



UNIVERSITET  
GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö

# **Kommunikation och definition av konsistensanpassad kost i vården**

**Anna Holmer**

**Kandidatuppsats, 15 hp**

Kostekonomprogrammet, 180 hp

Handledare: Lena Jonsson, Göteborgs Universitet, Gunnel Stuhr Olsson, Findus  
och Karin Wendin, SIK

Examinator: Helena Åberg

Datum: Juni, 2009



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM  
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Kommunikation och definition av konsistensanpassad kost i vården

Författare: Anna Holmer

Typ av arbete: Kandidatuppsats, 15 hp

Handledare: Lena Jonsson, Göteborgs Universitet, Gunnel Stuhr Olsson, Findus och Karin Wendin, SIK

Examinator: Helena Åberg

Program: Kostekonomprogrammet, 180 hp

Antal sidor: 41 (exklusive 7 bilagor)

Datum: Juni, 2009

## Sammanfattning

En betydande risk för att utveckla undernäring finns vid förekomst av dysfagi, det vill säga ätsvårigheter. Genom att anpassa kostens konsistens kan dock intaget av mat och dryck underlättas och även möjligheten att tillgodose näringsbehov. Vilken kostkonsistens som serveras bör därmed betraktas som en medicinsk åtgärd och ordination. En förutsättning för att vårdtagaren erhåller rätt kostkonsistens är att kommunikationen mellan olika vårdgivare är väl fungerande och att kostansvariga är införstådda med vilken kostkonsistens som vårdtagaren ska inta. Ytterligare krav på god kommunikation ställs då terminologin för konsistensanpassad kost varierar. Föreliggande studie utgör en del av Vinnova-projektet ”*System och definition av livsmedelskonsistenser för nutritionsbehandling vid dysfagi*”. Syftet var att undersöka hur informationsöverföring av konsistensanpassad kost fungerar mellan personal inom olika vård- och omsorgsformer samt vid utskrivning/flytt av vårdtagare med tugg- och sväljsvårigheter. Resultatet baseras på en intervjustudie där åtta vårdtagare som intagit konsistensanpassad kost följts i samband med utskrivning från sjukhus till aktuell boendeform. Totalt genomfördes 22 intervjuer med vårdtagare/anhörig, vårdpersonal och kökspersonal. Resultatet visade att dokumentation av kostkonsistens fanns men att tolkningen och informationsöverföringen av denna kunde brista i vårdkedjan. Bakomliggande orsak var förvirring kring skiftande konsistensbenämningar och benämningarnas innebörd. För att säkerställa vårdtagarens behov av en individuellt anpassad kostkonsistens krävs fortsatt arbete mot tydliga riktlinjer och gemensamma konsistensdefinitioner. Därtill behövs fler måltidslösningar för vårdtagare som skrivs ut till ordinärt boende utan kommunala insatser, men med ett fortsatt behov av konsistensanpassad kost.

**Nyckelord:** konsistensanpassad mat, dysfagi, konsistensdefinition, timbalkonsistens, grov patékonsistens, passerad kost, vårdkedja.

## Förord

Att få möjlighet att genomföra denna studie har bidragit till många intressanta möten och erfarenheter under resans gång. En resa som började under hösten 2008 i samband med den verksamhetsförlagda utbildning på SIK och Findus där jag fick förmånen att ta del av projektet *System och definitioner av livsmedelskonsistenser för nutritionsbehandling vid dysfagi*, vilket denna uppsats är ett bidrag till. Studiens genomförande hade dock inte varit möjlig utan ett aktivt deltagande från många människor. Först och främst vill jag rikta ett stort tack till alla vårdtagare, anhöriga, vårdpersonal och kökspersonal som har ställt upp och delat med sig av sina erfarenheter. Likaså kostchefen och avdelningscheferna på sjukhuset som har bidragit med värdefull information. Till sist vill jag rikta ett varmt tack till mina handledare Lena Jonsson, Gunnel Stuhr Olsson och Karin Wendin för betydelsefullt stöd och god vägledning, samt för allt engagemang och den positiva energi som funnits ända fram till resans slut.

*Anna Holmer*

*Göteborg, Maj 2009*

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>6</b>
2.1 Kommunikationsprocessen .....	6
2.2 Kommunikation och nutrition i vårdkedjan.....	7
2.3 Dysfagi, undernäring och behandling .....	9
2.4 Konsistensanpassad kost.....	11
2.5 Nutritionsriktlinjer och kostkonsistenser i vården.....	12
2.6 Sammanfattning .....	13
<b>3 Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>14</b>
3.1 Syfte .....	14
3.2 Frågeställningar.....	14
3.3 Avgränsningar .....	14
<b>4 Metod</b> .....	<b>15</b>
4.1 Val av metod .....	15
4.2 Urval .....	15
4.3 Intervjuer .....	16
4.4 Etiska överväganden.....	18
4.5 Metodens tillförlitlighet.....	18
<b>5 Resultat</b> .....	<b>19</b>
5.1 Bortfall .....	19
5.2 Hur kommuniceras konsistensanpassad kost genom vårdkedjan?.....	19
5.3 Konsistensanpassad kost på sjukhuset.....	22
5.4 Konsistensanpassad kost efter utskrivning från sjukhuset.....	24
<b>6 Diskussion</b> .....	<b>30</b>
6.1 Metoddiskussion.....	30
6.2 Resultatdiskussion .....	31
<b>7 Referenser</b> .....	<b>38</b>
<b>Bilagor</b>	

# 1 Inledning

De senaste åren har intresset för kostkonsistenser, tillägnad personer med tugg- och sväljsvårigheter, uppmärksammats i olika studier och forskningsprojekt (Vinnova, 2007; Sandin, 2005). Pågående just nu är det Vinnova-finansierade projektet ”*System och definition av livsmedelskonsistenser för nutritionsbehandling vid dysfagi*”, vilket även föreliggande examensarbete utgör en del av. Två viktiga huvudaktörer i projektet är livsmedelsföretaget Findus och Institutet för livsmedel och bioteknik (SIK). Målsättningen är att utarbeta ett system av kvantitativt definierade kostkonsistenser med relevans för diagnostik och behandling av dysfagirelaterade problem.

Som blivande kostekonom och grundutbildad sjuksköterska ser jag kosten som central för människans välbefinnande. Vid närvaro av sjukdom som begränsar möjligheterna att äta, blir matens betydelse ännu tydligare. En kostekonom som är verksam inom vård- och omsorg har ett viktigt ansvar för den kost som planeras och produceras (Livsmedelsverket, 2003). För att kunna producera en individanpassad kost måste dock kunskap och information om vilken kost som ska tillagas finnas tillgänglig. Därav anses det intressant att studera den process som ligger till grund för hur informationen om konsistensanpassad kost tar sig fram genom vårdkedjan, dels mellan olika vård- och omsorgsformer och dels mellan vårdpersonal och kökspersonal.

## 2 Bakgrund

I bakgrunden behandlas de huvudområden som kan vara av intresse att känna till för att förstå angelägenheten att studera hur konsistensanpassad kost kommuniceras mellan olika vård- och omsorgsformer. Bland annat beskrivs kommunikationsprocessen, kommunikation och nutrition i vårdkedjan, problematiken bakom dysfagi och den konsistensanpassade kostens möjligheter.

### *Definitioner*

*Dysfagi* är en medicinsk term för nedsatt tugg- och sväljförmåga. Hit räknas även ätsvårigheter som begränsar möjligheterna att föra mat/dryck från tallrik till mun (Sandin, 2005).

*Grov Patékonsistens* är en mjuk grovkornig konsistens likt köttfärslimpa. Avsedd för personer med ätsvårigheter (Findus, 2007).

*Kognitiv* avser förståndsmässiga funktioner, varigenom vi blir medvetna om tankar och iakttagelser, inklusive förståelse och resonering (Lindskog & Zetterberg, 1975).

*Konsistensanpassad kost* innebär mat som är tillägnad personer som har svårt att tillgodogöra sig en normalkonsistens (Livsmedelsverket, 2003).

*Korttidsboende* betyder vistelse, avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt, under en kortare tid. Exempelvis i rehabiliteringssyfte (Socialstyrelsen, 2007).

*Normalkonsistens* innebär konsistensen på den allmänna kost som serveras till de vårdtagare som inte är i behov av en anpassad kostkonsistens (Livsmedelsverket, 2003).

*Ordinärt boende* betyder hemmavarande i eget hem eller motsvarande, till skillnad från särskilt boende (Larsson, 2006).

*Särskilt boende* är en samlingsbeteckning för bostäder som avses för personer som är i behov av någon form av vård- eller omsorg inom kommunen (Larsson, 2006).

*Timbalkonsistens* är mat som har en sammanhängande mjuk konsistens med slät struktur. Kan liknas vid en omelett och är avsedd för personer med tugg- och sväljsvårigheter (Findus, 2007).

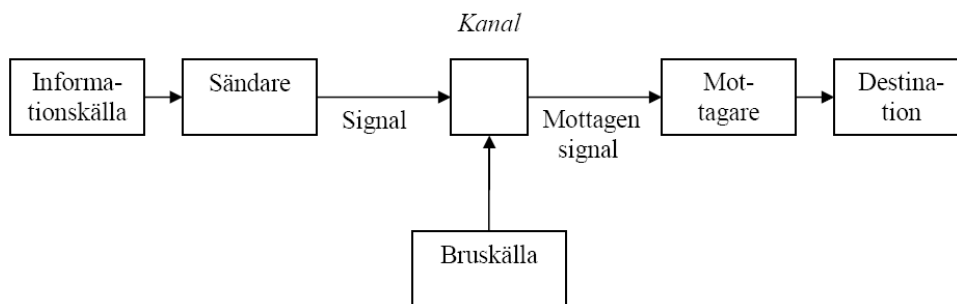
*Passerad kost* används ibland som namn på den mat som intas av personer med tugg- och sväljsvårigheter. Kan exempelvis serveras som mixad, paté eller timbalkonsistens (Region Skåne, 2008).

*Undernäring* är ett tillstånd där intaget av näringsämnen under en längre tid är lägre än behovet, med ökad risk för sjukdom (Socialstyrelsen, 2000).

### **2.1 Kommunikationsprocessen**

Kommunikation kan ses som ett aktivt flöde, det vill säga en form av process. Claude Shannon och Warren Weaver satte grunden för den kommunikationsmodell som kom att användas i olika framtida kommunikationsteorier och modeller. Modellen bygger på att en informationskälla (person) stimuleras till att vilja kommunicera någonting. Budskapet som skickas ut

från sändaren omvandlas till en signal. Denna signal förs via en kanal till mottagaren och slutligen till destinationen. Runt omkring sändaren och mottagaren finns ett brus som kan störa informationsöverföringen, vilket kan leda till att budskapet förvrängs eller missuppfattas. En översiktlig bild över kommunikationsmodellen illustreras i *Figur 1*. Vid muntlig kommunikation utgörs informationskällan av hjärnan hos den som talar, medan sändaren är talet som åstadkommer ljudvågor (signaler). Kanalen utgörs av luften och mottagaren är örat som tar emot budskapet till lyssnarens hjärna (destination) (Fiske, 1997).



*Figur 1.* Shannon och Weavers kommunikationsmodell (Källa: Fiske, 1997).

En variant av denna modell har vidareutvecklats av Carl Hovland och beskriver vem som säger vad, till vem, i vilket medium och med vilken effekt. Här avser ”vem” sändaren. Budskapet i informationen behöver inte ha samma innebörd i olika situationer, även om det är samma person som är sändaren. Ordval och innebörd styrs av relationen till den människa som tar emot budskapet och av den situation som råder. ”Vad” speglar innehållet i informationen och ses oftast som det centrala i samspelet. ”Till vem” avser mottagaren. ”I vilket medium” handlar om vilket kommunikationssätt som används; exempelvis samtal, brev eller gester. ”Effekten” innebär slutligen det resultat eller den påverkan som erhålls vid kommunikationen. För att budskapet ska nå fram gäller det dock att inneha vetskap om vilken kunskap och vilka värderingar som kan tänkas finnas hos mottagaren (Nilsson & Waldemarson, 2007).

## 2.2 Kommunikation och nutrition i vårdkedjan

### *Vårdkedjan*

När en vårdtagare söker vård eller blir inlagd på sjukhus tas ett första steg in i vårdkedjan. Vårdkedjan kan se olika ut beroende på aktuellt vårdbehov, rådande organisation av hälso- och sjukvård, tillgängliga tjänster och befintliga vårdprogram (Lindmark & Broberg, 2007). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2005:27 krävs en samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för att säkerställa vårdtagarens rätt till en god och säker vård (SOSFS 2005:27). En förutsättning för samverkan genom hela vårdkedjan är dock att den information som krävs för att planera vårdtagarens behov av vård- och omsorg finns tillgänglig och är dokumenterad i patientjournalen. Viktigt är även att informationen är överförbar och kan rapporteras mellan olika vårdgivare, särskilt då vårdtagaren förflyttas mellan olika vård- och omsorgsformer (Rydeman & Törnkvist, 2006). Att alla led i vårdkedjan håller samman är dock ingen självklarhet. Ett flertal studier och rapporter har påvisat att samverkan mellan olika vårdinstanser är bristfällig, inte minst när det gäller den dokumentation och informationsöverföring som berör nutritionsbehandling. Brister som i sin tur kan leda till negativa konsekvenser för den vårdtagare som står i centrum av kommunikationen (Carlsson, 2009; Alfengård & Klevsgård, 2005; Swedberg, 2000).

### *Hur kommuniceras säker vård/nutrition?*

Ett viktigt verktyg för god samverkan mellan vårdgivare och vårdtagare samt olika vårdgivare är kommunikation. Genom kommunikation kan förbindelser mellan människor skapas och information kan delaktiggöras varandra (Eide & Eide, 2009). Vid informationsöverföring som sker muntligt kan följdfrågor förtydliga innehållet för att undvika missförstånd. Denna möjlighet finns emellertid inte när informationsöverföringen sker skriftligen/fördröjd. Detta ställer således ett ökat krav på tydlighet och ett gemensamt språk (Socialstyrelsen, 2006).

### **Patientjournalen**

För att uppnå god och säker vård i vårdkedjan ska en individuell patientjournal föras vid vård av patienter, både inom sluten och öppen hälsosjukvård. I patientjournalen samlas de handlingar och dokumentationer som innehåller uppgifter om patientens rådande vårdtid, exempelvis sjukdomstillstånd, behandlingsåtgärder och uppföljningsresultat (Socialstyrelsen, 2008a). Ovanstående är även gällande för förhållanden som berör patientens nutrition. För att efterföljande vårdgivare ska kunna ta del av patientens aktuella vårdbehov efter utskrivning från sjukhuset skickas en skriftlig sammanställning av vårdtiden till mottagande vårdgivare, en så kallad epikris. I epikrisen ska patientens nutritionsstatus, förekomst av nutritionsproblem och behov av fortsatta nutritionsinsatser finnas dokumenterad (SWESPEN, 2006).

### **Vårdplanering**

En samordnad vårdplanering kan vara aktuellt för den vårdtagare som efter utskrivning från sjukhus är i behov av insatser från kommunens hälso- och sjukvård, omsorg eller socialtjänst. Vid vårdplaneringen närvarar om möjligt patienten själv och/eller anhörig samt den personal som besitter tillräckligt med kompetens för att kunna bedöma och tillgodose behovet av fortsatt vård efter utskrivning. Vårdplaneringen ska leda fram till en samordnad vårdplan, innehållande medicinska- och omvårdnadsinsatser som följer med vårdtagaren till nästa vårdgivare. Därtill ska det framgå vem som är ansvarig för en viss insats (SOSFS 2005:27).

Dokumentationen och vårdplaneringens genomförande har en central betydelse för patientens fortsatta vård och rehabilitering. Det finns dock forskning som tyder på att denna är otillräcklig. I en skandinavisk studie av Mowe m.fl. (2006), där i vilken läkare och sjuksköterskor tillfrågats om nutritionsrutiner, visade det sig att vårdplaner för nutrition vanligen upprättades hos 14 % av de patienter som bedömdes vara i riskzonen för undernäring. Liknande resultat kan ses i en studie där nutritionsrutiner undersöktes inom sluten och öppenvård för vård av äldre. Enligt resultatet fanns behov av förbättrade insatser när det gällde utveckling av enhetliga rutiner, dokumentation, uppföljning och nutritionsutbildning för personal (Alfengård & Klevsgård, 2005).

