



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

# Måltidsplanering inom äldreomsorgen

En studie med fokus på näring, recept och organisation

Anni Berglund  
Viktoria Knopp

**Kandidatuppsats, 15 hp**

Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap, 180 hp

Handledare: Anna Post

Examinator: Kerstin Bergström

Datum: Juni, 2010

## **Förord**

Vi vill först och främst tacka vår handledare Anna Post för all handledning under hela arbetets gång. Sedan vill vi också tacka all personal vi kom i kontakt med på äldreboendet där vi genomförde vår studie, tack vare er har vi kunnat få ihop ett intressant arbete och vi har också fått inspiration som kommer att vara användbart i vårt kommande arbetsliv.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett väl genomfört arbete och ett bra samarbete

Göteborg den 9 juni 2010

Anni berglund och Viktoria Knopp



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

Titel: Måltidsplanering inom äldreomsorgen

En studie med fokus på näring, recept och organisation

Författare: Anni Berglund, Viktoria Knopp

Typ av arbete: Kandidatuppsats 15 hp

Handledare: Anna Post

Examinator: Kerstin Bergström

Program: Kostekonomprogrammet med inriktning mot ledarskap, 180 hp

Datum: Juni, 2010

## Sammanfattning

När man blir äldre och har levt ett friskt liv minskar energibehovet med ungefär en tredjedel, medan näringsbehovet är detsamma som innan (Svenska kommunförbundet, 1994). Därför är det viktigt att man ser till att maten är tillräckligt näringstät och valet av livsmedel blir då väldigt viktigt. Enligt en studie av Carlsson, & Gustafsson, (2003) är näringen dock ingen faktor som prioriteras vid val av recept inom den offentliga sektorn. I en studie av Mattsson Sydner (2002) kom man fram till att det saknades ansvarstagare för måltiderna inom äldreomsorgen och både politiker och personal kände att de hade svårt att påverka måltiden, vilket ledde till att ingen kände sig ansvarig inom det området.

Syftet med vår studie är att studera hur en måltidsplanering för ett äldreboende går till. Fokus ligger på näring, receptanvändning och organisation. Dessutom vill vi jämföra näringen i den serverade måltiden med SNR:s rekommendationer för äldre. Vi har valt att göra en fallstudie, vilket innebär att man gör en studie på endast ett specifikt fall och man utgår från den verksamhetens helhetsperspektiv (Patel & Davidson, 2002). Metoderna vi använt oss av är deltagande observationer i främst i köket men också ute på en avdelning. Vi gjorde även en intervju med kostchefen samt ostrukturerade intervjuer med kökspersonal, vårdpersonal och den biträdande enhetschefen för avdelningarna. Utifrån intervjun med kostchefen kom vi fram till att måltidsverksamheten inte hade någon person med ett övergripande ansvar för vårdtagarnas samtliga måltider. Vi kom också fram till att receptanvändningen i köket följdes mycket väl, men att näringsinnehållet i måltiderna ändå inte uppfyllde rekommendationerna helt och hållet.

# Innehållsförteckning

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>1</b>
<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>2 BAKGRUND.....</b>	<b>7</b>
2.1 A-kost .....	7
2.2 Mat för äldre.....	7
2.3 Kostrelaterade sjukdomar bland äldre .....	9
2.4 Matsedel och recept.....	10
2.5 Nutritionsstatus hos äldre.....	11
2.6 Offentlig måltidsverksamhet .....	11
<b>3 SYFTE .....</b>	<b>12</b>
3.1 Frågeställningar .....	12
<b>4 METOD.....</b>	<b>13</b>
4.1 Urval.....	13
4.2 Observationer .....	13
4.3 Ostrukturerade intervjuer med kökspersonalen.....	14
4.4 Intervju med kostchefen .....	14
4.5 Ostrukturerade intervjuer med vårdpersonal och gruppledare.....	15
4.6 Näringsberäkning.....	15
<b>5 RESULTAT .....</b>	<b>16</b>
Verksamhetsbeskrivning .....	16
<b>5.1 Nyckelpersoner .....</b>	<b>17</b>
Figur 1. Måltidens nyckelpersoner .....	17
5.1.1 Intervju med kostchefen .....	18
5.1.2 Ostrukturerade intervjuer med kökspersonalen .....	19
<b>5.2 Receptanvändning.....</b>	<b>21</b>
<b>5.3 Näring.....</b>	<b>21</b>
5.3.1 Samtal med vårdpersonal och gruppledare.....	21
5.3.2 Näringsberäkningar .....	22

<b>6 DISKUSSION .....</b>	<b>26</b>
<b>6.1 Metoddiskussion och felkällor.....</b>	<b>26</b>
<b>6.2 Resultatdiskussion.....</b>	<b>27</b>
<b>6.3 Fortsatt forskning .....</b>	<b>30</b>
<b>7 REFERENSER .....</b>	<b>31</b>

# 1. Inledning

Under vår kostekonomutbildning har vi fått lära oss hur en ideal måltidsverksamhet ser ut. Vi har även fått förståelse för vikten av receptanvändning och näringsberäkningar. När vi nu är inne på sista delen på vår utbildning har vi blivit intresserade av att se om det vi lärt oss överensstämmer med hur det fungerar i praktiken. Detta arbete kommer att visa hur en måltidsplanering på ett äldreboende kan se ut i verkligheten, samt vilka likheter och skillnader som kan förekomma utifrån de teoretiska kunskaper som utbildningen gett oss. Anledningen till att vi valt att studera just ett äldreboende är för att man där serverar alla dagens måltider, jämfört med en skola där det oftast enbart serveras lunch.

I en studie av Anja Saletti (2007b) är hela 75 % av de äldre undernärda eller misstänkt undernärda. Det finns idag ingen lag om hur en måltid ska se ut inom den offentliga sektorn, varken näringsmässigt eller sensoriskt (Livsmedelsverket, u.å.). Dock finns det rekommendationer gällande näringen som varje kommun får ta ställning till om de vill följa eller inte. Vi har valt att göra vår undersökning på ett äldreboende där man valt att inte använda sig av någon näringsberäkning. Undersökningen går ut på att studera måltidsplaneringen på detta äldreboende där vi riktar in oss på frågor som rör näring, receptanvändning och måltidsverksamhetens organisationsstruktur.

När det kommer till myndighetsansvar vad gäller äldres mat inom den offentliga sektorn, finns det idag en oklarhet i denna fråga enligt Mattsson Sydner (2002). I hennes studie kom man fram till att det saknades ansvarstagare för måltiderna inom äldreomsorgen och både politiker och personal kände att de hade svårt att påverka måltiden, vilket ledde till att ingen kände sig ansvarig inom det området. I vår studie kommer vi bland annat undersöka vilka nyckelpersoner som är kopplade till måltiden och vem eller vilka som har huvudansvaret.

## 2 Bakgrund

I bakgrunden kommer vi att beskriva vad A-kost är, samt vilka kostrekommendationer det finns för äldre och vad som kan hända om man avviker från dessa. I bakgrunden tar vi även upp tidigare studier inom områdena matsedel, receptanvändning, samt offentlig måltidsverksamhet.

### 2.1 A-kost

Är man inlagd på ett sjukhus eller om man bor ett äldreboende, bör man alltid få en kost som är anpassad för det näringsbehov man har. A-kost är en kost som är vanlig inom äldreomsorgen och betyder *allmän kost för sjuka*. Man måste då få in lika mycket protein, fett, kolhydrater, vitaminer och mineraler i en portion som är mindre i volym än en normalportion. Människor som behöver A-kost, i synnerhet äldre människor, har ofta en nedsatt aptit på grund av ålder eller sjukdom (Livsmedelsverket, 2003). Det är därför extra viktigt att just dessa personer får i sig alla näringsämnen som de behöver. Skulle motsatsen uppstå kan detta relatera till undernäring vilket för en äldre person kan vara livsfarligt. Det är sjukdomen som orsakar undernäringen, vilket bör beaktas när man sedan skall åtgärda problemet (Livsmedelsverket, 2003). Sjukdomen och åtgärder för förbättrad näring måste därför behandlas tillsammans.

Energifördelningen vid A-kost bör bestå av 15-20 E% protein, 35-40 E% fett, 24-45 E% kolhydrater samt mindre än 25-30 g kostfiber per dag (Livsmedelsverket, 2007a).

### 2.2 Mat för äldre

Enligt Svenska kommunförbundet (1994) minskar energibehovet när man blir äldre. När man blir äldre och har levt ett friskt liv minskar energibehovet med ungefär en tredjedel. Detta betyder inte att näringsbehovet minskar, utan endast det totala energiintaget. Därför är det viktigt att man ser till att maten är tillräckligt näringsrik, vilket betyder att valet av livsmedel är viktigt. För äldre finns det vissa vitaminer och mineraler som är extra viktiga att få i sig tillräckligt av, till exempel vitamin D, vitamin C, kalcium, järn och kalium. Även kostfiber och vatten är viktiga delar av en äldre persons dagliga kostintag.

Det rekommenderade intaget av vitamin D för en person över 60 år är 10 mg (Livsmedelsverket, 2010a). Denna mängd kan dock ofta vara för liten för en person i den åldern, men då man får i sig D-vitamin genom solljus har Livsmedelsverket valt att behålla den rekommendationen. Har man däremot ingen möjlighet att vistas utomhus, rekommenderas tillskott av vitamin D (Svenska kommunförbundet, 1994). Vitamin D finns i bland annat fet fisk och berikad mjölk (Abrahamsson, Andersson, Becker, & Nilsson, 2006).

C-vitamin är en av de antioxidanter som finns. Antioxidanter hjälper oss att hålla borta fria radikaler som kan vara skadligt för kroppen. Vid en ensidig kosthållning kan C-vitaminbrist uppstå och man kan även drabbas av skörbjugg. Detta har konstaterats på inläggande svenska patienter (Svenska kommunförbundet, 1994).

