).
- kökspersonalen har kompetens som krävs.
- att sammankalla kostombudsträffar minst en gång per halvår.
- kontinuerligt sprida ut nyheter och övrig information inom kost och nutrition till kostombud eller annan berörd personal.
- ta fram lämpligt sortiment av kosttillägg och berikningar som skall finnas att beställa i samtliga kök.
- fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten på maten för att nå målen (se bilaga 2).
- kostriktlinjerna utvärderas och att kostpärmen uppdateras.

Verksamhetschef

ansvarar för att:

- kostriktlinjerna är väl kända och används av personalen i den egna verksamheten.
- personalen har kompetens samt att kompetensutveckling sker i enlighet med verksamhetens krav.
- (inom äldreomsorg/Korttidsenheten) det finns kostombud och att möjliggöra för kostombuden att utföra sina uppdrag.
- (inom äldreomsorg/Korttidsenheten) egenkontrollprogrammet efterlevs i den egna verksamheten.
- fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten på nutritionsarbetet för att nå målen (se bilaga 2).

Omsorgspersonal (exklusive stöd- och servicepersonal)

ansvarar för att:

- följa riktlinjer avseende kosten, måltidsordning och måltidsmiljö.
- Vid upprättande av genomförandeplan skall kontaktpersonen ta reda på och dokumentera brukarens mat- och måltidsvanor samt se till att mätningar för nutritionsbedömning utförs dvs. vikt, längd, uträkning av BMI och eventuellt viktörlust samt notera eventuella ätsvårigheter enligt rutin. (detta gäller ej för hemtjänsten)
- uppmärksamma förändringar eller avvikande beteende hos brukaren, t.ex. viktförändring, förändring i mat- och vätskeintag, matsmältningsproblem, tugg- och sväljproblem, och rapportera detta till omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt vid behov kontakta t.ex. läkare, arbetsterapeut, logoped, biståndsbedömare och närstående. För brukare i ordinärt boende som inte har hemsjukvård skall omsorgspersonalen uppmana eller hjälpa brukaren att uppsöka vårdcentral.
- regelbundna viktkontroller görs enligt rekommendation.
- beställa och servera individuellt anpassad mat och dryck och följa ordinerad nutritionsbehandling.
- följa egenkontrollprogrammet för att förebygga hälsorisker t.ex. att rätt temperatur hålls på maten och hygien sköts.

Stöd- och servicepersonal

- noterar om matvaror står oanvända hemma hos brukaren och för detta vidare till kontaktperson eller kostombud.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS)

- skall identifiera orsaken till problem med mat- och vätskeintag samt viktförändringar, dokumentera näringsstillstånd och upprätta individuell vårdplan för nutrition.
- ansvarar för att ta de kontakter som kan behövas t.ex. läkare, dietist (sjukhusanknuten), arbetsterapeut, logoped, biståndsbedömare och närstående.
- Länk till det avtal som avgränsar vad som är regionens respektive kommunens hälsosjukvårdsansvar, se bilaga 1.

•

Kostombud

- skall delta vid kostombudsträffar och i utbildning inom området.
- skall sprida kunskap och information till övrig omsorgspersonal.
- ansvarar för att förvara och hålla kostpärmen aktuell samt informera nyanställd personal om kost- och nutritionsrutiner på arbetsplatsen.
- ansvar för rutiner enligt egenkontroll-programmet.

Kökspersonal

- ansvarar för att tillhandahålla beställd kost och konsistens enligt fastställd kvalitet.
- skall följa de rekommendationer och krav gällande matsedelsplanering, måltidernas innehåll
- skall följa egenkontrollprogrammet för att förebygga hälsorisker t.ex. att rätt temperatur hålls och hygien sköts.

Biståndshandläggare

- fattar beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen. Detta kan omfatta t.ex. matdistribution, inköp och stöd vid olika matsituationer.
- informerar brukare vid biståndsbedömning om nutritionsbedömning och vid samtycke med brukaren läggs en anteckning till omsorgspersonalen att detta skall utföras.