### *Ansvar och arbetsfördelning i nutritionskedjan*

För att kommunikation och informationsöverföring ska fungera i nutritionskedjan är det viktigt med tydlig ansvarsfördelning. Förslag på riktlinjer gällande arbetsfördelning och ansvarsstagande i samband med nutritionsbehandling inom vård och omsorg har utarbetats av ESS-gruppen, expertgrupp för samordning av sjukhuskost (Livsmedelverket, 2003). I riktlinjerna framgår att det övergripande medicinska ansvaret, när det gäller nutritionsutredning och ordination av rätt behandlingsåtgärder, finns hos den patientansvariga läkaren. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarar i sin tur för genomförandet av nutritionsbehandlingen samt bedömning och uppföljning. Här ingår även identifiering och uppföljning av nutritionsproblem. Undersköterska/vårdbiträde ansvarar för serveringen av mat och tillförsel av vätska, efter samråd



med sjuksköterska. En viktig arbetsuppgift är även att meddela om avvikelser som uppstår i samband med vårdtagarens mat- och vätskeintag.

Dietisten har i samråd med patientansvarig läkare ansvar för enskilda nutritionsinsatser. Detta avser bland annat utredning, behandling, uppföljning och utvärdering. Därutöver har dietisten en viktig funktion när det gäller kostinformation och kostutbildning till både personal och patienter. Även logopeden är en viktig resurs när det gäller utredning av patienter som har svårt att svälja. Andra betydelsefulla personalkategorier är sjukgymnast och arbetsterapeut som genom rekommendationer av lämpliga sittställningar och redskap kan underlätta patientens måltidssituation. Därtill har biståndshandläggaren en viktig funktion när det gäller de beslut som fattas om bistånd i samband med en samordnad vårdplanering.

Ansvar för matsedlar, matproduktion och att rätt kostbeställning distribueras till rätt vårdavdelning ligger hos kostchefen. Kosten som produceras ska motsvara de nationella kvalitetskraven för näringsinnehåll i enlighet med ESS-gruppens rekommendationer. Som kostchef finns även ett kvalitetsansvar innefattande uppföljning och utvärdering av den kost som har tillagats. Verksamhetschefen har i sin tur ett ansvar för att verksamheten håller hög patientsäkerhet och god kvalitet. Här ingår att se till att det finns tillfredsställande nutritionsrutiner inom verksamheten (Livsmedelsverket, 2003).

### *Nutrition inom kommunal verksamhet*

Under 90-talet skedde omstruktureringar inom vården, medförande att antalet vårdplatser minskade och att vårdtiden förkortades på sjukhusen (Socialstyrelsen, 2008b). Detta har resulterat i att en vårdtagare idag fortfarande kan vara i behov av medicinsk vård och rehabilitering efter utskrivning, inkluderat nutritionsinsatser (Livsmedelsverket, 2003). När vårdtagaren lämnar sjukhuset förflyttas patientansvaret till primärvårdsläkare och kommunalsjuksköterska. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har här tillsammans med dietisten en viktig uppgift att utforma fungerande nutritionsrutiner inom kommunen (Livsmedelsverket, 2003). Enligt Österman och Gurner (2004) anses dock inte kosten som något centralt i vård och omsorg, i synnerhet när det gäller äldre. Istället ses insatserna kring kosten som en del av flera serviceinsatser. Huruvida kost och nutrition ska ingå i god hälso- och sjukvård eller god omsorg är dessutom otydligt i dagens lagstiftning. Detta innebär följaktligen en risk att ansvaret för kost och kosthantering kommer på avvägar (Saletti, 2007).

## **2.3 Dysfagi, undernäring och behandling**

Dysfagi innebär nedsatt tugg- och sväljningsförmåga. Hit räknas även ätsvårigheter som begränsar möjligheten att inta föda med normalkonsistens. Dysfagi kan delas in i fyra huvudtyper, namngivna efter vart i sväljningsprocessen som problem uppstår (Tibbling Grahn, 2004).

- *Preoral dysfagi* innefattar svårigheter att föra födan från tallrik/glas till mun, orsakat av motoriska problem eller trötthet.
- *Oral dysfagi* drabbar munhålan och orsakar problem med tuggning och förflyttning av födan bakåt i svalget.
- *Faryngeal dysfagi* påverkar nedre delen av svalget. Vanligen utlöses inte sväljningsreflexen, alternativt är denna försvagad. Något som resulterar i att födan ej kan transporteras genom svalget till matstrupen.

- *Esofageal dysfagi* lokaliseras till matstrupen och utgör svårigheter att transportera mat genom matstrupe till magsäck.

Uppkomsten till dysfagi beror vanligen på bakomliggande sjukdom eller funktionsnedsättning. Exempel är neurologisk sjukdom, cancersjukdom, muntorrhet eller illasittande tandprotes. Enligt en enkätundersökning i Göteborg från 2001, refererat av Hertegård (2005), beräknas cirka 8 % av befolkningen ha någon form av tugg- och sväljsvårigheter. En annan studie visar att hela 40 % av vårdtagarna vid kommunala vårdboenden, i åldersgruppen 76-100 år, drabbas av dysfagi (Andersson & Bülow, 2007). Vårdtagare med dysfagi upptäcks dock vanligen när de på grund av andra omständigheter tvingas ta kontakt med vården. Således finns det sannolikt ett mörkertal avseende hur många som är drabbade (Anna Cronberg, leg. dietist, personlig kommunikation 15 april 2009).

### *Ätprocessen*

En förutsättning för att förstå problematiken bakom dysfagi är att känna till hur ätprocessen fungerar. Ätprocessen kan delas in i tre integrerande delar:

- Energitillgång
- Intagande av mat
- Sväljning

Den fysiska energitillgången kan minska drastiskt i samband med sjukdom, vilket i sin tur påverkar intagande av mat och sväljning. Både intagandet av mat och sväljning kräver därtill god koordination. Framförallt sväljningen är en komplex process som involverar ett flertal nerver och muskler. En normalt fungerande sväljning innebär att luftvägar skyddas när födan transporteras från mun till magsäck (Westergren, 2003).

### *Komplikationer*

Vid felsväljning i samband med dysfagi kan födan hamna i luftvägar och lungor, med risk för komplikationer som lunginflammation och kvävning. Dysfagi kan även resultera i psykiska och sociala komplikationer då ett intagande av mat förknippas med en ångestladdad och smärtefull upplevelse. Detta kan i sin tur leda till nedsatt aptit och matvägran. Att inte kunna äta samma mat som personerna i sin omgivning kan även upplevas som skamfullt, vilket medför att gemensamma måltider undviks. Tillgodoses inte energi- och näringsbehov finns dock risk för att utveckla undernäring och en bestående viktnedgång. Immunförsvaret blir försvagat och risken att drabbas av andra sjukdomar ökar. En ond cirkel är därmed sluten (Westergren, 2003).

### *Utredning och åtgärder*

En av de viktigaste delarna i utredningsprocessen av dysfagi är en ingående beskrivning av vårdtagarens sjukdomshistoria. Exempel på uppgifter som bör behandlas är förekomst av felsväljning och hosta/rosslingar i samband med måltider, sväljningssmärter, nedsatt aptit, förlängd tid att äta, viktförändring och tandstatus. Beslut om vidare utredning kan därefter göras utifrån aktuellt underlag (Tibbling Grahn, 2004). En komplett utredning bör dock innefattas av både klinisk och instrumentell sväljningsbedömning. Detta innebär att kliniska sväljningstest kombineras med röntgenundersökningar av sväljningsprocessen. Syftet är att få klarhet i var problemet sitter och att fatta beslut om lämpliga behandlingsåtgärder (Bülow, 2005).

Exempel på åtgärder som kan vara aktuella vid dysfagi är upplärning och träning av olika sväljningstekniker. Även munvård är viktigt, då munnens funktion utgör en central del i sväljningsprocessen (Hertegård, 2005). En av de mest betydelsefulla åtgärderna vid dysfagi anses emellertid vara konsistensanpassning av mat och dryck (Westergren, 2009).

## 2.4 Konsistensanpassad kost

Kostkonsistensen kan anpassas på olika sätt för att tillgodose individuella behov. Vilken kostkonsistens som serveras ska därmed betraktas som en medicinsk åtgärd och ordination (Hertegård, 2005). Flera studier har visat att en individuell kostkonsistens kan underlätta sväljningen och därmed också näringsintaget (Möller, 2005; Germian, Dufresne & Gray-Donald, 2006). I första hand rekommenderas dock kost med normalkonsistens som är naturligt lättuggad och lättsvald, exempelvis färs- och fiskrätter samt kokt potatis och kokta grönsaker (Livsmedelsverket, 2003). Därtill har kolsyrad dryck visat sig ha en positiv inverkan när det gäller att stimulera sväljningsprocessen och undvika felsväljning (Bülow & Ekberg, 2003). Vid minskad salivutsöndring kan även stimulering av spottkörtlarna ske genom salta och syrliga livsmedel (Region Skåne, 2008).

Enligt Livsmedelsverket (2003) och Findus (*Bilaga 1*) kan kosten delas in i följande konsistensnivåer, se *Tabell 1*.

**Tabell 1.** Beskrivning av de olika konsistensnivåer som finns enligt Livsmedelsverket och Findus konsistensguide.

<i>Hel eller delad</i>	Är detsamma som normalkonsistens. Vid behov delas kosten i mindre bitar, lämpligen då helt kött ska intas. I denna kategori ingår även livsmedel som korv, hel fisk, färsrätter, potatis, grönsaker och sås.
<i>Grov paté*</i>	Är en relativt ny konsistensbenämning från år 2007 som har ersatt Livsmedelsverkets benämning "hackad och lättuggad kost" (Möller, 2007). Konsistensen är sammanhållen och innehåller grova partikelbitar. Detta ger ett ökat tuggmotstånd jämfört med timbalkonsistensen. Samtidigt är den grova patén luftig och mjuk, vilket gör den lätt att dela med gaffel. Till grov paté räknas även naturligt mjuka livsmedel som ingår i normalkonsistensen, exempelvis kokt fisk, hel eller pressad potatis, välkokta grönsaker och sås.
<i>Timbal</i>	Har en sammanhängande mjuk konsistens med slät struktur. Konsistensen kan liknas vid en omelett och är lätt att äta med gaffel eller sked. Jämfört med grov paté är timbalkonsistensen mer porös och har en ringa grad av tuggmotstånd. I timbalkonsistensen ingår även pressad potatis, potatismos och sås. Grönsaker bör dock serveras i timbalkonsistens alternativt som puré.
<i>Gelé</i>	Har en hal och mjuk konsistens som är dallrig och homogen. Gelékonsistensen kan ätas med gaffel eller sked och smälter i munnen. På grund av innehåll av bindemedlet gelatin intas gelékonsistensens huvudkomponenter kalla. Komponenter som kan serveras varma är potatismos, grönsakspuré och tjock sås.
<i>Flytande</i>	Är rinnig och helt slät i konsistensen. Konsistensen utgörs vanligen av kött-, fisk- eller grönsakssoppa. För att öka energi och näringsinnehållet bör soppan näringsberikas samt serveras med en extra klick vispad grädde eller crème fraiche. Likaså gäller för desserten som lämpligen är en slät bär- eller fruktsoppa.
<i>Tjockflytande</i>	Är i grunden densamma som flytande konsistens. Skillnaden är att den tjockflytande konsistensen reds ytterliggare, vilket resulterar i en mer trögflytande krämig konsistens i likhet med gräddfil. Den tjockflytande konsistensen droppar av skeden och kan ej ätas med gaffel.

\* I en ätstudie med äldre respondenter finns det underlag som tyder på att produkter med en grövre konsistens, likt grovmalen paté, har en positiv inverkan när det gäller upplevelsen av smak och sväljbarhet (Bülow m.fl., 2007).

Valet av kostkonsistens ska anpassas efter individuella behov och förutsättningar vid samtliga måltider. Hel eller delad kost kan exempelvis vara aktuell vid lindrigare ätsvårigheter, som vid förekomst av tandprotes eller funktionshinder som medför svårigheter att tillgodogöra sig maten (Region Skåne, 2008). Likaså kan grov patékonsistens vara ett bra val vid lättare ätsvårigheter, särskilt vid samtida rådande orkeslöshet och förekomst av motoriska problem som gör det svårt att föra maten från tallrik till mun (Findus, 2007). Vid nedsatt sväljreflex eller rörlighet i tungan kan en tjockflytande, slät eller hal konsistens vara att föredra. Dock bör tunnflytande dryck undvikas då denna riskerar att rinna ner till luftvägar och lungor. En tunnflytande konsistens kan däremot vara ett lämpligt alternativ i de fall sväljningsproblemet kan lokaliseras till matstrupen (Livsmedelverket, 2001).

Oavsett val av konsistens ska maten som serveras/intas se aptitlig ut och smaka bra. Idag förekommer dock att normalkonsistensen mosas eller mixas till en slät massa, vilket kan resultera i en mindre trevlig upplevelse för den som ska inta konsistensen (Granebring & Hermansson, 2008; Andersson, 2007). En måltid som varken ser tilltalande ut eller smakar bra kan i sin tur påverka lusten att vilja äta. Som följd kan detta medföra att energi- och näringsintag inte tillgodoses (Stefanovic Andersson & Bülow, 2007). Därtill finns studier som visar att den konsistensanpassade kostens upplägg och tillbehör har betydelse för måltidsupplevelsen (Hansson & Ottosson, 2005).

## **2.5 Nutritionsriktlinjer och kostkonsistenser i vården**

Som tidigare nämnts kan nutritionskedjan se olika ut beroende på var vårdtagaren befinner sig i landets regioner och landsting. I föreliggande examensarbete har en praktisk studie genomförts med utgångspunkt från ett sjukhus i Skåne. Följaktligen belyses specifikt Region Skånes nutritionskedja.

Skåne utgörs av 33 kommuner med en befolkning på 1 214 758 invånare (SCB, 2009). Ansvaret för att tillgodose medborgarnas behov av hälso- och sjukvården i Skåne finns både i region och kommun, vilket innebär ett gemensamt ansvar (Kommunförbundet Skåne, 2009). För nutritionen betyder det att hela vårdkedjan ska genomsyras av god samverkan mellan vårdansvariga och kostproduktionsansvariga (Region Skåne, 2008).

### *Kostförsörjning*

Kost och kosthanteringen kan inom Region Skåne bedrivas i både privat och offentlig regi (Region Skåne, 2008). Även inom de olika kommunerna finns det privata och offentliga produktionskök som ansvarar för den kost som tillagas till olika vård- och omsorgsformer. För personer som bor i ordinärt boende, med berättigade insatser från kommunen, kan måltiderna tillagas av hemtjänstpersonal eller levereras i form av matlådor från ett produktionskök. En annan lösning för de personer som inte klarar av att sköta matförsörjningen själva är att beställa mat från privata entreprenörer. Här är dock utbudet av olika maträtter och möjligheten till en individanpassad kost vanligen begränsad (Gunnel Stuhr Olsson, Findus Special Foods, personlig kommunikation 5 Maj 2009; Per Svensson, Logoped, personlig kommunikation 16 april 2009).