Benbrott är mer vanligt bland äldre personer än de yngre, då man som äldre har en lägre kalciumhalt i skelettet. I och med att man blir äldre blir man även vanligtvis mer inaktiv, och om man har svårt att röra sig kan det innebära att man kan få kalciumförluster på grund av detta. Därför är det extra viktigt att man som äldre får i sig det dagliga rekommenderade intaget av kalcium via kosten (Svenska kommunförbundet, 1994).

Järnbrist är relativt ovanligt hos äldre personer, men det är dock oerhört viktigt att se till att det inte inträffar (Svenska kommunförbundet, 1994). Då äldre väl drabbas av järnbrist brukar det oftast inte enbart bero på en bristfällande kost, utan kan orsakas på grund av exempelvis blödningar från mag-tarmkanalen eller blödningar på något annat vis. Järn finns i bland annat gröna grönsaker, torkad frukt och berikad mjölk. Brist på järn kan bland annat innebära ett sänkt immunförsvar (Abrahamsson, m.fl., 2006).

Brist på kalium är något som är desto vanligare bland äldre (Svenska kommunförbundet, 1994). Kalium behöver man bland annat för att njuren ska fungera riktigt, för muskelfunktionen, samt för att hålla blodtrycket jämnt (Livsmedelsverket, 2010b). Vid brist på kalium kan man drabbas av muskelsvaghet och kramper. För att lättast få i sig kalium bör man äta mejeriprodukter, kött, fågel, ägg samt potatis. Det rekommenderade intaget av kalium är 3,1 g för kvinnor och 3,5 g för män.

Enligt Svenska kommunförbundet (1994) ökar risken för tjocktarmscancer, diabetes och förstoppning när man blir äldre. Ett sätt att förhindra detta är att äta kostfiber. Kostfiber finns i fullkornprodukter så som bröd, grönsaker och frukt. Fullkornsprodukter ger även en längre mättnadskänsla än vad icke fullkornsprodukter gör. Detta medför att man ofta småäter mindre och på så sätt stabiliserar man sitt blodsocker och förbättrar sin tandhälsa. Det dagliga rekommenderade intaget av kostfiber är 25-35 g.

Vatten är livsavgörande oberoende av hur gammal eller ung man är (Svenska kommunförbundet, 1994). Man bör tänka på att man förlorar vatten genom njurarna, tarmen, lungorna och huden. Vattenförlusten ökar vid diarré, feber och njursjukdomar, vilka alla är vanliga i de högre åldersgrupperna. Vissa läkemedel som är vanliga hos äldre kan även bidra till vätskeförluster och då törstregleringen inte heller fungerar så bra hos äldre, leder det ofta till att man dricker mindre än vad man egentligen behöver (Abrahamsson, m.fl., 2006). Det finns idag inga rekommendationer för vattenintag, då behovet varierar så pass mycket från person till person. För en äldre person bör dagsintaget dock vara cirka 30 ml/ kilo kroppsvikt.

## **Överdoserering av vitaminer och mineralämnen**

Enligt Abrahamsson, m.fl. (2006) är det viktigt att se till att vitaminer och mineraler finns med i den dagliga kosten, men det finns vissa vitaminer man faktiskt kan få för mycket av. Även vissa mineralämnen kan vara farligt i för stor dos. Små ”överdoserings” av vitaminer och mineraler har ingen påverkan på kroppen, men då det finns toxiska effekter vid för högt intag har Livsmedelsverket satt en övre gräns (UL) för en del av dem. Dessa rekommendationer avser en frisk vuxen människa och det är inte samma rekommendationer för barn (Livsmedelsverket, 2007b). Nedan följer en tabell på några vitaminer och mineraler samt deras rekommendationer för respektive övre gräns per dag .



<b>Vitamin</b>	<b>UL</b>
Vitamin A	3000 µg
Vitamin B6	25 mg
Vitamin D	50 µg
Vitamin C	1000 mg
Kalcium	2500 mg
Kalium	3,7 g
Järn	25 mg
Zink	25 mg

### **2.3 Kostrelaterade sjukdomar bland äldre**

Enligt Livsmedelsverket (2003), bör måltiderna för de människor som vistas och bor på sjukhus eller andra institutioner vara höjdpunkten på dagen. Därför är det viktigt att maten både ser god ut och smakar gott, så den äldre kan få i sig hela sin portion. Får man inte i sig all den näring man behöver kan detta leda till att man blir trött och kraftlös. Intresset för mat kan minska allt mer och till slut kan man tappa all ork för att äta och dricka helt och hållet. Risker för komplikationer ökar, så som infektioner men också den rehabilitering som hade varit möjlig om kostintaget varit stabilt. För vissa sjukdomar har kosten en större betydelse än andra.

Benskörhet eller osteoporos som det också kallas är en sjukdom som kan drabba alla, men främst äldre människor (Sjukvårdsupplysningen, 2008). Drabbas man av benskörhet betyder det att nedbrytningen av ben i kroppen är större än uppbyggnaden. Skelettet får därför en sämre hållfasthet och man drabbas då lättare av benbrott. När man diagnostiserat benskörhet hos en person är det viktigt att man direkt börjar med någon sorts behandling (Livsmedelsverket, 2003). Oftast nutritionsbehandlar man genom att öka intaget av vitamin D och kalcium radikalt, då dessa är oerhört betydande i uppbyggnaden av benmassa. Med hjälp av mejeriprodukter så som fil, yoghurt ost och mjölk kan man öka intaget av kalcium. Lättnmjölk är alltid berikat med vitamin D och används med fördel till personer med benskörhet (Svenska kommunförbundet, 1994).

Den basala metabolismen är den energiförbrukning kroppen använder endast för att hålla kroppen igång (Abrahamsson, m.fl., 2006). När man blir äldre sjunker den basala metabolismen och det blir extra viktigt att tänka på vad det är man äter. Dock påstår Andersson m.fl. (2003) att äldres mellanmål relativt ofta bestå av kaffe och kakor. Som äldre kan man dessutom få vissa svårigheter med att röra sig om man till exempel har värk i kroppen och leder, eller är rullstolsbunden, vilket resulterar att kroppen gör av med ännu mindre energi (Svenska kommunförbundet, 1994).

Sjukvårdsupplysningen (2010) säger att ett högt blodtryck kan leda till åderförfattning i kärlen vilket gör det svårare för kroppen att pumpa runt blodet. Får man inte detta behandlat kan det vara mycket farligt. Man kan förändra sitt blodtryck genom att förändra sitt dagliga kostintag. Att äta mindre kolesterol, fett och salt samt att minska på alkoholintaget och byta ut dessa mot livsmedel som frukt, grönsaker, fibrer och fettsnåla mejerivaror kan vara en medicin mot högt blodtryck. Dessa livsmedel innehåller och större andel kalcium, magnesium, kalium och kostfiber vilket är extra viktigt att få i sig när man blir äldre.

Enligt Abrahamsson, m.fl. (2006) Är PEM (protein-energi-malnutrition) den vanligaste formen av undernäring i Sverige. Detta är en sjukdom man kan bli drabbad av om man i kombination får brist på energi och protein. Orsakerna kan bero på otillfredsställande energiintag eller malabsorption, alltså att kroppen har svårt att ta upp den näring som behövs. Malnutrition kan leda till försämrat immunförsvar så som att sår får svårare att läka vilket innebär att kroppen behöver ännu mer energi för att läka såren.

## **2.4 Matsedel och recept**

I en studie av Hellström & Sundbladh (2009) gjorde man en enkätundersökning bland kockar, köksbiträden, kökschefer och en kostchef i Göteborg. 25 % av respondenterna uppgav att de alltid använder recept vid matlagningen av normalkost, ungefär 45 % använder recepten "vid de flesta tillfällena" när de lagar normalkost, ungefär 2 % uppgav att de aldrig lagar normalkost. Samtliga uppgav att de använde recept på något sätt när de lagade normalkost. De som använde recept från kostdataprogram nämnde att de använde dem på grund av att det innebar en trygghet, att det underlättade för vikarier, samt att chefen önskade så.

Enligt en studie av Carlsson & Gustafsson (2003), är det nio faktorer som främst styr vid matsedelsplanering inom äldreomsorgen. Dessa faktorer är ekonomi, gästernas önskemål, personalkapacitet, utrustningskapacitet, målgrupp, säsong, variation, riktlinjer samt färgkombination/utseende. Några av de faktorer som inte prioriteras vid måltidsplaneringen enligt studien var de tre faktorerna näring, beredningsgrad och att det ska vara roligt att laga maten.

Enligt Mattsson Sydner (2002), är det främst faktorerna ekonomi och (till skillnad från studien av Carlsson & Gustafsson, 2003) näring som idag prioriteras inom den offentliga måltidssektorn. Hon säger även att det knappt eller inte alls fokuserats på de mindre mätbara faktorerna, exempelvis smak och utseende. Hon anser även att den offentliga måltidssektorn med dess mat går ut på att vara så effektiv som möjligt och stor vikt läggs på beräkningar, mätning och organisering. I samma studie kom man fram till att alla de sistnämnda faktorerna för de äldre inte spelade någon roll när de fick sin mat på tallriken. De faktorer de istället värderade högt var av mer abstrakt karaktär och handlade mer om måltidsmiljön och personerna runtomkring med dess bemötande och uppträdande. Sidenvall (2007) skrev i sin studie: *"det är ingen idé att servera näringsberäknad mat om den inte äts"*.

