

Allt fler uppnår allt högre åldrar. Idag utgör de 80 år och äldre ca en halv miljon, och i slutet av 2040-talet över 1 miljon. Andelen friska och aktiva äldre, oavsett ålder, är högre än någonsin. Emellertid ökar risken för funktionsnedsättningar och sjukdom, och ett stort antal i hög ålder (över 80 år) har betydande behov av stöd och hjälp

En betydelsefull aspekt av äldres levnadsvanor är de vanor som kan kopplas till maten och måltiden, det kan handla om exempelvis livsmedelsval, måltidsmönster eller utformningen den dagliga måltidssituationen. Goda matvanor är bra för hälsan och välbefinnandet och är en förutsättning för att bibehålla hälsa. Att kunna påverka sitt eget val av mat utgör en central del i känslan av valfrihet och kontroll över tillvaron och för att bibehålla identiteten, trots hög ålder och "frailty". Kännedom om den enskildes preferenser och vanor rörande mat och dryck samt möjligheten för den äldre att efter egen förmåga vara delaktig och aktiv i beslut kring detta är därmed en förutsättning för god omvårdnad.

Tre lärare och forskare från Högskolan Kristianstad har i denna skrift sammanfattat det rådande kunskapsläget på området äldres mat- och måltidssituation på ett lättillgängligt sätt. Kunskapssammanställningen utgör en del av projektet Aktivt Åldrande – individuellt anpassade måltidslösningar för hälsa och livskvalitet hos äldre finansierat VINNOVA i utlysningen "En hållbar innovativ livsmedelskedja som möter framtidens behov".

Aktivt Åldrande – individuellt anpassade måltidslösningar för äldres hälsa och livskvalitet – en kunskapssammanställning



*Maria Nyberg
Viktoria Olsson
Elisabet Rothenberg*

Aktivt Åldrande – individuellt anpassade måltidslösningar för äldres hälsa och livskvalitet – en kunskapssammanställning

Maria Nyberg

Viktoria Olsson

Elisabet Rothenberg

Kristianstad University Press

Grafisk form omslag: Thomas Ottosson, Högskolan Kristianstad

Tryck: Högskolan Kristianstad 2014

ISBN: 978-91-981337-9-0

Kristianstad University Press 2014

© Respektive författare

Förord	3
Sammanfattning	5
Del 1	7
Demografi	7
Äldre och åldrande	7
Förändrade förutsättningar och vanor	8
Funktionell förmåga och mobilitet	9
Vikten av autonomi	11
Hälsoutveckling	12
Sarkopeni och Frailty	13
De mest sjuka äldre	14
Vård, omsorg och service	15
Kommunal äldreomsorg	15
Anhörigvård	16
Måltider inom äldreomsorgen	16
Vård- och omsorgskostnader	17
Äldres behov av energi och näringsämnen	18
Risk för undernäring	19
Referenser	21
Del 2 – Maten och måltiden i fokus	29
Matens och måltidens funktioner och dimensioner	29
FAMM – ett sätt att förstå måltidens olika delar	30
Den sociala maten och den kulturella måltiden	33
Matlagningens roll	36
Strävan efter autonomi och integritet	38
Sinnenas karaktär och förändring	41
Att välja mat och dryck	43

Strategier för att hantera måltidssituationen	46
Referenser	49

Förord

Denna kunskapssammanställning utgör en del av projektet Aktivt Åldrande – individuellt anpassade måltidslösningar för hälsa och livskvalitet hos äldre finansierat VINNOVA i utlysningen ”En hållbar innovativ livsmedelskedja som möter framtidens behov”: Projektbeskrivning för projektform B 2013.

Med måltidslösning avses i detta projekt processen från planering av inköp, inköp, tillagning, intag av mat och dryck till förpackningar, avfallshantering och logistiksystem.

Projektets mål: Att upprätthålla livskvalitet och autonomi genom individuella och personligt anpassade måltidslösningar som passar äldre personers krav och behov. Bra mat, god mat och mat i rättan tid!

Denna kunskapssammanställning ingår i work package (WP) 2 vars övergripande syfte är att definiera relevanta målgrupper bland äldre samt deras behov och önskemål med avseende på mat och måltid, från beställning till avfall. Vi utgår från hemmaboende äldre med hemtjänst och äldre personer som skulle vilja ha hemtjänst. Här ingår att med hjälp av enkäter och frågeformulär som besvaras av äldre och personer i äldres närhet identifiera och avgränsa olika undergrupper. Även observationsstudier kan vara aktuellt. Kunskapssammanställningen baseras på befintlig litteratur med relevans för projektet, avseende äldre, åldrande och därtill relaterade sjukdomar och handikapp. Kunskapssammanställningen är uppdelad i två delar:

Del 1 innefattar en demografisk bakgrundsbeskrivning baserad på officiell statistik samt en litteratursammanställning baserad på vetenskaplig litteratur beträffande äldre, åldrande, mat och måltider.

Del 2 fokuserar på äldres önskemål och behov kopplade till maten och måltiden, där äldres måltidssituation såväl som matval och preferenser presenteras.

Kunskapssammanställningen kommer att ligga till grund för utformning av arbetet i övriga delar av projektet.

Sammanfattning

Allt fler uppnår allt högre åldrar. Idag utgör de 80 år och äldre ca en halv miljon, och i slutet av 2040-talet över 1 miljon. Medellivslängden varierar dock mellan regioner och med utbildningsbakgrund. Äldre omfattar en hel generation med olika exponering för livsstils- och omgivningsfaktorer, gruppen är därför heterogen med varierande hälsostatus, behov, önskemål och förutsättningar. Hälsoutvecklingen är gynnsam och hög levnadsstandard har förskjutits uppåt i åldrarna. Andelen friska och aktiva äldre, oavsett ålder, är större än någonsin. Emellertid ökar risken för funktionsnedsättningar och sjukdom, och ett stort antal i hög ålder (över 80 år) har betydande behov av stöd och hjälp, som ska tillgodoses av en offentligt finansierad äldreomsorg stadd i förändring. Antalet platser inom särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende har minskat. Kriterierna för bistånd med vardagliga sysslor och personlig ADL (aktiviteter i det dagliga livet) har skärpts. Få behöver hjälp med den egna omvårdnaden före 80 års ålder, därefter stiger andelen snabbt. Möjligheten att klara vardagliga aktiviteter beror också på omgivningsfaktorer som boendeform. Idag bevittnar vi en utveckling där anhörigas/närståendes hjälpinsatser har ökat betydligt över tid.

Bättre hälsa har minskat vård- och omsorgskostnaderna per individ, men behovet av äldreomsorg beräknas öka med ca 70 % och hälso- och sjukvården med 30 % fram till 2050, vilket i ekonomiska termer innebär en ökning av BNP med 3-4 % till 2050. Försörjningsbördan för den yrkesverksamma delen av befolkningen ökar därmed. Regeringens mål är att minska risken för insjuknande bland de äldre genom att identifiera riskgrupper, och påverka livsstil och levnadsvanor.

En betydelsefull aspekt av äldres levnadsvanor är de vanor som kan kopplas till maten och måltiden, det kan handla om exempelvis livsmedelsval, måltidsmönster eller utformningen den dagliga måltidssituationen. Goda matvanor är en förutsättning för hälsa.

Det är känt att mat och måltider har flera olika dimensioner, roller och funktioner i vår vardag. Mat och måltider är glädje och njutning i livet, men kan också vara en källa till frustration, oro och ångest. Matens sociala och kulturella värden består när vi åldras men sjukdom, funktionsnedsättning och social isolering kan bidra till att matens och måltidens innehåll, tidpunkter och värde förändras. Förändringar kopplade till åldrandet kan leda till att den äldre tvingas acceptera beroende kring mat och måltiden, något som står i motsatsförhållande till strävan efter autonomi och integritet. Äldre, speciellt den växande gruppen ensamstående och hemboende äldre, utvecklar ofta olika strategier för att överbrygga måltidsrelaterade svårigheter. Strategier som kan handla om förenklingar men som samtidigt kan öka risken för undernäring.

Den äldres behov, önskemål och preferenser rörande maten och måltiden kan inte beskrivas på ett generellt sätt. Allt fler undersökningar betonar vikten av individanpassade mat- och måltidslösningar. Livsmedelsvalet och den måltidssituation som eftersträvas avgörs av en mängd samspelande faktorer färgade av ett helt liv av kunskaper, föreställningar och erfarenheter i relation till maten och måltiden. Gemensamt för många äldre är dock att sinnesintrycken försvagas, maten smakar och doftar mindre vilket kan leda till försämrad aptit och risk för undernäring. Detta kan dock motverkas på olika sätt genom exempelvis smaksättning och uppläggning av maten.

Att kunna påverka sitt matval är centralt för att, trots ålder och ”frailty”, kunna behålla en del av den för oss alla så viktiga bilden av oss själva, dvs. vår identitet. Kännedom om den enskildes preferenser och vanor rörande mat och dryck samt möjligheten för den äldre att efter egen förmåga vara delaktig och aktiv i beslut kring detta är därmed en förutsättning för god omvårdnad. Det kräver att vården och omsorgen utvecklas och anpassas efter de äldres behov och att samhället stimulerar innovationer som främjar ett självständigt och gott liv.

Del 1

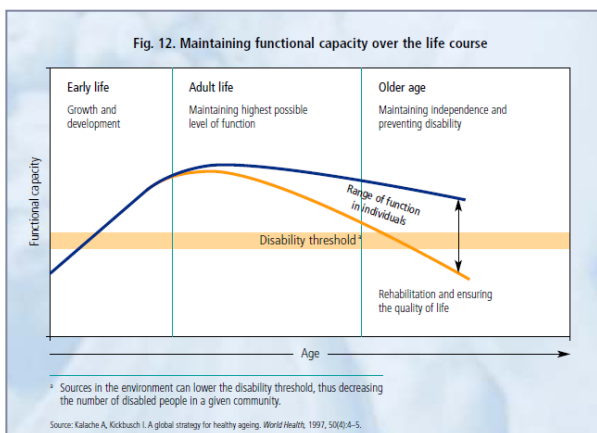
Demografi

Andelen äldre i befolkningen är hög och beräknas öka ytterligare under kommande decennier. Det beror fram för allt på att allt fler uppnår allt högre åldrar. Medellivslängden i Sverige är idag 83,7 år för kvinnor och för män 80,1 år med en förväntad ökning på 2,6 år fram till 2050 (SCB) för båda könen. År 2060 beräknas kvinnor fyllda 65 år ha en förväntad medellivslängd på ytterligare 25,1 år och män motsvarande 23,3 år (1). I de högre åldrarna dominerar kvinnor, som 1998 utgjorde 75% av dem 90 år och äldre (2). Allt fler beräknas också att uppnå sin 100 års dag. Skillnader i medellivslängd relateras till utbildningsnivå, med högre förväntad medellivslängd bland dem med eftergymnasial utbildning jämfört med dem som enbart har grundskoleutbildning (3). Det finns också tydliga regionala skillnader. Stockholms län hade den lägsta medelåldern, 39,0 år 2008, medan Kalmar län hade den högsta, 43,5 år (4). De största kommunerna representerar 70 procent av Sveriges befolkning där finns således också de flesta äldre (5). Halland och Uppsala har högst medellivslängd i landet, också Kronoberg, Jönköping och Stockholms län har signifikant högre medellivslängd än ett genomsnitt för riket. Kortast medellivslängd har männen i Norrbottens län och kvinnorna i Västernorrlands län med (Medellivslängd 2013, SCB). Idag utgör de 80 år och äldre ca en halv miljon, och i slutet av 2040-talet över 1 miljon (6). Då beräknas en fjärdedel av befolkningen vara 65 år eller äldre. Andelen äldre med invandrarbakgrund ökar.

Äldre och åldrande

Äldre, definierat som om alla som uppnått pensionsålder, omfatta räknat i kronologisk ålder en hel generation. De yngsta är 65 år och nyblivna pensionärer födda i skiftet mellan 1940- och 1950-tal och de allra äldsta är runt 100 år och födda runt första världskriget. Det innebär att gruppen ”äldre” är heterogen på många sätt beroende på olika exponering med

avseende på t ex fysisk miljö, utbildning och sociala förutsättningar samt hälso- och sjukvård. Dessa skillnader beroende på olika levnadsförhållanden över tid kallas periodeffekter. Livsstil i termer av; fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost skiljer sig också åt relaterat till socioekonomiska förutsättningar och kronologisk ålder. Med detta sagt är det samtidigt viktigt att konstatera att individer med samma kronologiska ålder kan befinna sig på väldigt olika nivåer med avseende på funktionell förmåga såväl fysiskt som psykiskt. Då åldrandet utvecklas med stora individuella variationer beroende av t ex genetisk disposition, sjukdom och livsstilsfaktorer, figur 1.