### *Nutritionsriktlinjer och rekommendationer*

Enligt Socialstyrelsens SoS-rapport 200:1 bör den sjuka individens nutrition ”betraktas på samma sätt som annan medicinsk behandling och därmed underkastas samma krav på utredning, diagnos, behandlingsplanering och uppföljning/dokumentation” (Socialstyrelsen, 2000,

s. 42). I strävan att uppnå målet finns det i Region Skåne, liksom i flera av landets regioner och landsting, särskilda nutritionsriktlinjer. Riktlinjerna i Region Skåne baseras på Livsmedelsverkets (2003) skrift ”Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg” och är gällande oavsett verksamheten drivs i privat eller offentlig regi. Bland riktlinjerna behandlas bland annat ansvarsfrågor, näringsrekommendationer, allmän näringslära och kostråd. Ett av avsnitten redogör särskilt för den konsistensanpassade kost som rekommenderas vid förekomst av tugg- och sväljsvårigheter. När det gäller terminologin för den konsistensanpassade kosten framgår dock att benämningarna skiftar. Enligt Region Skåne är det upp till varje sjukhus att bestämma vilka konsistensbenämningar som föredras. Som exempel kan timbalkonsistens benämnas passerad, puréad, paté och lättuggad (Region Skåne, 2008). En variation av terminologin har även uppmärksammats mellan olika vård- och omsorgsformer inom kommunal verksamhet (Andersson, 2007; Möller, 2007). Olika benämningar på en och samma konsistens ökar dock risken för att förvirring ska uppstå i kommunikationen mellan olika personalkategorier. Något som i sin tur ställer höga krav på en fungerande kommunikation genom hela vårdkedjan (Möller, 2007). För att underlätta kommunikationen mellan olika vårdgivare har det i ett treårigt Vinnova-finansierat samarbetsprojekt, ”Konsistensoptimering och sensorisk design för hälsa och välbefinnande hos äldre”, arbetats fram en konsistensguide, se *Bilaga 2* (Findus, 2007). Förhoppningar är att guiden ska fungera som vägledning i valet av kostkonsistens och underlätta kommunikationen mellan olika personalkategorier (Möller, 2007). För att vidareutveckla guiden pågår nu ytterligare ett projekt med strävan att på ett än mer objektivt sätt definiera de olika konsistensnivåerna (*Bilaga 1*). Allt för att trygga det enskilda behovet av en särskilt anpassad kostkonsistens (Möller, 2007).

## 2.6 Sammanfattning

En förutsättning för god hälsa och välbefinnande eller frånvaro av sjukdom är ett tillfredställande energi- och näringsintag. Vid tugg- och sväljsvårigheter kan det vara svårt att tillgodogöra sig en kost med normalkonsistens, med risk för att utveckla undernäring. Genom rätt konsistens på kosten kan emellertid ätprocessen underlättas och därmed skapa goda möjligheter att tillfredsställa energi- och näringsbehov. Att servera rätt kostkonsistens till vårdtagare med dysfagi bör därmed ses som en del av den medicinska behandlingen, precis som Socialstyrelsen anser att övrig nutritionsbehandling ska göra. En förutsättning för att vårdtagaren ska få rätt kostkonsistens är dock att kommunikationen mellan olika vårdgivare är väl fungerande och att kostansvariga är införstådda med vilken kostkonsistens som vårdtagaren bör bli serverad. Särskilt viktigt är detta vid byte av vårdgivare. Ytterligare krav på god kommunikation ställs då terminologin för konsistensanpassad kost varierar. I strävan mot att komma åt problematiken pågår det just nu ett forskningsprojekt med syfte att utarbeta ett system av kvantitativt definierade kostkonsistenser. Med stöd från två av huvudaktörerna, SIK och Findus, utgör föreliggande examensarbete en del av detta forskningsprojekt. Terminologins problematik är redan till viss del känd. Men hur ser egentligen den process ut som ligger till grund för hur konsistensanpassad kost kommuniceras mellan olika vård- och omsorgsformer? Följaktligen, hur länkas den konsistensanpassade kosten in i vårdkedjan?

## 3 Syfte och frågeställningar

I detta kapitel redogörs studiens syfte, aktuella frågeställningar samt inom vilka ramar studien begränsats.

### 3.1 Syfte

Syftet med föreliggande studie var att undersöka hur informationsöverföring av konsistensanpassad kost fungerar mellan personal inom olika vård- och omsorgsformer samt vid utskrivning/flytt av vårdtagare med tugg- och sväljsvårigheter.

### 3.2 Frågeställningar

- Vem/vilka yrkeskategorier är involverade i beslutet om vilken kostkonsistens som vårdtagare med tugg- och sväljsvårigheter ska inta?
- Vilka rutiner för överrapportering av konsistensanpassad kost tillämpas i samband med utskrivning/flytt av vårdtagare som har tugg- och sväljsvårigheter?
- Hur tolkas den information som delges om konsistensanpassad kost i samband med en vårdtagares utskrivning/flytt? Både av vårdtagare (anhörig), mottagande vårdpersonal och kökspersonal.

### 3.3 Avgränsningar

Kostkonsistens och kommunikation är ett omfattande forskningsområde som kan studeras ur flera perspektiv. Med anledning av den begränsade tidsram som fanns att tillgå för examensarbetets genomförande var dock vissa avgränsningar nödvändiga. En första avgränsning var att utgå från ett sjukhus, vilket var medelstort och hade ett geografiskt koncentrerat upptagningsområde. Därtill begränsades antalet vårdavdelningar till fyra, på vilka en första kontakt etablerades med de vårdtagare som kom att följas i studien. Tiden för studiens praktiska genomförande sattes till tre veckor.

## 4 Metod

Studien genomfördes våren 2009, där vårdtagare som intog en konsistensanpassad kost följdes i samband med utskrivning från ett sjukhus. Det övergripande syftet var att försöka skapa en bild och förståelse för hur kommunikationen av konsistensanpassad kost kan se ut i vårdkedjan. I detta kapitel redogörs för den metod som använts, urvalsprocess, praktiskt genomförande, etiska överväganden och metodens tillförlitlighet.

### 4.1 Val av metod

En metod med kvalitativ ansats har funnits som grund för studiens genomförande. Den kvalitativa metoden har i föreliggande fall bestått av intervjuer med vårdtagare eller vårdtagarens anhörig/företrädare, omvårdnadsansvarig sjuksköterska, mottagande vårdpersonal och kökspersonal. Då målet var att följa tio vårdtagare som flyttades/skrevs ut från sjukhuset till olika boendeformer kunde varje fall se olika ut beroende på rådande situation. Detta krävde en flexibel och anpassbar metod eftersom frågorna var tvungna att avpassas efter varje fall. Precis som Magne Holme och Krohn (1997) skriver kan en kvalitativ intervju vara att föredra då denna vanligen präglas av högre flexibilitet jämfört med en kvantitativ enkätstudie. Den direkta kontakten med respondenterna vid intervjutillfället bidrar även till att följdfrågor kan ställas och att frågor kan korrigeras vid eventuella missförstånd. Detta innebär ytterligare en anpassbarhet som inte hade varit möjligt i en enkätstudie. Därtill var inte syftet att göra några kvantitativa beräkningar, utan enbart att studera hur kommunikationsprocessen ser ut. Med ambitionen att ställa tydliga och begripliga intervjufrågor till respondenterna genomfördes en pilotstudie tillsammans med två personer verksamma inom vården, två personer över 75 år samt en kostekonomstuderande.

### 4.2 Urval

Urvalsprocessen kan delas in i olika delar innefattande val av vårdavdelning, vårdtagare, sjuksköterska, mottagande vårdpersonal och kökspersonal. En redogörelse för de olika urvalen kan ses nedan. Utgångspunkten för urvalen var ett mellanstort sjukhus i Skåne. Målet var att följa tio vårdtagare. Detta för att eftersträva en spridning beträffande vilken boendeform vårdtagarna förflyttades till efter utskrivning från sjukhuset.

**Vårdavdelning** valdes efter inläggande vårdtagare som intog en konsistensanpassad kost.

**Vårdtagare** som inkluderades i studien var inplanerade för utskrivning och intog en kostkonsistens som på sjukhuset benämndes finfördelad, passerad, timbal, gelé eller flytande. Därtill var vårdtagaren tillräckligt fysiskt stark och kognitivt intakt för att medverka. Var så ej fallet fick anhörig eller annan företrädare ta ställning till en eventuell medverkan. Antalet möjliga vårdtagare som ingick i studien styrdes således av ovannämnda kriterier och kan enligt Magne Holme & Krohn (1997) ses som både ett tillfällighets- och systematiskt urval.

**Sjuksköterskan** som intervjuades hade ansvarat för överrapporteringen av vårdtagaren i samband med dennes flytt/utskrivning. I de fall vårdtagaren förflyttades till ordinärt boende och ingen överrapportering till mottagande vårdgivare var aktuell, fanns kriteriet att sjuksköterskan hade ansvarat för sammanställningen av omvårdnadsepikrisen.

**Mottagande vårdpersonal** som intervjuades kunde redogöra för vårdtagarens kostkonsistensintag efter utskrivning/flytt från sjukhuset.

**Kökspersonal** som deltog hade ett övergripande ansvar för tillagning av konsistensanpassad kost inom verksamheten.

### 4.3 Intervjuer

#### *Intervjuguide*

Utifrån studiens syfte och frågeställningar sammanställdes fyra olika intervjuguider. En med frågor riktade till omvårdnadsansvarig sjuksköterska, en till vårdtagaren, en till mottagande vårdgivare samt en till kökspersonal (se *Bilaga 3*). Samtliga intervjuguider innehöll frågor angående den kostkonsistens som vårdtagaren intagit under, respektive efter vårdtiden på sjukhuset. Bland annat behandlades områden som konsistensordination, intagen kostkonsistens, informationsdelgivning, kunskap och utbildningsbehov samt beställningsrutiner från tillagningskök. Aktuella områden berörde således faktorer som möjligen kunde påverka den kommunikationsprocess som resulterade till vårdtagarens intagna kostkonsistens. Intervjufrågornas formulering och struktur anpassades och korrigerades även efter de synpunkter som lyftes fram i samband med den pilotstudie som nämnts i *4.1 Val av metod*. Bland annat fanns åsikter om att frågorna var slutna och begränsade, innehållande svåra medicinska termer. Med intervjuguidernas innehåll som utgångspunkt utformades därför även fyra olika punktlistor med vad som önskades beröras under respektive intervju. Syftet var att inte bli låst till frågorna i intervjuguiderna och istället kunna använda sig av öppna frågor som gav respondenten större utrymme att svara. Intervjuerna kan därav ses som halvstrukturerade (Kvale, 1997).

#### *Praktiskt genomförande*

Studiens genomförande var från början planerat att utgå från enbart en medicinavdelning, baserat på kostchefens vetskap om vart sjukhusköket skickade flest anpassade kostkonsistenser. Då studiens första vecka sammanföll med en storhelg uppstod dock vissa tidsbegränsningar när det gällde förmedling av kontakt med vårdtagare. För att garantera ett tillräckligt analysunderlag blev ytterliggare fyra medicinavdelningar kontaktade, efter medicinavdelningarnas verksamhetschefs godkännande. Tre av dessa ansågs lämpliga för studiens syfte. På grund av särskilda omständigheter kunde en av avdelningarna enbart medverka under en vecka.

Verksam personal på den avdelning som studien ursprungligen planerats att utgå ifrån fick information om studien i samband med ett avdelningsmöte. Informationen baserades på det informationsblad som även överlämnades i samband med mötet, se *bilaga 4*. Informationsbladet innehöll information om studiens praktiska upplägg och etiska hänsynstagande. Den ”nya” personal, från andra avdelningar, som kom att beröras av studien informerades efterhand som kontakt etablerades. Informationen baserades på samma informationsblad som den ursprungliga avdelningen tagit del av.

#### **Vårdtagaren**

Kontakt med vårdtagare som intog en konsistensanpassad kost förmedlades via avdelningens vårdpersonal. Efter vårdtagarens muntliga samtycke att medverka överlämnades ett informationsblad om studien och vårdtagarens rättigheter (se *bilaga 5*). I samband med detta bokades en tid för intervju, två till fem dagar senare. Om intervjun med vårdtagaren var planerad att ske på den plats dit denna förflyttats kontaktades vårdtagaren via telefon samma förmiddag som bokad datum. Detta för att försäkra att vårdtagaren fortfarande var intresserade av att medverka. Skulle intervjun ske via telefon kontaktades vårdtagaren enligt bokad tid. Ovanstående gällde även i de fall anhörig/annan företrädare intervjuades (se *bilaga 6*).



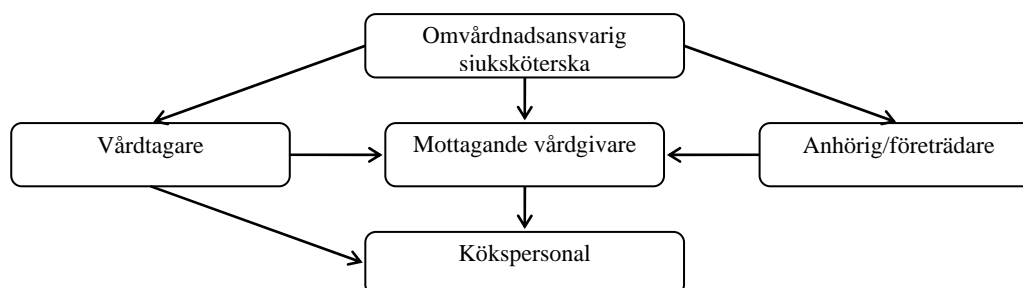
## Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

Samma dag eller senast två dagar efter att vårdtagaren överrapporterats till mottagande vårdgivare, alternativt epikris skickats till vårdcentral, genomfördes en intervju med omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

## Uppföljningsintervjuer - mottagande vårdgivare och kökspersonal

I de fall då den serverade/intagna kostkonsistensen efter flytt inte överrensstämde med den kostkonsistens som serverats/ordinerats på sjukhuset (före flytt), genomfördes två uppföljningsintervjuer. Med inte överrensstämmande menas att konsistensbenämningen skiftade eller att kostens konsistens var olika. Intervjuer skedde med mottagande vårdgivare (undersköterska) samt en med den kökspersonal som ansvarat för tillagning av vårdtagarens kostkonsistens efter flytt. Uppföljningsintervjuerna inträffade samma dag eller senast två dagar efter genomförandet av intervjun med vårdtagaren/anhörig. Medgivande från boendets enhetschef och kökets kostchef fanns innan personal kontaktades.

I de fall varken anhörig eller vårdtagaren själva förmådde att medverka, intervjuades endast omvårdnadsansvarig sjuksköterska på sjukhuset, efterföljande vårdgivare samt kökspersonal. Samtliga intervjuer spelades in på band, utom vid ett tillfälle då respondenten ej gav samtycke till detta. Istället gjordes anteckningar fortlöpande under hela intervjun. Tiden för genomförande av intervjuerna varierade mellan 10-25 minuter beroende på respondentens tillgängliga tid, samt omfattningen av de svar som gavs. *Figur 2* nedan beskriver intervjuprocessens möjliga vägar, från omvårdnadsansvarig sjuksköterska till kökspersonal.



*Figur 2. Intervjuprocessens möjliga vägar, från omvårdnadsansvarig sjuksköterska till kökspersonal.*

## Analys

Intervjuerna som spelades in på band transkriberades samma dag som de genomfördes. Enligt Kvale (1997) finns ingen befintlig mall för hur transkriberingen ska gå till väga. Dock rekommenderas att riktlinjer sätts upp som är gällande för samtliga intervjuer. I detta fall skrevs allt ut, bortsett från ljud och ord som inte tillförde materialet något. Varje respondent kodades med ett nummer som användes genom hela analysprocessen. Transkriberat material granskades därefter ett flertal gånger i syfte att skapa en bild av vårdtagarens vårdkedja och intag av kostkonsistens. För att göra materialet översiktligt och underlätta jämförelser av respondenterna sinsemellan bröts de transkriberade intervjuerna ner och fördes in under gemensamma teman i olika tabeller, i enlighet med vad Granskär & Höglund-Nielsen (2008) rekommenderar. För att underlätta granskningen ytterligare grupperades vårdtagarna efter aktuell boendesituation (ordinärt boende, särskilt boende och korttidsboende). Utifrån det transkriberade materialet och de översiktliga tabellerna sammanställdes sedan resultatet utifrån teman som

konsistensordination, intagen kostkonsistens, informationsdelgivning, kunskap och utbildningsbehov. Syftet var att förskapa ett översiktligt resultat för varje respondentgrupps perspektiv, det vill säga sjuksköterska, vårdtagare/anhörig, mottagande vårdgivare och kökspersonal.