Enligt Mattsson Sydner (2002) önskar vårdtagarna inom äldreomsorgen vanlig husmanskost som mat. I en studie av Saletti (2007a) framkom det också att vårdtagare önskade så kallad traditionell mat. I hennes studie kom man fram till att det fanns missnöjen från de äldres sida angående smaken på maten. De uttryckte missnöje med att maten bland annat var för dåligt tillagad eller för salt. Till sist nämnde de även att maten på menyn inte nådde upp till deras förväntningar när den väl serverades och att portionerna som serverades ofta var för stora. I en studie av Sidenvall (2007) framkommer det att de äldre inte blir hungriga, då de inte är aktiva under dagen. I studien uttryckte de äldre en önskan om att äta "något lättare" till kvällsmat, eftersom de upplevde att kraftiga måltider på kvällen gjorde det svårare att sova. Krämm med en smörgås var ett förslag på vad de äldre ansåg vara lagom att äta kvällstid.

## **2.5 Nutritionsstatus hos äldre**

Undernäring bland äldre är i dag ett relativt vanligt problem. Anja Saletti (2007b) har gjort en studie på 1305 personer över 65 år inom äldreomsorg där man bedömde deras nutritionsstatus. Man kom fram till att 25 % var välnärda, 25 % undernärda och resten var misstänkt undernärda. I denna studie var det ingen av deltagarna som nådde upp till sitt rekommenderade intag av D-vitamin, vitamin B6, folacin, riboflavin, magnesium, zink, jod, selen eller järn. Vitamin B12 och fosfor var den vitamin och mineral som flest fick i sig i tillräcklig mängd. I samma studie såg man ett samband mellan ett lågt energiintag och lågt näringsintag och vice versa. Alltså var de välnärda oftast de som fick i sig mest energi. För att förbättra energi- och näringsintaget hos undernärda äldre, ökar man möjligheterna om man erbjuder en kost med ett högt energiinnehåll istället för att endast servera mer mat volymmässigt, enligt Armyr, Cederholm, Classon, Jerstrom, Ljungren, Ljungqvist, Soop & Ödlund-Olin (2003).

## **2.6 Offentlig måltidsverksamhet**

Det finns idag ingen allmän lag som sätter krav på matkvaliteten inom äldreomsorgen, näringsmässigt eller sensoriskt sett. Däremot finns det föreskrifter som sätter krav på matens kvalitet inom offentlig verksamhet, ur mikrobiologisk synvinkel (Livsmedelsverket, u.å.). De enda lagar som finns, som omfattar maten inom den offentliga sektorn, är alltså de som handlar om hygien och den mikrobiologiska hanteringen av maten. Om man nu vill sätta krav på maten, inte bara hygienmässigt, utan även näringsmässigt, kan man på kommunen sätta upp egna riktlinjer som i sådana fall måste följas (Anja Saletti, 2007b). Ett bra underlag är då de svenska näringsrekommendationerna (Livsmedelsverket, 2005), som finns anpassade för just äldre och deras dagliga behov av energi och näring.

När det kommer till myndighetsansvar vad gäller äldres mat inom den offentliga sektorn, finns det idag en oklarhet i denna fråga enligt Mattsson Sydner (2002). I hennes studie kom man fram till att det saknades ansvarstagare för måltiderna inom äldreomsorgen och både politiker och personal kände att de hade svårt att påverka måltiden, vilket ledde till att ingen kände sig ansvarig inom det området.

När beslut ska fattas, är kommunikation, enligt Jacobsen och Thorsvik (2002) en nödvändighet och ju bättre kommunikation det finns, desto säkrare beslut kan tas. De anser även att kommunikationen mellan människor är sämre om man fysiskt befinner sig längre ifrån varandra, jämfört med om man finns närmare varandra. Arbetsfördelning och ansvarsområden är något som de anser är grunden för organisationer, vilket innebär att var och en får en ram för vilka frågor de bör fokusera på.

## **3 Syfte**

Syftet med arbetet är att studera hur en måltidsplanering för ett äldreboende går till. Fokus ligger på receptanvändning och organisation. Dessutom vill vi jämföra näringen i den serverade måltiden med SNR:s rekommendationer.

### **3.1 Frågeställningar**

- Vilka nyckelpersoner finns knutna till maten, från planering till servering?
- Används recept i produktionen?
- Om recept använd, görs det då avvikelser från dessa? Vilka är det och hur dokumenteras dessa?
- På vilket sätt uppfyller den planerade måltiden näringsrekommendationerna enligt SNR?

### **3.2 avgränsningar**

För att arbetet inte ska bli för stort har vi valt att göra vissa avgränsningar. I detta arbete kommer vi inte att ta hänsyn till vilken mat som äts utan endast det som faktiskt serveras. Dessutom kommer vi inte ta hänsyn till näringsvärdesförändringar som kan förekomma i samband med tillagning, varmhållning, uppvärmning och nedkylning. Då detta skulle kräva andra undersökningsmetoder och vesäntligt mer tid.

## **4 Metod**

Metoden har en stor betydelse för hur resultatet ska komma att bli. Vi har valt att göra en fallstudie, vilket innebär att man gör en studie på endast ett specifikt fall och man utgår från den verksamhetens helhetsperspektiv (Davidson & Patel, 2003). För att kunna besvara våra frågeställningar har vi använt oss av deltagande observationer, intervjuer och ostrukturerade intervjuer. Genom att göra deltagande observationer i köket har vi kunnat sätta oss in i verksamheten och skapa oss en helhetsbild av receptanvändningen och arbetet i köket. Under observationerna passade vi även på att ha ostrukturerade intervjuer med kökspersonalen och vi kunde se vilka avvikelser som gjordes från recepten. För att få mer ingående information om verksamheten och även få reda på hur kostchefen tycker och tänker kring receptanvändningen och måltidsplaneringen, har vi kompletterat våra deltagande observationer med en kvalitativ intervju med honom. Därefter besökte vi avdelningarna där maten serverades och kunde då ha ostrukturerade intervjuer med vårdpersonalen och gruppledaren. Den sista metod vi använt oss av var att registrera alla måltider i kostdataprogrammet AIVO. Detta är ett kostdataprogram som används mycket inom speciellt storhushåll för att bl.a näringsberäka maten, räkna ut portionskostnad, skapa matselar och göra beställningar.

### **4.1 Urval**

Vi valde att studera en måltidsverksamhet inom äldreomsorgen och då vi ville göra en fallstudie var det endast en verksamhet vi var intresserade av att studera. Vi kontaktade ett flertal olika kostchefer inom äldreomsorgen via e-post där vi frågade om det fanns något intresse av att ställa upp i vår studie. Då det inte fanns något intresse bland de kontaktade, valde vi att söka upp en kostchef som vi tidigare i vår utbildning träffat. Denna person hade en positiv inställning till vår undersökning och efter ett möte kom vi fram till att denna plats var lämplig för vår studie.

### **4.2 Observationer**

Utifrån observationen ville vi få fram om kökspersonalen använder recept och i så fall hur pass noga de följde dem. Eventuella avvikelser från recepten noterade vi själva, då dessa var viktiga att känna till när vi väl skulle näringsberäkna måltiderna. Veckan innan undersökningen ägde rum, besökte vi köket för att presentera oss och hämta nästa veckas matsedlar och recept. Då vi hade matsedlarna var det lätt att förbereda sig inför nästa dag då man visste vilka rätter som skulle lagas.

Vi gjorde observationer i köket under tre dagar. Då detta är ett kök som lagar maten minst en dag i förväg, fick vi under våra observationsdagar ta del av matlagning av lunch och middag för fem dagar framöver (tisdag till lördag). Själva observationen gick till på så sätt att vi tillsammans hade koll på vilka livsmedel och ingredienser som plockades fram och användes i de olika maträtterna. Vi uppmuntrade kökspersonalen att själva berätta vad de gjort för förändringar utifrån receptet, men vi hade även själva hela tiden koll på vad de hade gjort, då vi hela tiden observerade matlagningen. Anteckningar på eventuella förändringar gjorde vi direkt på receptet. Vi var väldigt noga med att berätta för kökspersonalen att förändringar i receptet är helt okej och att vi är medvetna om att det ibland måste göras.

### **4.3 Ostrukturerade intervjuer med kökspersonalen**

Intervjuerna med kökspersonalen var inget som var organiserat eller utsatt på någon bestämt tid utan genomfördes under de tre dagarna vi var där medan personalen utförde sitt arbete. Syftet med detta var främst att få en bild av hur måltidsplaneringen och matlagningen fungerade, genom att låta personalen berätta hur de arbetade. Dessutom ville vi få reda på bland annat vad de anser om receptanvändningen och hur pass fria händer de har i matlagningen, för att sedan ha möjlighet att ställa liknande frågor som till kostchefen. Vi ville se vilka likheter och/ eller skillnader det fanns i prioriteringar och tankesätt mellan de olika parterna.

De olika intervjuerna med kökspersonalen var inget som spelades in, utan skrevs endast ner på papper. Vi pratade också lite extra med den köksansvarige då hon oftast hade mer tid att sitta ner och prata.

### **4.4 Intervju med kostchefen**

För att få en ännu tydligare uppfattning om hur måltidsplaneringen fungerade ville vi även göra en intervju med kostchefen. Vi hade innan intervjutillfället kontaktat kostchefen och bokat in en tid några dagar senare. Inför intervjun hade vi förberett oss genom att utforma en intervjuguide med frågor vi ville ha svar på. Genom att läsa in oss på ämnet intervjumetodik, kunde skapa vi en intervjuguide som var lätt att följa under hela intervjun. Vi valde att använda oss av så kallade öppna frågor för att undvika ja och nej svar och istället skapa en naturlig konversation mellan oss och kostchefen. Hela intervjun spelades in för att lätt kunna gå tillbaka och lyssna på vad som egentligen sagts. Under intervjun förde även en av oss minnesanteckningar för hand, medan den andra ledde intervjun.