Logoped

- kan bedöma sväljsvårigheter och ge råd och åtgärdsförslag om t.ex. kostanpassning och kroppspositionering och på så sätt förbättra brukarens förmåga att äta.
- kan behandla funktionsnedsättningar för att förbättra förmåga för matintag.

Arbetsterapeut

- kan förbättra brukarens sittställning i samband med måltid och på så sätt gynna matintaget.
- kan ge råd om lämpliga hjälpmedel för att underlätta ätandet och därmed också bidra till bättre matintag.
- kan behandla funktionsnedsättningar för att förbättra förmåga för matintag.

Sjukgymnast

- kan ge råd som främjar brukarens förmåga till fysisk aktivitet och på så sätt öka aptiten och hungerskänslorna.
- kan behandla funktionsnedsättningar för att förbättra förmåga för matintag.

Läkare

- Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar ej läkarinsatser. Västra Götalandsregionen har ansvaret för samtliga läkarinsatser.

KVALITETSKRAV

Kvalitetskrav

- gällande kost har utarbetats för att tydliggöra vad som krävs för en god kosthållning till vårdbehövande brukare med sjukdom och/eller funktionshinder.
- baseras på gällande lagar och rekommendationer och är i första hand avsedda att användas vid planering av matsedlar, inköp av livsmedel och tillagning av måltider inom äldreomsorgen och på Korttidsenheten.
- anger vad kommunens verksamheter bör tillhandahålla vid olika måltider.
- utgår ifrån heldygnskoster, vissa delar är också vägledande för personal inom hemtjänst.
- skall användas som vägledning och grund för utbildning till personal.

Näringsrekommendation

Statens livsmedelsverk ger ut svenska näringsrekommendationer (SNR). Dessa ger ett underlag för planering av en kost som är så sammansatt att den:

- tillfredsställer de primära näringsbehoven, dvs. tillgodoser individens fysiologiska behov.
- ger förutsättningar för god hälsa och minskar risken för kostrelaterade sjukdomar.

SNR gäller för grupper av friska människor med låg fysisk aktivitet, och innebär inte några rekommendationer för individer med speciella sjukdomar eller för personer som av andra skäl har speciella krav på kosten. För sjuka individer gäller istället ESS-gruppens (expertgruppen för samordning av sjukhuskost) rekommendationer vilket beskrivs i Mat och näring inom vård och omsorg, Livsmedelsverket 2003. För brukare inom kommunens äldreomsorg och på Korttidsenheten är det främst aktuellt med A-kost (allmän kost för sjuka) samt E-kost (energi- och proteinrik kost).

Energibehov

För att upprätthålla kroppsvikten krävs balans mellan energiåtgång och intag av energi (kcal). Behovet av energi uppgår schablonmässigt till 30 kcal per kg kroppsvikt/dygn. För kroppsvikterna 50-80 kg motsvarar detta 1 500-2 400 kcal/dygn. Vid hög fysisk aktivitet samt vid rehabilitering och återuppbyggnad är energibehovet förhöjt.

Energi- och näringsinnehåll

Det finns två typer av grundkost som skall tillhandahållas. Måltider vars energiinnehåll och näringsstäthet är enligt gällande ESS-gruppens näringsrekommendationer.

A-kost – allmän kost för sjuka

Är huvudgrundkosten för de flesta inom kommunens äldreomsorg och på Korttidsenheten. I tabell 1 visar rekommendation av de energigivande näringsämnena av det totala energiintaget per dygn.

E-kost – energi- och proteinrik kost

E-kost används till brukare som bedömts vara undernärda eller som löper risk att utveckla undernäring på grund av ofrivillig viktförlust och/eller undervikt (BMI < 22), har dålig aptit eller andra ättsvårigheter. I tabell 1 visar rekommendation av de energigivande näringsämnena av det totala energiintaget per dygn.

