

Gäller för: VO6 Psykiatri

Giltig från: 2026-04-13

Innehållsansvar: Valdemar Landgren, (valla1), Överläkare

Giltig till: 2028-04-13

Granskad av: Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1), Överläkare

Godkänd av: Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

# Ätstörning – Start av nutrition vid heldygnsvård – Psykiatri

## Revideringar i denna version.

Förlängd giltighet.

Checklista vid inskrivning. Instruktion för kostanamnes. Förenklad instruktion för substitution.

## Bakgrund, syfte och mål.

Detta material är framtaget för att användas som stöd vid start av nutritionsbehandling för inneliggande patienter i svält vid svår ätstörning. Ätstörningspatienter löper stor risk att undernutrias vid slutenvård vilket är en vanligare dödsorsak än refeedingsyndrom. Materialet är baserat på MEED (Medical emergencies in eating disorders) och syftar till säker nutrition som avstyr undernutrering såväl som refeedingsyndrom. Kontakta alltid dietist vid start av nutritionsbehandling. Är dietist ej tillgänglig kan man utgå från detta material tills dietist är kontaktad.

För bedömning av patient se dokumentet ”[Stöd vid medicinsk riskbedömning av patient med ätstörning](#)”.

## Arbetsbeskrivning

### Refeedingsyndrom

Refeedingsyndrom är ett livshotande överbelastningssyndrom som kan uppstå hos undernärda patienter som ges mer näring än vad vävnaderna förmår metabolisera. Tillståndet kan leda till plötslig död.

Refeedingsyndrom debuterar ofta inom 72h efter återstartat näringsintag, men risken är förhöjd upp till två veckor. Sjunkande fosfat anses vara en av de tidigaste markörerna för utveckling av syndromet. Vid näringsintag frisätter kroppen insulin, vilket snabbt leder till ett ökat cellulärt upptag

av fosfat (och andra elektrolyter) och ökad fosfatberoende metabolism.

Faktorer som är associerade med hög risk för refeedingsyndrom:

- BMI <13
- Litet eller inget näringsintag >4 dagar
- Låga nivåer kalium, fosfat eller magnesium innan uppstart av nutritionsbehandling
- Låga vita blodkroppar (<3,8)
- Lågt tiamin eller andra vitaminer (OBS ge alltid hög dos tiamin vid uppstart av nutritionsbehandling)
- Samsjuklighet som exempelvis infektion, hjärtsjukdom, leversjukdom, alkoholmissbruk, blandmissbruk

## Tecken till begynnande refeedingsyndrom

När följande faktorer förekommer i samband med ökat näringsintag:

1. Sjunkande elektrolyter (allvarlig brist inom parentes)
  - Kalium (<2.5 mmol/l)
  - Fosfat (<0.32 mol/l)
  - Magnesium (<0.5 mmol/l)
2. Övervätskning eller perifera ödem
3. Tecken på organdysfunktion, såsom kardiopulmonella inkompensationstecken, stegrade levervärden mm.

## Val av matschema

Vilket matschema som är aktuellt beror på bedömd risk för refeedingsyndrom. Risk delas upp i tre nivåer (se tabell 1 för översikt):

- Låg till medel risk för refeedingsyndrom.
- Hög risk för refeedingsyndrom.
- Extremt hög risk för refeedingsyndrom

## Vid låg till medel risk för refeedingsyndrom

Starta med 30-35 kcal/kg/dag. Exempelvis om patienten väger 50 kg ska patienten starta med matschema på 50 kg x 30-35 kcal/kg = 1500-1750 kcal. Alternativt starta med den mängd kcal patienten säger att hen ätit i närtid innan inläggningen om patienten bedöms trovärdig i detta.

Öka sedan varannan dag med 5 kcal/kg kroppsvikt. Denna ökning brukar då bli 200-300 kcal per ökning, avrunda nedåt. Öka upp till ca 60 kcal/kg kroppsvikt. Om patienten vid 60 kcal/ kg kroppsvikt går upp mindre än 500g /vecka bör man öka kcal-intag mer.