Intervjun varade i 35 minuter och efteråt lyssnades inspelningen av och sammanfattades skriftligt. Då vi sedan hade hela samtalet på papper var det lättare att få en överblick över vad man pratat om och vilka kategorier man kunde dela in samtalet i. Vi klippte därför ut de frågor och svar som hörde till varandra och kategoriserade de i olika grupper: personal, matsedel och ansvarsområden. Det var på detta sätt lättare att få en mer sammanhänganden text då allt inom samma kategori hamnar tillsammans i texten. Till sist skickade vi sammanställningen av intervjun till kostchefen, för att kunna få ett godkännande av att det vi återberättade stämde.

## **4.5 Ostrukturerade intervjuer med vårdpersonal och gruppleddare**

För att kunna göra näringsberäkningar på en hel dag, behövde vi även följa maten ut till avdelningarna där den serveras. Då avdelningarna själva ansvarade för frukost och mellanmål och måltidernas tillbehör, ville vi tala med vårdpersonal och gruppleddare för att få reda på vad de då serverade. Vi ville även veta hur stora eller små portioner de serverade, för att vi skulle kunna beräkna måltiderna på ett riktigt sätt. Då vi gjorde besöket under en måltid, fick vi även möjlighet att med egna ögon observera om de serverade de tillbehör som stod på menyn. Vi fick även chans att se hur maten serverades, vilket egentligen inte hör till vårt syfte men som ändå känns intressant i sammanhanget. Dessa ostrukturerade intervjuer gick till på samma sätt som intervjuerna med kökspersonalen, det var alltså ingenting som spelades in, utan antecknades endast på papper.

## **4.6 Näringsberäkning**

När all rådata samlats ihop genom observationer, var det dags att jämföra de näringsberäkningar vi fått ut från AIVO som är ett mycket välkänt kostdataprogram inom restaurang och storhushåll. Originalreceptet lades in för att sedan jämföras med de eventuella förändringar vi varit med om under tillagningen. Sedan registrerade vi frukost, mellanmål och tillbehör, utifrån våra samtal med vårdpersonal och gruppleddare. Kostdataprogrammet räknade sedan själv ut vilka fördelningar det fanns mellan kolhydrater, olika fettkvaliteter samt protein. Vi fick även information om mängd vitaminer och mineraler som maten innehöll och hur väl det stämde överens med det dagliga rekommenderade intaget. Storleken på portionerna vi näringsberäknade, fick vi fram genom de informella samtalen med vårdpersonalen.

## 5 Resultat

Detta avsnitt kommer att inledas med en verksamhetsbeskrivning och därefter gå över till att beskriva de olika nyckelpersonerna inom måltidsplaneringen. Sedan kommer resultatet av recepanvändningen redovisas och därefter redovisas resultatet av näringsjämförelserna mellan det rekommenderade intaget och den serverade maten.

### **Verksamhetsbeskrivning**

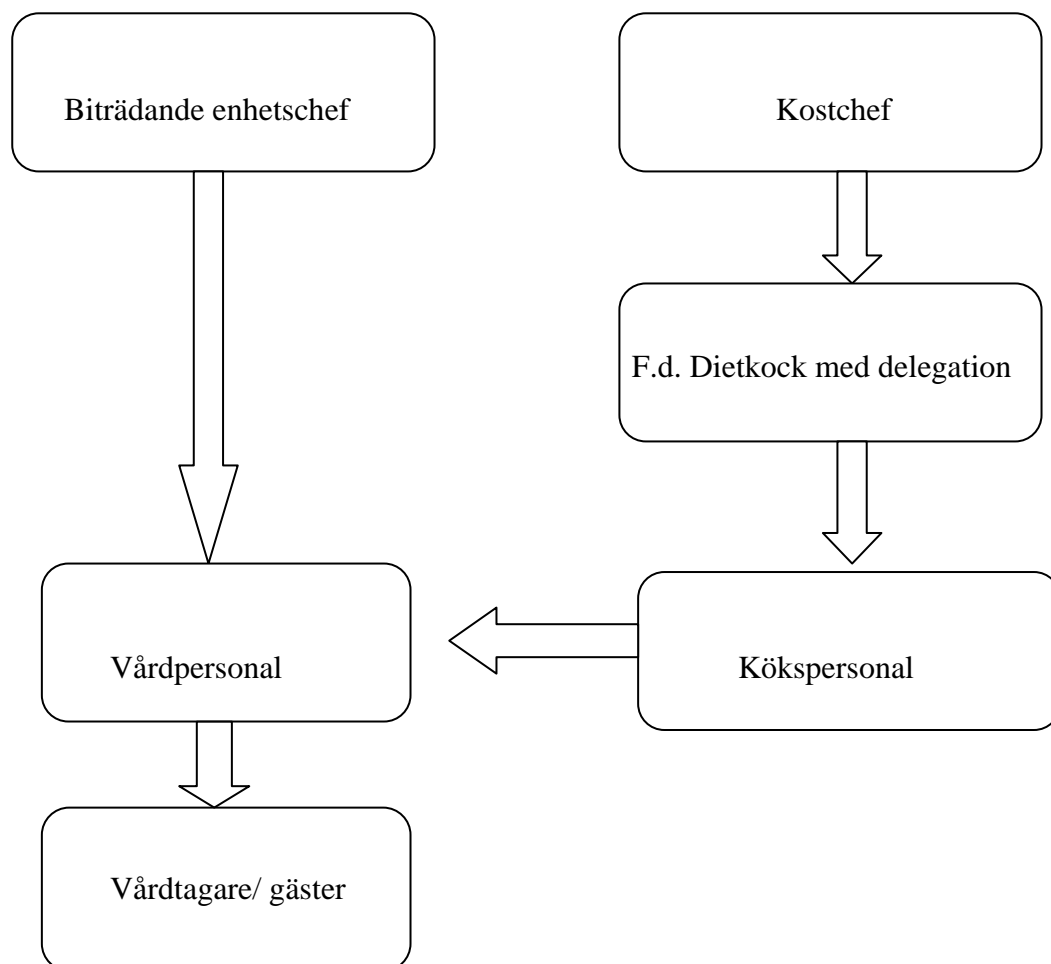
I verksamhetens kök lagas mat till vårdtagare på äldreboendet och det blir omkring 550 portioner A-kost till lunch, samt ca 450 portioner A-kost till kvällsmat. Utöver detta lagar man även normalkost till verksamhetens lunchrestaurang, samt specialkost till vårdtagare. Man använder sig av ett femveckors rullande schema i menyn, där man oftast använder sig av samma kombination av lunch, dessert och middag. Matsedeln anpassas något efter säsong och högtider. Köket har totalt 11 anställda, varav fyra personer är utbildade kockar i grunden. De resterande har blivit utbildade i efterhand. Alla anställda har också möjlighet att gå en utbildning inom mat och ekologi, vilket är något som över lag uppskattas av personalen då de får möjlighet att träffa andra med liknande yrke och utvecklas.

Verksamheten använder sig av tillagningsmetoden kyld mat. Detta innebär att maten kyls ner direkt efter tillagning i en så kallad chillblaster, för att sedan hållas kyld fram tills uppvärmningen den dagen den skall ätas. Oftast lagas maten 1-2 dagar i förväg och som mest tar det upp till fyra dagar innan maten konsumeras. Alla kolhydratkomponenter med enklare tillagningssätt så som kokt potatis, pasta, ris och liknande tillagas av vårdpersonalen på avdelningarna. Detta gör man främst då dessa livsmedel inte får en önskvärd sensorisk kvalitet av att kylas, men också för att viktiga vitaminer och mineraler skall bibehållas i livsmedlet. Även fisk är ett livsmedel som får ett dåligt resultat, både ur sensorisk synpunkt och ur näringsynpunkt. Man väljer därför att förbereda fisken så långt det går genom att portionera, krydda och eventuellt panera fisken så att det bara är för personalen på avdelningar att tillaga den.



## 5.1 Nyckelpersoner

I denna verksamhet har *kostchefen* ingen direktkontakt med maten. De frågor kostchefen arbetar med är personalansvar för kökspersonalen och administrativa uppgifter, som budget och utveckling av verksamheten. Kostchefen har även det övergripande ansvaret för huvudkomponenterna i lunch och middag för de boende, på så sätt att han godkänner den matsedel och de recept som arbetsledaren arbetat fram. *Den före detta dietkocken med delegation* är den person som bestämmer vilka rätter som skall serveras. Denna person gör alltså matsedeln och väljer ut passande recept. Inköp av råvaror och övrigt material är en arbetsuppgift som delas lika mellan *den före detta dietkocken med delegation* och *kökspersonalen*. *Kökspersonalen* är även de som tillagar alla huvudkomponenter till lunch och middag. *Den biträdande enhetschefen* är den som har ansvar över *vårdpersonalen* och jobbar administrativt. Alla mellanmål, frukost och sidokomponenter till huvudmåltiderna är sådant som *den biträdande enhetschefen* har budgetansvar för. *Vårdpersonalen* är de som serverar all mat till de boende. De tillagar frukost, mellanmål och tillbehör till lunch och middag och gör även alla inköp för detta. *Vårdtagare/ gäster* är de som slutligen äter maten.



Figur 1. Måltidens nyckelpersoner

### 5.1.1 Intervju med kostchefen

Respondenten är ensam ansvarig kostchef för äldreomsorgen inom stadsdelen och är utbildad kostekonom, med stor erfarenhet från restaurangbranschen sedan innan. Kostchefen har nu haft sin tjänst i verksamheten i tre år och han nämner att han till en början jobbade väldigt hårt, för att förbättra verksamheten och spara pengar. Från början hade kostchefen även en kostekonom till sin hjälp, som hade till uppgift att främst ägna sig åt recept, näringsberäkning och matsedelsplanering. Denna kostekonom finns inte längre kvar i verksamheten och kostchefen nämner att han inte har tid att ägna sig åt dessa uppgifter själv.