Vitaminer och mineralämnen

Generellt skall maten ha hög näringsstäthet, dvs. mängden näringsämnen per energienhet bör vara stor. Detta är av största vikt för de individer som har ett lågt energibehov (< 1700 kcal/7 MJ), vilket många äldre människor har. Rekommendationerna för vitaminer och mineralämnen följer de svenska näringsrekommendationerna för vuxna (se tabell 1) med undantag för D-vitamin (10 µg/dag för äldre). Det är viktigt att ta i beakt för de äldre som inte kommer ut i dagsljus då det är näst intill omöjligt att med kosten få i sig den rekommenderade mängden, utan dessa individer behöver ett extra tillskott av D-vitamin.

Kostfiber

Maten bör innehålla ca 12 g kostfiber per 1 000 kcal/4,2 MJ i SNR-kosten och mindre mängder i A- och E-kosten (se tabell 1). Mängden kostfiber måste anpassas till en realistisk nivå och vara volymanpassad till kosten. Viktigt att tänka på är att kostfiber måste kompletteras med rikligt med vätska.

Tabell 1. Energi- och näringsinnehåll i A-kost och E-kost enligt ESS-gruppens rekommendation.

| Näringsämnen | A-kost | E-kost |
|--------------|--------------|--------------|
| Fett | 35 – 40 E% | 40 – 50 E% |
| Kolhydrater | 40 – 50 E% | 25 – 45 E% |
| Protein | 15 – 20 E% | 15 – 25 E% |
| Vitaminer | Enligt SNR | Enligt SNR |
| Mineraler | Enligt SNR | Enligt SNR |
| Kostfiber | Lägre än SNR | Lägre än SNR |

Energivån skall grunda sig på 9 MJ (2150 kcal)

Kosttyper vid olika sjukdomstillstånd och funktionsnedsättning

Här är kravet på den som ansvarar för matproduktionen att de inom sitt utbud har möjlighet att servera den mat som den individuella matgästen kräver relaterad till sina sjukdomar eller funktionsnedsättning. Konsistensanpassning eller specialkost medför inga extra kostnader för brukaren och skall kunna erbjudas i både A-kost och E-kost.

Konsistensanpassning

Brukare med tugg- och sväljsvårigheter eller andra rörelsehinder behöver ofta mat med förändrad konsistens. Konsistensen av maten skall ges efter individuell medicinsk bedömning och ordination. Varje brukare skall även ha möjlighet att själv välja vilken konsistens på maten som man vill ha. Konsistenserna skall kunna beredas vid alla typer av koster.

Följande konsistenser skall kunna tillhandahållas:

- hel och delad
- hackad
- grov paté
- timbal
- gelé
- flytande
- tjockflytande

Specialkost

Specialkost som anges i boken ”Mat och näring inom vård och omsorg” (utgiven av Livsmedelsverket, 2003), skall kunna tillhandahållas. Specialkost skall ges efter individuell medicinsk bedömning och ordination.

- Glutenfri kost
- Laktosreducerad kost
- Laktosfri kost
- Proteinreducerad kost
- Fettreducerad kost
- Kost vid allergi och livsmedelöverkänslighet

Önskekost

Köken skall kunna leverera olika kombinationer av komponenter (huvudkomponenter, bikomponenter, kosttillägg) inom ramen av kökens sortiment, beroende på individens behov (sjukdom). Önskekost erbjuds efter individuella önskemål.

Vegetarisk kost

Olika typer av vegetarisk kost skall kunna tillhandahållas.

- Laktovegetarisk kost
- Laktoovovegetarisk kost
- Vegankost

Kost p.g.a. etniska, religiösa eller kulturella skäl

Till brukare som av etniska, religiösa eller kulturella skäl inte kan äta den mat som serveras skall ett alternativ erbjudas.

SNR-kost – kost enligt svenska näringsrekommendationer (till friska)

Är en kost att betrakta som specialkost inom äldreomsorgen. Av det totala energiintaget per dygn rekommenderas följande fördelning i SNR-kosten av de energigivande näringsämnen:

| Näringsämne | SNR-kost |
|-------------|----------|
| Fett | 25-35 E% |
| Kolhydrater | 50-60 E% |
| Protein | 10-20 E% |

Enteral nutrition

Enteral nutrition (= sondmat) kan tillföras som enda nutritionskälla eller som tillägg till den vanliga kosten när inte individen förmår att äta tillräckligt på vanligt sätt. Enteral nutrition ordinerar av läkare.