Figur 1. Upprätthållande av funktionell förmåga över livet

Förändrade förutsättningar och vanor

De gerontologiska och geriatrika populationsstudierna H70 i Göteborg startade 1971. Betydande kunskap har genererats om åldrandets utveckling på individnivå, så kallade longitudinella studier, men också beträffande hur förändringar av hälsans utveckling för individer som är lika gamla förändrats över tid så kallade tvärsnitt jämförelser (7, 8). Bland de

slutsatser som går att dra är att andelen 75-åringar som behöver hjälp med dagliga aktiviteter har minskat från 17% till 4% mellan 1975-76 och 2005-06 (9). 75-åringarna i den senare gruppen var istället betydligt mer aktiva. Andelen som kör bil har ökat från 22% till 72% bland män, och från 3% till 36% bland kvinnor (9). Andelen som rest utomlands det senaste året har ökat från 15% till drygt 50% (9). Socialt nätverk var viktigt för depressionsförekomst bland dem födda 1901-02, men inte bland dem födda 1930 (10). En förklaring kan vara att låg kontakt med andra kompenseras av den stora ökningen av sociala medier och TV. Trots att det sociala nätverket varit oförändrat mellan 1970-talet och 2000, har andelen som känner sig ensamma ökat betydligt. Kognitiv förmåga har stor betydelse för äldres hjälpbehov. Utbildningsnivån har ökat betydligt, vilket avspeglas i förbättrade resultat på kognitiva tester (10). Matvanorna har förändrats på samma sätt som i resten av befolkningen, sett över tid. Intaget av frukt och grönsaker, liksom vin och lättprodukter ökade, medan intaget av potatis, kakor och socker minskade. Valet av livsmedel avviker inte nämnvärt från yngres (11). Många äldre har goda kunskaper om vad som är nyttigt respektive vad som är mindre bra för hälsan. Måltidsordningen är stabil. Nästan alla äter frukost och ett eller flera lagade mål per dag (12). Socioekonomiska skillnader finns, till exempel avseende intaget av socker och matfett, som är lägre i de senast undersökta grupperna. Så länge äldre är vid god hälsa bibehålls bra matvanor, och därmed ett bra intag jämfört med rekommendationerna (12). Undantaget är intaget av D-vitamin, som är för lågt (10).

Funktionell förmåga och mobilitet

Flera studier visar att äldres förmåga att klara sig själva har ökat betydligt i västvärlden. Fler äldre i Sverige motionerar än i tidigare generationer och andelen helt inaktiva har minskat. Fler ägnar sig åt trädgårdsarbete, promenader eller promenad i skog och mark (13). Att äldre blivit mer fysiskt aktiva kan vara en följd av förbättrad funktionsförmåga samtidigt som fysisk aktivitet bidrar till förutsättningar att upprätthålla en god funktionsförmåga.

I ULF-undersökningarna (undersökning av levnadsförhållanden) 2008 förekom rörelsehinder i gruppen 65–74 år hos cirka 7 % av männen och cirka 17 % av kvinnorna, för att öka till 20 respektive 27% i gruppen 75–84 år. Bland de allra äldsta (85+) hade närmare hälften av kvinnorna ett rörelsehinder, uppgift saknas för männen (14). När det gäller användning av förflyttningshjälpmedel sker en dramatisk ökning vid 75 års ålder, drygt 20% av männen respektive knappt 40% av kvinnorna använde 2004- 05 något förflyttningshjälpmedel. Bland dem 85+ använde 70% av kvinnorna och 55% av männen något förflyttningshjälpmedel. När det gäller rollatoranvändning var drygt två tredjedelar 80+ och ca hälften använde rollatorn inomhus en övervägande majoritet var kvinnor. Mobiliteten har dock totalt förbättrats sedan 1980-talet (14). Hög levnadsstandard har förskjutits uppåt i åldrarna. Ökade pensioner, fysisk rörlighet, fritidsaktiviteter och tillgång till bil leder till en förlängning av livsstilen från medelåldern in i pensionsåldern. (2003 hade nästan 60% av dem 75-84 år tillgång till bil, en ökning med 35% sedan 1980 (14).

Problem med arm- eller handfunktion är i större utsträckning än svårigheter att förflytta sig ett problem för framför allt kvinnor. Svårigheter att bära och/eller att gripa var 3 gånger så vanligt bland kvinnor som bland män enligt SCB:s hälsorapport (15). Problemen tilltar med åldern och bland dem 75–84 år uppvisade var femte man och drygt 40 % av kvinnorna svårigheter att bära och/eller gripa (15).

Förmågan att klara instrumentell ADL (städning, matinköp, matlagning och tvätt) har förbättrats, medan förmågan att klara ADL (bad, stiga upp, klä på sig) inte har ändrats nämnvärt (14). Enligt ULF-undersökningarna blir svårigheter att klara den personliga omvårdnaden vanliga först vid mycket hög ålder, och handlar då vanligen om bad och dusch (14). Få behöver hjälp med den egna omvårdnaden före 80 års ålder, men därefter stiger andelen snabbt (tabell 2). I åldrarna 85+ behöver närmare hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen hjälp med personlig omvårdnad. Förmågan att klara vardagliga aktiviteter beror dock inte bara på den

kroppsliga funktionsförmågan utan också på omgivningsfaktorer som boendeform, avstånd till affärer och tillgång till hjälpmedel.

Tabell 1. Behov av hjälp med matinköp, matlagning respektive städning

Andel (procent) som behöver hjälp med inköp av livsmedel, matlagning och städning. Kvinnor och män 75–84 år och 85+ år, genomsnitt för åren 2002–2005. Direkt och indirekt intervjuade.

Hjälpinsats	Åldersgrupp år	Kvinnor	Män
		Procent	
Matinköp	75–84	27	15
	85+	60	47
Matlagning	75–84	13	16
	85+	40	40
Städning	75–84	30	20
	85+	66	51

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Vikten av autonomi

Enligt undersökningen Autonomi – är att kunna klara sig självständigt - viktigt för den upplevda välfärden och kvalitén i livet. Individen vill hellre kompensera sina funktionsnedsättningar med system som denne själv kontrollerar än att ”be om hjälp”. Att fler äldre klarar sig självständigt längre ligger också i samhällets intresse, varför det också finns ett samhälleligt stort intresse i mer och bättre hjälpmedel och välfärdsrobotik (16).

I Kommittédirektivet till utredningen ”Åtgärder för att främja äldres hälsa, trygghet och självbestämmande” Dir 2014:2 framhåller regeringen vikten av att äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt därför behöver vården och omsorgen utvecklas och anpassas efter morgondagens äldre och samhällsutvecklingen i stort. Vidare att god äldreomsorg kräver fortsatt utveckling av självbestämmande och delaktighet, där nya innovationer som gagnar de äldres möjligheter till ett självständigt och gott liv tas tillvara.

Hälsoutveckling

En majoritet, är oberoende av ålder, vid god hälsa och lever friska och självständiga liv. Funktionsförmågan har, som nämnts ovan, förbättrats under de senaste 20 åren och andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat (14). I en undersökning ”Bo hemma på äldre da’r” (2000) framkommer att 86% av dem 75+ skattade sitt hälsotillstånd gott eller mycket gott (17).

Kvinnor lever generellt fler år med hälsoproblem jämfört med män (18) fram för allt minskad rörlighet och smärta. Andelen som rapporterar långvarig sjukdom har sedan 1980-talet ökat, medan andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar det dagliga livet har minskat (19)

Värkbesvär, ängslan, oro och sömnbesvär är vanligt förekommande och ökar med åldern. Av de stora folksjukdomarna har flera förskjutits högre upp i åldrarna, samtidigt som en mindre andel i varje given åldersgrupp uppger sjukdom eller besvär som hindrar det dagliga livet.

Kroniska sjukdomar är vanliga ca 40% av befolkningen i Europa över 15 år, har minst en och vid 65 års ålder har två av tre minst två kroniska sjukdomar. Detta gäller också Sverige. Mycket talar dock för att utvecklingen går att bryta. Av dem som dör av kronisk sjukdom hade 90 % en sjukdom som är möjlig att förebygga och behandla genom bl a förändrade levnadsvanor (20). Ett övergripande finanspolitiskt mål är att minska risken för insjuknande bland de äldre genom att identifiera riskgrupper, och påverka livsstil och levnadsvanor genom förebyggande och hälsofrämjande insatser (Vårbudgeten 2013). Samtidigt utpekas demenssjukdom som en utmaning då förekomsten är starkt åldersrelaterad. Det finns 150 000 personer med demenssjukdom och 24 000 förväntas nyinsjukna. Bland de allra äldsta är multisjuklighet utbredd (21).

Den vanligaste dödsorsaken är hjärt- och kärlsjukdom, följt av tumörsjukdom (22). Bland kvinnor har under de senaste åren lungcancer blivit den vanligaste dödsorsaken, medan prostatacancer är den vanligast bland

männen. Dödligheten i demenssjukdomar har ökat kraftigt och ligger nu fyra gånger högre än 1987 för både kvinnor och män (22). Den absoluta majoriteten av alla som dör, nästan två tredjedelar, är 75 år eller äldre (22) och mer än hälften av alla kvinnor och var tredje man som dog år 2011 var 85 år eller äldre (3).

Risken att råka ut för olycka ökar med åldern och av olyckstyper är det falloolyckor som leder till flest dödsfall, antal inläggningar på sjukhus och flest antal besök på akutmottagningar. Den vanligaste orsaken är att man snubblar eller snavar, drabbas av yrsel, trampar fel eller tappar balansen. De allra flesta fallen sker i hemmet. Falloolyckor kostar samhället ungefär 25 miljarder kronor per år, men det satsas bara 3 miljarder kronor på att förebygga dessa olyckor, trots att det finns många förebyggande insatser som skulle kunna göras och ge stor effekt (23). Ingen åldersgrupp förlorar så många återstående levnadsår till följd av olyckor som just de äldre.

Sarkopeni och Frailty

Åldrandet i sig är ingen sjukligprocess, men det leder till förändringar som ökar sårbarheten för sjukdom. Sarkopeni definieras som förlust av muskemassa och -styrka (24), orsakad av en kombination av flera faktorer som sjunkande nivåer av anabola hormoner (25, 26) samt förlust motorneuron för kontakt med centrala nervsystemet (27). Andra bidragande faktorer är fysisk inaktivitet och bristande energi- och näringsintag. Sarkopeni tillhör åldrandet men kan delvis förebyggas och motverkas genom fysisk aktivitet, fram för allt träning med motstånd (28-35). Också konditionsträning har påvisats ha goda effekter bland äldre (36-38). Sarkopeni utgör en grundläggande orsak till handikapp, men ökar också risken för fall och sårbarhet för sjuklighet (39, 40). Muskulaturen behövs inte bara i motoriskt arbete utan utgör också kroppens proteinreserv, för att möta ökat behov av syntes av inflammationsrelaterade proteiner i samband med sjukdom och skada.

Sarkopeni ingår i sin tur i begreppet ”frailty” skörhet på svenska, som definieras som ” ett tillstånd av minskad reserv och motståndskraft mot stressfaktorer till följd av ackumulerad nedgång i flera fysiologiska sy-

stem, vilket orsakar sårbarhet för olika negativa hälsoutfall, som aktivitetsbegränsningar och begränsningar i socialt deltagande samt ökad sjuklighet” (41). Frailty står för en dynamisk progressiv process från att vara frisk över i funktionell nedgång, som slutligen leder till döden. Det pågår mycket vetenskapligt arbete för att identifiera, förebygga och behandla frailty, och nutrition är en viktig del i detta arbete.

De mest sjuka äldre

”Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande ned-sättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.” (42) Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet (tre diagnoser senaste tolv månaderna), fler än 19 vård dagar i slutenvård eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård. Med omfattande omsorg menas personer som bor permanent i särskilt boende, som har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, som bor i korttidsboende eller har beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). 2010 utgjorde denna grupp 18 % av befolkningen över 65 år motsvarande 315 000 personer (42). Enligt regeringsbeslut 2014-02-12 är målsättningen för denna grupp *”Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.”* och syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och lands-ting. Det är angeläget att utförare av verksamheter, oavsett driftsform, som riktar sig till de mest sjuka äldre engageras i satsningen. Bland målen för äldre-satsningen 2011–2014 kan nämnas:

- God hälsa, vård och omsorg
- God vård i livets slutskede
- God vård vid demenssjukdom
- Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter

- Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens.