Idag har istället en av de förra dietkockarna hand om matsedelsplanering, råvaruinköp och recept på heltid. Däremot näringsberäknar hon inte recepten, då hon menar att recepten i kostdataprogrammet redan är näringsberäknade. Recepten ändras och anpassas ibland för att göra måltiden mer energität, smakmässigt bättre och för att förbättra konsistensen. Dessa förändringar görs för hand och finns inte registrerade i kostdataprogrammet, vilket medför att även näringsammansättningen ändras vid dessa tillfällen utan att registreras.

Kostchefen påvisar flera gånger vikten av att laga mat som både ser god ut och som smakar gott. Han anser att man bör laga mat som man själv skulle vilja äta, vilket för honom är en självklarhet. Kostchefen anser att om man har ett matintresse bör det resultera i en god maträtt. Enligt kostchefen är detta en egenskap som varierar en del bland hans personal. Han säger att ”30 % kanske har ett genuint matintresse, de andra tycker att det är något man går och gör”.

Han påpekar även att det är få av personalen som har erfarenhet från privat restaurang, utan alla är ”skolade” inom den offentliga sektorn. Fem av de anställda är utbildade kockar, resten är ekonomibiträden som blivit validerade till kockar i efterhand. ”I min värld blir du inte kock på tre månader, speciellt inte om du inte har något matintresse”, menar kostchefen.

Respondenten anser själv att han tillbringar mycket tid i verksamhetens kök. Han menar att han är en av få kostchefer som har en bakgrund som kock inom en privat sektor och detta anser han är en fördel. Han fortsätter: ”Det är ingen som behöver förklara för mig vad som funkar och inte, jag har också jobbat på stora ställen”.

Han beskriver sin ledarstil som ”hård och rättvis” snarare än ”mjukig”. Han nämner också att han är väldigt förändringsbenägen, men har lärt sig att tona ned denna egenskap med tiden, då han insett att förändringar måste få ta sin tid inom denna bransch.

Husmanskost som är lagad från grunden är det man fokuserar på, då man vet att det är det de äldre önskar. Erbjuder man mat som gästerna tycker om, är chansen större att de också får i sig mer. Trots att man själv inte näringsberäknar recepten använder man sig av i verksamheten, försöker man ändå fokusera på att maten ska innehålla mycket fett och protein, hellre än kolhydrater. Han anser att alla näringsberäkningar i slutändan inte spelar någon roll om de äldre ändå inte får i sig den beräknade mängden. ”Om vi har en portion och låtsas att den är näringsberäknad... de äldre får aldrig i sig hela ändå” säger han.

Därför satsar man mycket på energität mat, då han nämner att det är ett erkänt faktum att det finns undernäring bland äldre. Dessutom görs en näringsberäkning på en hel dag och då man inte har någon kontroll på vad som serveras till frukost, mellanmål och som tillhör till

måltiderna, kan man inte heller veta om beräkningarna stämmer i praktiken. Respondenten säger sedan att han visserligen tror att alla tillbehör som står på matsedeln faktiskt serveras och han besöker själv avdelningarna emellanåt, för att se hur det fungerar. På frågan om vilka faktorer han anser är viktigast vid matlagningen, säger han att det måste vara mat som äldre tycker om. Svensk husmanskost, lagat från grunden och riktiga råvaror, är något han hela tiden strävar efter.

När det kommer till hur pass fria händer personalen har, svarar respondenten att man gärna får komma med förslag på förändringar men att man då måste säga till den receptansvariga kokerskan innan. Anledningen till att det är viktigt att meddela sina förändringar är att nya ingredienser kan medföra risker för allergiker. Verksamheten har en restaurang, där allmänheten har möjlighet att äta lunch. I restaurangen har man möjlighet att välja den ena av två rätter eller veckans sallad själv. Detta är dock någonting som inte utnyttjas av personalen i så stor utsträckning, enligt kostchefen.

### **5.1.2 Ostrukturerade intervjuer med kökspersonalen**

Under de tre dagar vi gjorde vår studie fick vi också möjlighet att prata med kökspersonalen och skapa oss en uppfattning om hur de tänker kring receptanvändning och liknande. Personalen består av tio kvinnor och en man och alla har tidigare erfarenheter av storhushåll sedan innan. Varje person i köket ansvarar för sin rätt och det är sällan man jobbar två och två, förutom vid speciella tillfällen. Alla har alltså kock som profession och ingen står över någon annan i hierarkin. Under de dagar vi var där var det många av huvudkomponenterna som kom färdigköpta från olika livsmedelskedjor, så som korv och lax. Därför hade man mer tid till att tillaga även några kolhydratkomponenter i köket, exempelvis gratäng, kalla majonäsbaseade sallader och stuvad potatis.

Till alla rätter som tillagas i köket används recept som har blivit framtagna sedan innan av den köksansvarige. Recepten är oftast använda flera gånger eftersom köket har ett femveckors rullande schema och därför behövs inte många justeringar göras vid själva tillagningen. Det som kan tänkas behöva ändras är möjligtvis kryddningen, men annars upplevde kökspersonalen att recepten fungerar bra. De vet att recepten fungerar och känner sig trygga med att de vet att resultatet på slutprodukten kommer att bli bra. Själva anser de att de har ett relativt fritt arbete. Många anser att det är en frihet att använda sig av recept för att man då har en grund att stå på. Man vet hur många liter det ska bli i slutändan och vad de olika ingredienserna har för förhållande till varandra. Byter man ut en ingrediens ska det tillsättas lika mycket av en annan för att komma upp i samma mängd. Ingen utgav sig för att tycka att receptanvändningen är något negativt och vi fick bara positiv respons på de frågor som handlade om detta.

De följer recepten mycket noggrant och utnyttjar vågen och mätstickorna till grytorna flitigt för att få den precisa mängd som står i receptet. De säger själva att de nästan alltid försöker följa recepten till punkt och pricka och gör mycket sällan några avvikelser om det inte handlar om kryddning eller vid redning av grytor och såser där det kan behövas mer vetemjöl. Undantag gör de också om det finns lite kvar i burken de öppnat, då åker det sista med också för att undvika svinn. Då det aldrig blir mer mat än vad som behövs blir det sällan några rester i köket. Alla avdelningar får den mängd som beräknats för respektive ställe, och

om det förekommer rester finns dessa på husets avdelningar. Man använder sig alltså inte av ex rester från gårdagen så som kokt potatis eller liknande.

Kökspersonalen säger att vid eventuella receptförändringar känner de en trygghet om de får ett godkännande av chefen innan de fattar egna beslut. De nämner att en förändring inte bara påverkar rätten utan medför även att man måste ändra på etikettlapparna med innehållsförteckning till avdelningarna och att maten till allergiker måste ses över. Ett exempel på när detta skulle kunna inträffa är om en ingrediens inte finns hemma till den rätt som lagas. Vi frågade vilka faktorer de tycker är extra viktiga vid matlagningen och gruppen verkar, som kostchefen, vara överens om att svensk god husmanskost lagat på vispgräddor och smör är det som prioriteras. Många utav de som jobbar i köket har tidigare erfarenhet från köksbranschen och anser sig ha ett intresse för mat och matlagning. En del har jobbat som källskänkor innan, men de flesta har haft ett köksjobb inom den offentliga sektorn hela tiden. De är därför duktiga på vad de gör och har sällan frågor angående matlagningen och receptanvändningen.

## **5.2 Receptanvändning**

Under vår observation tog vi anteckningar på alla avvikelser från grundrecepten som gjordes. Vi hade möjlighet att själva se när samtliga rätter tillagades och vilka ingredienser och mängder som användes. De förändringar man gjorde, bestod nästan alltid av kryddning. Det fanns också enstaka tillfällen då man valde att använda upp exempelvis det sista ur en öppnad burk gräddfil, för att undvika svinn.

När vi genomfört studien lade vi in både originalrecepten och de eventuellt förändrade recepten i kostdataprogrammet AIVO. Därefter kunde vi jämföra näringsvärden och energifördelningar mellan de båda recepten. Vad vi kom fram till var att de avvikelser som gjorts från recepten var få och små. Detta innebär att det inte blev några skillnader i siffror, då man slog ut hela mängden lagad mat per portion och per dag. Vi kan alltså konstatera att personalen i detta kök följer recepten väldigt väl.

## **5.3 Näring**

### **5.3.1 Samtal med vårdpersonal och gruppleadare**

En av dagarna under vår studie gick vi ut till en avdelning medan lunchen serverades, för att kunna se slutstationen för måltiden. Vi fick då även en chans att tala med vårdpersonal, som i detta fall både serverar maten, men också lagar en del av den. Under observationen fick vi reda på att personalen lägger upp portioner och serverar dem i samråd med vårdtagarna. Då vårdpersonalen själva fick ansvara för att köpa in och bereda alla tillbehör till måltiden, var vi även intresserade av att se om de erbjöd det som stod på menyn eller om de utelämnat något som stod på matsedeln. Under vårt besök denna dag, kunde vi konstatera att de erbjöd alla komponenter kostchefen hade planerat och enligt vårdpersonalen själva, följer de alltid matsedeln till punkt och pricka.