Kosttillägg

Kosttillägg i form av t.ex. näringsdrycker och berikningsprodukter skall ges efter individuell medicinsk bedömning och ordination till de brukare som inte klarar av att få i sig tillräckligt av den vanliga maten. Det kan även behövas till dem som har ett ökat energibehov p.g.a. sjukdom eller stora energiförluster. För individer med dålig aptit och hotande viktnedgång kan dessa tillskott vara mycket värdefulla som stöd under en period. Möjlighet att välja smak på kosttilläggen skall eftersträvas.

Måltidsordning och fördelning av energi över dygnet

En god måltidsordning är en förutsättning för att kunna tillgodogöra sig sitt energi- och näringsintag. Äldre personer har inte samma flexibilitet när det gäller näringsupptaget, därför blir fördelningen av måltiderna än viktigare när vi åldras. Måltidernas skall serveras enligt tidsschemat som visas i tabell 2. Det skall även finnas tillgång till mellanmål på andra tider på dygnet i äldreboendena eller på Korttidsenheten. Nattfastan rekommenderas inte överstiga 11 timmar.

Tabell 2. Måltidsordning enligt Partille kommuns kostriktlinjer

| Måltid | Tid | Energifördelning över dygnet |
|-----------|----------------|------------------------------|
| Morgonmål | kl 05.00-08.00 | 5-15% |
| Frukost | kl 08.30-09.30 | 15-25% |
| Mellanmål | kl 10.30-11.30 | 5-15% |
| Lunch | kl 12.30-14.00 | 25-30% |
| Mellanmål | kl 15.00-15.30 | 5-15% |
| Kvällsmat | kl 17.00-18.30 | 20-25% |
| Mellanmål | kl 19.00-21.00 | 5-15% |

Matsedelsplanering

- Måltiderna/matsedlarna skall vara näringsberäknade. I äldreboenden/på Korttidsenheten där personalen lagar maten själv och där brukaren är med och bestämmer och planerar måltiderna, kan näringsberäkningen redovisas i efterhand. Näringsberäknade matsedlar är en förutsättning för att säkerhetsställa att de krav som ställts på näringsinnehåll uppfylls. Det ger också en trygghet för våra brukare, anhöriga, personal och beslutsfattare samt en kvalitetssäkring. Positiv effekt blir också att det måste finnas riktiga recept på allt som lagas med rätt mängder och portionsstorlekar vilket även underlättar kostnadsberäkningar.
- Matsedeln skall vara variationsrik, färgrik och säsonganpassad.
- Matsedeln skall vara tydlig, lättläst och tillgänglig för brukaren.
- Helg/bemärkelsedag skall tas i beaktan vid planering av matsedeln.
- Brukarna skall ha möjlighet att påverka matsedelns innehåll.

Krav på de olika måltidernas innehåll

Innehåll i en hel dags måltidsutbud måste innehålla komponenter från hela matcirkeln. Vitaminer och mineraler bör samverka (exempelvis c-vitamin och järn). Tänk på att använda säsongens råvaror.

Frukost

Vid frukostmålet skall följande finnas att välja på och komponera:

- Kaffe och/eller te
- Mjölk, filmjölk och/eller yoghurt
- Gröt, flingor/müsli och/eller välling
- Mjukt och hårt bröd
- Bordsmargarin med 70-80% fetthalt
- Pålägg
- Juice och/eller frukt
- Ägg (2-3 ggr/vecka)
- Tillbehör

Lunch

Lunchen skall innehålla:

- Kött, fisk, fågel eller vegetariskt alternativ
- Potatis, mos, ris eller pasta
- Sås
- Grönsaker och/eller rotfrukter
- Bröd och bordsmargarin (70-80% fetthalt)
- Tillbehör
- Måltidsdryck
- Efterrätt