Vikten av det preventiva arbetet betonas.

Vård, omsorg och service

Kommunal äldreomsorg

Kommunerna bär ansvaret för vård och omsorg om äldre, reglerat i socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Personer med stora och varaktiga funktionsnedsättning kan därutöver ha rätt till särskilda insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionsnedsatta (LSS). Grundläggande principer för socialtjänstens insatser till äldre är självbestämmande och normalisering, vilket bl. a. innebär att äldreomsorgen ska inriktas på insatser för att underlätta för äldre att så långt som möjligt kunna bo kvar i det egna hemmet. När dessa insatser blir otillräckliga ska äldre kunna erbjudas ett boende som kan tillgodose mer omfattande vård- och omsorgsbehov så kallade särskilda boendedeformer.

Minskningen av äldreomsorg bland yngre pensionärer kan till stor del förklaras av förbättrad hälsa. Men bland äldre 80+, har hälsoförbättringarna varit mer begränsade, och här går det att observera en reell neddragning av äldreomsorgens omfattning. Detta illustreras av att kommunernas bruttokostnader per invånare 80+ år var 15 % lägre 2000 jämfört med 1990 (43). År 1980 fick 34 % av befolkningen 80+ år hemtjänst; 2005 var motsvarande andel 20% (43). Andelen i särskilt boende minskade från 28 till 17% under samma period. Hemtjänsten har däremot ökat i omfattning, från 2000 – 2005 med 120 000 till 135 000 personer (44). Hela ökningen gäller dem över 80 år, bland dem 65-79 år minskade antalet med hemtjänst. År 2012 bodde ca 14% 65+ permanent i särskilda boendedeformer eller var beviljade hemtjänst i ordinärt boende. Ca 5% av dem 65+ bodde i särskilt boende ca 5% (45), bland dem 80+ ca 14% i särskilt boende. Motsvarande siffror avseende hemtjänst va 9 respektive 24% för dem 65+ respektive 80+ (45). Socialtjänstlagens formuleringar om rätt till bistånd har inte ändrats; däremot har praxis för vad som är

rimligt att bevilja bistånd för ändrats. Inriktningen har varit att minska antalet platser särskilda boendeformer då denna vårdform är kostsam. Således sker en fortsatt minskning av antalet platser. Den ökning som ses under senare år av beviljad hemtjänst skall ses som ett kommunicerande kärll för att möte behovet av vård och omsorg fram för allt bland dem 80+. Färre platser på sjukhus och i särskilt boende innebär att allt fler med mat- och näringsproblem kommer att finnas i egen bostad (46).

De som lever med en partner uppger i regel ett mindre hjälpbehov än de som är ensamboende. Förekomsten av anhörig i hushållet har stor betydelse för efterfrågan på vård och omsorg.

Anhörigvård

Anhörigas insatser har över tid ökat medan hemtjänstens minskat. Totalt var 24 % i befolkningen över 55 år informella hjälpgivare 2003 (43). Särskilt tydligt syns utvecklingen för ensamboende kvinnor 80+. Vid ett stort hjälpbehov ges biståndet könsneutralt, men det är betydligt fler män med litet hjälpbehov som får kommunal hjälp dagligen (43, 47). Enligt studier gjorda av Marta Szebehely och medarbetare har drygt 90 000 kvinnor och drygt 50 000 män 45-66 år gått ner i arbetstid, sagt upp sig eller gått i pension i förtid pga anhörigomsorg (48). Ännu fler har fått minskade inkomster beroende på anhörigomsorg. Att vara anhörigvårdare inverkar också negativt på hälsan för flera.

RUT-tjänster blir allt vanligare. Idag har lika många äldre RUT som hemtjänst (9% av alla 65+). En del har RUT i stället för hemtjänst, en del både och en del har RUT utan omsorgsbehov (49). RUT-tjänster tycks dock inte ersätta hemtjänstens insatser i någon större omfattning.

Måltider inom äldreomsorgen

Sveriges kommuner och landsting ställde en enkät till kommunerna våren 2006. "Hemsänd mat till äldre. Sveriges Kommuner och Landsting. 2006-09-27". I 276 av de 281 kommuner som besvarade enkäten, fick totalt 57 249 personer bistånd i form av hemsänd mat. Närmare 200 kommuner lagade maten i egen regi, men entreprenad var också vanligt

förekommande. Oftast var det hemtjänstpersonal stod för distributionen vanligen i form av varm mat. Möjligheten att välja mellan olika distributörer var inte särskilt vanligt. De flesta kommuner (n=201) distribuerar mat >1 gång/vecka medan 46 kommuner distribuerar mat 1 gång/vecka. Det är dock vanligt att en portion används till två eller flera måltider (50). En majoritet (n=232) erbjuder gemensamma måltider för äldre i någon form. Hur många och vilka äldre som deltar framgår dock inte av enkäten. Data är inte uppdaterade efter denna enkät. Enligt nöjd kundindex för hemtjänst (Socialstyrelsen 2009) får maten i genomsnitt ett värde på 65 vilket kan jämföras med ett sammanvägt index för hemtjänst totalt på 75. Spridningen mellan olika kommuner är också väldigt stor. Där kommuner med lägst värde ligger runt 50 och kommuner med bäst värde runt 80. I rapporten ”Matens pris. Kommunernas pris för mat inom äldreomsorgen” konstaterar PRO att den statistik som finns över kostnader för mat till äldre gör det svårt att jämföra kommuner på ett rättvisande sätt (51). Kommunernas matavgifter är som regel avsevärt högre än rekommendationerna för schabloniserade belopp för livsmedel, som ingår i förbehållsbeloppet enligt Sveriges Kommuner och Landstings rekommendation. Detta leder inte sällan till att den som ska betala avgift för färdiglagad mat får sin hemtjänstavgift nedsatt. För den vars inkomster inte ger utrymme för att betala merkostnaden för färdiglagad mat saknas dock garanti för att förbehållsbeloppet inte tas i anspråk, och enskilde kan vara hänvisad till att söka försörjningsstöd enligt socialtjänstlagen. Rättsläget är oklart när det gäller om kommuner har rätt att sätta ner matavgiften på grund av bristande betalningsförmåga eller om detta strider mot den kommunala likställighetsprincipen.

Vård- och omsorgskostnader

Bättre hälsa har minskat vård- och omsorgskostnaderna per individ. Trots det kommer det ökande antalet äldre och mycket gamla att driva upp konsumtionen av vård och omsorg. Den genomsnittliga årliga kostnaden uppgick 2012 till drygt 24 000 kronor per person i åldern 35–39 år, till ca 65 000 i åldern 70–74 år, och till ca 209 000 kronor i åldern 85–89 år

(52). I LEV scenarierna beräknas äldreomsorgen öka med ca 70 % och hälso- och sjukvården med 30 % fram till 2050. Lägger man till den historiska ambitionsökningen på ca 0,8 % per år ökar konsumtionen med ca 80 % 2050, vilket skulle innebära en ökning av andelen av BNP som sammantaget går till vård och omsorg från ca 13% idag till 16–17 % 2050 (53). Denna utveckling skall samtidigt ses i ljuset av en allt högre försörjningsbörda för den yrkesverksamma delen av befolkningen. Antalet personer som är 65 år eller äldre förväntas öka med ca 1 miljon till 2050 och med 1,8 miljoner till 2100 jämfört med 2010, medan de i yrkesverksam ålder ökar med knappt 600 000 respektive 1,2 miljoner (52).

Äldres behov av energi och näringsämnen

Energibehovet bestäms av en rad faktorer, som kön, ålder och grad av fysisk aktivitet. Om intaget balanserar utgifterna hålls kroppsvikten konstant. Om en obalans uppstår förändras kroppsvikten. En skillnad på 120 kcal/dag på ett år leder det till en viktförändring på 6 kg. Det kan motsvara cirka 10 % av kroppsvikten för en person som från början väger relativt litet.

För de flesta vitaminer och mineraler saknas vetenskapligt stöd för specifika rekommendationer för äldre. När det gäller D-vitamin ligger dock rekommendation på 20 ug/d för personer 75 år och äldre (54). Det är 10 ug mer än för resten av befolkningen över 2 år. Orsakerna till en högre rekommendation för äldre är flera. Äldre har svårare att omvandla solens ultravioletta ljus (UVB) till D-vitamin, många äldre exponeras i liten utsträckning för sol, det blir allt vanligare med sviktande aptit och därmed lågt intag i högre åldrar, vidare tycks kroppen behöva högre doser utnyttja D-vitamin till kalciuminlagring i benväven. Dessa åldersförändringar är viktiga att ta hänsyn till då vitaminet har många viktiga fysiologiska funktioner. Risken för fall och frakturer påverkas t.ex från två håll: dels genom påverkan på bentätheten men också på muskelfunktion. Baserat på den systematiska litteratursammanställning som ligger till grund för D-vitamin rekommendationerna i de Nordiska Näringsrekommendat-

ionerna 2012 (www.norden.org/en/theme/nordic-nutrition-recommendation/nordic-nutrition-recommendations-2012) (55) dras slutsatsen att evidensen för en skyddande effekt av D-vitamin endast är konklusiv för beträffande benhälsa, total mortalitet och risk för fall (54). Vidare att effekten kan oftast enbart ses för personer med lågt status. De flesta interventionsstudier som lett till denna slutsats rapporterar att intervention med D-vitamin kombinerat med kalcium, och inte D-vitamin ensamt ger dessa positiva effekter.

Protein ska bidra med 15-20% energi. I takt med ett minskat energiintag (under 8 MJ/dag) ska protein E% ökas därefter. Ny evidens visar att äldre behöver mer protein än yngre för god hälsa, främja återhämtning från sjukdom, och bibehålla funktionaliteten (56). Äldre behöver mer för att kompensera för åldersrelaterade förändringar i proteinmetabolism bl a beroende på nedsatt förmåga att bygga upp muskulaturen (anabolism) med hjälp av protein från kosten. De behöver också mer protein för att kompensera inflammatoriska och katabola (nedbrytande) tillstånd som förknippas med kroniska och akuta sjukdomar som ökar med åldrandet. För att äldre 65+ bättre ska bibehålla och återfå muskelmassa och funktion rekommenderas ett genomsnittliga dagliga intaget mellan 1,0 till 1,2 g protein per kilogram kroppsvikt per dag. Vidare rekommenderas både uthållighetsträning och fysisk träning med motstånd. Vid akuta eller kroniska sjukdomar behöves ännu mer protein 1,2 – 1,5g / kg kroppsvikt /dag (56). Det innebär att äldre på minder mängd mat skall få i sig lika mycket av olika näringsämnen som yngre personer, vilket ställer krav på matens kvalitet och sammansättning.

Risk för undernäring

Risken att utveckla sjukdomsrelaterad undernäring är förknippad med förekomsten av akut och kronisk sjukdom. Det definieras som ett ”tillstånd där brist på energi, protein eller andra näringsämnen har orsakat mätbara och ogynnsamma förändringar i kroppens sammansättning, funktion eller av en persons sjukdomsförlopp” (57). Undernäring är van-

ligt i samband med kronisk sjukdom och orsakas av minskat intag och/eller ökad omsättning av energi och näringsämnen, på grund av nedsatt aptit och ökad vävnadsnedbrytning. Båda faktorerna påverkas av sjukdomsorsakad systemisk inflammation. Tillståndet leder till ökad risk för komplikationen, annan sjuklighet och vårdtyngd samt sämre möjligheter för rehabilitering, vidare till, för individen minskad autonomi och livskvalitet. En individs nutritionsstatus är således av stor betydelse för prognos, vårdtid, vårdtyngd, och risk för komplikation. Ju tidigare nutritionsproblem uppmärksammas desto större är möjligheterna att förhindra eller minska dess effekter. Hälsoekonomiska beräkningar för vad undernäringen kostar saknas i Sverige, varför data från Storbritannien används som exempel. Där beräknas 3 miljoner (motsvarande nästan 5 % av befolkningen) vara i risk för undernäring (58). Översatt till svenska förhållanden motsvarar detta närmare 500 000 invånare, varav 93% bor i ordinarie boende (59). Man har sett att patienter som lider av undernäring utnyttjar betydligt större vårdresurser än välnärda patienter, motsvarande cirka 1000 pund/dygn (ca 10 000 kr). Efter justering för ålder och annan sjuklighet förblir undernäring en oberoende riskfaktor för död (59). År 2007 beräknades kostnaderna uppgå till över 13 miljarder pund (60). Det motsvarar mer än 10 % av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och är nästan dubbelt så mycket som kostnaderna för fetma och dess följsjukdomar (60). I ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring; beslutade den 23 september 2014.” står bl a att vårdgivaren ska fastställa rutiner för hur undernäring ska förebyggas, och hur undernäring ska behandlas. Föreskriften innebär att Socialstyrelsen tillsynar hälso- och sjukvård samt socialtjänst och verksamheter enligt LSS med avseende på dessa rutiner.