- Vid sjunkande elektrolyter/parametrar substituera och behåll det aktuella matschemat som patienten står på. När elektrolyterna stabiliserats kan man fortsätta öka kcal-intaget.

## Vid hög risk för refeedingsyndrom

Starta med 20 kcal/kg/dag. Exempelvis om patienten väger 40 kg ska patienten starta med matschema på 40 kg x 20 kcal/kg = 800 kcal. Men starta aldrig på en lägre energinivå än den patienten har legat på senaste dagarna innan vårdtillfället.

## Vid extremt hög risk för refeedingsyndrom

- Starta på 10 kcal/kg/dag och öka kcal-intaget dagligen med 200 kcal/dag. Vid upprepade hypoglykemiepisoder, överväg kontinuerlig sondtillförsel för att motverka hypoglykemi.
- Följ övriga instruktioner för ”Hög risk för refeedingsyndrom”. Om behov av kontinuerlig övervakning eller infusionsbehandling av medicinska skäl, överväg konsultvård på medicinavdelning/IVA.

## Checklista vid läkarinskrivning på akuten:

Följande underlag behövs för en medicinskt säker nutritionsplan vid svält. Ifall patienten ej medverkar till en fullständig bedömning är vård enligt HSL ej möjlig. Ställningstagande till vård enligt LPT behöver då göras.

Utför enligt rutinen för [riskbedömning](#):

Status (Puls + BT liggande och direkt i stående, temp, vätskestatus)

Vikt i underkläder

EKG + provtagning (+ fosfat, magnesium)

Detaljerad kostanamnes (se bilaga nedan)

Dokumentera följande under "bedömning" (på akutblad om jourtid)

1. Patientens risknivå för refeedingsyndrom enligt tabell 1:

Låg-medel (30-35 kcal/kg/dag)

Hög (20 kcal/kg/dag)

Extremt hög (10 kcal/kg/dag)

2. Startmängd av kalorier för matschema (Vikt i kg x risknivå) :  
(Specifik anpassning av måltidsordningen bestäms på avdelning)

3. Ordinerar kontroller (Blodprover, vikt, vitalparametrar enligt tabell 1)

4. Ordinerar substitution (Enligt tabell 2, tiamin till alla)

<b>Risikfaktorer för refeedingsyndrom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BMI &lt;13</li> <li>• Inflammationstecken eller Signifikant samsjuklighet*</li> <li>• Lågt LPK</li> <li>• Elektrolytrubbning</li> <li>• Minimalt näringsintag <math>\geq</math> 4 d</li> <li>• Viktnedgång &gt; 15% inom 3 mån</li> </ul>
--

**Tabell 1. Handläggning utifrån risknivå för refeedingsyndrom**

	<b>Låg-medel risk</b>	<b>Hög risk</b>	<b>Extremt hög risk</b>
	Ingen riskfaktor	En eller fler riskfaktorer	Samtliga riskfaktorer
Innan påbörjat matschema:	Tiamin iv 500 mg (Ge sedan 1x2 i minst 5 dagar)		
Matschema (ej mindre än senaste 4 d):	<b>30–35 kcal/kg/dag</b>	<b>20 kcal/kg/dag</b>	<b>10 kcal/kg/dag</b>
Under pågående matschema:	Provtagning och korrigering av elektrolyter utifrån fynd (Se tabell 2 för lathund)		
Upptrappning (mål 60 kcal/kg/d)	5 kcal/kg varannan dag	5 kcal/kg varannan dag	<b>200 kcal/d</b>
Elstatus + Mg + Fosfat + EKG	3 ggr/v	<b>1–2 ggr/dag minst 5 dagar</b>	1–2 ggr/dag minst 5 dagar
Åtgärd vid sjunkande elektrolyter:	Substituera och pausa upptrappning tills korrigerat (Ej pausa matschemat)	Substituera och pausa upptrappning tills korrigerat (Ej pausa matschemat) <b>Överväg:</b> <b>Kalk + Vit D</b> <b>Telemetriövervak de första dygnet</b>	Substituera och pausa upptrappning tills korrigerat (Ej pausa matschemat) <b>Överväg:</b> Kalk + Vit D <b>Telemetriövervak</b> <b>Kontinuerlig sondtillförsel vid upprepade hypoglykemier</b>
Monitorering av vikt (i underkläder innan frukost och efter toalettbesök)	2 ggr / vecka	<b>Dagligen tills ej hög risk</b>	Dagligen tills ej hög risk
Övrigt		<b>Vid infusion eller telemetri, kontakt med somatik/IVA</b>	Vid infusion eller telemetri, kontakt med somatik/IVA