Kvällsmat

Kvällsmaten bör komplettera lunchmålet och skall innehålla:

- Kött, fisk, fågel eller vegetariskt alternativ
- Potatis, mos, ris eller pasta
- Sås
- Grönsaker och/eller rotfrukter
- Bröd och bordsmargarin (70-80% fetthalt)
- Tillbehör
- Måltidsdryck
- Färsk frukt

Mellanmål

Vid mellanmålen skall följande finnas att välja på och komponera:

- Dryck, t.ex. kaffe, te, mjölk, juice, saft
- Mjukt och hårt bröd
- Bordsmargarin med 70-80% fetthalt
- Pålägg
- Kaffebröd (bulle, skorpa, kaka)
- Frukt
- Yoghurt
- Glass

De som är i behov av extra energi ska erbjudas energirika förstärkta mellanmål, t.ex. kräm med kaffegrädde, pannkaka med sylt och grädde, chokladpudding, näringsdrycker.

Drycker

Rekommenderat utbud av drycker för de olika måltiderna:

| | |
|----------------------|--|
| Frukost: | Kaffe, te, mjölk och juice |
| Lunch: | Mjölk, saft, lättöl, juice och bordsvatten |
| Kvällsmat: | Mjölk, saft, lättöl, juice och bordsvatten |
| Mellanmål/Kvällsmål: | Kaffe, te, mjölk, juice, choklad, buljong och fruktsoppa |

Matens utseende, lukt och smak

Personalens lyhörddhet är av stor vikt vid tillagning av mat för äldre och sjuka personers önskemål när det gäller smak och val av mat.

Utseende (hur den serveras)

Första intrycket av maten på tallriken är viktig. Redan vid planeringen av matsedeln bör man tänka på hur det kommer att se ut på tallriken, hur färgerna kompletterar varandra. Maten bör vara tillagad så att man kan urskilja råvaran. Brukaren måste kunna identifiera maten och känna igen den. De olika matkomponenterna skall vara åtskilda på tallriken.

Lukter

Dofter av mat kan öka aptiten.

Smaken

Förmågan att uppfatta smaker förändras med åren, vilket gör att många äldre upplever att maten inte smakar någonting. Ofta finns önskemål om rätter som är söta eller salta. Kulturella skillnader, att brukarna kommer från olika länder och landsdelar, kan vara stora och gör det ibland svårt att tillfredsställa allas smakriktning. Tillgång till olika tillbehör vid matbordet, t.ex. salt, peppar och andra kryddor, ger möjlighet för brukaren att själv påverka kryddningen på maten.

Måltidsmiljö

En måltid är inte bara ett intag av energi- och näringsämnen utan måltiden och ätandet är också en viktig del utav det sociala livet och för många en höjdpunkt under dagen. En vacker dukning och att maten som serveras är snyggt och prydligt upplagd är av stor vikt för trivsel, aptit och ätande. Det är också viktigt att måltiderna skall präglas av lugn och ro. Störande ljud så som TV, radio, diskmaskin, diskplock, prat i telefon osv. skall undvikas under måltiden.

SAMVERKAN

Hur minskar vi avståndet mellan vad vi vet genom kunskap inom nutritionsområdet och vad vi gör i praktiken?

Nutritionsgrupp

För att stimulera samarbete, kvalitetsutveckling och för att öka förståelsen för varandras arbetsfält i verksamheten bör det finnas ett samrådsorgan. Gruppen består av MAS, två verksamhetschefer samt kostombud och sjuksköterska från särskilt och ordinärt boende. Gruppen ansvarar för att följa upp och utvärdera kostriktlinjerna. Gruppen träffas en gång per halvår efter sammankallande från verksamhetschef för kök.

Kostombudsträffar

Kostombudsgrupper skall finnas på varje äldreboende, Korttidsenheten och omsorgsområde. På kostombudsträffar kan kostombud och representanter från kök samråda i kost- och nutritionsfrågor t.ex. matsedel, måltidsmiljö, måltidsordning, nyheter inom kostfrågor. Kostombudsträffar hålls minst en gång per halvår efter sammanskallande från verksamhetschef för kök. Dessa möten skall protokollföras. Brukare, brukareföreträdare och sjuksköterska kan också bjudas in vid dessa träffar.