Referenser

1. Sveriges Officiella Statistik. Sveriges framtida befolkning 2014–2060. The future population of Sweden 2014–2060. 2014 Contract No.: BE 18 SM 1401.
2. Sverige. Statistiska centralbyrån. Från folkbrist till en åldrande befolkning [Elektronisk resurs] : glimtar ur en unik befolkningsstatistik under 250 år : fakta inför 2000-talet. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB); 1999. 118 s. p.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsan i Sverige- Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. 92 p.
4. Sveriges Officiella Statistik. Beskrivning av Sveriges befolkning 2008. Description of the Population in Sweden 2008. Statistiska Centralbyrån, 2009.
5. Sveriges Officiella Statistik. Livslängden i Sverige 2001–2010. Livslängdstabeller för riket och länen. Statistiska centralbyrån, Statistics Sweden, 2011.
6. Sveriges Officiella Statistik. Sveriges framtida befolkning 2013–2060. The future population of Sweden 2013–2060. Statistiska Centralbyrån, 2013 Contract No.: BE 18 SM 1301.
7. Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. I. General presentation of the study. *Acta Med Scand.* 1975;198(5):397-407.
8. Steen B, Djurfeldt H, Berg S, Landahl S, Matousek M, Mellström D, et al. Gerontological and geriatric research at the department of geriatric medicine, Gothenburg university, Sweden. *Facts and Research in gerontology.* 1993;7:325-33.
9. Falk H, Johansson L, Ostling S, Thogersen Agerholm K, Staun M, Host Dorfinger L, et al. Functional disability and ability 75-year-

- olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age and ageing*. 2014. Epub 2014/03/07.
10. Sjöberg L, Ostling S, Falk H, Sundh V, Waern M, Skoog I. Secular changes in the relation between social factors and depression: a study of two birth cohorts of Swedish septuagenarians followed for 5 years. *Journal of affective disorders*. 2013;150(2):245-52. Epub 2013/05/07.
 11. Eiben G, Andersson CS, Rothenberg E, Sundh V, Steen B, Lissner L. Secular trends in diet among elderly Swedes -- cohort comparisons over three decades. *Public Health Nutrition*. 2004;7(5):637-44.
 12. Rothenberg E, Bosaeus I, Steen B. Food habits, food beliefs and socio-economic factors in an elderly population. *Scandinavian Journal of Nutrition*. 1994;38(4):159-65.
 13. L. H. Äldres fritid. In: Vogel J, Stockholm: HL, editors. *Äldres levnadsförhållanden; Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003* Statistiska centralbyrån; 2006. p. 503-36.
 14. Statistiska Centralbyrån (SCB). (2002/03, 2004, 2005, 2006, 2008), *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF)*
 15. Statistiska Centralbyrån (SCB). *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. 2006.
 16. Drasko M, Ekholm A. *Empati och high tech. Delresultat från LEV-projektet*. Socialdepartementet, 2012.
 17. Sundström G, Hassing L. *Bo hemma på äldre da'r – en riksomfattande studie av äldres hälsa och levnadsförhållande*. Institutet för gerontologi i Jönköping, 2000.
 18. European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). *Estimations of health expectancy at age 65 in European Union*

- countries in 2004. Calculations based on data from SHARE 2004. EHEMU, 2006 June. Report No.: Contract No.: 2006_2.
19. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen, editor: Socialstyrelsen; 2009 Mars. 441 p.
 20. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Socialdepartementet, 2014.
 21. Hälso- och sjukvårdsstatistik årsbok. Yearbook of health and medical care 2002. Stockholm: 2002.
 22. Dödsorsaker 2012. Causes of Death 2012. Socialstyrelsen, 2013 Augusti. Report No.
 23. Schyller J. Skador bland äldre. Myndigheter för samhällsskydd och beredskap (MSB), 2014 Juni. Report No.: MSB712.
 24. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing*. 2010;39(4):412-23. Epub 2010/04/16.
 25. Proctor D, Balagopal P, Nair K. Age-related sarcopenia in humans is associated with reduced synthetic rates of specific muscle proteins. *J Nutr*. 1998;128(2):351-5.
 26. Kim J, Wang Z, Heymsfield SB, Baumgartner RN, Gallagher D. Total-body skeletal muscle mass: estimation by a new dual-energy X-ray absorptiometry method. *The American journal of clinical nutrition*. 2002;76(2):378-83. Epub 2002/07/30.
 27. Doherty TJ, Vandervoort AA, Brown WF. Effects of ageing on the motor unit: a brief review. *Can J Appl Physiol*. 1993;18(4):331-58. Epub 1993/12/01.

28. Ferrando AA, Tipton KD, Bamman MM, Wolfe RR. Resistance exercise maintains skeletal muscle protein synthesis during bed rest. *J Appl Physiol*. 1997;82(3):807-10. Epub 1997/03/01.
29. Yarasheski KE, Zachwieja JJ, Bier DM. Acute effects of resistance exercise on muscle protein synthesis rate in young and elderly men and women. *Am J Physiol*. 1993;265(2 Pt 1):E210-4. Epub 1993/08/01.
30. Hasten DL, Pak-Loduca J, Obert KA, Yarasheski KE. Resistance exercise acutely increases MHC and mixed muscle protein synthesis rates in 78-84 and 23-32 yr olds. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2000;278(4):E620-6. Epub 2000/04/06.
31. Volpi E, Sheffield-Moore M, Rasmussen BB, Wolfe RR. Basal muscle amino acid kinetics and protein synthesis in healthy young and older men. *JAMA*. 2001;286(10):1206-12. Epub 2001/09/18.
32. Jozsi AC, Campbell WW, Joseph L, Davey SL, Evans WJ. Changes in power with resistance training in older and younger men and women. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1999;54(11):M591-6. Epub 2000/01/05.
33. Welle S, Thornton C, Statt M. Myofibrillar protein synthesis in young and old human subjects after three months of resistance training. *Am J Physiol*. 1995;268(3 Pt 1):E422-7. Epub 1995/03/01.
34. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med*. 1994;330(25):1769-75. Epub 1994/06/23.
35. Hagerman FC, Walsh SJ, Staron RS, Hikida RS, Gilders RM, Murray TF, et al. Effects of high-intensity resistance training on untrained older men. I. Strength, cardiovascular, and metabolic

- responses. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2000;55(7):B336-46. Epub 2000/07/18.
36. Tseng BS, Marsh DR, Hamilton MT, Booth FW. Strength and aerobic training attenuate muscle wasting and improve resistance to the development of disability with aging. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1995;50 Spec No:113-9. Epub 1995/11/01.
 37. Evans WJ. Exercise training guidelines for the elderly. *Medicine and science in sports and exercise*. 1999;31(1):12-7. Epub 1999/02/02.
 38. Sheffield-Moore M, Yeckel CW, Volpi E, Wolf SE, Morio B, Chinkes DL, et al. Postexercise protein metabolism in older and younger men following moderate-intensity aerobic exercise. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2004;287(3):E513-22. Epub 2004/05/20.
 39. Wolfson L, Judge J, Whipple R, King M. Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1995;50 Spec No:64-7. Epub 1995/11/01.
 40. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med*. 1997;337(18):1279-84. Epub 1997/11/05.
 41. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2001;56(3):M146-56. Epub 2001/03/17.
 42. De mest sjuka äldre. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet,; 15 december 2011.

43. Statistiska centralbyrån. Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och social nätverker 1980-2003. Levnadsförhållanden rapport 112. Örebro: Umeå universitet, sociologiska institutionen, 2006 Contract No.: 2006:1.
44. Vård och omsorg om äldre : Lägesrapporter 2006. Socialstyrelsen; 2007; 94 s.]. Available from: www.socialstyrelsen.se.
45. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen; 2013 [23 april 2013]; Available from: www.socialstyrelsen.se.
46. Äldre - vård och omsorg 2006. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007 Contract No.: 2007:3.
47. Alm Stenflo G. Äldres hjälpbehov minskar. Vålfärd. 2006(3):3-5.
48. Szebehely M, Ulmanen P, Sand A-B. Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning? Webb-rapport: Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, , 2014:1.
49. Szebehely M. Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. Kapitel i forskarantologi för Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. 2014.
50. Saletti A. Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients. Stockholm,2007. 44 s. p.
51. Jansson B, Niklasson L, Hallgren T. Matens pris Kommunernas pris för mat inom äldreomsorgen. PRO, 2012 Juni. Report No.
52. 11 Bedömning av finanspolitikens långsiktiga hållbarhet. PROP. 2013/14:100. In: Regeringskansliet, editor. 2014.
53. Brouwers L, Ekholm A, Janlöv N, Lindblom J, Mossler K. Den ljusnande framtid är vård. Delresultat från LEV-projektet. 2010.

54. Lamberg-Allardt C, Brustad M, Meyer HE, Steingrimsdottir L. Vitamin D - a systematic literature review for the 5th edition of the Nordic Nutrition Recommendations. Food & nutrition research. 2013;57. Epub 2013/10/10.
55. Nordic Nutrition Recommendations (NNR 2012). www.norden.org/nnr. 2012.
56. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(8):542-59. Epub 2013/07/23.
57. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg [Elektronisk resurs] : en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. 179 s. p.
58. Combating malnutrition.: recommendations for action 2009 . Advisory group on malnutrition led by British Association for Parental and Enteral Nutrition [070910];. 2009.
59. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2011. Epub 2011/03/17.
60. Elia M, Russell CA, Stratton RJ. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. Proc Nutr Soc. 2010;69(4):470-6. Epub 2010/06/17.

Del 2 – Maten och måltiden i fokus

I denna del fokuseras maten och måltiderna för äldre. Inledningsvis belyses matens och måltidens dimensioner, roller och funktioner. Hur ser måltiden ut för äldre hemmaboende idag, utifrån ett brett perspektiv? I senare delar av texten förskjuts tonvikten mot behov, önskemål och preferenser rörande äldres mat- och måltidssituation samt att svårigheter kopplade till desamma lyfts fram.

Matens och måltidens funktioner och dimensioner

Mat och måltider har flera olika funktioner, dimensioner och roller i vår vardag. Mat och måltider innebär glädje och njutning i livet, men det kan också vara en källa till frustration, oro och ångest. Mat och måltider fungerar som värdefulla tidsmarkörer och delar in dagen i enheter vare sig det handlar om en kopp kaffe, ett äpple eller en varm, lagad maträtt. Måltider hjälper till att markera morgon och kväll, men också vardagar och helgdagar. Mat och måltider kan bidra till att göra tiden meningsfull och hanterbar. Mat och dryck i olika former används vidare för att skapa gemenskap och det blir något att samlas kring. De bidrar till social samvaro och knyter människor samman. Begreppet "*commensality*" används för att ge uttryck för det gemensamma ätandet och för matens och måltidens sociala dimensioner [1]. I matens och måltidens socialitet ligger också dess förmåga att förmedla känslor och sinnesstämningar, där mat kan visa på närhet såväl som distans genom dess innehåll, komposition och presentation. Mat och dryck betyder något, de bär på en symbolik som överstiger det som ligger på tallriken eller som fyllts i glaset. Mat markerar också identitet och kulturell tillhörighet – vad man äter kan visa var man kommer ifrån, och vad man vill uppnå och vilken bild man vill ge av sig själv. Maten är kommunikativ i den bemärkelsen att den säger något om vem vi är eller vill att andra ska få uppfattningen om att vi är. Mat och identitet är därför tätt sammankopplade.