\* Långvarig näringsbrist, nedgången patient, systeminflammatoriskt påslag, missbruk, internmedicinsk samsjuklighet (t ex lever-, hjärtsjukdom)

**Tabell 2. Riktvärden och preparat för substitution vid svält**

	Dygnsbehov hos frisk	Peroralt	Intravenöst	Kommentar	Nivå	Dosering
<b>Vitamin B1 (tiamin)</b>	1 mg	Beviplex forte 1x3 (15mg/tabli)	Tiamin 200–500 mg 1x2	Vid svält töms kroppens depåer på 3 veckor. Kan ej överdoseras.		
<b>Fosfat (PO)</b>	20 mmol	Fosfat APL oral lösning (60 mg/ml = 0.63 mmol/ml)	Glycophos 1 mmol glycerofosfat/ml späds i NaCl	Tidigt tecken på RFS*. Oftast som lägst vecka 1. Kan ge diarré. Ges lämpligen intravenöst vid uttalad brist eller symptom på RFS.	Fosfat 0.4–0.8 mmol/L Fosfat <0.4 mmol/L	Peroralt Fosfat APL 20-40 ml x2 eller x3. Ges iv 0.25–0.5 mmol/kg/dygn. Max 80 mmol/24 h. Risk för hypokalcemi och kalciumutfällning.
<b>Kalium (K)</b>	40mmol	Kaleorid 750 mg 1x2 (10 mmol K/tabli) Kajos (0.85 mmol K/ml)	AddexKaliumklorid (2mmol/ml) Infusionspump, max 10 mmol/h. Späds i NaCl/Ringer acetat	Vid kalium <3 mmol/l ge magnesiumtillskott	Kalium 3–3.5 mmol/l Kalium <3 mmol/l	Kaleorid 1-2x2 Kajos 10-20 ml x2 Kaleorid 1-3x2. Om otillräckligt/akut iv 5–15 mmol/h. Substituera Mg
<b>Magnesium (Mg)</b>	20 mmol	Emgesan 1–2 tabli x 2. (10.3 mmol/tabli)	AddexMagnesium (1mmol/ml). Infusionspump, max 4 mmol/h. Späds i NaCl/Ringer acetat	Dålig absorption peroralt, kan ge diarré.	Kalium <3 eller Mg 0.5–0.7 Mg <0.5	Emgesan 1–2 tabli x2 AddexMagnesium Iv 20–40 mmol/dygn

RFS = Refeedingsyndrom.

# Kostanamnes

För att korrekt bedöma vilken energinivå patienten ska startas upp på, behövs en utförlig kostanamnes. Det är även viktigt för att dietisten ska kunna göra en anpassad måltidsordning. Utgångspunkten är att patienten ges den mat som serveras på avdelningen och äter samma kost som innan insjuknandet i ätstörning. Eventuella anpassningar görs av dietist.

- Typ av kost (ex. vegetarisk, blandkost, vegankost)
- Allergier eller intoleranser?  
Gå igenom dagen. Måltid för måltid – hur ser en typisk dag ut?  
Vad åt du i går?
- Ungefärliga klockslag för måltider
- Vilket livsmedel? Vilket märke? Ex. Yoghurt – vilken yoghurt?  
Vilken smak? Lätt eller fullfett?
- Hur mycket? dl/g/tsk/skivor
- Äter du upp allt?
- Frukost
- Mellanmål
- Lunch
- Mellanmål
- Middag
- Kvällsmål
- Småätande? Hur mycket ungefär varje gång?
- Äter du på nätterna?
- Grönsaker – vilka? Sallad – vilken typ av sallad?
- Dricker du något till maten? Vad och hur mycket? Dricker du något mellan måltider? Energidryck?
- Brukar du hoppa över måltider?
- Ser helgerna annorlunda ut?
- Är det något som du inte äter? Varför?