#### **4.4 Etiska överväganden**

Enligt Vetenskapsrådet (2008) ska all forskning vara etiskt korrekt genomförd. Därav kontaktades ingen vårdtagare eller anhörig utan att först fått muntliga medgivande via ansvarig vårdpersonal. Samtliga vårdtagare/anhöriga delgavs dessutom information om studien enligt *Bilaga 5/6*. Särskilt betonades att medverkan var helt frivillig och att respondenten hade rätt att avbryta när som helst utan att ange några skäl. Härmed respekterades även individens självbestämmande i enlighet med Vetenskapsrådets (2008) allmänna krav kring informationsdelgivning och samtycke. Intervjufrågorna var därtill formulerade på ett sätt där varken vårdtagarens aktuella diagnos eller andra personliga omständigheter avslöjades. All data som erhöles under intervjuerna aidentifierades och hanterades konfidentiellt. Inga namn på respondenter, sjukhus, vårdavdelningar eller kök angavs i det färdiga examensarbetet. Banden med intervjumaterialet förvarades inlåsta och förstördes efter avslutad studie. Ovanstående etiska hänsynstagande gällde även för de intervjuer som skedde med sjuksköterskor, vårdpersonal och kökspersonal.

#### **4.5 Metodens tillförlitlighet**

Kost och kosthantering varierar mellan olika kommuner och landsting. Studiens resultat är därför inte generaliserbart, utan ger en överblicksbild av hur det såg ut just då för ett begränsat antal vårdtagare. Ett generaliserbart resultat hade krävt en annan form av studie samt ett större underlag (Magne Holme & Krohn, 1997). Felaktiga svar på grund av missförstånd av frågor under intervjuerna kan dessutom utgöra möjliga felkällor. Därtill baseras svaren enbart på vårdgivarnas muntliga information. Således finns ingen garanti för hur pass sanningsenliga svar som gavs beträffande den skriftliga dokumentationen i patientjournalerna.

## 5 Resultat

I följande kapitel presenteras resultatet av intervjuerna med de åtta vårdtagare som följts genom vårdkedjan. Resultatet har sammanställts utifrån de fyra olika respondenternas perspektiv samt vårdtagarnas boendesituation efter utskrivning.

### 5.1 Bortfall

Målet var att följa tio vårdtagare, antalet möjliga slutade på åtta. Detta beror sannolikt delvis på den storhelg som sammanföll med studiens genomförande. Bortfallen inträffade successivt under studiens treveckors period. Fyra vårdtagare kan räknas som externt bortfall. En vårdtagare som planerats för utskrivning fick ett försämrat allmäntillstånd resulterade i förlängd vårdtid. Ytterligare två vårdtagare fick ställas in på grund av att utskrivningsdatum överskred den praktiska studiens tidsram. En fjärde vårdtagare kunde ej följas då medgivande från boendets enhetschef nekades. Som externt bortfall kan även den avdelning räknas som enbart hade möjlighet att medverka under en vecka.

I ett fall hade inte den omvårdnadsansvariga sjuksköterska som överrapporterat vårdtagaren eller sammanställt epikrisen möjlighet att intervjuas. Här gjordes valet att intervju en annan sjuksköterska som ansvarat för vårdtagaren under vårdtiden. Därtill var det en av respondenterna i kökspersonalen som ej ville att intervjun skulle spelas in på band. Även om skriftliga anteckningar fördes under intervjun kan detta ha bidragit till ett internt bortfall, då viss information eventuellt förlorats.

### 5.2 Hur kommuniceras konsistensanpassad kost genom vårdkedjan?

Resultatet baseras på totalt 22 intervjuer. Åtta intervjuer genomfördes med omvårdnadsansvarig sjuksköterska från sjukhuset, fem intervjuer med vårdtagare/anhörig, fem intervjuer med mottagande vårdgivare samt fyra intervjuer med kökspersonal. I ett fall var mottagande vårdgivare personlig assistent, resterande var undersköterskor. Intervjuerna fördelades enligt *Tabell 2*.

*Tabell 2. Fördelning av intervjuade respondenter.*

<i>Respondent</i>	<i>Antal intervjuer</i>
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska	8 st
Vårdtagare	3 st
Anhörig/företrädare	2 st
Personlig assistent	1 st
Undersköterska	4 st
Kökspersonal	4 st

## *De tre skilda vägarna efter sjukhuset*

Efter sjukhuset förflyttades vårdtagarna till olika boendeformer beroende på fortsatt vårdbehov och allmäntillstånd. Fyra återvände till ordinärt boende (*OB*), en till särskilt boende (*SB*) och tre flyttade till korttidsboende (*KB*). Samtliga vårdtagare var över 70 år. De åtta olika vårdtagarna som ingick i studien har numrerats och namngivets efter boendeform. Nedan redogörs kort för varje vårdtagarfall, innehållande information om aktuell ordination/val av kostkonsistens, ansvarig för ordination/val, relaterade orsaker till konsistensbehov, kostförsörjning efter flytt/utskrivning samt vårdtagarens kognitiva tillstånd.

### Ordinärt boende

**Vårdtagare OB-1:** Ordinerad timbalkonsistens av dietist, relaterat till dåligt tandstatus och trötthet. Lunch levererades från privat entreprenör, alternativ tillagad av dotter. Klar och kognitivt intakt.

**Vårdtagare OB-2:** Ordinerad passerad kost av logoped, relaterat till sväljsvårigheter. Grundad på logopedens sväljningsbedömning. Omvårdnad och kosthantering sköttes av personlig assistent. Ej klar och kognitivt intakt.

**Vårdtagare OB-3:** Tilldelad finfördelad kost efter sjuksköterskans beslut, relaterat till lindriga ätsvårighet. Maten tillagades på egen hand, ibland med hjälp av dottern. Klar och kognitivt intakt.

**Vårdtagare OB-4:** Ordinerad passerad kost av logoped, relaterat till sväljsvårigheter. Grundad på logopedens sväljningsbedömning. Frun ansvarade för matlagningen. Ej klar och kognitivt intakt.

### Särskilt boende

**Vårdtagare SB-1:** Känd på sjukhuset sedan tidigare. Ordinerad timbalkonsistens av dietist, relaterat till tugg- och sväljsvårigheter. Serverades mat som tillagats och levererats från kommunens storkök. Klar och kognitivt intakt.

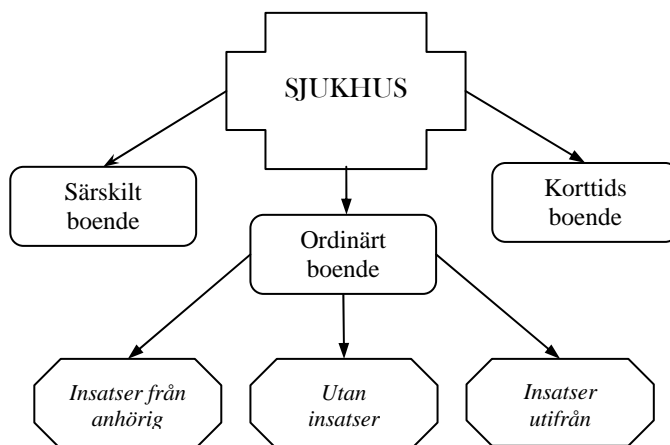
### Korttidsboende

**Vårdtagare KB-1:** Ordinerad timbalkonsistens av logoped, relaterat till sväljsvårigheter. Grundad på logopedens sväljningsbedömning. Serverades mat som tillagats och levererats från kommunens storkök. Ej klar och kognitivt intakt.

**Vårdtagare KB-2:** Tilldelad passerad kost efter sjuksköterskans beslut, relaterat till lindriga ätsvårigheter och trötthet. Intog mat som tillagats och levererats från kommunens storkök. Är klar och kognitivt intakt.

**Vårdtagare KB-3:** Tilldelad passerad kost efter sjuksköterskans beslut, relaterat till dåligt tandstatus och trötthet. Intog mat som tillagats och levererats från kommunens storkök. Ej klar och kognitivt intakt.

Figur 3 beskriver vårdtagarnas boendeform efter utskrivning från sjukhuset. Vid flytt till särskilt boende eller korttidsboende levererades lunch och middag från någon av kommunens närliggande storkök. Vid flytt till ordinärt boende tillagades maten av vårdtagaren själv (*utan insatser*), med hjälp av anhörig (*insatser från anhörig*) eller av personlig assistent/privat entreprenör (*insatser utifrån*). För en detaljerad beskrivning av vårdtagarnas boendeform efter sjukhuset, kombinerad med de respondenter som intervjuats för varje vårdtagarfall, hänvisas till Bilaga 7.



Figur 3. Vårdtagarnas boendeform efter sjukhuset.

## Skiftande konsistensbenämningar

Enligt intervjuunderlaget skiftade konsistensbenämningarna mellan sjukhus, boendeform och köksverksamhet. Tabell 3 redovisar hur de olika konsistenserna benämndes före och efter sjukhusvistelsen. Kolumn ”På sjukhus” redogör för val/ordination på sjukhuset. Kolumn ”Efter sjukhus” visar benämningen på den kost som enligt vårdtagare, anhörig, mottagande vårdgivare eller kökspersonal intogs i/på ordinärt, särskilt eller korttidsboende.

Tabell 3. Konsistensbenämning före och efter sjukhusvistelsen.

Vårdtagare	På sjukhus	Efter sjukhus	Kommentarer till intag av kostkonsistens före och efter sjukhus
OB-1	Timbal	Hel/malt	Olika konsistenser
OB-2	Passerad	Mixad/passerad	Olika konsistenser
OB-3	Finfördelad	Hel	Förändrat konsistensbehov, enligt vårdtagaren
OB-4	Passerad	Mixad	Olika konsistenser
SB-1	Timbal	Passerad	Samma konsistens, men olika benämningar
KB-1	Timbal	Passerad	Samma konsistens, men olika benämningar
KB-2	Passerad	Mixad/passerad	Olika konsistenser
KB-3	Passerad	Finfördelad/puré	Förändrat konsistensbehov, enligt undersköterskan

Innebörden av passerad kost och timbalkonsistens tolkades därtill olika beroende på sjukhus, boendeform och tillagningskök. Vid beställning av passerad kost kunde vårdtagaren serveras antingen en grövre timbal, slät timbal eller mixad/puré konsistens. Beställdes timbal kunde denna likställas med passerad kost i de fall benämningen timbal ej fanns inom verksamheten.

För en närmare redogörelse för varje vårdtagares intagna kostkonsistens efter sjukhusvistelsen hänvisas till rubriken ”Konsistensanpassad kost efter utskrivning från sjukhuset” (s 24).

### **5.3 Konsistensanpassad kost på sjukhuset**

I följande avsnitt beskrivs de rutiner som fanns kring konsistensanpassad kost på sjukhusets medicinska avdelningar. Resultatet grundas på de åtta intervjuer som genomförts med vårdtagarens omvårdnadsansvariga sjuksköterska.

#### *Ur omvårdnadsansvarig sjuksköterskas perspektiv*

##### **Val/ordination av kostkonsistens**

Logopeden hade en viktig roll när det gällde ordination av konsistensanpassad kost för vårdtagare med sväljsvårigheter (*OB-2, OB-4, och KB-1*). I samband med logopedens ordination kopplades även dietisten in för ställningstagande om behov av särskild energi- och näringsrik kost/dryck. Samtliga vårdtagare som kom i kontakt med logopeden var inlagda på en medicinsk avdelning med specialistinriktning mot stroke.

För de vårdtagare (*OB-3, KB-2 och KB-3*) där valet av kostkonsistens vilat på omvårdnadsansvarig sjuksköterska förelåg inga sväljsvårigheter. Behovet av konsistensanpassad kost grundades istället på trötthet och tuggsvårigheter.

I två fall (*OB-1 och SB-1*) ansvarade dietisten för konsistensordinationen. Dietisten blev i ovanstående fall inkopplad då sjuksköterskan ansåg att vårdtagaren riskerade undernäring.

##### **Konsistensdokumentation**

Oavsett vem som ordinerat eller tagit ställning till valet av kostkonsistens fanns beslutet dokumenterat i vårdtagarens omvårdnadsjournal. Ansvarig för dokumentationen var omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Även logopeden och dietisten förde egna separata journalanteckningar i de fall de varit inkopplade (*OB-2, OB-4, OB-1, SB-1, KB-1*).

Eventuella problem som uppstod i samband med kostintaget dokumenterades i vårdtagarens omvårdnadsjournal. Till detta kopplades även åtgärder och uppföljningsresultat. Likaså dokumenterades de förändringar som resulterat i att vårdtagaren blivit ordinerad/tilldelad en annan kostkonsistens under vårdtiden. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska stod bakom dokumentationen. För de vårdtagare som var i behov av extra övervakning när det gällde mat- och vätskeintag fördes särskilda registreringslistor, av undersköterska och/eller sjuksköterska (*KB-1, OB-2, OB-4*). Därtill fanns dokumentation om vilka behov vårdtagaren hade vid intag av en måltid, exempelvis matning eller särskild sittställning. En sjuksköterska betonade även vikten av att dokumentera när något fungerade bra i samband med konsistensintaget (*KB-1*).

I samband med vårdtagarens utskrivning sammanställdes en omvårdnadsepikris av ansvarig sjuksköterska. I omvårdnadsepikrisen dokumenterades vilken kostkonsistens och dryck som vårdtagaren intagit under vårdtillfället samt relaterade orsaker som tuggsvårigheter, sväljningsbesvär och trötthet. Likaså dokumenterades behov av extra energi- och näringsrik kost/dryck. Ovanstående dokumentation återfanns även i vårdplanerna då en vårdplanering varit aktuell (*OB-1, KB-1, KB-3*).

## **Informationsdelgivning till vårdtagare/anhörig**

Information om vilken kostkonsistens som serverades på sjukhuset delgavs samtliga vårdtagare. Att vårdtagaren fick förklarat varför rekommenderad kostkonsistens skulle intas var ej självklart. I ett av fallen (SB-1) uteblev information från sjuksköterskan då vårdtagarens yrkeserfarenhet från vården ansågs utgöra ett skäl för att inte behöva berätta varför.

*”Jag tror säkert att vårdtagaren redan är väldigt införstådd med det här” (SB-1)*

I vilken grad anhöriga informerats varierade. Närvarade anhöriga i samband med den kliniska sväljningsbedömningen gavs information från logopeden. I vissa fall var det tillfälligheter som avgjorde om anhöriga fick information (OB-3, KB-2).

*”Dottern råkade vara på plats när jag pratade med patienten, men annars hade hon nog inte fått någon information” (OB-3)*

En annan sjuksköterska betonade dock vikten av att informera både vårdtagare och anhörig (KB-1).

*”Information till både vårdtagare och anhörig är jätteviktigt för att personen med sväljsvårigheter inte ska äta eller dricka något som kan vara farligt” (KB-1)*

För att minska risken för att vårdtagaren blev erbjuden något som inte fick sväljas kunde en skylt sättas upp som varnade för vårdtagarens sväljsvårigheter. I vilken omfattning detta skett framgick ej i intervjuerna.

## **Överrapportering till mottagande vårdgivare**

I de fall vårdtagaren förflyttades till särskilt boende, korttidsboende eller till ordinärt boende med insatser från kommunen, överrapporterades vårdtagaren både muntligt och skriftligt. Den information som rapporterades muntligt var enligt sjuksköterskorna i regel samma information som också fanns dokumenterad i epikrisen. Fanns dietist och logopedanteckningar skickades dessa med omvårdnadsepikrisen. Ansvarig för överrapporteringen var omvårdnadsansvarig sjuksköterska och mottagare av informationen var nästa instans omvårdnadsansvariga sjuksköterska. Skrevs vårdtagaren ut till ordinärt boende, utan insatser från kommunen, skickades enbart omvårdnadsepikrisen till vårdtagarens vårdcentral (OB-3, OB-4).

Samtliga sjuksköterskor som intervjuades upplevde att överrapporteringen fungerade bra. En sjuksköterska förmodade dock att informationen som rapporterades kunde nonchaleras beroende på mottagarens erfarenhet och kunskap av konsistensanpassad kost (KB-1).