Måltidens dimensioner, delar och betydelser är omtvistade och det är därför svårt att finna en enhetlig definition av måltidsbegreppet. När an-

tologin ”*Dimensions of the meal. Science, culture, business and art of eating*” [2] utkom år 2000 var syftet att lyfta blicken och presentera måltiden som något mer än bara den mat och dryck som fysiologiskt intas. Under 2003 gavs skriften ”*Mat för magen eller själen*” ut, vilket var ett resultat av en kartläggning över den forskning som pågick och hade pågått i Sverige mellan 1980 och 2002 [3]. Kartläggningen, som gjordes som ett regeringsuppdrag, visade dels på den mångfald områden som på olika sätt belyser och studerar måltider, dels på hur måltiden som social och kulturell företeelse vid denna tid var ganska lite beforskad. Istället handlade *måltider* till stor del om mat, livsmedel och näringsämnen. Under det senaste decenniet har dock ”måltidsforskning” som begrepp kommit att användas i allt fler sammanhang, och måltiden, som något mer än bara maten, har också fått större utrymme i den samhällsvetenskapliga debatten.

FAMM – ett sätt att förstå måltidens olika delar

Restaurang- och hotellhögskolan Grythytte Akademin, Örebro Universitet, presenterade 2006 i artikeln ”*The Five aspects meal model: a tool for developing meal services in restaurants*” [4] en måltidsmodell som kommit att användas, tolkas och omtolkas i relation till förståelsen, och utvecklingen av, offentliga måltider. I denna modell, så kallad FAMM, (Five Aspects Meal Model) presenteras måltiden som bestående av fem aspekter, vilka samtliga utgör måltiden och behövs för att skapa en måltidsupplevelse [4]. Modellen utgår ifrån ett helhetstänk kring måltiden där olika komponenter, men också skilda aktörer beaktas som centrala i skapandet och iscensättandet av en måltid. Vi upplever måltiden med alla våra sinnen, där smak, lukt, syn, doft och känsel samverkar. Genom ett fokus på *rummet, mötet, produkten* (mat och dryck), *styrsystemet* och *atmosfären* strävar modellen efter att fånga och belysa måltidens olika delar, men också den komplexitet som ligger i begreppet.

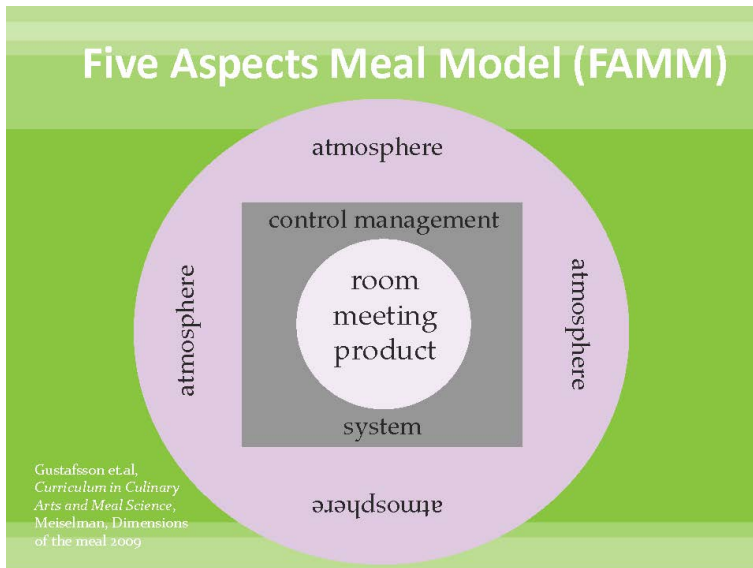


Bild 1:

http://nynordiskmad.org/fileadmin/webmasterfiles/Arkiv/filer/M%C3%A5ltidskunskap,FAMM%20och%20Den%20medvetna%20m%C3%A5ltiden_IngerJohnson%20og%20CeciliaSporre.pdf

Rummet representerar den fysiska miljön som omger måltiden, och här inbegrips faktorer som till exempel ljus- och ljudnivå, inredning, möblering, dukning, färger och temperatur. *Mötet* inbegriper mötet mellan servicepersonalen och gästen, men också mellan gästerna, medan *produkten* avser maten och drycken som serveras. Därutöver finns styrsystemet bestående av regler, förordningar och system som omger måltiden och som ger dess förutsättningar. Slutligen definieras atmosfären som summan av de övriga aspekterna [4, 5]. Rummet, mötet och produkten beskrivs utgöra *måltidsmiljön*, medan samtliga aspekter i modellen snarare summerar innebörden i begreppet *måltidssituationen* [6]. Flertalet studier har visat på måltidsmiljöns betydelse för upplevelsen av maten och drycken, för aptiten och vad som faktiskt äts, samt för det allmänna välbefinnandet [6-9].

FAMM har ursprungligen tagit sin utgångspunkt i bedömningskriterierna i Guide Michelin, men har sedan exporterats till andra måltidsarenor för att öka förståelsen för måltiden, samt som ett verktyg för att förbättra måltider. Därigenom har det också förts en diskussion kring och getts förslag på, hur modellen skulle kunna utvecklas för att bättre kunna appliceras i andra måltidssammanhang. Magnusson Sporre et al diskuterar hur modellen fått ett allt tydligare fäste inom den offentliga måltidssektorn och i samband med de måltider som serveras inom skola, vård och omsorg [10]. Modellen lyfts fram både som ett teoretiskt ramverk och som ett stöd i en mer praktisk tillämpning för måltider inom den offentliga sektorn. Modellen har bland annat använts i Socialstyrelsens rapport *”Mat och måltider inom hälso- och sjukvården”* [11], samt i Livsmedelsverkets rapport *”Vetenskapligt underlag till råd om bra mat inom äldreomsorgen”* [12]. I Socialstyrelsens rapport redovisas och ges exempel på hur man inom hälso- och sjukvården kan arbeta med att skapa måltidsupplevelser utifrån ett helhetstänkande. Arbetet har tagit sin utgångspunkt i Regeringens vision *”Sverige – det nya matlandet”*, där satsningar på den offentliga måltiden är ett av de prioriterade områdena. I rapporten konkluderas att trots ett ökat fokus på måltidsfrågor så behövs ytterligare insatser inom området. Arbetet med att definiera en måltid i de båda rapporterna har tagit sin utgångspunkt i just FAMM, även om det poängteras att också andra variabler än de som utgör FAMM behöver beaktas när det gäller måltider i en omvårdnadssituation [11, 12]. Det kan till exempel handla om ät- och sväljproblematiker samt nedsatt lukt och smak, men också det faktum att sjukdom och funktionsnedsättningar kan inverka negativt på aptiten och lusten att äta.

I presentationen av FAMM anges ordningen att först träder individen in i rummet, därefter sker ett möte mellan individer, antingen ett servicemöte eller ett möte mellan dem som ska dela måltiden, och därefter introduceras produkten, det vill säga maten och drycken [6]. Vidare bidrar styrsystemet med måltidens ekonomiska, strukturella och organisatoriska förutsättningar. I en utvärdering av ett system för matleverans där maten lagas

direkt i den äldres hem beskrivs kommunikationen och dialogen kring maten och måltiden ha förbättrats, samtidigt som möjligheterna till individuell anpassning, valmöjlighet och variation i det som serveras har ökat [13, 14]. Dock bygger det nya systemet på andra utmaningar kopplade till bland annat ansvarsfördelning och vem som besitter kunskaper om mat och näring. I en situation där alltfler äldre bor i eget boende långt upp i åren krävs nya och förändrade stysystem och nya sätt att förhålla sig till måltiden. Genom att applicera modellen på en måltidssituation för *hem-maboende* äldre ställs därför ytterligare krav på modifiering och anpassning av modellen och hur den kan förstås.

Den sociala maten och den kulturella måltiden

Matens och måltidens sociala och kulturella värden består även när vi blir äldre. *"As social creatures we tend to structure our everyday lives, which means that food is eaten as meals several times a day..."* [15]. Ätandet har ett socialt och kulturellt värde, den uttrycker identitet och kulturell tillhörighet [16]. I måltiden ligger naturliga sociala element som följer oss genom livet.

"... planning, procuring, preparing, presenting and consuming food becomes part of the expression of everyday human life. Consequently, when everyday food-related activities are drastically changed, the expression of identity and the self though food will also be altered". [17]

Sjukdom och funktionsnedsättning, men också social isolering hos äldre kan dock bidra till att matens och måltidens innehåll, tidpunkter och värde förändras mer eller mindre plötsligt. Förändringar i livssituationen, såsom förlusten av en partner, kan hastigt komma att inverka negativt på matens och måltidens värde och innebörd, men också på den faktiska maten på tallriken, på aptiten och viljan att äta [9, 18]. Detta kan också vara första steget mot en social isolering, där det också kan vara svårt att ta sig till butiker och olika inköpsmöjligheter [15]. I takt med att fler blir allt äldre och att flera av dessa bor kvar längre i eget boende, riskerar

problemet med social isolering att bli större [17]. Förändrade familjestrukturer, släkt och vänner som blir sjuka och/eller går bort, samt en utveckling som präglas av mer opersonliga, urbana miljöer, kan bidra till och förstärka problemen med social isolering bland äldre.

Ett resultat av social isolering är att inte kunna få möjlighet att dela en måltid med en annan människa. Studier har visat att bli änka/änkling inte bara påverkar ätandet, utan också förhållningssättet till inköp av mat, matlagning och ätande [17, 19]. Äldre med svag aptit, risk för viktnedgång och som känner sig ensamma, kan dock finna alternativa sällskap vid måltiderna i form av tv-tittande [17]. Detta har också angetts vara ett bra sällskap vid måltiderna, även om det inte beskrivs vara ”proper”, dvs. ordentligt eller riktigt i förhållande till de normer som omringar måltiden [20]. Att främja sociala mötesplatser kring mat och dryck har presenterats med syfte att äldre ensamboende ska kunna ingå en social gemenskap kring matlagningen och måltiden [21]. Ensamhet kan dock upplevas på olika sätt och en person som bor ensam upplever inte nödvändigtvis ensamhet. Det finns inte heller någon tydlig koppling mellan att äta ensam och risk för undernäring, däremot är det oftare relaterat till en minskad tillfredsställelse med ätandet hos äldre [16, 17].

Förmågan att kunna äta är något som av många tas för givet och det är något vi sällan reflekterar över. Att därför drabbas av att plötsligt inte kunna äta, handla, förbereda eller tillaga sin mat, kan innebära stora omställningar i individens sätt att tvingas förhålla sig till och tänka kring sitt ätande [18]. Ofta är inköpen det första som individen behöver hjälp med, men även svårigheter med själva intaget av mat och dryck kan komma att kräva hjälp. Ekberg, Wuttge-Hannig, Woisard och Ortega har studerat patienter med olika typer av ätsvårigheter där 84 % av patienterna menade att måltiderna borde vara njutfulla och trevliga men endast 45 % av dem upplevde att de faktiskt var det [22]. Att leva med dysfagi, som en form av ätsvårighet, upplevs ofta av patienterna själva som ett tillstånd som är omöjligt att förbättra. 41 % av patienterna uppgav också att de fick känslor av oro och panik under måltiderna, som en följd av sin dys-

fagi. I studien visade det sig att över en tredjedel undvek att äta tillsammans med andra just på grund av sin dysfagi [22].

Pajalic beskriver i studien ” *The Experiences of Elderly People Living at Home Related to Their Receiving Meals Distributed by a Municipality in Sweden*” hur äldre av olika anledningar också väljer och vill äta ensamma [23]. Detta kan bero på att de känner sig iakttagna och att detta upplevs besvärande. Även en försämring av sinnesintryck som syn och hörsel kan bli problematiskt i sällskap med andra och leda till trötthet under måltiderna genom svårigheter att till exempel lokalisera var ljud kommer ifrån. Att inte kunna välja sällskap beskrivs som en annan anledning till frivillig ensamhet under måltiderna. Olika former av ätsvårigheter kan vidare påverka såväl viljan som möjligheten att äta tillsammans med andra. Flera studier vittnar om att ätsvårigheter kan bidra till att personen drar sig undan socialt umgänge kring måltiden. Fjellström och Mattson-Sydney beskriver i artikeln *Måltidens sociala betydelse - ett äldreperspektiv* hur många äldre med funktionella problem kopplade till själva ätandet, upplever skam över att inte kunna äta utan att spilla eller att inte kunna hantera kniv och gaffel på ett socialt accepterat sätt [16]. Osäkerheten kring ätandet vid ätsvårigheter kan bidra till ett undvikande av sociala måltidsmiljöer [24]. Här kan den sociala normen till och med vara hindrande för individens ätande [25, 26]. Sociala och kulturella normer och förväntningar kring hur en måltid ska gå till gör samtidigt att personer som *inte* klarar av att agera efter dessa upplever sig som icke-accepterade i en måltidssituation tillsammans med andra [17]. Gustafsson, Andersson, Andersson, Fjellström, och Sidenvall använder benämningen ”*social withdrawal*”, det vill säga att dra sig tillbaka socialt, som en strategi då ätandet inte följer de sociala och kulturella normerna kring förväntat beteende [27]. Ätsvårigheter kan också innebära, eller förstärka, ett långsamt ätande, vilket kan upplevas problematiskt i ett socialt sammanhang [28, 29]. Detta kan resultera i att mindre portioner tas upp, vilket i sig kan leda till en undernärsproblematik [28]. I vissa fall kan

mat- och näringsintaget bland personer med ätsvårigheter därför gynnas av att tillåtas äta ensam.