## Substitution

### Tiamin (vitamin B1)

- Tas normalt upp ur föda genom aktiv transport ifrån tunntarmen. Utan tillförsel av Vitamin B1 töms kroppens depåer på ca 3 veckor. Ordineras frikostigt vid minsta misstanke om funktionell brist för att förebygga Wernickes encefalopati. Kan inte överdoseras. Magnesium behövs som kofaktor för metabolisering av tiamin till aktiv form.

### Fosfat (PO)

- Tas upp genom passiv transport i tarmen och återupptas efter glomerulär filtrering genom aktiv transport i njurarna. Förekommer huvudsakligen intracellulärt, framför allt i skelettet. Central för cellandningen och bildning av ATP. Är bland blodprover den känsligaste markören för utveckling av refeedingsyndrom. Det är svårt att utifrån serumnivå förutsäga optimal dos av fosfat. Därför föreslås behandling enligt schablon, som titreras utifrån uppföljande provtagningar. Fosfatupptag hämmas av antacida läkemedel.

### Kalium (K)

- Tas upp i tarmen och motsvarande mängd utsöndras i urinen till 80-90%. Förekommer huvudsakligen intracellulärt, där muskelmassan utgör den stora depån av kalium. Stora mängder frisätts och återupptas dagligen i mag-tarmkanalen. Vid lågt kaliumintag tar det flera veckor innan njurarnas kaliumsparande mekanismer träder i kraft. Hos en person med liten muskelmassa kan därför ökade förluster av kalium pga. kräkning eller diarré påtagligt påverka s-kalium. I samband med ökat kolhydratintag leder ökad insulinfrisättning till ett intracellulärt ökat upptag av kalium. Vid persisterande lågt kalium trots substitution bör andra orsaker utredas (t ex gastrointestinala förluster såsom diarré, laxantia, kräkningar, magnesiumbrist, pseudo-Bartters syndrom).

### Magnesium

- Nödvändig kofaktor för flertalet enzymer. Tas upp i tarmen genom aktiv transport, ett system som vid stora mängder mätts och är självbegränsande. Lågt magnesium leder till ökade renala kaliumförluster.

## Måltidens struktur

- Patienten blir serverad måltiden av personal enligt matschemat.
- Måltiden är tidsbegränsad, max 30 min för huvudmåltider (frukost, lunch och middag), max 20 minuter för mellanmål och kvällsmål.
- Patienten följer avdelningens måltidsordning. Vegetarisk kost kan tillåtas i särskilda fall, dock ej vegankost. Önskekost beviljas ej. Selektivt ätande och förhandling kring mat är ett symptom på ätstörning och bör därför ej förstärkas. Patienten tillåts inte ersätta avdelningens måltider med egenköpt mat/snacks.
- Patienten kan inte välja vilken personal som sitter med som måltidsstöd. Servetter är ej tillåtna.
- Patienten får efter måltid utföra en stillsam aktivitet i sittande, alternativt vila i säng, soffa eller rullstol 30 minuter under tillsyn av personal. Toalettbesök tillåts först 30 minuter efter avslutad måltid.

Har patienten inte ätit upp måltiden på den utsatta tiden får patienten den missade mängden energi i form av näringsdryck i stället. Patienten har nu 10 minuter på sig att dricka vald mängd näringsdryck. I första hand används sorterna Fresubin Energy Drink (1,5 kcal/ml) eller Fortimel energy (1,5 kcal/ml) Dricks inte denna upp kan ersättning med sondmatning övervägas av läkare. Kontakta dietist för val av sondmat, mängd och hastighet. Se "Praktisk handläggning på vårdavdelning" nedan för instruktion till personal om förhållningssätt kring måltiden.