Brukarråd

Brukaren skall ha möjlighet att påverka och ha inflytande på matsedeln, måltidsmiljön m.m. På brukarråd skall det finnas möjlighet att ta upp dessa frågor. För att ge brukarna möjlighet att ha inflytande på vilken mat som serveras, ställs krav på kostombud som kan ta med sig detta till kostombudsträffar eller direkt till verksamhetschef för kök.

Kostpärm

På samtliga enheter och omsorgsområde skall det finnas en kostpärm med allmän information om kost och nutrition för äldre. Kostpären finns även under O, se bilaga 1.

NUTRITIONSROUTINER FÖR OMSORGSPERSONAL OCH SJUKSKÖTERS KOR

Brukare på särskilt boende och Korttidsenheten i Partille Kommun

1. Vid upprättande av genomförandeplan (omsorgsplan) ansvarar kontaktpersonen för att en nutritionsbedömning görs vilket innebär att vikt och längd tas, BMI och eventuell ofrivillig viktförlust räknas ut samt eventuella ätsvårigheter noteras (se bilaga 3 för mätning av vikt och längd, uträkning av BMI och procentuell viktförlust).
2. Om brukaren har en **ofrivillig viktförlust**¹, ett **BMI på 22 eller lägre** eller **ätsvårigheter** (t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter) finns risk för undernäring. Då skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktas.
3. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör en utredning där orsaken till faktorer som talar för undernäring identifieras. Utifrån nutritionsbedömningen och utredningen skall en individuell vårdplan för nutrition upprättas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. I den individuella vårdplanen skall det framgå:
 - Insatta åtgärder
 - Mål/delmål för insatt nutritionsbehandling
 - Tid för uppföljning/utvärdering
4. En uppföljningsvikt skall därefter tas varje månad av omsorgspersonal. När BMI är över 22, ingen ofrivillig viktförlust samt inga ätsvårigheter förekommer sker uppföljningsvikt var tredje månad.
5. Om brukaren vid nutritionsbedömningen inte har risk för undernäring d.v.s. vid BMI över 22, ingen ofrivillig viktförlust samt när inga ätsvårigheter förekommer, då tas uppföljningsvikt var tredje månad.
6. Dokumentation sker i blanketten ”Uppföljning” (se bilaga 4) som förvaras i Brukarpärmerna under SOL bakom fliken Omsorgsplan.
7. Efter medicinsk bedömning och ordination av specialkost, konsistensanpassning eller näringsdryck skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska fylla i ett kost- och näringsdrycksintyg (se bilaga 5). Intyget förvaras i brukarpärmen under HSL bakom fliken Nutrition.
8. Det är verksamhetschefens ansvar att se till att verksamheten har kostombud (se bilaga 6).
9. Regelbundna kostombudsträffar (en gång per halvår) skall hållas med verksamhetschef för kök som är sammankallande. På dessa träffar tar man upp måltidsordning, nyheter i kostfrågor, miljön runtomkring måltiden och själva maten. Kostombuden har som uppgift att efter mötena återkoppla viktig information till sin arbetsgrupp samt att uppdatera kostpärmen.

För hjälpmedel se bilaga 1.

¹ Ofrivillig viktförlust, oberoende av ursprungsvikten, på mer än 5 % under en till tre månader eller mer än 10 % under de senaste sex månaderna är av klinisk betydelse.