Matlagningens roll

Att ha förmågan att kunna laga sin egen mat hör till något som för många är en självklarhet. Flertalet studier kring mat och måltider har tagit sin utgångspunkt i kvinnors erfarenheter där matlagning beskrivs vara tydligt kopplat till den kvinnliga identiteten. Detta beskrivs vara speciellt tydligt för dagens äldre kvinnor som vuxit upp i ett samhälle där kvinnan har varit den primära aktören i köket [21]. I studier beskrivs hur såväl planering som förberedelse och tillagning av mat för både familj, släkt och vänner bidrog till en känsla av välbefinnande och glädje i livet [20, 21].

Som ett resultat av sjukdom och funktionsnedsättningar, men också av åldrandet i sig, kan matlagningen och förberedelser inför denna försvåras på olika sätt. Den kan också försvåras av att lusten, intresset och viljan att laga och äta mat, av olika anledningar försvinner eller minskar. Sidenvall, Nydahl och Fjellström beskriver i artikeln *”The meal as a gift – the meaning of cooking among retired women”* hur maten, matlagningen och måltiden har tydliga symboliska värden för äldre kvinnor, men att dessa riskerar att gå förlorade då de blir änkor [20]. Måltiden och dess relaterade aktiviteter beskrivs som en gåva, något man gör och ger till någon annan. Fyra faser kopplade till matlagningen och måltiden identifieras som centrala i ”gåvan”: beslutet kring vad som ska lagas, tillagningen, dukningen och presentationen av maten, samt slutligen måltiden vid bordet.

”Old women who had cooked for their husbands during their entire lifetime suddenly lost their appetites when their husband died” [17]

När det sociala sällskapet saknas kan inställningen och engagemanget inför maten och måltiden förändras, men också aptiten och det faktiska matintaget. Studier har vidare visat att maten och måltiden kan ha olika mening och innebörd för kvinnor och män [30, 31]. Äldre män som blir

ensamstående står oftare utan mat- och matlagningkunskaper än de kvinnor som blir ensamma [30, 31]. Ensamheten i relation till maten och måltiden kan dock tolkas olika. Studier har visat att män oftare än kvinnor har en mer oproblematisk hållning till att till exempel äta så kallad bekvämlighetsmat eller färdigmat, så länge det smakar bra och är näringsriktigt. Studier har tidigare också funnit att män tenderar att inta ett mer instrumentellt förhållningssätt till mat och äter för att mätta hungern, snarare än att väga in samma sociala aspekter som kvinnorna [15, 20]). Pajalic noterar i sin studie att det framstår vara svårare för kvinnor än för män att acceptera att ta emot hemleverans av mat [23]. Studier har vidare visat att män är mer nöjda med att äta i ensamhet. I studien ”*Home-Living Elderly People's Views on Food and Meals*” av Edfors och Westergren var det flest män som tyckte det var skönt att äta i ensamhet [18].

Kullberg har tillsammans med andra forskare studerat äldre mäns förhållningssätt till mat och matlagning, samt hur maten och matlagningen hanteras i praktiken [32, 33]. Hemmaboende män i åldern 64-84 år deltog i studierna, där samtliga hade någon av sjukdomarna Parkinsons, stroke eller ledgångsreumatism. Männens upplevelser av maten och måltidsarbetet kunde struktureras i tre teman: *Cooking as a pleasure*”, *”cooking as a need”* och *”food is served”*. Bland dem som såg matlagning som ett måste fanns enbart ensamstående män. De män som såg mat som något som bara blev serverat kan anses vara i riskzonen för problematiker kopplade till mat- och måltidsförsörjningen. De ensamstående männen uttryckte dock en stark önskan om att kunna vara självständiga och ville endast ha minimal hjälp med sina måltider. Genom att till exempel använda färdigrätter kunde självständigheten bestå, åtminstone ett tag. De män som var sammanboende åt oftare fler antal mål mat per dag (både varma och kalla) än de som var ensamstående, samt att de åt mer lagad mat av rena råvaror och färska grönsaker [32, 33].

Strävan efter autonomi och integritet

Autonomi och integritet är centrala begrepp inom omvårdnadsarbete och i relationen till äldre. Socialstyrelsen har utifrån detta tagit fram en vägledning för hur Sveriges kommuner kan arbeta med värdighet i relation till äldre genom så kallade lokala värdighetsgarantier. Dessa utgår ifrån de etiska värden som man vill ska prägla omsorgsarbetet och relationen till de äldre, och kan handla om möjlighet till autonomi, delaktighet och bibehållen integritet [34]. Flera studier visar hur äldre önskar bibehålla självständigheten och vara oberoende i relation till maten och måltiderna så långt möjligt [17, 27, 30, 31, 35, 36]. Oberoendet beskrivs vara starkt kopplat till välbefinnandet, och att själv kunna tillaga och äta sina måltider beskrivs vara betydelsefullt för självkänslan [17, 27]. I en norsk studie av Berg, Sarvimäki och Hedelin visas hur hälsa och *”being able to...”* var tydligt kopplade till varandra [35]. Edfors och Westergren betonar också vikten av att värna om den äldres självbestämmande, frihet och autonomi, där maten, matlagningen och måltiden blir viktiga uttryck för detta [18]. Självständighet och integritet kan inverka positivt på aptiten, där beroenderelationen således kan ha den motsatta effekten [17]. Självbestämmandet och möjligheten att kunna göra egna val kopplade till maten och måltiden framstår ha en stimulerande effekt både på aptiten och på det faktiska intaget av mat [37].

”... being able to care for oneself and being able to shop for and cook food and prepare meals are part of older people’s personhood” [17].

Individen ingår i ett sammanhang som bygger på kontinuitet och vissa aktiviteter, såsom matinköp, matlagning och att dela måltider med andra, kan på olika sätt komma att bli centrala symboler för denna kontinuitet. Genom att mat är en ofrånkomlig del av livet, kan just maten också bli en första symbol för ett minskat oberoende i någon mening [15, 17, 30]. Edfors och Westergren beskriver i sin studie vidare hur olika *”livshändelser”*, så som att förlora sin partner, påverkar äldre och kan innebära att man går från oberoende till beroende [18]. Flera män i studien beskrev

hur deras partners bortgång blev startpunkten på ett beroende kopplade till mat- och måltidssituationen, vilket också för dem blev en riskfaktor för undernäring. Kvinnor som blir sjuka eller som beskrivs som ”frail” kan tvingas in i ett beroendeförhållande i relation till sin partner, vilket kan leda till omvända genusroller där kvinnan blir ”food-receiver” och mannen blir ”food giver” [17]. I dessa fall kan dock mannen få det lättare att klara sin mat- och måltidsförsörjning i det fallet kvinnan går bort, då han redan tvingats in i ett nytt lärande kring mat och matlagning.

Att inte uppleva sig som ”en börda” för andra beskrivs som viktigt [30]. I studien av Gustafsson och medförfattare tydliggörs rädslan av att bli beroende i relation till maten och måltiderna, där även planering, inköp och tillagning inkluderas [27]. Strävan efter att leva ett ”normalt liv” kopplas till upplevelsen av att klara sig själv i så stor utsträckning som möjligt. Att vara beroende relaterades till social marginalisering och personlig förödmjukelse, inte minst då matning ingår som en del av hjälpen [25]. Gustafsson m fl. lyfter fram betydelsen av att på olika sätt underlätta, snarare än att helt ta över, det som har med maten och matlagningen att göra, med syfte att öka individens känsla av självständighet och autonomi också i situationer och moment där personen inte helt klarar sig själv [27].

“In European culture, older people experience food shopping and preparation as prerequisites for remaining independent. Dependency makes people feel less complete as individuals...” [27]

Sjukdom och funktionsnedsättning, men också åldrandet i sig, kan dock bidra till att den äldre tvingas acceptera ett beroende kring mat och måltiden i någon omfattning [23]. Allt fler äldre bor och kommer att bo i eget boende, vilket också gäller de äldre som är drabbade av sjukdom och funktionsnedsättningar i olika grad. Många av dessa kommer också att vara beroende av andra för att inhandla, förbereda och eller intaga mat och dryck [18]. Andersson och Sidenvall visade i sin studie hur äldre kvinnor med Parkinsons sjukdom strävade efter självständighet, även om

de i takt med sjukdomen var tvungna att acceptera ett succesivt ökat beroende [28]. Svårast var matinköpen och det var ofta här som hjälpinsatserna behövdes först. Att leva tillsammans med en partner visade sig dock underlätta matinköpen då partnern, efter instruktioner från kvinnan, kunde handla den mat som önskades. Detta bidrog till ett bibehållet självbestämmande samt valmöjligheter kring vad som skulle inhandlas. Det fanns även svårigheter att tillaga maten och hantera de redskap som krävdes i matlagningen. Ändå drev viljan till självständighet dem till att försöka laga mat då detta gav dem ökad självkänsla. Pajalic beskriver i sin studie hur äldre som erhåller matdistribution både ger ett tydligt uttryck för en känsla av beroende och ensamhet, samt av tacksamhet [23]. Beroendet tog sig i uttryck i att de äldre inte hade möjlighet att påverka varken den mat som levererades, eller tidpunkterna som maten levererades på. Därmed blev matlådan också en symbol för beroendet, men också för deras ensamhet, isolering och identitet i viss mening.

Flera studier pekar på vikten av att hela den äldre personens situation måste tas i beaktande när frågor kring såväl inköp, som tillagning och själva ätandet diskuteras och planeras för [28]. Möjligheten att den äldre görs delaktig och aktiv i beslut som rör maten och måltiden, utifrån dennes förmåga, betonas, inte minst därför att det har en stor social och kulturell betydelse. Detta stärker självkänsla, känslan av medbestämmande, autonomi och egenvärde [17].

”It might not be possible for every elderly consumer to actually visit the food shop, but it must be every older people’s prerogative to influence his or her food choice, as well as how food is cooked, served and shared as a meal”
[17]

Det är betydelsefullt att förstå vad planering av en måltid innebär och vilken mening den tillskrivs för äldre [17]. Det är också betydelsefullt att i detta sammanhang beakta de symboliska värden som mat och måltider är bärare av. Detta gäller också när vi blir äldre.

Sinnenas karaktär och förändring

En av de troligen viktigaste aspekterna som styr matval, oberoende av exempelvis ålder, kön, klass är smak. I en studie av Lennernäs från 2001 visade det sig att de fem viktigaste aspekterna vid matval var kvalitet, frisk/fräsch mat, pris, smak, hälsa och ”familjar preferences” [15]. Smak visar sig vara lika viktigt för äldre konsumenterna som de yngre och det finns belagt att välsmakande mat kan ha en stor positiv effekt på äldres matintag [38]. Shiffman beskrev 1998 att smak- och luktupplevelser av mat är av betydelse eftersom de

- 1) förstärker upplevelsen av njutning och tillfredställelse kopplat till måltiden
- 2) förbereder kroppen för att digerera maten genom att kroppens matspjälkande system och därtill kopplade enzymer aktiveras
- 3) erinrar om inlärda associationer mellan ett visst livsmedel och de effekter som uppstår av detta efter förtäring. [39]

Hos äldre påverkas dock sinnen på olika sätt och möjligheten att känna smak förändras, både som ett resultat av åldrandet i sig och som en följd av sjukdom och medicinering. Därigenom kan också drivkraften bakom ätandet förändras. En meta-analys utförd av Methven, Withers, och Gosney visar att smak-tröskeln för samtliga grundsmaker höjs med åldern [40]. Studien pekar samtidigt på att effekten av ålder på smaksinnet är ett komplext fenomen som är svårt att generalisera beroende på att gruppen äldre är så heterogen. Förlopp och omfattning av den försämrade förmågan att känna smak varierar alltså stort mellan olika individer [40, 41]. Som en del i en ond cirkel, som drabbar de redan sköra, kan den äldres nutritionsstatus, och särskilt intaget av vitaminer och mikronutrienter påverka den sensoriska förmågan. I en studie visas bland annat att det finns en koppling mellan zinkbrist och försämrad känslighet för salt smak [42].