*”När vi är så noga med kosten här på avdelningen känns det jättetråkigt att man egentligen inte vet vad som händer med kosten när vårdtagaren lämnat sjukhuset” (KB-1)*

## **Konsistensbeställning från sjukhusets storkök**

Frukost, lunch och middag beställdes via ett kostkortsystem där vårdtagarens kostkonsistens skrevs ner på ett kostkort och skickades till köket. Beställningarna kunde även ske muntligt via telefon. Ansvarig för beställningen var vanligtvis undersköterskan, men det förekom även att sjuksköterskan tog sig an uppgiften.

Det vanligaste sätt att kontrollera att vårdtagaren fick den kostkonsistens som beställts från köket var att läsa av kostkortet, där vårdtagarens namn fanns angivet. Genom att titta på kosten kunde även en uppfattning fås om vilken konsistens maten hade. På kostkortet fanns dessutom olika färgmarkeringar som avslöjade kostens konsistens. Ingen av sjuksköterskorna

visste dock exakt vad de olika färgmarkeringarna stod för. Orsaken ansågs vara att detta var kökets märkningssystem och att man förlitade sig på att köket gjorde rätt. Vid osäkerhet om vilken kostkonsistens som fanns på matbrickan fanns en pärm på avdelningen innehållande information om de olika färgmarkeringarna.

Samtliga sjuksköterskor ansåg att det fanns god kommunikation mellan sjukhusköket och avdelningarna. I de få fall som fel kostkonsistens skickats korrigerades detta genom att köket levererade en ny bricka med ”rätt” konsistens. Fyra av sjuksköterskorna menade dock att kökets begränsade telefonöppettider kunde utgöra ett problem då man var tvungen att ”passa tiderna” för att beställa. Detta kunde resultera i att beställningar till vårdtagare som blev inlagda på kvällen riskerade att glömmas bort, eftersom kostbeställningen blev framskjuten till nästkommande dag.

### **Kunskap och utbildning**

Befintlig kunskap och tillgången till utbildning om konsistensanpassad kost varierade beroende på avdelningens medicinska inriktning. På den avdelning där kunskap om konsistensanpassad kost och utbildning delvis fanns i samband med nyanställning, var på den avdelning som hade en specialistinriktning mot stroke. Det var även här som sjuksköterskorna var mest positiva till ytterligare kunskap inom området. På övriga avdelningar var intresset för utbildning om konsistensanpassad kost vagt. Flera menade att konsistensanpassad kost inte tillhörde sjuksköterskans ansvarsområde.

*”Jag kan gå på utbildning om det ges tillfälle, men jag anser ju egentligen inte att detta behövs” (KB-2)*

*”Undrar man något kan man alltid fråga kostombudet, dietisten eller logopeden” (KB-3)*

## **5.4 Konsistensanpassad kost efter utskrivning från sjukhuset**

### *Ur vårdtagaren/anhörigs perspektiv*

I följande stycke redogörs för den kostkonsistens som vårdtagaren intagit efter utskrivning från sjukhuset samt för den kostinformation som mottagits. I de fall vårdtagaren inte kunnat redogöra för sin egen situation har frågorna riktats till anhörig eller annan företrädare. För vårdtagarna *OB-2*, *KB-1* och *KB-3* finns inga intervjuer med vårdtagare/anhörig då enbart den vårdpersonal och kökspersonal (*ej OB-2*) som ansvarat för vårdtagarna hade möjlighet att medverka. För detta resultat hänvisas till rubriken *Ur mottagande vårdgivares perspektiv* (s 26).

### **Intagen kostkonsistens**

Vårdtagare *OB-1* var ej tillräckligt fysiskt stark för att själv tillaga mat och därför beställdes lunchen från en privat entreprenör. Den mat som levererats var malet kött, kokt potatis och sås. På frågan om hur maten upplevdes var svaret:

*”Jovars, jag äter ju inte så mycket” (OB-1)*

Även vårdtagarens dotter var delaktig i någon av dagens måltider. Måltider som dottern tillagat var helt kycklingbröst med kokt potatis och sås.



Vårdtagare *OB-3* intog en kost med normalkonsistens, utan några större besvär. Exempel på mat som intogs var fläskschnitzel och klyftpotatis med sås. Maten tillagades själv eller med hjälp av dottern.

Vårdtagare *OB-4* serverades en kostkonsistens som var mixad, exempelvis mixad fisk tillsammans med potatismos. Ansvarig för matlagningen var vårdtagarens fru. Vårdtagaren åt fortfarande en liten mängd, men bättre än på sjukhuset. Enligt vårdtagarens son hade den ”svenska” maten på sjukhuset ej varit omtyckt. Förklaringen var att vårdtagaren hade andra kosttraditioner från sitt hemland.

Vårdtagare *SB-1* hade ätit kokt fisk och potatismos sedan hemkomst från sjukhuset. Drycker som serverades var öl, juice och te. Detta var något som upprörde vårdtagarens fru som hade kännedom om att timbalkonsistens och kolsyrad dryck fanns ordinerad från sjukhuset. Maten på sjukhuset upplevdes därtill mer positiv än på det särskilda boendet. Framförallt med anledning av kostkonsistensens vackra upplägg, men även då vårdtagaren hade möjlighet att läsa om vad som serverades på en separat lapp. Vårdtagarens kommentar på frågan om hur maten på det särskilda boendet upplevdes var:

*”Passerad mat är trist” (SB-1)*

Vårdtagare *KB-2* intog, enligt väninnan, passerad kost. Köttet beskrevs som mixat och till huvudkomponenten serverades potatismos och mixade grönsaker.

### **Mottagen konsistensinformation**

Vårdtagare *OB-1* hade av dietisten på sjukhuset fått muntlig information om mat som rekommenderades att äta. Dessutom hade telefonnumret till den privata entreprenör som levererade lunch samt informationspapper om kost överlämnats. Vilken slags information som fanns i papperna kunde vårdtagaren inte besvara då dessa ej lästs. Enligt vårdtagaren skulle dietisten återkomma med mer muntlig information. Dock upplevdes den information som hittills erhöles som tillräcklig.

Enligt vårdtagaren *OB-3* hade inte vårdpersonalen på sjukhuset informerat om den kostkonsistens som intagits under vårdtiden. Någon sådan information ansågs heller inte vara nödvändig.

Anhörig/frun till vårdtagare *OB-4* hade delgivits muntligt och skriftligt information om den passerade kost som var ordinerad. Även vårdtagaren hade fått information genom att anhöriga översatt vad dietisten berättat. Huruvida informationen ansågs vara tillräcklig hade frun svårt att besvara. Dock upplevde hon att det var besvärligt att få sin man att äta ordentligt. Därför skulle dietisten återkomma via telefon inom en vecka.

*” Jag vet inte, men det verkar som om han inte tycker om maten.  
Kanske för att den inte är vanlig” (OB-4)*

Enligt både vårdtagare *SB-1* och anhörig hade ingen information om aktuell kostkonsistens delgivits. Det fanns heller inget inplanerat informationstillfälle. Vårdtagaren önskade själv information hur man skulle kunna göra måltiden mer aptitligt. Anhörig ansåg inte att information var nödvändig då hon inte längre var delaktig i de måltider som vårdtagaren intog.

Väninnan till vårdtagare *KB-2* hade inte mottagit någon enskild information om den kostkonsistens som intagits på sjukhuset. Vid ett tillfälle råkade dock väninnan närvara då sjuksköterskan informerade vårdtagaren. Eftersom väninnan ej tillagade mat till vårdtagaren ansågs inte någon specifik information behövas.

*”Hade jag inte varit där då så hade jag nog inte fått någon information alls” (KB-2)*

### *Ur mottagande vårdgivares perspektiv*

Nedan redovisas en sammanfattning av intervjuerna med mottagande vårdgivare på ordinärt boende, korttidsboende och särskilt boende (*OB-2, SB-1, KB-1, KB-2, KB-3*).

#### **Intagen kostkonsistens**

Vårdtagare *OB-2* serverades köttfärs eller mixat kött med potatismos och extra sås. Samliga drycker var kolsyrade eller förtjockade. Den personliga assistent som ansvarade för vårdtagarens kostintag upplevde att personen åt bra och tillräckligt.

Vårdtagare *SB-1* serverades, efter en viss tveksamhet och förfrågning till undersköterskekollegan, en kost med konsistensbenämningen timbal. Den fisk som serverats beskrevs som geléaktig i bitar. Till fisken serverades potatismos och sås. Dryck som intagits var juice, saft, öl och te.

Vårdtagare *KB-1* blev enligt undersköterskan serverad en kostkonsistens som benämndes passerad. Därtill var samtliga drycker kolsyrade eller förtjockade. Timbalkonsistens påstods inte kunna beställas från köket. Fanns en ordination om timbalkonsistens likställdes denna med passerad konsistens. Kostkonsistensen som serverats utgjordes av mixat kött, mixade morötter, potatismos och sås. Undersköterskan upplevde inte konsistensen som särskilt positiv.

*”Det ser ju inte så kul ut. Potatismoset och morötterna är okej men köttet ser ju inte så aptitligt ut” (KB-1)*

Även vårdtagare *KB-2* serverades en konsistens som benämndes passerad. Aktuell dag hade soppa med smörgås ätits till lunch. Soppan innehöll hela bitar av grönsaker. Serverades kött var detta mixat, likaså tillbehör som grönsaker. Till köttet serverades potatis, potatismos eller ris samt sås. Kännedom om andra benämningar på denna konsistens inom avdelningen fanns ej.

Vårdtagare *KB-3* blev serverad en normalkonsistens som delats i mindre bitar på avdelningen. Enligt undersköterskan fanns inga svårigheter att inta konsistensen. Orsaken till den valda kostkonsistensen kunde ej besvaras. På frågan om det fanns andra mer lättuggade konsistenser att beställa besvarades att det både fanns timbal och passerad konsistens. Den passerade konsistensen beskrevs som puréaktig och finmixad.

#### **Mottagen information**

Den personliga assistenten till vårdtagare *OB-2* ansåg sig vara väl insatt i den passerade konsistens som vårdtagaren skulle inta. Både muntlig och skriftlig information gällande tillagning av passerad kost hade delgivits av logoped och dietist. Det informationsblad som dietisten överlämnat hade ej lästs på grund av tidsbrist. Uppföljning av dietist och logoped skulle ske inom den närmsta månaden.

Den information som undersköterskan fått i samband med vårdtagare *SB-1* ankomst bedömdes som tillräcklig för att förstå vilka behov som fanns beträffande kostkonsistensen. Informationen delgavs muntligt från sjuksköterskan och skriftligt genom omvårdnadsepikrisen. Huruvida undersköterskan själv läst omvårdnadsepikrisen upplevdes dock som osäkert och det fanns en negativ ton och inställning till de frågor som berörde området under intervjun.

För de vårdtagare som befann sig på något av korttidsboendena (*KB-1*, *KB-2*, *KB-3*) baserades valet av kostkonsistens utifrån den information som rapporterats från boendets ansvariga sjuksköterska. Antingen muntligt och/eller skriftligt via omvårdnadsepikrisen från sjukhuset. Informationen ansågs vara tillräcklig för att förstå vilka behov *KB-2* och *KB-3* hade när det gällde valet av kostkonsistens. Vårdgivaren som ansvarade för *KB-1* ansåg dock att informationen var bristfällig. Detta med anledning av att informationen gällande behovet av förtjockad eller kolsyrad dryck först framgick ett par dagar efter att vårdtagaren anlät till boendet.

### **Konsistensdokumentation**

I och med den omvårdnadsepikris som skickades med vårdtagaren till den aktuella boendeformen (*SB*, *KB*) fanns också kostkonsistensen dokumenterad i vårdpärmen. I vårdpärmen dokumenterades därtill de eventuella problem som uppstod i samband med måltiden. Till problemen kopplades åtgärder och resultatet av insatserna. Ansvarig för dokumentationen var avdelningens vårdpersonal eller boendets sjuksköterska. Huruvida eventuell uppföljning av insatta åtgärder dokumenterades var oklart.

### **Kunskap och utbildning**

Befintlig kunskap om konsistensanpassad kost ansågs vara god på den avdelning där vårdtagare *SB-1* bodde. Ansvaret för nutritionsfrågorna vilade på avdelningens kostombud och det var även denna person som vidareinformerade övrig vårdpersonal. Ytterligare utbildning om konsistensanpassad kost ansågs inte vara nödvändigt.

Kunskapen om konsistensanpassad kost ansågs även vara god på de tre avdelningar där vårdtagare *KB-1*, *KB-2* och *KB-3* befann sig. Jämväl här fanns olika kostombud som ansvarade för nutritionsfrågor. Intresset för att veta mer om konsistensanpassad kost bland personalen var dock lågt. Mer kunskap ansågs inte vara "nödvändigt" eftersom kostombudet kunde tillfrågas. Vårdgivaren som var verksam på vårdtagare *KB-3*:s boende hade dock en positiv attityd till utbildning.

### **Konsistensbeställning från tillagningskök**

Vårdtagare *SB-1*:s lunch och middag beställdes till avdelningen från kommunens storkök. Hur själva beställningen gick till tillväga kunde ej besvaras då beställningsansvaret vilade på kostombudet. Kommunikationen mellan avdelning och kök upplevdes dock vara god.

Vårdtagarna *KB-1*, *KB-2* och *KB-3* fick lunch och middag beställd till avdelningarna från kommunernas närliggande storkök. Beställningen kunde göras via e-mejl, fax, skriftliga lappar eller telefon. Kostbeställningen grundades på den information som sjuksköterskan delgivit avdelningarna. Kommunikationen mellan avdelning och kök ansågs fungera bra. Ansvarig vårdgivare för *KB-1* berättade dock att det kunde gå flera dagar innan beställningar, som förändrats, blev rätt. Fattades mat löste avdelningarna vanligen detta genom att portionera ut det som fanns att tillgå. Ett annat alternativ, enligt vårdgivaren för *KB-2*, var att mixa maten på avdelningen. Beroende på maträtt eller huvudkomponent kunde lite mjölk eller sås tillsättas i samband med mixningen för en jämnare konsistens.

## *Ur kökspersonalens perspektiv*

Utbudet av olika kostkonsistenser varierade mellan köken beroende på befintliga rutiner och kökets kapacitet. I följande avsnitt redogörs för de tre olika kök som tillagade mat till vårdtagarna som befann sig på korttidsboende och särskilt boende. Likaså redogörs för den privata entreprenör som tillagade och levererade mat till vårdtagare *OB-1*.

### **Tillagning av konsistensanpassad kost**

Det storkök som ansvarade för tillagning av konsistensanpassad kost till vårdtagare *SB-1* var samma kök som levererade mat till vårdtagare *KB-1*. En gemensam beskrivning för de båda vårdtagarna finns därför i detta stycke. I det aktuella storköket tillagades ej någon kostkonsistens som benämndes timbal. Däremot tillagades passerad kost, vilket likställdes med timbalkonsistens. Köttkomponenten serverades aldrig i mixad purékonsistens och precis som timbalkonsistens var den passerade kosten sammanhängande och slät utan hela bitar. Även grönsaker serverades som timbal, alternativt spritsad puré. Potatismos och sås ingick i måltiden.

Köket som tillagade den passerade konsistens som serverades till vårdtagare *KB-2* mixade eventuella köttkomponenter, ibland tillsammans med lite sås eller sky. Fisk ansågs däremot vara tillräckligt mjuk i konsistensen för att intas utan att mixas. Fanns behov och önskemål från avdelningarna mixades även fisken. Till huvudkomponenten serverades potatismos, mixade grönsaker och sås.

Köket som ansvarade för den mat som skickades till vårdtagare *KB-3* tillagade ej någon mat med en konsistens som benämndes passerad. Den passerade kosten kunde dock likställas med den mixade kosten som namngavs purékost. Den mixade kostkonsistensen tillagades genom att köttet blandades i en mixer tillsammans med lite buljong. Till köttet serverades potatismos, sås och kokta eller mixade grönsaker. Grönsaker mixades beroende på dess hårdhet. Finfördelad konsistens innebar att maten delades i mindre bitar på avdelningen. Helt kött (dock ej färsrätter) mixades vanligtvis även till den finfördelade konsistensen.

### **Mottagen information**

Kommunikationen mellan köken och avdelningarna upplevdes fungera bra i samtliga fall. Den information som avdelningarna delgavs beträffande de kostkonsistenser som skulle tillagas ansågs vara tillräcklig för att förstå vad som önskades.