Måltidsdrycken fanns inte angiven på matsedeln, då pensionärerna oftast hade speciella önskemål. Det som serverades under denna dag var äppeljuice, standardmjölk och mellanmjölk. Vårdpersonalen nämnde att de visste att den mellanmjölken var bäst, då den var vitaminberikad, men ville vårdtagaren hellre ha exempelvis den andra mjölken eller saft så fick hon/han det. Då vi inte hade något mått på vilken mängd tillbehör de serverade, tog vi även reda på det. Alla avdelningarna hade blivit tilldelade en kostpärm där det bland annat fanns en mall för hur många potatisar varje vårdtagare skulle få. Vi hittade portioneringsanvisningar för: potatis (två stycken/ 125 g), potatismos (2,5 dl), ris och pasta (2 dl) och sås (1 dl).

Något som inte heller finns med på matsedeln och som vårdpersonalen har ansvar för är frukost och mellanmål. Enligt personalen finns det ingen speciellt meny för dessa, utan anpassas varje dag efter vårdtagarnas önskemål. Till frukost kan man få bland annat välling, gröt, fil eller yoghurt, enligt vårdpersonalen. Till detta brukar det serveras en smörgås med pålägg (exempelvis ost, skinka eller leverpastej), samt juice eller liknande och kaffe. Vi

pratade även med gruppleddaren för den aktuella avdelningen. Hon sa att det var olika sorters gröt (med sylt och mjölk) som går åt mest och att ägg serveras tre gånger i veckan till dem som vill ha.

Vårdpersonalen brukar servera två mellanmål på dagen och ett på kvällen innan läggdags för de som så önskar. Enligt gruppleddaren brukar dessa mellanmål vara relativt små, då vårdtagarna inte hunnit bli hungriga sedan senaste måltiden. Gruppleddaren nämner också att det viktigaste är att vårdtagarna får i sig vätska, då det är väldigt viktigt för de äldre. Ett av mellanmålen kan bestå av lite yoghurt eller kaffebröd och kaffe. Det andra mellanmålet brukar bestå av en frukt och någon dryck (exempelvis äpplejuice). Mellanmålet innan läggdags brukar bestå av en smörgås med pålägg och ett glas mjölk. Enligt gruppleddaren är det mest standardmjölk som serveras, både till mellanmålet och till grötfrukosten. Hon nämnde även att man på helgen får ett lite ”lyxigare” kaffebröd till mellanmål.

### 5.3.2 Näringsberäkningar

Utifrån tabell 1, kan man se att i vårdtagarna i genomsnitt per dag blir serverade 10671 kJ/ 2539 kcal, medan rekommendationerna för en A-kost 9 MJ är 9000 kJ/ 2150 kcal. Vårdtagarna blir alltså serverade 118 % av de rekommenderade energiintaget i genomsnitt per dag. Endast en av dagarna, tisdagen, har man ett energiunderskott. De fyra resterande dagarna ligger man på ett överskott.

I tabell 2 ser man att fettkvaliteten över lag stämmer bra överens med rekommendationerna. Det mättade fett rekommenderas till max 10 E %, men ligger strax över med ett genomsnitt 12,3 E %. Rekommendationen på enkelomättat fett ligger inom ett spann på 10-15 E % och det beräknade hamnade strax under, på 9,7 E %. Det fleromättade fett hamnade på 5,1 E %, alltså i linje med vad som rekommenderas (5-10 E %).

I tabell 3 kan man utläsa att rekommendationen på sackaros ligger på max 10 E % och det beräknade kom upp i 8,1 g, vilket är i enlighet med vad som rekommenderas. Intaget av kostfiber rekommenderas till 27 g om dagen. Det beräknade kom endast upp i 15,5 g, vilket är 57 % av rekommendationen.

Vad gäller energifördelningen, stämmer den beräknade (figur 3) relativt bra överens med rekommendationerna (figur 2). Proteinet rekommenderas att utgöra 15-20 % av energin, men hamnade strax under denna gräns (13,3 E %). Fettet rekommenderas utgöra 35-40 % av energin, men utgjorde i detta fall 50,1 E %. Rekommendationerna för kolhydraterna är 40-50 % av energiintaget och det beräknade utfallet blev 46 E %, vilket är alldeles lagom om man ser till rekommendationen. Siffrorna är i cirkeldiagrammen är avrundade till heltal.

**Tabell 1. Energi**

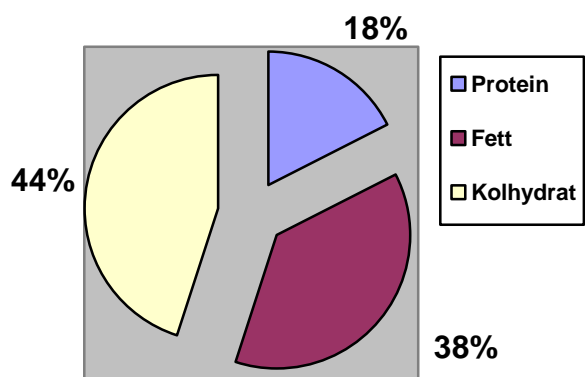
<b>Dag</b>	<b>KJ</b>	<b>Kcal</b>	<b>Protein</b>	<b>Fett</b>	<b>Kolhydrater</b>
Tisdag	8857	2111	93,1 g	102,7 g	269 g
Onsdag	11899	2804	79,7 g	159,5 g	335 g
Torsdag	10847	2589	76 g	131,2 g	341 g
Fredag	10581	2530	85,1 g	158,8 g	257 g
Lördag	11172	2661	82,5 g	170,4 g	269 g
Snitt/ vecka	10671	2539	83,3 g	144,5 g	294 g
E %			13,3	50,1	46
Rekommendation	9000	2150	15-20 E %	35-40 E %	40-50 E %
% av rek.	118	118			

**Tabell 2. Fettkvalitet**

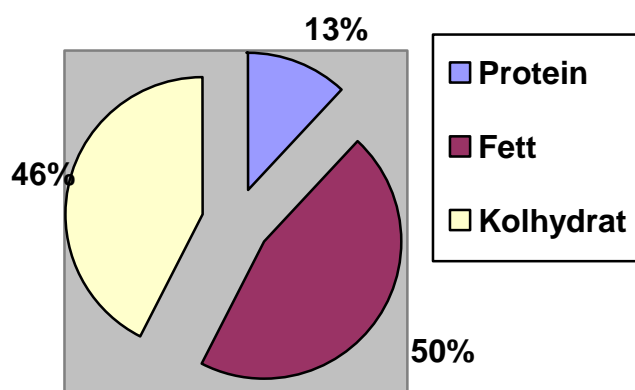
<b>Dag</b>	<b>Mättat fett</b>	<b>Enkelomättat fett</b>	<b>Fleromättat fett</b>
Tisdag	31,5 g	16,1 g	5,2 g
Onsdag	24,3 g	12,1 g	4,1 g
Torsdag	45,4 g	17,8 g	5 g
Fredag	29,3 g	44,7 g	37,8 g
Lördag	46,6 g	48,7 g	21 g
Snitt/ vecka	35,4 g	27,9 g	14,6 g
E %	12,3	9,7	5,1
Rekommendation	<10 E %	10-15 E %	5-10 E %

**Tabell 3. Kolhydrater**

<b>Dag</b>	<b>Sackaros</b>	<b>Kostfiber</b>
Tisdag	30,7 g	18,3 g
Onsdag	29,7 g	16,4 g
Torsdag	110,6 g	18 g
Fredag	45,7 g	13,1 g
Lördag	36,8 g	11,8 g
Snitt/ vecka	50,7 g	15,5 g
E %	8,1	
Rekommendation	<10 E %	27 g
% av rek.		57



Figur 2. Rekommenderad energifördelning



Figur 3. Beräknad energifördelning



Näringsämne	Beräknad	Rekommendation	% av rek.
Kalcium	1060 mg	800 mg	132
Järn	7,32 mg	15 mg	48
Zink	5,91 mg	9 mg	65
Magnesium	218 mg	350	62
Natrium	2682 mg	5650 mg	47
Kalium	2429 mg	3500 mg	69
Vitamin A	2177 µg	900 µg	241
Vitamin D	4,3 µg	7,5 µg	56
Tiamin	0,76 mg	1,4 mg	54
Vitamin B6	1,27 mg	1,6 mg	79
Vitamin B12	7,48 µg	2 µg	373
Vitamin C	148 mg	75 mg	197
Vatten	1 502,3 g		

**Tabell 2. Vitaminer och mineraler**

Utifrån tabell 5 ser vi att i genomsnitt under de fem alla dagarna, är det vissa näringsämnen som inte når upp i 100 % av det rekommenderade intaget. Dessa ämnen är: järn, zink, magnesium, natrium, kalium, vitamin D, tiamin och vitamin B6. De näringsämnen som nådde upp till minst 100 % av rekommendationen var: kalcium, vitamin A, vitamin B12 och vitamin C. Vattnet finns det ingen rekommendation på. Det beräknade hamnade på 1 502,3 g om dagen, alltså ungefär 1,5 l.

## 6 Diskussion

I denna del kommer vi att diskutera vår valda metod och vad vi kunde ha gjort annorlunda i vår undersökning. Sedan kommer vi att diskutera det resultat vi kom fram till, samt vilka förändringar vi skulle föreslå. Till sist har vi beskrivit en studie som vi ser skulle vara intressant som fortsättning på denna.

### 6.1 Metoddiskussion och felkällor

Med tanke på att vi endast studerat en verksamhet, kan man inte utgå från att resultatet på vår studie är representativt på något sätt. Då studien är en fallstudie, anser vi dock att beslutet att studera endast en verksamhet var bra. På så sätt kunde vi på en så pass kort tid studera måltidsplaneringen mer ingående på detta ställe. Dock anser vi att det hade varit intressant att kunna studera en verksamhet till, för att då kunna jämföra de två med varandra.