Tillsats av olika typer av smakförstärkare har i vissa studier visat sig ha positiv effekt för att öka äldres gillade, och i förlängningen intag, av den

mat som serveras se exempelvis [39] men i andra studier har effekten uteblivit se exempelvis [43]. Utveckling av välsmakande mat för äldre kräver därför bättre kunskaper om i vilken grad intensiteten av olika smaker påverkats hos den enskilde och förbättrad kunskap om hur man komponerar mat med tydliga smaker och eventuellt även hur man väljer och doserar olika smaktillsatser.

Många äldre lider av dåligt luktsinne, vilket också visat sig också påverka aptiten och hungerkänslorna negativt. Doften är ju en viktig del av smakförmimelsen! Studier visar att ett försämrat lukt- och smaksinne hos äldre troligen också påverkar deras livskvalitet (quality of life), som en följd av just bristande aptit och sämre hungerkänslor. Dock, skriver Fjellström m.fl., behöver detta inte nödvändigtvis påverka deras näringsintag eller näringsstatus [15]. När smak och luktsinnet gradvis försämras växer betydelsen av andra faktorer för att bibehålla ätandets tillfredsställelse [41]. Matens konsistens och utseende kan då bli ännu viktigare än förr. Matens utseende kan bli en viktig faktor för att stimulera aptiten, men en med åldern försämrad syn kan göra det svårare att bedöma matens utseende. En tydlig och genomtänkt presentation av maten kan i viss mån avhjälpa [44].

Faktorer som smak, lukt, utseende och konsistens på maten men också hur bordet dukas kan vara viktiga aspekter för matintaget [15]. Det är alltså viktigt att, precis som måltidsmodellen FAMM beskriver, ta hänsyn till måltidens olika aspekter, samtliga av betydelse för att skapa en måltidsupplevelse och att försöka bevara och förstärka de sinnesintryck som maten ger.

Andersson m.fl. belyser hur äldres minskade lukt- och smakkänslor samt dålig aptit, i kombination med svårigheter att transportera maten till munnen och svälja den, utgör en risk för undernäring. Vissa sjukdomar kan också påverka våra sinnen negativt [45]. Personer med t ex Parkinsons sjukdom har ofta nersatt smak och luktsinne. Genom att använda välkända maträtter, livsmedel och drycker kan personens minne av hur något smakade och/eller luktade återskapas. Detta kan vara en viktig

aspekt att beakta också i framtagandet och utvecklandet av nya, anpassade livsmedel. Jacobsson, Axelsson och Norberg beskriver vidare hur mat och dryck kan förknippas med obehag efter att man drabbats av stroke [25]. En obehagskänsla i mun och svalg rapporteras vid intagandet av viss mat och dryck och att försöka kontrollera sin kropp tar stor kraft vid ätande hos personer som haft stroke. Vid exponering av viss mat och lukt av mat kunde sjukdomskänslan bli extra påtaglig. Vissa personer i studien uttryckte aversion mot kött och potatis och ville hellre äta något lätt såsom soppa och fruktkompott. Dessa känslor, kopplade till sinnesförmimmelser av mat och dryck och hur de kan påverkas av sjukdom, är också viktiga att beakta.

Att välja mat och dryck

Vilka faktorer inverkar på de äldres livsmedelsval? I en artikel av Herne lyfts en modell som kan användas för att beskriva särskilt betydelsefulla faktorer som är tillämpbara på denna heterogena grupp konsumenter [46]. Faktorena listas här, fritt tolkade och översatta och utan inbördes ordning;

- *Personliga faktorer* till exempel mat- och måltidserfarenheter genom livet och den mening och igenkänning man tillmäter maten.
- *Socio-ekonomiska faktorer* som inkomstförhållanden och matkonsumtion som en statusmarkör.
- *Utbildningsnivå och kunskap* om nutrition, livsmedelsråvaror, hantering och matlagning
- *Biologiska, fysiologiska och psykologiska faktorer* som kön, ålder, rörlighet, förmåga att känna smak och doft, samt psykologiskt välbefinnande.
- *Kulturella, religiösa och regionala faktorer.*

- *Omvärldsfaktorer* som marknadsföring och den miljö man lever med tillgång till exempelvis mataffärer och restauranger.
- *Matens och måltidens inneboende faktorer* som utseende, smak, doft, kvalitet och kvantitet, tillagning och servering

Det är samtidigt ett faktum att livsmedelsval och bakomliggande motiv är ett mycket komplext fenomen och att modellerna för att beskriva och mäta dessa är många och skiftande. Hur äldre människors uppfattningar om mat och hälsa ser ut idag och i vilken grad de påverkar deras beteende och livsstil har bland annat studerats av Lundkvist, Fjellström, Sidenvall, Lumbers och M. Raats. Forskarna drar slutsatsen från andra studier att försöken att behålla en hälsosam livsstil är en av de viktigaste faktorerna som påverkar livsmedelsvalen bland äldre konsumenter [36]. Hälsosamt ätande kan ses som en investering för att säkerställa oberoendet längre upp i åldrarna medan åldern för andra kan vara en förevändning att strunta i att tänka på att äta rätt [36].

För äldre kvinnor och män är definitionen av ett hälsosamt ätande ofta att äta en ”proper meal” [20, 47]. I det hälsosamma ligger också ett fokus på det regelbundna ätandet och någon form av gemenskap. En finsk studie av Kallio, Koskinen och Prättälä kunde inte påvisa att den typen av funktionella nedsättningar som begränsar mat-relaterade aktiviteter har någon oberoende inverkan på måltidernas regelbundenhet men man poängterade särskilt betydelsen av att hjälp med denna typ av aktiviteter bidrar till möjligheten att bibehålla konventionella måltidsmönster för alla äldre och speciellt till dem i med sämre socio-ekonomisk status [48]. En annan allmän preferens är att maten gärna ska vara lättsmält [30]. I samma studie ger informanterna även uttryck för att de gärna ville äta en magrare kost (även om man inte såg sig själv gå på diet) med mer grönsaker och mindre kött och fett [30].

Ofta håller äldre människor fast vid vanor från då de var unga när det gäller mat och val av maträtter, liksom att tillagningen av mat gärna föl-

jer invanda mönster [21, 49]. Gustafsson och Sidenvall tar upp ett exempel med hur kvinnor som växte upp under tidigt 1900-tal ofta samlades kring kaffe och kaka och att detta är en social aktivitet som följt med [21]. I intervjustudier av Wikby och Fagerskiöld samt Edfors och Westergren framkommer att de äldre föredrar traditionell mat [9, 18] men synen på vad traditionell mat är kommer samtidigt att förändras med nya generationer och grupper av äldre. Även om många äldre föredrar traditionell mat så betyder det inte att matvalen är statiska genom livet. Det finns dokumenterade exempel på att äldre är nyfikna på nya smakupplevelser och matkulturer (se exempelvis [50]) och flera studier visar att man som äldre kanske väljer annan mat och dryck än man gjorde tidigare i livet [51-53] och motiven till detta skiftar. Dessa förändringar över tid skapar skillnader mellan olika generationer, både med avseende på matvalen som sådana och på hur måltiden i sin helhet är uppbyggd [53]. Mattsson Sydner & Fjellström belyser vikten av att beakta matens mening och symbolik i relation till äldres måltider [54]. Värdet och betydelsen av att kunna *välja* vad man vill äta, men också när, lyfts fram som betydelsefullt, bland annat i en studie av Pajalic [23]. Att kunna påverka sitt matval är en central möjlighet för att, trots ålderdom och "frailty", kunna behålla en del av den för oss alla så viktiga bilden av oss själva, dvs. vår identitet [55] och vår autonomi. Kännedom om den enskildes preferenser och vanor rörande mat och dryck är därmed också en förutsättning för god omvårdnad, sammanfattat i följande citat;

"Meeting the need for optimal nutritional status for older people living at home requires knowledge of individual preferences and habits, from both their earlier and current lives" [18]

Det är således viktigt att alla insatser som görs främjar känslan av autonomi, även vid sjukdom. Hänsyn till måltidernas kulturella aspekter måste beaktas (vilket också gör att hjälpen måste bygga på individens perspektiv (individualisering). År 2011 utkom Livsmedelsverket med rapporten "*Bra mat i äldreomsorgen*" [12], där betydelsen av att utgå

ifrån den äldres individuella behov, vanor och önskemål lyfts fram. I den nationella strategiska forskningsagenda, ”En åldrande befolkning” som utkom med sin slutrapportering 2013, visas också på behovet av att arbeta med framtida lösningar som tar ett helhetsgrepp kring äldre och äldres livssituation [56]. I agendan definieras tre centrala områden; boende, nutrition och hälsa. Inom vart och ett av områdena fokuseras bland annat behovet av individuella val och helhetslösningar men också aspekter som autonomi och livskvalitet. Inom ramen för agendan identifieras vidare behovet av innovationer inom området.

”En stor utmaning är att på ett relevant och säkert sätt kunna mäta äldre människors upplevelser, förstå bakgrunden till upplevelserna och på basis av det kunna forma produkter och system på ett optimalt sätt” [56]

Strategier för att hantera måltidssituationen

I strävan efter självständighet och oberoende i att klara den egna mat- och måltidssituationen så långt möjligt, kan det urskiljas hur äldre tillämpar olika *strategier*. Att använda sig av det lokala utbudet i närliggande matbutiker är ett exempel på en sådan strategi [49]. Svårigheter att ta sig till affärer och inköpsmöjligheter kan få konsekvenser för den äldres strävan efter självständighet i relation till maten och måltiderna. Att handla i välkända butiker är ett sätt att försöka klara matinköpen [49]. Gustafsson m.fl. beskriver hur de äldre i studien uppskattade att det fanns en service för dem som inte kunde handla själva, och att de fick hjälp med transporten till och från affären [27]. Detta möjliggjorde ett självständigt handlande och ökad valfrihet. Att välja välkända produkter kan också ses som en strategi för att hantera sin måltidssituation [49], men också att laga välkända rätter utan recept omnämns som ett sätt att klara sina måltider. Att förlita sig på tidigare kunskaper och erfarenheter kan här bli viktigt.

Studier har också visat hur hela proceduren kring matlagning och vad som ska ätas förenklas på olika sätt [21, 30]. *”Instead of a cooked meal,*

they could have a sandwich and a glass of milk” [21]. I linje med tidigare diskussion är det förenklade ätandet oftare ett resultat av uteblivna sociala incitament för kvinnor, medan det för män snarare handlar om okunskap i relation till mat och måltider [30]. Studien av Gustafsson och Sidenvall [21] visade också, i linje med andra studier, att ensamstående åt färre lagade mål mat, färre desserter, och fler tillfällen med kaffe och kaka, än de som var sammanboende (se även [18, 49, 57, 58]. Gustafsson och Sidenvall och andra författare lyfter också fram hur de sammanboende hade fler så kallade ”proper meals” än de som bodde ensamma, samt att energiintaget var lägre hos de ensamboende [21, 30, 48]. Sammanboende, äldre män uppges ha ett hälsosammare ätande, däribland mer och större variation av grönsaker i sina måltider [33]. För både män och kvinnor kan dock sjukdom och funktionsnedsättningar försvåra hanteringen av maten och måltiderna samt leda till ett lägre energiintag och öka riskerna för en undernäringssituation [45]. Bristande aptit, ensamhet, ”frailty” och sjukdom associeras oftare med en övergång till *”less elaborate meals”* [30].