### **Kunskap och utbildning**

Kunskapen om konsistensanpassad kost i köket som tillagade mat till vårdtagare *SB-1* och *KB-1* ansågs vara god. Mer utbildning om konsistensanpassad kost skulle dock komma att ges till kökspersonalen under våren, vilket upplevdes som positivt.

Befintlig kunskap om konsistensanpassad kost betraktades även vara tillräcklig i de kök som tillagade mat till vårdtagare *KB-2* och *KB-3*. Någon särskild utbildning om konsistensanpassad kost hade inte fått. Utbildning om konsistensanpassad kost skulle dock komma att ges under våren (*KB-2*), något som uppskattades bland kökspersonalen. I köket som skickade mat till vårdtagare *KB-3* fanns dock ingen utbildning inplanerad. Detta var emellertid något som önskades i framtiden.

### **Den privata entreprenören**

Den privata entreprenören levererade och tillagade mat sju dagar i veckan. Under vardagarna fanns två rätter att välja mellan och på helgerna en. På vardagarna var en av rätterna en så

kallad "husman", som ansågs falla de äldre gästerna i smak. Kost med timbalkonsistens gick inte att beställa på grund av kökets begränsade resurser. Likaså gällde för soppa. Däremot kunde köttet fås malt. För att öka energin i maten kunde även en extra klick smör tillsättas i potatismoset.

## 6 Diskussion

I följande kapitel diskuteras den metod som funnits till grund för studiens genomförande. Likaså diskuteras de centralaste delarna av resultatet i relation till bakgrund och frågeställningar. Slutligen lyfts förslag på vidare forskning.

### 6.1 Metoddiskussion

Findus är en av finansiärerna i det huvudprojekt som föreliggande studie utgör en del av. Avsikten har dock inte varit att marknadsföra Findus. Syftet har snarare varit att belysa vikten av att sätta vårdtagarens behov av en särskilt anpassad kostkonsistens i centrum. Detta har eftersträvat genom att studera den process som ligger till grund för hur kommunikationen av konsistensanpassad kost fungerar i vårdkedjan. Att det är Findus som står bakom den konsistensguide (*Bilaga 1*) som skulle kunna fungera som vägledning och hjälpmedel i denna process är således inte intressant för studiens syfte.

Kommunikation är ingen lätt process att studera då denna vanligen förändras med färdriktningen (Nilsson & Waldersmarson, 2007). Valet av en kvalitativ metod i form av intervjuer ansågs dock vara ett lämpligt val. I synnerhet eftersom en viss flexibilitet fanns i samband med intervjuernas genomförande. I flera fall visade det sig vara fördelaktigt att kunna ställa följdfrågor, medförande en ökad förståelse för respondenten berättelse. Intervjumetoden hade även fördelar i de fall det förekom fysiska begränsningar hos vårdtagaren, begränsningar vilka hade utgjort ett hinder för att på egen hand fylla i en enkät. Även om intervjufrågorna eftersträvades att ställas öppna utifrån intervjuguiden kan dock frågorna upplevas som slutna och ledande. Detta kan möjligen ha påverkat resultatets omfattning då respondentens svar eventuellt begränsats. Ytterligare en flexibilitet med intervjuerna var valmöjligheten att genomföra intervjuerna via telefon eller direkt på plats. Detta innebar att respondenten själv kunde avgöra vad som kändes rätt. Telefonintervjuerna innebar dock att viss information ej kunde insamlas. Exempelvis fanns inte möjlighet till att läsa av respondentens kroppsspråk. Detta kan enligt Kvale (1997) spela en stor roll i uppfattningen av intervjupersonernas svar. Dessutom är det möjligt att den personliga kontakten ej kunde knytas an på samma sätt som vid ett möte.

Att studiens genomförande sammanföll med en storhelg var inget som gynnande intervjuarbetet. Vårdens neddragning av verksamheter resulterade i att färre vårdtagare skrevs in och ut. Detta medförde i sin tur att antalet vårdtagare som var möjliga att skapa kontakt med begränsades. Bortsett från detta påverkades även studiens praktiska genomförande av ett flertal yttre omsändigheter. Hit räknas ändrade planer avseende utskrivningar, tidsbrist bland vårdpersonal samt isolering av vårdavdelning. Lösningar fick således tas fram efterhand som hinder påträffades, vilket kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet. I ett fall (*KB-3*) hade inte sjuksköterskan som planerat att intervjuas möjlighet att ställa upp på grund av tidsbrist. Således fick en annan sjuksköterska, som ej varit delaktig i vårdtagarens utskrivning, besvara intervjufrågorna. Detta resulterade i att informationen begränsades gällande vad som överrapporterats muntligt till mottagande vårdgivare. Dock fanns en utförlig omvårdnadsepikris och patientjournal att inhämta information från. Studiens resultat anses sålunda inte ha påverkats avsevärt av förfarandet. Att svaren enbart baserats på vårdgivarnas muntliga information kan dock, som tidigare nämnts, ha påverkat resultatets tillförlitlighet. Kanske hade en enkät, där respondenterna varit anonyma, givit större utrymme för personliga reflektioner. Återigen hade dock en enkät sannolikt begränsat omfattning av de svar som gavs, samt möjligheten att ställa följdfrågor.

## 6.2 Resultatdiskussion

### Ordination/val av kostkonsistens

I resultatet framgår att de tre vårdtagare (*OB-2, OB-4, och KB-1,*) där logopeden ansvarat för ordinationen av konsistensanpassad kost, var inlagda på en avdelning som hade en medicinsk specialitet mot stroke. Att logopeden enbart varit inkopplad på denna avdelning kan vara en ren tillfällighet. En tänkbar orsak är dock att vårdpersonalen på strokeavdelningen skickar remisser till logopeden i större utsträckning än andra vårdavdelningar. Detta argument kan styrkas av det faktum att strokepatienter utgör en av de patientkategorier där dysfagi är vanligt förekommande (Carlsson, 2009).

Hur ovanstående resonemang överensstämmer med det förhållande som studerats är svårt att dra några slutsatser om. Logopeden bedömer i regel de vårdtagare som har någon form av sväljningssvårighet. I de fall där omvårdnadsansvarig sjuksköterska beslutat om val av kostkonsistens förekom dock inga sväljningsvårigheter. Valet av kostkonsistens grundades istället på vårdtagarens tuggsvårigheter och trötthet. Ett observandum är ändå att den vårdtagare med sväljningsvårigheter som var känd på sjukhuset sedan tidigare ej kom i kontakt med logopeden. Uppföljning och vidareutredning är nämligen en central bit för vårdtagare med dysfagi, särskilt då tillståndet kan förändras med tiden (Livsmedelsverket, 2003).

### Konsistensdokumentation

Dokumentation av ordinerad/beslutad kostkonsistens fanns i såväl patientjournaler som omvårdnadsepikriser för samtliga vårdtagare. Likaså relaterade orsaker som tugg- och sväljningsvårigheter samt trötthet. I de fall en samordnad vårdplanering varit aktuell fanns även liknande information dokumenterad i vårdplanerna (*OB-1, KB-1, KB-3*). Om detta var en tillfällighet, eller om det fanns goda rutiner för dokumentation, är svårt att dra några säkra slutsatser kring. En mer omfattande och detaljerad undersökning av patientjournalerna hade varit nödvändig för att besvara frågan. Tidigare studier som har belyst nutritionsdokumentation har dock funnit brister inom området. I en nyligen utgiven avhandling av Carlsson (2009), har en utförlig granskning gjorts av hur strokepatienters ätsvårigheter uttrycks i patientjournaler och utskrivningsmeddelanden. Enligt resultatet saknades professionella beskrivningar av nutritionsproblemet samt mål och utvärdering. Liknande resultat kan ses i en studie där nutritionsrutiner undersöktes inom slutenvård och öppenvård för vård av äldre. Här fanns behov av förbättrade insatser när det gällde utveckling av enhetliga rutiner, dokumentation och uppföljning (Alfengård & Klevsgård, 2005). Oavsett vilken slutsats som kan dras av studiens resultat är vården en kunskapsrik sektor där de anställda utgör den viktigaste resursen. Att kunskapen dokumenteras i det dagliga arbetet är dock en grundförutsättning för att information ska vara tillgänglig för berörda vårdgivare.

Den dokumentation som fanns kring vårdtagarnas intagna kostkonsistens, utöver konsistensordination och relaterade orsaker, var kopplad till eventuella problem som uppstod i samband med måltiden. En sjuksköterska lyfte även fram vikten av att dokumentera när måltidssituationen fungerade bra (*KB-1*). Att dokumentera det som faktiskt fungerar borde kanske ses mer centralt. Dels för att denna information skulle kunna fungera som vägledning i de fall vårdtagarens kostintag fungerar sämre, samt för att informationen skulle kunna utgöra ett underlag vid bedömning av huruvida vårdtagaren kan inta/är i behov av en annan kostkonsistens. Behovet av konsistensanpassad kost kan nämligen vara både permanent och tillfälligt (Livsmedelsverket, 2003). En viss konsistensordination behöver således inte innebära att kostkonsistensen ska intas för all framtid. Möjligen kan konsistensen ”trappas upp” allt eftersom tillståndet förbättras. Dessutom finns det studier som tyder på att timbaler med grövre struktur

kan bidra till en positiv smakupplevelse (Stefanovic & Bülow, 2007; Bülow m.fl., 2007). Att vårdtagaren äter en konsistens som är så nära normalkonsistensen som möjligt bör således eftersträvas, precis som Livsmedelsverket (2003) rekommenderar. Detta kräver dock kontinuerlig uppföljning och utvärdering av intagen kostkonsistens.

### **Informationsdelgivning till vårdtagare/anhörig/företrädare**

Vilken kostkonsistens som serverades meddelades till samtliga berörda vårdtagare. Dock uteblev information om varför konsistensen rekommenderades i ett fall (*SB-1*). Enligt den amerikanska organisationen som tillhandhåller underlag för jämförelser av kvalitet och patientsäkerhet i vården, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), är en av de bästa åtgärderna för att öka patientsäkerheten att se till att vårdtagaren förstått informationen om sin behandling (Socialstyrelsen, 2008b). För vårdtagare med en nedsatt kognitiv förmåga kan detta givetvis vara svårt att garantera. Att informationsdelgivning är centralt för vårdtagare som lider av dysfagi råder det dock inget tvivel om. Utebliven information skulle kunna resultera i att patienten intar mat med en konsistens som kan innebära stora risker för hälsan. I synnerhet då det föreligger dysfunktioner i hostreflexen som riskerar att födan rinner ner till luftvägar och lungor (Westergren, 2003). Orsaken till varför vårdtagare *SB-1* inte informerades i föreliggande fall berodde på ett antagande om att vårdtagaren redan var insatt i problematiken. En välmening fanns säkerligen bakom beslutet, men för att undvika onödiga risker bör det kanske finnas rutiner för informering. I synnerhet eftersom utebliven information kan ha en inverkan på den fortsatta nutritionsbehandlingen. I fallet ovan visade det sig, i samband med uppföljningsintervjuerna, att den intagna drycken inte överrenstämde med ordinationen från sjukhuset. Om detta berodde på informationsbrist, den mottagande vårdpersonalens okunskap eller vårdtagarens ovilja/insikt kan det bara spekuleras om. Att kunskap och information är av betydelse kan dock styrkas i en studie utav Rosenvinge och Starke (2005), där äldre personer med dysfagi blivit bemötta och fått information om kostkonsistensen utifrån individuella behov. Enligt resultatet medförde detta ökad insikt och motivation till att följa aktuella konsistensrekommendationer.

Oavsett om vårdtagaren är kognitivt intakt eller ej bör även anhöriga informeras om den kostkonsistens som intas. Utebliven information kan leda till att vårdtagaren erbjuds något att äta som kan äventyra dennes hälsa (Westergren, 2003). I föreliggande studie kunde dock tillfälligheter vara avgörande för om anhörig delgavs information eller inte (*OB-3, KB-2*).

### **Information till mottagande vårdpersonal**

I samband med att vårdtagarna förflyttades till särskilt boende eller korttidsboende överrapporterades informationen om aktuell kostkonsistens till boendets omvårdnadsansvariga sjuksköterska. Därefter var det samma sjuksköterska som meddelade vårdpersonalen/undersköterskorna om den kostkonsistens som blivit ordinerad/rekommenderad från sjukhuset. Informationen kunde delges både muntligt via telefon och/eller skriftligt genom omvårdnadsepikrisen. Att epikrisen förblir hos sjuksköterskan kan dock innebära vissa risker, i synnerhet om den muntliga informationen ej uppfattas korrekt eller glöms bort av informerad vårdpersonal. För en av vårdtagarna (*KB-1*) blev detta scenario ett faktum. Enligt mottagande vårdgivare framgick ej informationen om vårdtagarens behov av förtjockad eller kolsyrad dryck förrän efter den storhelg som sammanföll med att vårdtagaren anlände till boendet. Att information likt denna uteblir bör dock betraktas som allvarligt då detta kan resultera i svåra konsekvenser för vårdtagaren. Enligt Livsmedelverket (2001) kan en tunnflytande dryck, för personer som bör inta en tjockflytande dryck, resultera i att födan rinner ner i luftvägar och lungor. Bortsett från den obehaglig upplevelse som personen då kan utsättas för finns det även risk för att utveckla lunginflammation.



Att information ibland försummas i samband med utskrivning från sjukhus har även uppmärksammats i Carlssons avhandling från 2009. Enligt personal, verksamma inom kommunala vårdboenden, ansågs informationen beträffande patientens ätsvårigheter vara otillräcklig i samband med överrapporteringen. Framförallt påträffades tolkningssvårigheter av de anteckningar som fanns från sjukhuset. Som exempel kunde dokumentationen ”patienten äter dåligt” tydas som att patienten inte fick i sig tillräckligt med energi- och näring eller som att patienten hade svårt att tugga eller svälja (Carlsson, 2009). Detta kan kopplas till Carl Hovland kommunikationsteori som tar upp problematiken kring att budskapet i informationen kan tolkas olika, fastän att sändaren utgörs av samma person (Nilsson och Waldersmarson, 2007).

### **Konsistensbeställning från tillagningskök**

Kommunikationen mellan avdelningar och tillagningskök ansågs i stort fungera bra när det gällde beställning av konsistensanpassad kost. Dock förekom att beställningar som korrigerats av vårdpersonal glömdes bort att justeras av kökspersonal, vilket resulterade i att fel konsistens skickades till vårdtagaren (*KB-1*, *KB-2*). Tydliga rutiner för uppdatering och mottagning av kostbeställningar kan således anses som betydelsefullt för att garantera att vårdtagarens behov tillgodoses. På sjukhusets storkök användes ett särskilt kort- och färgmärkningssystem för att öka säkerheten. Att vårdpersonalen kände till vad de olika färgmarkeringarna stod för var emellertid inte självklart. I syfte att säkerställa vårdtagarens konsistensbehov bör, om möjligt, märkningssystem användas som begrips av både köks- och vårdpersonal. Likaså bör det finnas en öppen dialog mellan vårdpersonal och kökspersonal, vilket på sjukhuset var begränsat till särskilda telefontider. Denna begränsning blev ett problem då risk fanns för att nya beställningar sköts fram och glömdes bort av vårdpersonalen. Detta skulle kunna jämföras med det brus som omtalas i Shannon och Weavers kommunikationsmodell och som kan utgöra ett hinder för att informationen når fram till destinationen (Fiske, 1997).

### **Kunskap och utbildning bland personal**

Kunskapen om konsistensanpassad kost ansågs i regel vara god, både av vårdpersonalen på sjukhuset och boendena, samt kökspersonalen. I de fall kunskapen upplevdes vag påstods dock att kännedom om kostkonsistenser inte var nödvändig för den aktuella avdelningen/köket. Kompetensutveckling beträffande konsistensanpassad kost är emellertid viktigt på alla plan i vårdkedjan för att kvalitetssäkra maten. Det räcker inte med att kökspersonalen kan tillaga den konsistensanpassade kost som behövs, vårdpersonalen måste även veta vilken kostkonsistens som ska beställas till den enskilda vårdtagaren (Edqvist, 2007). Därtill finns det ett stort behov av kostkompetens i form av dietister och kostekonomer, särskilt inom kommunerna. Detta för att tillsammans med övrig personal kunna utveckla dagens kommunala mat- och måltidverksamheter (Saletti, 2007).