Den första metoden vi använde oss av och som också var mest tidskrävande, var observationen i köket. Utifrån de frågor vi ville ha svar på från observationen, anser vi nu i efterhand att det var en väldigt passande metod. Då vi ville se om kökspersonalen använde recept och vilka avvikelser från receptet som kunde ske, bedömer vi att en observation ger ett väldigt pålitligt resultat då vi med egna ögon kan se vad som sker. Hade vi istället valt att fråga kökspersonalen i efterhand, eller bett dem anteckna sina eventuella avvikelser själva, skulle trovärdigheten vara lägre eftersom de möjligtvis skulle glömma bort eller medvetet inte anteckna (för att få ett "bättre resultat"). Dock kan man fundera på om kökspersonalen var mer noggranna med receptanvändningen då de visste att de hela tiden hade våra ögon på sig. Vi anser att den risken alltid finns om man gör en observation, men med tanke på att även kostchefen i intervjun nämnde att de verkligen är noggranna, så bedömer vi även detta resultat som relativt trovärdigt.

De informella samtalen med kökspersonalen gjorde vi för att ta reda på hur måltidsplaneringen och måltidsproduktionen fungerade. Denna metod var bra, då vi fick möjlighet att använda oss av den i kombination med observationerna. Då vi kunde kombinera dessa två metoder ledde det till att vi kunde ha en avslappnad konversation där vi fick ut bra information, samtidigt som vi kunde ha en överblick över receptanvändningen utan att personalen behövde känna sig uttittade och obekväma. Däremot har vår studies syfte ändrats under arbetets gång, vilket har lett till att många av frågorna vi ställde, inte längre är aktuella. Samma problem uppstod således även med intervjun med kostchefen. Trots att vi var väl förberedda och hade gjort en intervjuguide, blev vissa av frågorna inaktuella när vi väl kom fram till ett slutgiltigt syfte med studien. Vissa nya frågor uppstod även i efterhand, vilket ledde till att vi fick komplettera intervjun med ytterligare kommunikation med kostchefen. Dock anser vi att detta är någonting man får räkna med när man gör en studie. Syftet kan ofta förändras och nya frågeställningar kan uppstå och vid sådana tillfällen får man improvisera och kanske komplettera uppgifter i efterhand, så som vi gjorde.

De informella samtalen med vårdpersonal och gruppleddaren genomförde vi för att kunna få reda på vad som serveras till vårdtagarna under dagen, utöver lunch och middag och på så sätt kunna göra näringsberäkningar för en hel dag. Genom de informella samtalen tog vi även reda på hur stora eller små standardportionerna är. Vi såg även att de serverade de tillbehör som

stod på menyn. Med tanke på att vi inte hade nog med tid för att göra en ingående studie på just vad som serveras på avdelningarna, fick vi nöja oss med denna muntliga information. Detta innebär att näringsberäkningarna på frukost, mellanmål och tillbehör till lunch och middag inte är helt exakta. Dessutom har alla vårdtagare olika önskemål, vad gäller exempelvis måltidsdryck, vilket gjorde det svårt att välja om vi skulle beräkna på mjölk eller saft eller dylikt. I och med detta, valde vi att göra ett genomsnitt, dvs. vi räknade på ett halvt glas saft och ett halvt glas mjölk. Detta var den svåraste metoden att få ut ett helt verklighetstroget resultat av. Varför vi valde att inte göra på ett annat sätt var, som vi tidigare nämnde tidsbristen. Vi ville heller inte utesluta denna delstudie, då vi ansåg vi behövde denna information för att kunna slutföra våra beräkningar för en hel dag.

Med tanke på att vi ovan nämnde att resultatet av det som serverades på avdelningarna var så pass svårt att bedöma hur väl det stämde överens med verkligheten, innebär det även att det blir brister i resultatet av näringsberäkningarna vi gjorde i kostdataprogrammet AIVO. Dock anser vi att även om vårdpersonalen och gruppleddaren fick ”höfta” fram mängder och livsmedelsval, fick vi ändå en ungefärlig beskrivning av hur en standarddag ser ut, näringsmässigt. Vi tror inte att det hade blivit någon extrem skillnad i resultatet om vi nu hade gått med och observerat vad som serveras under några dagar.

Vår studie visar att den totala mängden serverade vatten (både från dryck och från maten), ligger långt under rekommendationen. Här vill vi dock vara väldigt självkritiska, då vi anar att vårdpersonalen inte lämnade rätt siffra på tillförd vätska till oss. Anledningen till vår tveksamhet kring detta resultat är våra formuleringar av frågor under den ostrukturerade intervjun med dem. Våra frågor handlade endast om vad de serverade till frukost och mellanmål och vilken dryck som serverades till detta. Vad vi glömde att fråga var om och vad de serverade för dryck utöver detta. Med anledning av detta har vi valt att inte ha med resultatet av det beräknade vattnet i vår diskussion, då vi egentligen inte kan garantera att det existerar någon vattenbrist.

Något som däremot var väldigt bra var att vi var två personer under både intervjuerna och observationerna, vilket ökar tillförlitligheten på våra resultat då risken för feltolkningar eller att information glöms bort minimeras. Slutligen kan man fundera över hur representativa de fem dagarna var, som vi näringsberäknade lunchen och middagen på. Det är givetvis svårt att svara på, men vi vill ändå gärna tro att detta var en typisk vecka, förutom en av luncherna som var en påskbuffé. Dock tror vi inte heller att denna enda lunch förändrade resultatet på det stora hela, då det ändå var ”vanliga” livsmedel den bestod av.

## **6.2 Resultatdiskussion**

Då syftet med studien var att studera måltidsplaneringen på ett äldreboende tyckte vi att visade resultatet tydligt genom figur 1. Genom denna figur kan man lätt se vilka nyckelpersoner som har en daglig kontakt med varandra. Om man då ska gå efter vad Jacobsen och Thorsvik (2002) påstår, så är en fysisk kontakt att föredra om man vill ha en bra kommunikation. I detta fall skulle det innebära exempelvis att kökspersonalen och arbetsledaren har bäst kommunikation med varandra, då de är fysiskt nära varandra under hela dagen. Samma sak gäller vårdpersonalen och gästerna. Fortsätter vi utgå från modellen av Jacobsen och Thorsvik (2002), skulle det i teorin även innebära att de parter som har sämst

kommunikation till varandra är kostchefen och gästen, då de är längst ifrån varandra i figur 1. Kostchefen i detta fall har löst denna fråga genom att då och då besöka avdelningarna där gästen och vårdpersonalen befinner sig. Vi tror att detta är en förutsättning för att man som kostchef ska veta vilka behov som finns och på så sätt kunna tillfredsställa sina gäster.

Vad gäller måltidsplaneringen funderar vi på om det verkligen är optimalt att kostchefen endast godkänner recepten. Då den före detta dietkocken med delegation inte har någon utbildning vad gäller näring och matsedelsplanering, anser vi att det vore lämpligare om kostchefen utförde denna arbetsuppgift då han är utbildad kostekonom. I detta fall anser dock kostekonomen själv att han inte har tid att näringsberäkna och göra matsedlar, så vi anser att det hade vart bäst om kostchefen hade kostekonom anställd för bland annat dessa uppgifter.

En annan punkt vi anser vara problematisk är frågan om ansvaret för kosten inom verksamheten. Enligt Mattsson Sydner (2002) saknas det ansvarstagare för måltiderna inom äldreomsorgen och vi såg lite samma tendenser i vår studie, då kostchefen endast ansvar för den mat som tillagas av kökspersonalen. Då det endast är huvudkomponenterna till lunch och middag som tillagas av kökspersonalen, innebär det att det inte finns någon med kostutbildning som ansvarar för de övriga måltiderna under dagen (frukost och mellanmål). Dessutom finns det ingen som har ett övergripande ansvar för alla dagens mål, så ingen kan heller veta hur ett dagsintag egentligen ser ut för vårdtagarna. Även detta problem anser vi hade kunnat lösas genom att anställa en kostekonom. Om man anställer en kostekonom skulle denna kunna ta över (som vi tidigare nämnde) måltidsplaneringen från den före detta dietkocken, men även måltidsplaneringen från avdelningarna. Kostekonomen skulle dessutom kunna införa näringsberäkningar på samtliga måltider under dagen, då denne skulle ha en relevant utbildning för denna uppgift. Detta skulle kunna leda till att kostchefen fick mer tid över till mer övergripande frågor inom måltidsverksamheten.

Vad gäller recepten, kom vi fram till att kökspersonalen följde dem väldigt väl. Om man jämför med resultatet från studien av Hellström & Sundbladh (2009), innebär det att kökspersonalen i vår studie hör till minoriteten (25%) som alltid använder recept. Då de nu inte näringsberäknar måltiderna, kan vi inte låta bli att undra vad som driver dem till att aldrig göra några avvikelser. Kökspersonalen nämnde allergier som en av anledningarna till att man följde recepten så pass noga. De nämnde även att de ansåg att det var en frihet att använda sig av recept, om det verkligen är en frihet kan man dock fundera över. Vi själva tror att frågan innebär olika svar hos olika personer och att det inte finns något ja- eller nej-svar på denna fråga. I studien av Hellström & Sundbladh (2009) framkom det att respondenterna använde recept för få en trygghet, för vikariernas skull och för att göra chefen nöjd. Vi anser att dessa inte är några dåliga argument varför man bör använda recept, men vi som kostekonom anser att det finns mer väsentliga argument till varför detta bör göras. Ekonomi, näring och allergier anser vi själva vara de mest självklara anledningarna till varför man bör följa recept. I detta fall hade faktorn näring inte haft någon större betydelse, då recepten inte är näringsberäknade. Allergierna däremot, nämnde kökspersonalen som en viktig faktor, medan ingen nämnde ekonomin som en anledning till att följa recept. Av detta kan vi återigen dra slutsatsen att den som sköter måltidsplaneringen och har köksansvaret, bör vara en utbildad kostekonom eller liknande.