NUTRITIONSROUTINER FÖR OMSORGSPERSONAL

Brukare i ordinärt boende med hemtjänst i Partille Kommun

1. Vid nybesök/hembesök: Biståndshandläggare gör en bedömning om man skall gå vidare och erbjuda brukaren att längd och vikt tas. Om brukaren samtycker lägger biståndshandläggaren en ”anteckning” till hemtjänsten som utför uppgifterna enligt fastställd tidsschablon på tio minuter.
2. Vid pågående ärende: För de brukare som redan har bistånd gäller att omsorgspersonalen använder sin nutritions kunskap och noterar om en brukare har låg vikt, gått ner i vikt eller verkar ha svårt att äta. Om brukaren samtycker skall omsorgspersonal göra en nutritionsbedömning vilket innebär att vikt- och längduppgifter tas, BMI och eventuell ofrivillig viktförlust räknas ut samt skall ätsvårigheter noteras (se bilaga 3 för mätning av vikt och längd, uträkning av BMI och procentuell viktförlust).
3. Brukarens kontaktperson ansvarar för att en nutritionsbedömning utförs.
4. Om brukaren har en **ofrivillig viktförlust²**, ett **BMI på 22 eller lägre** eller **ätsvårigheter** (t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter) finns risk för undernäring. Är brukaren inskriven i hemsjukvården skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktas. En uppföljningsvikt skall därefter tas varje månad av omsorgspersonal tills BMI är över 22, inga ätsvårigheter förekommer samt ingen ofrivillig viktförlust.
5. Vid BMI på över 22, ingen ofrivillig viktförlust eller inga ätsvårigheter förekommer tas uppföljningsvikt efter sex månader. För brukare som har haft undervikt skall dessa uppnå ett BMI på över 22 vid **två mättillfällen** med en månads intervall för att vägning skall ske efter sex månader.
6. Dokumentation sker i ”Löpande anteckningar” samt blanketten ”Uppföljning” (se bilaga 4) som förvaras i Brukar pärmen under SOL bakom fliken Omsorgsplan.
7. Vid behov av specialkost och konsistensanpassning skall ett ”Kost- och näringsdrycksintyg” (se bilaga 5) fyllas i av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Intyget förvaras i brukarpärmen bakom fliken Nutrition.
8. För brukare som inte är inskrivna i hemsjukvård skall omsorgspersonal uppmana brukaren (eller anhöriga) att uppsöka vårdcentral eller bistå med kontakt med behandlande läkare.
9. Personal från Stöd och service bör notera om matvarorna står oanvända i kylen mer än en vecka och föra detta vidare till kontaktperson/kostombud i omsorgsteamet.
10. Det är verksamhetschefens (gäller ej Stöd och service) ansvar att se till att verksamheten har kostombud (se bilaga 6).
11. Regelbundna kostombudsträffar (en gång per halvår) skall hållas med verksamhetschef för kök som är sammankallande. På dessa träffar tar man upp måltidsordning, nyheter i kostfrågor, miljön runtomkring måltiden och själva maten. Kostombuden har som uppgift att efter mötena återkoppla viktig information till sin arbetsgrupp samt att uppdatera kostpärmen.
12. I de verksamheter där man har ”Teamträffar” så kan dessa vara ett utmärkt tillfälle att ta upp kost- och nutritionsfrågor då flera olika yrkesprofessioner träffas.

För hjälpmedel se bilaga 1.

² Ofrivillig viktförlust, oberoende av ursprungsvikten, på mer än 5 % under en till tre månader eller mer än 10 % under de senaste sex månaderna är av klinisk betydelse.