Flera sjuksköterskor och mottagande vårdgivare i studien ansåg att konsistensanpassad kost inte tillhörde deras ansvarsområde. Ansvaret sköts istället över på kollegor eller personer inom andra yrkeskategorier. Liknande resultat har uppmärksammats i en avhandling av Mattson Sydner (2002), där normer, värderingar och beteende som påverkar äldres kosthållning studerats i olika omsorgsboenden. Enligt Mattson Sydner tycks det råda en känsla av maktlöshet hos politiker, vårdpersonal och kökspersonal när det gäller möjligheten att påverka äldres matintag. En maktlöshet som i sin tur bidrar till brist på ansvarstagande.

### **Det ordinära boendets begränsningar**

En situation som visade sig utgöra ett problem enligt studiens resultat var när vårdtagaren förflyttades hem till ordinärt boende utan kostförsörjningsinsatser från kommunen, men med ett fortsatt behov av ordinerad kostkonsistens. En lösning för vårdtagare (*OB-1*) som inte or-

kade tillaga några måltider, blev att beställa mat ifrån en privat entreprenör. Utbudet av konsistensanpassad kost var dock begränsat hos entreprenören, vilket resulterade i att vårdtagaren inte kunde inta den timbalkonsistens som var ordinerad från sjukhuset. Problemet med småskaliga kök har även framhållits av Mattsson Sydner (2007). Som exempel nämns att maten i regel inte kan anpassas efter individuella önskemål och att begränsade öppettider kan resultera i att det kan vara svårt att få varm mat levererad under helgdagar.

I dag finns det portionsförpackningar av måltider som innehåller mat som är anpassad efter timbalkonsistensen (Findus, 2007). Kanske skulle rätter likt dessa vara en lösning för de personer som flyttar till ordinärt boende och som inte orkar tillaga mat själva. Detta förutsätter dock att det finns kunskap om att dessa rätter finns att tillgå i livsmedelsbutikerna. Möjligen skulle alternativet kunna lyftas fram som ett förslag i samband med vårdtagarens utskrivning. Därtill kan det diskuteras huruvida konsistensanpassad kost, precis som läkemedel, bör finnas på recept. Receptförskrivningar kan dock innebära både fördelar och nackdelar. En tänkbar nackdel är att konsistensbehovet förknippas med sjukdom istället för en möjlighet till trygghet vid måltidsupplevelsen. Kanske bör därför mer vikt läggas vid information som får vårdtagaren att förstå det största allvaret i att följa rekommendationerna, samtidigt som dessa kan öka livskvaliteten.

### **Anhörigas betydande insats**

Konsekvenserna av sjukdom påverkar sällan enbart den som drabbas själv, i synnerhet då vårdtagaren flyttar tillbaka till sin familj i det ordinära boendet. Har personen som insjuknat varit den som ansvarat för matlagningen tidigare kan detta innebära att någon annan i hushållet får ta över uppgiften (Westergren, 2003). Att plötsligt börja laga mat som ska mixas till puré eller tillaga timbaler kan bli en utmaning för den som aldrig stått i ett kök tidigare. Enligt studiens resultat fick två anhöriga (*OB-1*, *OB-4*) delvis ta ansvaret för den mat som vårdgivaren intog. Något som inte upplevdes bekvämt då det fanns en oro över hur maten med lämplig konsistens tillagades samt vårdtagarens minimala kostintag (*OB-4*). Ovanstående har även uppmärksammats i en studie av Perry och McLaren (2003), där anhöriga beskrev en känsla av stort ansvar för matlagningen i hemmet och en ständig oro över att personen skulle sätta i hal-sen. Här återkommer vikten av en utförlig information till anhöriga. Dels om vilka risker som finns i samband med måltiden och dels hur riskerna kan förebyggas.

### **Den viktiga måltidsupplevelsen**

En viktig förutsättning för en god måltidsupplevelse är att känna trygghet. Tidigare erfarenheter av felsväljningar kan dock resultera i att måltider förknippas med obehag och panikkänslor (Kumlien och Axelsson, 2002). Att motivera sig själv till att äta kan bli en vardaglig kamp. I synnerhet vid känslor av hopplöshet och meningslöshet i samband med sjukdom som kan ha påverkat livssituationen drastiskt (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hanning & Ortega, 2002). Att backa tiden eller bota kronisk sjukdom är inte möjligt. Däremot går det att skapa förutsättningar för en god måltidsupplevelse. Att anpassa konsistensen på ett sätt som underlättar tuggning och sväljning utgör här en viktig del. I synnerhet då det finns studier som tyder på att psykiskt välmående och hoppet om att tillfriskna från sjukdom går hand i hand med att kunna inta en måltid (Jacobsson, Axelsson, Österlind & Norberg, 2000; Gustafsson, 1995)

Betydelsefullt är också att den konsistensanpassade maten ser inbjudande och aptitlig ut (Hansson och Ottosson, 2005). En av vårdtagarna (*SB-1*) som ingick i studien beskrev dock den konsistensanpassade maten som "trist". Därtill upplevde flera vårdtagare, vårdgivare och anhöriga att konsistensen som intogs efter sjukhusvistelsen såg oaptitlig ut (*OB-4*, *SB-1*, *KB-1*, *KB-2*). En orsak till detta skulle kunna vara att maten som serverades i en del fall var mix-

ad. Olustkänslor till att äta så kallad sjukhuskost/mixad kost har även uppmärksammats av Perry och McLaren (2003) samt Kayser-Jones (2002). Att maten mixades/malts förekom dock både i kök, på vårdavdelningar samt i det ordinära boendet (*OB-1, OB-2, OB-3, OB-4, KB-2, KB-3*). Förekomsten av mixad mat är emellertid inget unikt för denna studie, utan har även påträffats i tidigare undersökningar om konsistensanpassad kost (Granebring & Hermansson, 2008; Andersson, 2007).

För att erhålla en jämnare konsistens på den mixade maten kunde mjölk, buljong eller sås tillsättas. Att tillsätta andra komponenter innebär dock att maten får en större volym och näringsinnehållet förändras, delvis resulterande i att vårdtagaren kanske inte orkar äta upp maten. Tillsätts inga extra kryddor påverkas även den ursprungliga kryddningen och maten kan bli smaklös. Därtill kan kalla livsmedel som mjölk innebära en temperatursänkning medförande att vårdtagaren får inta kall mat. En temperatursänkning av maten under 60°C leder även till en bakterietillväxt, med ökad risk för matförgiftning (Livsmedelverket, 2003). För att inte riskera att det erbjuds en opålitlig energi- och näringsfattig samt farlig måltid borde det vara centralt med grundläggande kunskap om hur olika konsistensanpassade kosten ska tillagas och serveras. Både bland vårdpersonal och kökspersonal. Likaså bör det finnas tydliga rutiner för hur den konsistensanpassade kostens får hanteras.

### **Konsistensanpassad kost - En medicinsk behandling?**

Enligt Socialstyrelsen SoS-rapport 2000:11 (2000) ska kosten ses som en del av den medicinska behandlingen. Valet av kostkonsistens ska således betraktas som en medicinsk åtgärd och ordination (Hertegård, 2005). Huruvida detta gäller kan dock ifrågasättas, exempelvis i fallet med vårdtagare *KB-1*. Om ordinationen, beträffande dryckens konsistens, hade betraktats som en del av den medicinska behandlingen skulle vårdtagaren ha intagit en tjockflytande eller kolsyrad dryck redan samma ankomstdag. Om en läkemedelsförskrivning blivit uppskjuten ett flertal dagar hade antagligen situationen betraktas som ytterst allvarlig. Kanske borde det därför, precis som det förekommer medicinlistor för vårdtagare som intar läkemedel, finnas liknande kostkonsistenslistor som signeras i samband med varje måltid. Var går egentligen gränsen för vad som betraktas som tillräckligt viktigt att dokumentera? Möjligen vid allvarlighetsgraden av den komplikation som kan uppstå om en ordination försummas. I så fall, hur kommer det sig att man inte ser mer allvarligt på komplikationer som lunginflammation eller kvävning?

### **Skiftande konsistensbenämningar**

Enligt studiens resultat har det egentligen inte så stor betydelse för hur pass noggrann dysfagiutredning som görs, hur ordinationen fastställs eller på hur många ställen som kostkonsistensen dokumenteras i patientjournalen. När en vårdtagare lämnar sjukhuset är det istället den mottagande vårdgivaren och tillagningskökets ställningstagande som är avgörande för vilken konsistens som blir serverad. Detta med anledning av den fria tolkning som finns av de olika kostkonsistenserna. Konsistensbenämningarna skiftade mellan både sjukhus, korttidsboende, särskilt boende och köksverksamheter. Som exempel kunde passerad konsistens innebära timbalkonsistens inom en verksamhet (*SB-1*), medan det för en annan innebar mixad (*KB-2*) eller puré (*KB-3*). Skiftningar fanns även mellan kök och det boende (avdelning) som beställde konsistensen. Exempelvis använde en av avdelningarna benämningen timbal medan köket namngav samma konsistens passerad (*SB-1*). Liknande problematik har även påträffats i tidigare studier (Andersson, 2007; Cichero, Atherton, Bellis-Smith & Suter, 2007). I Region Skåne är det därtill upp till varje sjukhus att avgöra hur konsistenserna ska benämnas (Region Skåne, 2008). Olika benämningar ökar dock risken för förvirring när en vårdtagare förflyttas

mellan olika vård- och omsorgsformer. En förvirring som kan äventyra den fortsatta nutritionsbehandlingen (Möller, 2007).

Förutom att benämningarna varierade, skiftade även tolkningen av konsistensernas innehåll. På sjukhuset utgjordes exempelvis passerad konsistens av en något grövre timbal, medan benämningen passerad kunde utgöras av en slätare timbal dit vårdtagaren förflyttades (*KB-1, SB-1*). Därtill kunde passerad konsistens bestå av en finmixad normalkonsistens, utan att vara sammanhängande (*KB-2, KB-3*). Bortsett från det oaptitliga utseende som den mixade normalkonsisten då i regel får, kan även konsistensen bli svår att svälja för den som är i behov av en helt slät konsistens (Livsmedelverket, 2003).

Att de olika benämningarna och definitionerna kan orsaka kommunikationsproblem råder det enligt resultatet inget tvivel om. Ett sätt att komma runt problemet kan vara en utförligare dokumentation, där mer än enbart konsistensbenämningen dokumenteras. Detta ställer dock krav på att sjuksköterskan som sammanställer omvårdnadsepikrisen innehar god kunskap om de olika konsistenserna. Likaså krävs väl utarbetade rutiner för hur informationen ska vidareförmedlas till den kökspersonal som slutligen tillagar kostkonsistensen. Ytterligare ett alternativ för att underlätta kommunikationen skulle kunna vara förtryckta informationsblad om olika kostkonsistenser, vilka skickas till mottagande vårdgivare och kökspersonal. En risk här är att ju fler papper som skickas desto mindre läses. I synnerhet inom en verksamhet där tidsbrist anses utgöra en betydande orsak till varför vårdtagarna inte får en fullgod vård (Harder, Svärd, Wigforss & Hedén, 2000). En effektivare lösning skulle dock kunna vara enhetliga definitioner på den konsistensanpassade kosten. Definitioner som både vårdpersonal och kökspersonal utgår ifrån och vars betydelse man är väl insatt i, exempelvis genom utbildning.

Enhetliga definitioner är även vad forskningsprojektet ”System och definition av livsmedelskonsistenser för nutritionsbehandling vid dysfagi” delvis syftar till. Precis som med alla större förändringar tar arbetet med att införa benämningarna tid. En god bit på vägen är dock att uppmärksamma problemet och skapa förståelse varför enhetliga definitioner är centralt. En del i forskningsprojektet är att utveckla tidigare nämnd konsistensguide (*Bilaga 2*), vilken skulle kunna fungera som en vägledning i valet av kostkonsistens. Dels inom privat och offentlig sektor i hemtjänst och på vårdboenden, men även inom olika köksverksamheter, stora som små. Guiden har utarbetats utifrån Livsmedelverkets (2003) rekommendationer samt ett flertal tidigare forskningsprojekt på nationell och internationell nivå (Möller, 2007). Förslag på hur kostkonsistenserna, enligt konsistensguiden, hade kunnat benämnas utifrån sjukhusets ordination/val redovisas i *Tabell 4*.

**Tabell 4.** Konsistensbenämning på sjukhuset samt förslag på benämning enligt konsistensguiden.

<i>Vårdtagare</i>	<i>På sjukhus</i>	<i>Förslag enligt Konsistensguide</i>
OB-1	Timbal	Timbal
OB-2	Passerad	Grov paté
OB-3	Finfördelad	Grov paté
OB-4	Passerad	Grov paté
SB-1	Timbal	Timbal
KB-1	Timbal	Timbal
KB-2	Passerad	Grov paté
KB-3	Passerad	Grov paté

## **Gemensamma konsistensdefinitioners möjligheter**

Det finns ett flertal eventuella vinster med att fortsätta arbeta mot gemensamma konsistensdefinitioner i en konsistensguide. Att tala i samma termer skulle, som nämnts, kunna förhindra den förvirring som kan uppstå i samband med att personal byter arbetsplats. Något som borde ses som synnerligen viktigt i dagens läge då det gäller att vara flexibel på arbetsmarknaden. Med tanke på arbetsinvandringen från andra länder kan det även diskuteras om enhetliga definitioner skulle vara att föredra på en internationell nivå. Först och främst är det emellertid vårdtagaren och dennes välmående som ska stå i centrum för utvecklingsarbetet. Som sjuk befinner man sig i regel i en beroende situation, där man tvingas anförtro sig åt vårdgivare samt lita på att bedömningar och ordinationer bygger på säkra underlag. Underlag som dock riskerar att försummas på grund av senare feltolkningar. Detta kan resultera i en kostkonsistens som blir ett hinder istället för en möjlighet, särskilt när det gäller att tillgodose energi- och näringsbehov. Viktigt att ej förglömma är att kostkonsistenser handlar om så mycket mer än att enbart tillgodose energi- och näringsbehov. Det handlar om en berättigad livskvalitet, att känna smaker och mättnad samt känslan av social gemenskap och trygghet. En beskrivning som delvis skulle kunna översättas med mänskliga rättigheter!

## **Slutsats**

Resultatet visade att dokumentation av kostkonsistens fanns men att tolkningen och informationsöverföringen av denna kunde brista i vårdkedjan. Bakomliggande orsak var förvirring kring skiftande konsistensbenämningar och benämningarnas innebörd. För att säkerställa vårdtagarens behov av en individuellt anpassad kostkonsistens krävs fortsatt arbete mot tydliga riktlinjer och gemensamma konsistensdefinitioner. Förutom detta är en öppen dialog mellan kök och vårdavdelningar nödvändig för att säkerställa kostbeställningar och undvika missförstånd. Likaså krävs välutarbetade rutiner för hur konsistensanpassad kost ska tillagas och hanteras, för både vårdpersonal och kökspersonal. Slutligen fordras fler måltidslösningar för vårdtagare som skrivs ut till ordinärt boende utan kommunala insatser, men med ett fortsatt behov av konsistensanpassad kost.

## **Framtida forskning**

Vilket tidigare beskrivits är studiens omfattning begränsad och en större undersökning hade krävts för att finna fler infallsvinklar. Intressant hade varit att studera hur införandet av gemensamma konsistensbenämningarna skulle kunna fungera i praktiken. Detta genom att göra en pilotstudie där gemensamma konsistensdefinitioner införs vid ett antal utvalda avdelningar och kök, inom både slutna och öppna hälso- och sjukvård. Vad blir resultatet? Hur påverkas kommunikationen? Och framförallt, sker det färre misstag som påverkar vårdtagarens konsistensbehov? I framtida forskning hade det även varit intressant att göra en mer omfattande studie av hur vårdtagaren själv, som befinner sig i centrum av kommunikationsprocessen, upplever situationen. I synnerhet i de fall då vårdtagaren skrivs ut med en konsistensordination till ordinärt boende, utan kommunala serviceinsatser. Finns det något här som skulle kunna förbättras eller underlättas när det gäller intaget av olika kostkonsistenser? Och inte minst, vilka lärdomar kan då dras i det fortsatta arbetet för välmående och välnärda vårdtagare?