## Vid behov av sondmatning

Sondmatning ska alltid vara en sista utväg efter att patienten ej klarat att följa matschemat eller ersätta missad mängd energi med näringsdryck. Läkare bedömer om/när sondmatning är aktuellt.

- Lägg fram allt som behövs för att genomföra sondmatningen så patienten kan se att sondmatning kommer ske. Erbjud en sista gång patienten att dricka vald mängd energi i form av näringsdryck (10 min). Dricks ej denna näringsdryck upp är det dags att starta sondmatningen.
- Sondmatningen ska bolusmatas.
- Mängd sondmat: Kcal ska stämma överens med missad mängd energi från matschemat. Max 500 ml per sondmatningstillfälle. Har patienten ej kommit i gång med matschema alls kan man behöva ta en mindre mängd sondmat vid första sondmatningstillfället, då max 350 ml/sondmat. Utvärdera därefter tolerans och öka

mängden sondmat försiktigt med 50 ml/ per sondmatningstillfälle.

- Val av sondmat: Fresubin 2 kcal hp fibre. 1 ml sondmat = 2 kcal.
- Vätska: Spola sonden med minst 1 spruta á 60 ml vatten innan och efter varje sondmatningstillfälle. Mer vätska kan ges via sonden om patienten även utesluter vätska.
- Tiden för sondmatning bör ej överstiga 30 minuter
- (Efter sondmatning ska sonden alltid dras)

## Övriga åtgärder

**Dusch och toalett:** Kan finnas behov av övervakning vid dusch och toalettbesök då risk kan finnas för att patienten dricker mycket vatten, tränar, kräks eller i vissa fall svimmar. Även om patienten inte bedöms behöva ständig tillsyn bör tillsyn ordineras minst en timme efter varje måltid och patienten bör ha personalstöd vid måltid.

**Fysisk aktivitet:** Omfattning av fysisk aktivitet, frigång beslutas av avdelningsläkare. Rullstolsbehov beroende på fallrisk beslutas likaså av avdelningsöverläkare. Som riktvärden rekommenderas sängläge vid BMI <12, rullstol vid BMI <14. Kort promenad med personal från BMI 15. Överväg trombosprofylax Fragmin dosering utifrån vikt.

**Vätskeintag:** Om över- eller undervätskning, överväg att låta vätskemängd ingå i matschemat. Väg in vätskeintaget i bedömning av tillsynsgrad.

## Felsökning

**Hypokalemi:** Troligen p.g.a. frekventa kräkningar. Långvarig självrensning med kräkningar eller laxantia kan också leda till kvardröjande hypokalemi en antal veckor efter att beteendet upphört (hyperaldosterism sekundärt till kronisk hypovolemi, s.k. Pseudo-Bartters syndrom, ibland också förknippat med tendens till ödemutveckling).

**Hyponatremi:** Troligen polydipsi

**Hypofosfatemi:** Misstänk refeedingsyndrom, substituera brist

**Utebliven viktuppgång:** Kaloriintag om minst 2000 kcal/dygn, ibland mer, är en förutsättning för viktåterhämtning. Viktåterhämtning hos patienter i svält kan trots adekvat kaloriintag ibland utebli de första veckorna innan kroppen anpassat sig till den nya energibalansen.

Samtidigt behöver man beakta: Får patienten i sig enligt matschemat? Kompenserar patienten intaget genom kräkningar eller fysisk aktivitet? Behov av att öka matschemat?