NUTRITIONSROUTINER FÖR SJUKSKÖTERS KOR

Brukare i ordinärt boende med hemsjukvård i Partille Kommun

1. Bakgrund: Vid nybesök/hembesök gör biståndshandläggare en bedömning om man skall gå vidare och erbjuda brukaren att längd och vikt tas. Om brukaren samtycker lägger biståndshandläggaren en ”anteckning” till hemtjänsten. För de brukare som redan har bistånd gäller det att omsorgspersonalen noterar om en brukare har låg vikt, gått ner i vikt eller verkar ha svårt att äta. Om brukaren samtycker skall omsorgspersonal göra en nutritionsbedömning vilket innebär att vikt- och längduppgifter tas, BMI och eventuell ofrivillig viktförlust räknas ut samt skall ätsvårigheter noteras.
2. Brukarens kontaktperson ansvarar för att en nutritionsbedömning utförs.
3. Om brukaren har en **ofrivillig viktförlust**³, ett **BMI på 22 eller lägre** (se bilaga 3 för uträkning av BMI och viktförlust) eller **ätsvårigheter** (t.ex. aptitlöshet, tugg- och sväljsvårigheter) finns risk för undernäring. Då skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska kontaktas. En uppföljningsvikt skall därefter tas varje månad av omsorgspersonal tills BMI är 22 eller över, ingen ofrivillig viktförlust eller inga ätsvårigheter förekommer.
4. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska gör en utredning där orsaken till faktorer som talar för undernäring identifieras.
5. Utifrån nutritionsbedömningen och utredningen skall en individuell vårdplan för nutrition upprättas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. I den individuella vårdplanen skall det framgå:
 - Insatta åtgärder
 - Mål/delmål för insatt nutritionsbehandling
 - Tid för uppföljning/utvärdering
6. Dokumentation sker i blanketten ”Uppföljning” (se bilaga 4) som förvaras i Brukarpärmen under SOL bakom fliken Omsorgsplan.
7. Efter medicinsk bedömning och ordination av specialkost eller konsistensanpassning skall omvårdnadsansvarig sjuksköterska fylla i ett kost- och näringsdrycksintyg (se bilaga 5). Intyget förvaras i brukarpärmen under HSL bakom fliken Nutrition.
8. För brukare som inte är inskrivna i hemsjukvård skall omsorgspersonal uppmana brukaren (eller anhöriga) att uppsöka vårdcentral eller bistå med kontakt med behandlande läkare.

För hjälpmedel se bilaga 1.

³ Ofrivillig viktförlust, oberoende av ursprungsvikten, på mer än 5 % under en till tre månader eller mer än 10 % under de senaste sex månaderna är av klinisk betydelse.

NUTRITIONSRUTINER FÖR BISTÅNDSHANDLÄGGARE

Brukare i ordinärt boende med hemtjänst i Partille Kommun

1. Vid nybesök/hembesök: Biståndshandläggare använder sin nutritions kunskap för att göra en bedömning om man ska gå vidare och erbjuda brukaren att längd och vikt tas.
2. Bedömningen baseras på om brukaren svarar ja på en eller flera av följande frågor:
 - Upplever du att du har gått ner i vikt under de senaste månaderna?
 - Upplever du att din aptit har minskat under de senaste månaderna?
 - Tycker du att du har andra problem med maten som t.ex. tugg- och sväljbesvär?
3. Om brukaren samtycker lägger biståndshandläggaren en ”anteckning” till hemtjänsten som utför uppgifterna enligt fastställd tidsschablon på tio minuter.
4. Om brukaren tackar nej till att vikt och längd skall tas ger biståndshandläggaren ett informationsblad om nutritionsarbetet som pågår i Partille kommun.

BRUKARPÄRM

Informationsöverföring sker med hjälp av blanketten ”Uppföljning” (se bilaga 4) i brukarpärmen under SOL bakom fliken Omsorgsplan samt eventuellt ”Kost- och näringsdrycksintyget” (se bilaga 5) under HSL bakom fliken Nutrition.

KÄLLFÖRTECKNING

I samband med kost- och nutritionsarbete och livsmedelshantering skall följande lagar och rekommendationer följas:

Lagar

- Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:737)
- Livsmedelslagen (SFS 2006:804)
- Livsmedelsförordningen (SFS 2006:813)

Övrig litteratur och rekommendationer

1. Näringsproblem inom vård och omsorg, prevention och behandling, SOS Rapport 2000:11
2. Mat och näring inom vård och omsorg, Livsmedelsverket 2003
3. Mat och kostbehandling för äldre – Problem och möjligheter, Livsmedelsverket 2001
4. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg, Nutritionshandbok framtagen av Dietisternas Riksförbund, Nutritionsnätet för sjuksköterskor, Svensk förening för Klinisk Nutrition, SWESPEN 2005