När aptiten och lusten att äta sviker, kan en tidigare regelbundenhet kring ätandet också gå förlorad. Fjellström och Mattsson Sydner beskriver hur äldre kan välja att äta mindre portioner, men också mer oregelbundet, för att på så sätt försöka hantera bristande ork och nedsatt aptit [16]. En del ensamstående kan ha svårt att finna strukturer kring ätandet, både till innehåll och tidpunkter. Att måltiderna mer sällan blir sociala tillfällen är också ett sådant resultat. Kallio, Koskinen och Prättäläs studie av äldre personer i Finland (65 år och äldre) visade att äldre fortfarande gärna äter varm mat och att detta sker på regelbundna tider [48]. Som tidigare nämnts såg de dock att ett konventionellt ätandemönster bestående av frukost, lunch och middag mer sällan följdes av dem med låg socioekonomisk status, men att matleverans till hemmet kunde bidra till att upprätta en regelbundenhet.

I rapporten *”Äldre personers relation till mat, näring och måltidssituationer”* [59] presenteras hur behoven hos hemmaboende äldre när det

gäller maten och måltiderna framförallt handlar om att finna lösningar som underlättar matinköp, men som också kan bidra med att på olika sätt förenkla måltiderna och tillagningen av mat. Rapporten visar samtidigt på en betydande och viktig diversifiering när det gäller äldres behov och önskemål, vilket också innebär krav på anpassning, valmöjligheter och flexibilitet när det gäller såväl måltiden i stort som i utvecklingen av enskilda produkter och tjänster.

Referenser

1. Sobal, J. och M.K. Nelson. *Commensal eating patterns: a community study*. *Appetite*, 2003. **41**(2): p. 181-190.
2. Meiselman, H.L. *Dimensions of the meal : the science, culture, business, and art of eating*. 2000: Aspen Publishers, Inc.
3. Fjellström, C (Red.) (2003). *Näring för magen eller själen? Om svensk måltidsforskning 1980-2003*. Måltidsakademins skriftserie 1. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala Universitet.
4. Gustafsson, I.-B., Å. Öström, J. Johansson och L. Mossberg. *The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants*. *Journal of Foodservice*, 2006. **17**: p. 84–93.
5. Edwards, J.S.A. och I.-B. Gustafsson. *The Five Aspects Meal Model*. *Journal of Foodservice*, 2008. **19**(1): p. 4-12.
6. Saletti, A. och J. Törmä. *Måltidsmiljön som omsorgsinsats*, in *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. 2011, Livsmedelsverket.
7. Gibbons, M. och C. Henry. *Does eating environment have an effect on food intake in the elderly?* *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2005. **9**(1): p. 25 - 29.
8. Stroebele, N. och J.M. De Castro. *Effect of ambience on food intake and food choice*. *Nutrition*, 2004. **20**(9): p. 821-838.
9. Wikby, K. och A. Fägerskiöld. *The willingness to eat*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004.
10. Sporre, M., Jonsson och P. Ekström. *The Five Aspects Meal Model, FAMM From Michelin Guide to public meal sector*. in *International Conference on Culinary Arts and Sciences VIII ICCAS 2013*. 2013. Porto, Portugal.

11. *Mat och måltider inom hälso- och sjukvården*. 2011, Socialstyrelsen.
12. *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. 2011, Livsmedelsverket.
13. Pajalic, Z., K. Skovdahl, A. Westergren och L. Persson. *How the professionals can identify needs for improvement and improve Food Distribution service for the home-living elderly people in Sweden - an action research project*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013. **3**(8): p. 29.
14. Pajalic, Z. *Food Preparation at Home an Example of New Practical Strategies in the Swedish Municipal Food Service - A Qualitative Study*. *Journal of Food Research*, 2013. **2**(6): p. 72.
15. Fjellström, C., B. Sidenvall och M. Nydahl. *Food intake and the elderly: Social aspects*, in *Food, People and Society: A European Perspective of Consumers' Food Choices*, L. Frewer, E. Risvik, och S. H, Editors. 2001, Springer-Verlag: Berlin. p. 197-209.
16. Fjellström, C. och Y. Mattsson Sydner. *Måltidens sociala betydelse - ett äldreperspektiv*. *Nordisk Nutrition*, 2009(2): p. 10-11
17. Fjellström, C. *The social significance of older people's meals*, in *Food for the Ageing Population*, M.M. Raats, C.P.G. Groot och W.A.V. Staveren, Editors. 2009. p. 95-109.
18. Edfors, E. och A. Westergren. *Home-Living Elderly People's Views on Food and Meals*. *Journal of Aging Research*, 2012. **2012**.
19. Shahar, D.R., R. Schultz, A. Shahar och R.R. Wing. *The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population*. *Journal of Aging and Health*, 2001. **13**(2): p. 189-99.

20. Sidenvall, B., M. Nydahl och C. Fjellström. *The meal as a gift – the meaning of cooking among retired women*. Journal of Applied Gerontology, 2000. **19**(4): p. 405-423.
21. Gustafsson, K. och B. Sidenvall. *Food-related health perceptions and food habits among older women*. Journal of Advanced Nursing, 2002.
22. Ekberg, O., A. Wuttge-Hannig, V. Woisard och P. Ortega. *Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment*. Dysphagia, 2002. **17**: p. 139-149.
23. Pajalic, Z., L. Persson, A. Westergren, V. Berggren och K. Skovdahl. *The Experiences of Elderly People Living at Home Related to Their Receiving Meals Distributed by a Municipality in Sweden*. Journal of Food Research, 2012. **1**(1): p. 68-78.
24. Bergerson, G. och I. Larsson. *Äldre och matsituationen. Om att äta och dricka på ett säkrare sätt*. 2009, Hjälpmedelsinstitutet.
25. Jacobsson, C., K. Axelsson, Ö.P. O och A. Norberg. *How people with stroke and healthy older people experience the eating process*. Journal of Clinical Nursing, 2000. **9**: p. 255-264.
26. Sidenvall, B., C. Fjellström och A.-C. Ek. *Cultural perspectives of meals expressed by patients in geriatric care*. International Journal of Nursing Studies, 1996. **33**(3): p. 212-222.
27. Gustafsson, K., Andersson, I., Andersson, J., Fjellström, C. and Sidenvall, B. *Older Women's Perceptions of Independence Versus Dependence in Food-Related Work*. Public Health Nursing, 2003. **20**(3): p. 237–247.
28. Andersson, I. och B. Sidenvall. *Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease*. Journal of Advanced Nursing, 2001.

29. Medin, J., J. Windahl, M. von Arbin, K. Tham och R. Wredling. *Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase*. Journal of Advanced Nursing, 2012. 68(3): p. 580-589.
30. Mattsson Sydner, Y., B. Sidenvall, C. Fjellström, M. Raats och M. Lumbers. *Food Habits and Foodwork: The Life Course Perspective of Senior Europeans*. Food, Culture and Society, 2007. 10(3): p. 367-387.
31. Sidenvall, B. och I. Andersson. *Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease*. Journal of Advanced Nursing, 2001.
32. Kullberg, K., A.C. Åberg, A. Björklund, J. Ekblad och B. Sidenvall. *Daily eating events among co-living and single-living, diseased older men*. J Nutr Health Aging, 2008. 12(3): p. 176-82.
33. Kullberg, K., A. Björklund, B. Sidenvall och A.C. Åberg. *'I start my day by thinking about what we're going to have for dinner'- a qualitative study on approaches to food-related activities among elderly men with somatic diseases*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2011. 25(2): p. 227-234.
34. *Utveckling av värdegrundsarbete inom äldreomsorgen*. 2013, Socialstyrelsen.
35. Berg, G., A. Sarvimäki och B. Hedelin. *Hospitalized older peoples' views of health and health promotion*. International Journal of Older People Nursing, 2006. 1(1): p. 25.
36. Lundkvist, P., C. Fjellström, B. Sidenvall, M. Lumbers och M. Raats. *Management of healthy eating in everyday life among senior Europeans*. Appetite, 2010. 55(3): p. 616-622.
37. Sidenvall, B., C. Fjellström och A. Ek. *Kulturella föreställningar om måltidens dagliga planering inom geriatrisk vård*. Vård i Norden, 2007. 2-3: p. 11-16.

38. de Castro, J. och N. Stroebble. *Food intake in the real world: implications for nutrition and aging*. Clinics in Geriatric Medicine, 2002. **18**: p. 685-697.
39. Schiffman, S. Sensory enhancement of foods for the elderly with monosodium glutamate and flavors. Food Reviews International, 1998. 14(2-3): p. 321-333.
40. Methven, L., V.J. Allen, C.A. Withers och M.A. Gosney. *Ageing and taste*. in *The Annual Meeting of BAPEN with the Nutrition Society*. 2012. Harrogate.
41. Elsner, R.J.F. *Changes in eating behavior during the aging process*. Eating Behaviors, 2002. **3**(1): p. 15-43.
42. Stewart-Knox, B.J., E.E.A. Simpson, H. Parr, G. Rae, A. Polito, F. Intorre, N. Meunier, M. Andriollo-Sanchez, J.M. O'Connor, C. Coudray och J.J. Strain. *Zinc status and taste acuity in older Europeans: the ZENITH study*. Eur J Clin Nutr, 2005. **59**(S2): p. S31-S36.
43. Koskinen, S., N. Kälviäinen och H. Tuorila. *Flavor enhancement as a tool for increasing pleasantness and intake of a snack product among the elderly*. Appetite, 2003. **41**(1): p. 87-96.
44. Wendin, K. *Good, enjoyable meals for elderly persons with specific needs*. SIK yearly report 2011, 2011.
45. Andersson, J., M. Nydahl, K. Gustafsson, B. Sidenvall och C. Fjellström. *Meals and snacks among elderly self-managing and disabled women*. Appetite, 2003. **41**(2): p. 149-160.
46. Herne, S. *Research on food choice and nutritional status in elderly people: a review*. British Food Journal, 1995. **97**(9): p. 12-29.
47. Rothenberg, E., I. Bosaeus och B. Steen. *Food habits, food beliefs and socio-economic factors in an elderly population*. Scand J Nutr., 1994. **38**(4): p. 159-165.

48. Kallio, M.K., S.V.P. Koskinen och R.S. Prättälä. *Functional disabilities do not prevent the elderly in Finland from eating regular meals*. *Appetite*, 2008. **51**(1): p. 97-103.
49. Sidenvall, B., M. Nydahl och C. Fjellstrom. *Managing Food Shopping and Cooking: The Experiences of Older Swedish Women*. *Ageing and Society*, 2001. **21**(2): p. 151-168.
50. Johansson, L. *Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners*, in *School of Health Sciences*. 2013, Jönköping University.
51. Haapala, I., R. Prättälä, K. Patja, R. Männikkö, M. Hassinen, P. Komulainen och R. Rauramaa. *Age, marital status and changes in dietary habits in later life: a 21-year follow-up among Finnish women*. *Public Health Nutrition*, 2012. **15**(7): p. 1174–1181.
52. Irz, X., L. Fratiglioni, N. Kousmanen, M. Mazzocchi, L. Modugno, G. Nocella, B. Shakersain, W. Traill, W. Xu och G. Zanello. *Sociodemographic determinants of diet quality of the EU elderly: a comparative analysis in four countries*. *Public Health Nutrition*, 2014. **17**(5): p. 1177-1189.
53. Mattsson Sydner, Y. *Den maktlösa måltiuden - om mat inom äldreomsorgen*, in *Department of Food, Nutrition and Dietetics*. 2002, Uppsala University.
54. Mattsson Sydner, Y. och C. Fjellström. *The meaning of symbols of culinary rules – The food and meals in Elderly care*. *Journal of Foodservice*, 2006. **17**(4): p. 182-188.
55. Bergh, A. *Kosher eller palt – maten är en del av vår identitet*, in *Mat för äldre - inom vård och omsorg*. 2005, Socialstyrelsen.
56. Wendin, K., Kylefors, Martin, Mjörnell, Kristina. *En åldrande befolkning -Slutrapportering av nationell strategisk forskningsagenda*, in *SP Rapport 2013:34* 2013, SP, Energiteknik.

57. Locher, J.L., K.L. Burgio, W.C. Yoels och C.S. Ritchie. *The social significance of food and eating in the lives of older recipients of meals on wheels*. Journal of Nutrition for the Elderly, 1997. **17**(2): p. 15-33.
58. Rosenbloom, C.A. och F.J. Whittington. *Effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 1993. **48**: p. 223-229.
59. Bülow, M., A. Camper, S. Ekman, E. Rothenberg, K. Sjöberg, E. Willén och K. Wendin. *Äldre personers relation till mat, näring och måltidssituationer*, in *SIK-report 770*. 2007, SIK.