## Referenser

- [Medical Emergencies in Eating Disorders \(MEED\): Guidance on Recognition and Management, College Report cr233, Royal College of Psychiatrists.](#)
- [Refeeding syndrome - www.uptodate.com](#)
- *Refeedingsyndrom*. M Holmér. Rapport om läkemedel Örebro län, Nr 226 Sept 2022. nummer-226.pdf (regionorebrolan.se)
- [Ätstörning - Start av nutrition vid heldygnsvård – Psykiatri](#) (Styrdokument från Sjukhusen i Väster, Kungälv).
- [Parenteral nutrition \(PN\) - start, monitorering och substituering](#) (Klinisk riktlinje SU)
- Klinisk kemi, 9:e upplagan (Nilsson-Ehle, 2012)
- Weisinger JR, Bellorín-Font E. Magnesium and phosphorus. *The Lancet*. 1998;352(9125):391-396. doi:[10.1016/S0140-6736\(97\)10535-9](#)
- Miller DW, Slovis CM. Hypophosphatemia in the emergency department therapeutics. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2000;18(4):457-461. doi:[10.1053/ajem.2000.7347](#)
- Marinella MA. Refeeding Syndrome and Hypophosphatemia. *J Intensive Care Med*. 2005;20(3):155-159. doi:[10.1177/0885066605275326](#)

## Praktisk handläggning på vårdavdelning

### Måltidens struktur

- Patienten blir serverad måltiden av personal enligt matschemat.
- Måltiden är tidsbegränsad, 15-30 min för huvudmåltider (frukost, lunch och middag), max 15 minuter för mellanmål och kvällsmål.
- Patienten följer avdelningens måltidsordning. Vegetarisk kost kan tillåtas i särskilda fall, dock ej vegankost. Önskekost beviljas ej. Selektivt ätande och förhandling kring mat är ett symptom på ätstörning och bör därför ej förstärkas. Patienten tillåts inte ersätta avdelningens måltider med egenköpt mat/snacks.
- Patienten kan inte välja vilken personal som sitter med som måltidsstöd. Servetter är ej tillåtna.
- Patienten får efter måltid utföra en stillsam aktivitet i sittande, alternativt vila i säng, soffa eller rullstol 30 minuter under tillsyn av personal. Toalettbesök tillåts först 60 minuter efter avslutad måltid.

Har patienten inte ätit upp måltiden på den utsatta tiden får patienten den missade mängden energi i form av näringsdryck i stället. Patienten har nu 10 minuter på sig att dricka vald mängd näringsdryck. I första hand används sorterna Fresubin Energy Drink (1,5 kcal/ml) eller Fortimel energy (1,5 kcal/ml) Dricks inte denna upp kan ersättning med sondmatning övervägas av läkare. Kontakta dietist för val av sondmat, mängd och hastighet. Se "Instruktion för måltidsstöd" för förhållningssätt kring måltiden.

## Instruktion för måltidsstöd

### Innan måltiden

Kontrollera i journalen patientens fastställda måltidsordning. Vid uppstart med måltidsstöd, informera om måltidens struktur (Se rutin "Start av nutrition vid heldygnsvård, Ätstörningar"). Ge möjlighet till toalettbesök.

### Måltidsstöd

- Håll dig lugn
- Uppträd trygg och säker
- Ge fysiskt stöd genom att sitta hos patienten

- Ge verbala instruktioner ”Du behöver äta din smörgås”, ”Ta mat på gaffeln och ät”, ”Ta ytterligare en tugga”, ”Jag vill att du tar en större tugga”, ”Fortsätt äta”, ”Ät mer”,
- Ge fysiska instruktioner genom att ställa tallriken framför patienten, ge gaffeln, kanske ta mat på gaffeln och ge till patienten (begränsar patientens valmöjligheter)
- Bekräfta patientens känslor.
- Var lugnande; ”Jag vet att du är rädd, men jag vet också att du kan göra detta”.
- Motstå behovet av att resonera – ibland är det bäst att bara vara tyst.
- Undvik personliga/privata tankar under måltiden, särskilt de som är triggande för patienter med ätstörning (ex. vilken mat man själv äter, dieter, träning). Fullt fokus på patienten!

### **Konsten att omdirigera**

*Patienten säger:* ”Det här är för mycket mat. Jag kan omöjligt äta allt detta. Jag kommer inte äta allt.”

*Du vill svara med ett argument:* ”Så mycket mat är det inte. Det är bara en portion. Jag ska kolla så att det är säkert, det kanske inte är rätt.”