När vi kommer till resultatet av näringen i den serverade maten, kan vi först och främst konstatera att vårdtagarna blir serverade mer energi än vad som rekommenderas (118 % av rekommendationen). Detta är såklart inget ultimatum resultat, men vi ser ändå hellre att man erbjuder för mycket energi än för lite, då PEM (protein-energi-malnutrition) är den vanligaste

formen av undernäring i Sverige enligt Abrahamsson, m.fl. (2006). I Anja Salettis studie (2007b) framkom det att 75 % av respondenterna var undernärda eller misstänkt undernärda, vilket visar att undernäring är ett vanligt problem bland äldre i Sverige. Även kostchefen nämnde detta under intervjun och att han medvetet satsar på mycket fett och protein i maten i förhållande till kolhydraterna. Vi anser att detta tankesätt är väldigt positivt och visar på att han har kunskap inom mat för äldre. Däremot speglar hans tankegångar inte resultatet helt och hållet, då proteinet egentligen är lägre än rekommendationen (13,5 E % gentemot 15-20 E %).

Av resultatet kan vi även konstatera att vårdtagarna erbjuds för stor andel fett (50 E % gentemot 35-40 E %) och för lite kostfiber (57 % av rekommendationen). Enligt sjukvårdsupplysningen (2010), är ett för högt intag av fett en faktor som kan leda till ett högt blodtryck, medan kostfiber är något som påverkar blodtrycket positivt. Alltså bör man i detta fall servera nästan dubbelt så mycket kostfiber och mindre fett. Kostfiber är också något som kan minska risken för uppkomsten av tjocktarmscancer, diabetes och förstoppning som är vanligt i äldre åldrar (Svenska kommunförbundet, 1994). Återigen är det därför viktigt att man i detta fall serverar mer kostfiber till de äldre.

Vi kunde också se en brist av ett flertal vitaminer och mineraler i serveringen. Utav de vitaminer och mineraler som är extra viktiga för äldre (Svenska kommunförbundet, 1994), såg vi att järn, kalium, vitamin D inte nådde upp till 100 % av rekommendationerna. Vitamin D är något som är viktigt vid osteoporos, som främst drabbar äldre (Svenska kommunförbundet, 1994) och därför anser vi att man bör jobba mer aktivt med att försöka öka andelen vitamin D i kosten. Järn är ett ämne som, enligt Svenska kommunförbundet (1994) är viktigt hos äldre, men brister av denna mineral är dock relativt ovanligt hos denna grupp. Vi anser att även om järnbrist inte är vanligt bland äldre, så är det inte acceptabelt att endast servera 48 % av det rekommenderade intaget. Då järnbrist kan leda till ett sänkt immunförsvar (Abrahamsson, m.fl., 2006), bör det vara en självklarhet att se till att vårdtagarna blir serverade tillräcklig mängd järn, då många kanske redan är sjuka och har ett nedsatt immunförsvar. Kaliumbrist är, till skillnad från järnbrist, något som är relativt vanligt bland äldre (Svenska kommunförbundet, 1994). Vår studie visar att den serverade mängden kalium motsvarar den rekommenderade mängden bättre än järnet och vitamin D, men kommer dock ändå inte upp i 100 %. Här bör man jobba på att öka mängden kalium i kosten för att minska riskerna för bland annat nedsatt njur- och muskelfunktion (Livsmedelsverket, 2010b). Dessa vitaminer och mineraler (vitamin D, järn och kalium) är viktigt för äldre att få i sig, och genom att dricka mer berikad mjölk kan man på ett enkelt sätt få i sig alla näringsämnen på samma gång. Tre vitaminer och mineraler som är extra viktiga för äldre och som serverades i enlighet med rekommendationerna var kalcium och vitamin C. Detta resultat är såklart väldigt positivt då det innebär att riskerna för skörbjugg och benbrott minimeras (Svenska kommunförbundet, 1994).

Utifrån de resultat vi fått fram, anser vi att man bör börja näringsberäkna matsedeln, för att få en bättre koll på hur sammansättning av kosten egentligen ser ut. Vi anser också att man bör få en bättre struktur på måltidsverksamheten och tilldela någon det övergripande ansvaret för vårdtagarnas mat. Dock bör man genomföra båda förändringarna för att de ska ge ett meningsfullt resultat. Skulle man bara börja näringsberäkna, men inte ha någon person med ett övergripande ansvar, hade det inte gjort några större förändringar då man inte kunnat kontrollera vad som serveras på avdelningarna. Hade fallet varit tvärtom, att man tilldelat en person det övergripande ansvaret, men inte infört någon näringsberäkning hade det antagligen inte skett någon förändring gällande den bristfälliga serveringen av bland annat vitaminer och mineraler.

Slutligen kan vi inte undgå att diskutera det Sidenvall (2007) skrev i sin studie: ”*det är ingen idé att servera näringsberäknad mat om den inte äts*”. Till viss del kan vi hålla med henne då vi ändå anser att en måltid som inte är näringsberäknad men som vårdtagarna tycker om och äter, är en fördel gentemot en näringsberäknad måltid som vårdtagaren ogillar och inte vill äta av. I det första exemplet får vårdtagaren således i sig en viss del näringsämnen och energi jämfört med det andra exemplet där vårdtagaren inte får i sig någon näring eller energi över huvud taget, trots att måltiden är fullvärdig. Kostchefen vi talade med var inne på samma spår då han ansåg att näringsberäkningar inte hade någon betydelse om de äldre ändå inte fick i sig den mängd man beräknat. Trots att vi anser att det ligger en sanning i det de säger, tror vi ändå att det är en fördel att näringsberäkna maten man serverar för att få en bekräftelse på att man gjort det man kunnat för att vårdtagaren ska få i sig tillräckligt med näring och energi. I slutändan är det ändå upp till vårdtagaren själv att ta ställning till om denne vill äta maten eller ej. Till sist vill vi även nämna att bara för att maten är näringsberäknad, behöver det absolut inte betyda att den inte smakar gott.

### **6.3 Fortsatt forskning**

Då vi under denna kursens gång inte hade tid för att studera avdelningarna mer ingående, hade det varit intressant att få en vidare forskning inom detta område. I vår studie fick vi beräkna vad som egentligen serverades på avdelningarna till frukost och mellanmål, utifrån återberättelser från vårdpersonal och den biträdande enhetschefen. Vi hade gärna sett att man gjorde en studie på enbart detta, genom egna observationer under en lite längre tid. Sedan hade det även varit intressant att få reda på vad vårdtagarna i slutändan äter/ får i sig, då vår studie slutar vid serveringen. Genom en sådan kompletterande studie hade man kunnat få en bild av alla steg, från planering till det slutliga intaget av maten.

## 7 Referenser

Abrahamsson, L, Andersson, A, Becker, W & Nilsson, G (2006). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.

Armyr, I, Cederholm, T, Classon, I, Jerstrom S, Ljungren G, Ljungqvist, O, Soop, M & Ödlund-Olin, A (2003). Energy-dense meals improve energy intake in elderly residents in a nursing home. *Clinical Nutrition*, 2003; 22(2): 125-31

Carlsson, C & Gustafsson, A-L. (2003) *Matsedelsplanering: Faktorer som styr och påverkar*. (Examensarbete). Göteborg: Institutionen för mat, hälsa och miljö, Göteborgs Universitet.

Davidson, B & Patel, R (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (2007) *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Hellström, L & Sundbladh, A (2009). *Receptanvändning i offentliga kök med fokus på skolmåltider*. Göteborg: Institutionen för mat, hälsa och miljö, Göteborgs Universitet.

Mattsson Sydner, Y. (2002) *Den maktlösa måltiden: Om mat inom äldreomsorgen*. Diss. Uppsala: institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet.

Saletti, A (2007a). *Mat, måltider och aptit hos äldre inom särskilt boende*. Älvsjö: KC-Kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldreomsorg.

Saletti, A (2007b). *Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients*. Stockholm: Karolinska institutet.

Sidenvall, B. (2004). *Måltiden inom omsorg och vård : Äldre och ätande i "vårdmatsalar"*. Vårdalinstitutets Tematiska rum : Näring och ätande.

Sjukvårdsupplysningen (2008). Benskörhet. Hämtad 2010-04-06 från <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=21204>

Sjukvårdsupplysningen (2010). Högt blodtryck. Hämtad 2010-05-13 från <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=37964>

Svenska kommunförbundet (1994) *Mat för äldre*. Falköping: Svenska kommunförbundet.

Svenska livsmedelsverket (u.å.). Gällande lagstiftning. Hämtad 2010-04-17 från <http://www.slv.se/sv/grupp2/Lagstiftning/Gallande-lagstiftning/>

Svenska livsmedelsverket. (2003) *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Göteborg: ESS-gruppen.

Svenska livsmedelsverket (2007a). Rekommendationer om intaget av fett, kolhydrater och protein. Hämtad 2010-04-22 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Rekommendationer-om-intaget-av-fett-kolhydrater-och-protein/>

Svenska livsmedelsverket (2007b). Värdering av höga intag av vitaminer och mineraler. Hämtad 2010-04-27 från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/Vardering-av-hoga-intag-av-vitaminer-och-mineralamnen/>

Svenska livsmedelsverket (2010a) Frågor och svar om D -vitamin. Hämtad 2010-04-08 från <http://www.slv.se/sv/Fragor--svar/Fragor-och-svar/Mat-och-naring/Fragor--Svar-om-D-vitamin/>

Svenska livsmedelsverket (2010b) Kalium. Hämtad 2010-04-08 från [http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Salt--mineraler/Kalium-/](http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Salt--mineraler/Kalium/)

Sveriges kommuner och landsting. (2006) *Mat för många – goda råd för utvecklingen av måltidsverksamheten*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.