*Patienten tänker egentligen:* ”Jag är rädd för att äta det här. Jag litar inte på att du vet vad du ska ge mig. Jag är rädd för att bli tjock.”

*Stödjande respons:* ”Det här är exakt rätt mängd mat. Jag vet vad du behöver.”

*Patienten säger:* ”Jag är inte hungrig. Jag kommer inte äta detta.”

*Du vill svara med ett argument:* ”Du måste äta detta annars får du inte...”

*Patienten tänker egentligen:* ”Jag är rädd för att äta detta”

*Stödjande respons:* ”Jag vet att detta är svårt. Det är dags att äta.”

### **Efter måltiden**

Patienten får utföra en stillsam aktivitet i sittande, alternativt vila i säng, soffa eller rullstol 30 minuter efter måltid under tillsyn av personal. Toalettbesök tillåts först 30 minuter efter avslutad måltid.

## Generell måltidsordning

### Generell kostplan för patienter med ätstörning på allmänavdelning

Kostplan ger 2150 kcal utan näringsdrycker.

Med 1 näringsdryck: 2450 kcal

Med 2 näringsdrycker: 2750 kcal

Med 3 näringsdrycker: 3050 kcal

Vid behov kan ett förmiddagsmellanmål läggas till, förslagsvis liknade det på eftermiddagen. Då ger dagen cirka 2300 kcal. Mellanmålen kan också utökas med mer mat.

Vid behov av individuella justeringar pga. allergier, intoleranser eller energibehov, kontakta dietist.

### Frukostalternativ (ca 495-515 kcal)

#### **Smörgås & yoghurtfrukost (515)**

2 mjuka smörgåsar med 5 g (=1 tsk) Bregott på vardera smörgåsen.  
(120+60)

1 skiva ost (28 %) (35)

2 skivor skinka (30)

2 dl juice (90)

2 dl Fruktoghurt (2%) (180)

#### **Grötfrukost (515)**

Havregrynsgröt, 3 dl (195)

1 msk sylt eller mos (35)

1,5 dl mellanmjölk (75)

1 mjuk smörgås med 5 g Bregott (60+30)

2 skivor skinka eller 1 msk leverpastej (30)

2 dl juice (90)

### **Smörgås & äggfrukost (495)**

2 smörgåsar med 5 g Bregott på vardera smörgåsen. (120+60)

1 skiva ost (28 %) (35)

2 skivor skinka (30)

1 kokt ägg (80)

1,5 dl juice (70)

2 dl mellanmjölk (100)

### **Mellanmål**

(1 näringsdryck a'300 kcal)

### **Lunch**

Normalportion (cirka 500 kcal)

2 dl juice/saft/ mjölk (90/100)

1 frukt ”desserten”

### **Mellanmål**

1 mjuk smörgås med 5 g Bregott och 1 skiva ost (60+30+35)

(1 näringsdryck a'300 kcal)

### **Middag**

Normalportion (cirka 500 kcal)

2 dl juice/saft/mjölk (90/100)

### **Kvällsmat (300)**

2 mjuka brödskivor med 1 tsk Bregott på vardera. 1 skiva skinka samt 1 valfritt pålägg (se lista).

1 äpple/päron/apelsin/banan *eller* 2 clementin/kiwi

Valfri dricka (inkl. te och vatten)

(1 näringsdryck a'300 kcal)

## Påläggsalternativ

<b>Pålägg</b>	<b>Mängd per smörgås</b>
Ost	1 skiva
Mjukost	1 msk
Medvurst/korv	1 skiva
Leverpastej	1 msk
Kaviar	2 tsk
Sill, inlagd	3 bitar

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** VO6 Psykiatri

**Innehållsansvar:** Valdemar Landgren, (valla1), Överläkare

**Granskad av:** Agata Paciorkiewicz-Piechalak, (agapa1),  
Överläkare

**Godkänd av:** Sara Ekström, (sarek4), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SKAS9718-621466736-146

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2026-04-13

**Giltig till:** 2028-04-13