## 7 Referenser

- Alfengård, K., & Klevsgård, R. (2005). Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvården och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden*, 2, 42-47.
- Andersson, P. (2007). *Timbalkost – Användning och utveckling*. Examensarbete. Lund: Lunds Tekniska Högskola, YTH, Campus Helsingborg.
- Andersson, S. & Bülow, M. (2007). *Konsistens och matglädje*. Rapport. Lund: Medicinska Fakulteten, Lunds universitet och Malmö: Malmö stad.
- Bülow, M. (2005). *Dysfagi*. Hämtad 2009-04-20 från [http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/18783/1/gupea\\_2077\\_18783\\_1.pdf](http://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/18783/1/gupea_2077_18783_1.pdf)
- Bülow, M., & Ekberg. (2003). Videoradiographic analysis of how carbonated thin liquids and thickened liquids affect the physiology of swallowing in subjects with aspiration on thin liquids. *Acta Radiologica*, 44, 366-372.
- Bülow, M., Ekman, S., Möller, K., Rothenberg, E., Svantesson., & Wendin, K. (2007). Texture-modified meat and carrot products for elderly people with dysphagia: preference in relation to health and oral status. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 51, 141-147.
- Carlsson, E. (2009). *Communication about eating difficulties after stroke - from the perspectives of patients and professionals in health care*. Doktorsavhandling. Örebro: Studies in Caring Sciences, Örebro Universitet.
- Cichero, J., Atherton, M., Bellis-Smith, N., & Suter M. (2007). Dietitians Association of Australia, The Speech Pathology Association of Australia Limited. Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions. *Nutrition & Dietetics*, 64, 53-76.
- Edqvist, L. (2007). *Äldres mat – en del i folkhälsoarbetet. Mat för äldre inom vård- och omsorg. Artikelsamling*. (Socialstyrelsen). Hämtad 2009-05-04 från [http://www.landstinget.sormland.se/Sidans\\_katalog/12142/%C3%84ldre%20folkh%C3%A4lsa.pdf](http://www.landstinget.sormland.se/Sidans_katalog/12142/%C3%84ldre%20folkh%C3%A4lsa.pdf)
- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekberg, O., Hamdy S., Woisard, V., Wuttge-Hanning, A., & Ortega, P (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17, 139-146.
- Findus. (2007). *Matglädje är lika viktigt för oss alla. Oavsett matens konsistens*. Findus Foodservices, Findus Special Foods. Borstahuset: Notitium AB.
- Fiske, J. (1997). *Kommunikationsteorier – En introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

- Germian, I., Dufresne, T., & Gray-Donald, K. (2006). A novel dysphagia diet improves nutrient intake of institutionalized elders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1614-1623.
- Granebring, L., & Hermansson, I. (2008). *Konsten att kunna konsistensen – Kartläggning av konsistensanpassad kost för äldre i Göteborgs stad*. Kandidatuppsats. Göteborg: Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö, Göteborgs Universitet.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B. (1995). The Experiential Meaning of Eating, Handicap, Adaptedness and Confirmation in Living with Esophageal Dysphagia. *Dysphagia*, 10, 68-85.
- Hansson, S., & Ottosson, J. (2005). *Konsistensanpassad mat för äldre med dysfagi – En uralvalsstudie av morots- och köttprodukter*. Kandidatuppsats. Göteborg: Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö, Göteborgs Universitet.
- Harder, H., Svärd, E., Wigforss, A., & Hedén, K. (2000). *Stress och belastning i vård och omsorg*. (Rapport 2000:8). Stockholm: Arbetskyddsstyrelsen.
- Hertegård, S. (2005). *Dysfagi: Fokusrapport*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Jacobsson, C., Axelsson, K., Österlind, P-O., & Norberg, A. (2000). How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 255-264.
- Kayser-Jones, J. (2002). Malnutrition, Dehydration, and Starvation in the Midst of Plenty: The Political Impact of Quality Inquiry. *Qualitative Health Research*, 12, 1391-1405.
- Kommunförbundet Skåne. (2009). *Vård och omsorg*. Hämtad 2009-04-21 från <http://www.kfsk.se/sidor/verksamheter/vardotsorgochsocialafragor/vardochomsorg.117.html>
- Kumlien, S., & Axelsson, K. (2002). Stroke patients in nursing homes: eating, feeding and nutrition and related care. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 498-509.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, K. (2006). *Kvarboende eller flyttning på äldre dagar – en kunskapsöversikt*. (Rapport 2006:9). Stockholm: Stiftelsen Stockholm Läns Äldrecentrum.
- Lindmark, J., & Broberg, H. (2007). *RIV– Informationsspecifikation. Verksamhetsdokumentation för flödesmodellens mätpunkter*. Hämtad 2009-03-04 från [http://www.flodesmodellen.se/images/stories/riv\\_fldet\\_2\\_1\\_071025.pdf](http://www.flodesmodellen.se/images/stories/riv_fldet_2_1_071025.pdf)
- Lindskog, B., & Zetterberg, B. (1975). *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Livsmedelsverket. (2001). *Mat och kostbehandling för äldre – problem och möjligheter*. Uppsala: Livsmedelsverket.

- Livsmedelsverket. (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Magne Holme, I., & Krohn Solvang, B. (1997). *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Mattsson Sydner, M. (2002). *Den maktlösa måltiden – Om mat inom äldreomsorgen*. Diss. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet.
- Mattsson Sydner, M. (2007). *Fördelar och nackdelar med storhushåll. Mat för äldre inom vård- och omsorg - Artikelsamling*. (Socialstyrelsen). Hämtad 2009-05-04 från <http://www.kompetensstegen.se/upload/Äldreportalen/Utvecklingsområden/Mat%20och%20nutrition/Del%2011%20200612342.pdf>
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, O. (2006) Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25, 524-532.
- Möller, K. (2005). *Hur upplevde personer med dysfagi konsistensanpassade portionsrätter? Enkätundersökning*. Hämtad 2009-04-28 från [http://www.findusfoodservice.fi/pdf/abstract\\_med\\_bilder.pdf](http://www.findusfoodservice.fi/pdf/abstract_med_bilder.pdf)
- Möller, K. (2007). *Konsistensguiden – när det finns behov av konsistensoptimering*. Hämtad 2009-05-05 från <http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1578/2469/2472/6819.pdf?objectId=10516>
- Nilsson, B., & Waldermarson, A. (2007). *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Perry, L., & McLaren, S. (2003). Eating difficulties after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 360-369.
- Region Skåne. (2008). *Nutritionspäm*. Hämtad 2009-05-05 från <http://www.skane.se/templates/VLContent.aspx?id=231092>
- Rosenvinge, S., & Starke, I. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing*, 34, 587-593.
- Rydeman, I., & Törnkvist, L. (2006). *Utskrivningsplanering för äldre - samverkan och samordning i vårdkedjan: fokus rapport*. Stockholm: Stockholm läns landsting.
- Saletti, A. (2007). *Nutritional status and mealtime experiences in elderly care recipients*. Avhandling. Stockholm: Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Division of Clinical Nutrition, Karolinska Institutet.
- Sandin, E. (2005). *Emma sätter i halsen-igen! Ättsvårigheter bland boende på sjukhem. Förekomst och en ny klinisk bedömning* (Rapport nr 36). Älvsjö: KC-Kompetenscentrum i Älvsjö.
- SCB. (2009). *Befolkningsstatistik*. Hämtad 2009-05-12 från [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_\\_159277.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart____159277.aspx)



- Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård- och omsorg. Prevention och behandling.* (SoS-rapport 2000:11). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Normerad användning av begrepp och termer och en enhetlig informationsstruktur inom vård och omsorg.* Hämtad 2009-03-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2006/9114/2006-107-6.htm>
- Socialstyrelsen. (2007). *Termbanken. Korttidsplats.* Hämtad 2009-05-09 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
- Socialstyrelsen (2008a). *Informationsöverföring och kommunikation.* Hämtad 2009-05-05 från [http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient\\_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Risker/informationsoverforing\\_kommunikation.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Risker/informationsoverforing_kommunikation.htm)
- Socialstyrelsen. (2008b). *Kallelse till samordnad vårdplanering hur gick det sen?.* Hämtad 2009-05-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/96846E35-3FC7-4420-A82C-B77ABCF3B92D/11777/200812619.pdf>
- SOSFS 2005:27. *Samverkan vid in- utskrivning av patienter i slutenvård.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stefanovic Andersson, K., & Bülow, M. (2007). *Kostkonsistens och matglädje.* Rapport. Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet och Malmö: Malmö stad.
- Swedberg, G. (2000). *Information som näring åt vårdkedjans länkar.* Kandidatuppsats. Göteborg: Avdelningen för klinisk näringslära, Göteborgs Universitet.
- SWESPEN. (2006). *Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg.* Hämtad 2009-04-27 <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>
- Tibbling Grahn, L. (2004). *Dysfagi. Om ät- och sväljsvårigheter.* Södertälje: Astra Zeneca Sverige AB.
- Vetenskapsrådet. (2008). *Forskningsetiska principer inom humanistisksamhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 2009-04-27 från <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>
- Vinnova. (2007). *Konsistensoptimering och sensorisk design för hälsa och välbefinnande hos äldre.* Verket för innovationssystem. Vinnova. Hämtad 2009-02-05 från <http://www.vinnova.se/misc/VINNOVA-projekt/Projekt---Listhuvud/Konsistensoptimering-och-sensorisk-design-for-halsa-och-valbefinnande-hos-aldre/>
- Westergren, A. (red) (2003). *Svårigheter att äta.* Lund: Studentlitteratur.
- Westergren, A. (2009). *Åtgärder vid ätproblem.* Hämtad 2009-04-27 från <http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet?no deid=2399&pageversion=1>
- Österman, J., & Gurner, U. (2004). *Doften av stekt falukorv. En beskrivning av hur "insatsen" mat är organiserad i öppen hemtjänst för äldre som inte längre kan laga sin mat.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

# Bilaga 1 – Konsistensguide (senaste version)

## KONSISTENSGUIDE

Symptom	Konsistens	Beskrivning	Exempel
<p>Förändrad konsistens kan vara motiverad vid ett eller flera av följande symptom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Äter under längre tid än normalt</li> <li>&gt; Mat och dryck rinner ur munnen</li> <li>&gt; Mat samlas i kinderna</li> <li>&gt; Bitar av mat plockas eller spottas ut ur munnen</li> <li>&gt; Mat hålls länge innan sväljning</li> <li>&gt; Viss mat kan ej tuggas</li> <li>&gt; Hosta eller harklingar</li> <li>&gt; Rosslig eller gurglig röst</li> <li>&gt; Klumpkänsla i halsen</li> <li>&gt; Ätandet tröttrar</li> <li>&gt; Motoriska problem</li> </ul> <p>Vid dessa problem Informera sjuksköterska. För utredning och därefter val av individuellt anpassad konsistens ska kontakt tas med dietist eller logoped.</p> <p>Var alltid uppmärksam och försiktig när ny konsistens introduceras!</p>		<p><b>Hel och delad</b></p> <p>Normal konsistens, eventuellt delad i mindre bitar.</p>	<p>Helt eller delat kött, hel fisk, färs- eller korvrätter, grönsaker, potatis och sås. Färsk frukt eller konserverad frukt med vispad grädde eller glass.</p>
		<p><b>Grov paté</b></p> <p>Luftig, mjuk och grovkornig, t ex <b>saftig och mjuk köttfärslimpa</b>. Lätt att dela med gaffel. Mer tuggmotstånd jämfört med timbal samt innehåller partiklar.</p>	<p>Grov köttpaté eller hel kokt fisk, grov grönsakspaté eller välkokta grönsaker, potatis hel eller pressad och sås. Delad konserverad frukt med vispad grädde eller glass.</p>
		<p><b>Timbal</b></p> <p>Mjuk, slät, kort och sammanhållande, t ex <b>omelett</b>. Kan ätas med gaffel eller sked. Måttlig grad av tuggmotstånd och homogen konsistens. Mer porös än grov paté.</p>	<p>Kött- eller fisktimbal, grönsakstimbal/puré, potatismos eller pressad potatis och sås. Fruktfromage med vispad grädde eller glass.</p>
		<p><b>Gelé</b></p> <p>Mjuk och hal mat, t ex <b>svart vinbärgelé</b>. Kan ätas med gaffel eller sked. Dallrig och homogen. Smälter i munnen, till skillnad från grov paté och timbal.</p>	<p>Kall kött- eller fiskgelé, grönsakspuré eller kall grönsaksgelé, potatismos och tjock sås. Fruktgelé med vispad grädde eller glass.</p>
		<p><b>Flytande</b></p> <p>Slät och rinnande, t ex <b>tomatsoppa</b>. Rinner av skeden. Kan ej ätas med gaffel. Mindre krämig jämfört med tjockflytande.</p>	<p>Berikad kött-, fisk- eller grönsakssoppa med en klick av crème fraiche. Fruktsoppa med vispad grädde eller glass.</p>
		<p><b>Tjockflytande</b></p> <p>Slät och trögflytande, t ex <b>gräddfil</b>. Droppar från skeden. Kan ej ätas med gaffel. Krämigare än flytande.</p>	<p>Berikad tjockflytande kött-, fisk- eller grönsakssoppa med en klick av crème fraiche. Tjockflytande fruktsoppa med vispad grädde eller glass.</p>

Ge först en liten mängd vätska med tesked för att se om personen kan svälja vald konsistens utan att hosta. Var försiktig! De flesta personer med dysfagi behöver tjockflytande dryck t ex nyonsopp-konsistens. En del personer med dysfagi kan dricka kolsyrad dryck.

**Dryck**

## Bilaga 2 - Konsistensguide (första version)

### SYMPTOM

Förändrad konsistens kan vara motiverad vid ett eller flera av följande symptom

- > Äter under längre tid än normalt
- > Mat och dryck rinner ur munnen
- > Mat samlas i kinderna
- > Bitar av mat plockas eller spottas ut ur munnen
- > Mat hålls länge innan sväljning
- > Viss mat kan ej tuggas
- > Skadad eller känslig munhåla
- > Hosta eller harklingar
- > Rosslig eller gurglig röst
- > Klumpkänsla i halsen
- > Ätandet tröttrar
- > Motoriska problem

Vid dessa problem informera sjuksköterska. För val av lämplig konsistens bör kontakt tas med dietist eller logoped.

	KONSISTENS	BESKRIVNING	EXEMPEL
	Hel och delad	Normal konsistens, eventuellt delad i mindre bitar.	Helt eller delat kött. Hel fisk. Färsrätter eller korvrätter. Sås, potatis och grönsaker. Färsk frukt/konserverad frukt med vispad grädde eller glass.
	Grov paté	Luftig, mjuk och grovkornig, typ <b>saftig och mjuk köttfärslimpa</b> . Lätt att dela med gaffel.	Grov köttpaté eller hel kokt fisk. Potatis hel eller pressad och sås. Grov grönsakspaté eller välkokta grönsaker. Delad/konserverad frukt med vispad grädde eller glass.
	Timbal	Mjuk slät, kort och sammanhållande, typ <b>omelett</b> . Kan ätas med gaffel eller sked.	Fisk- eller köttimbal/sufflé. Potatismos eller pressad potatis och sås. Grönsakstimbal/puré. Fruktfromage med vispad grädde eller glass.
	Gelé	Mjuk och hal mat, typ <b>fromage</b> . Kan ätas med gaffel eller sked.	Kall fisk- eller köttgelé. Potatismos och tjock sås. Grönsakspuré eller kall grönsaksgelé. Fruktgelé med vispad grädde eller glass.
	Flytande	Slät och rinnande, typ <b>tomatsoppa</b> . Rinner av skeden. Kan ej ätas med gaffel.	Berikad fisk-, kött- eller grönsakssoppa med "klick". Fruktsoppa med vispad grädde eller glass.
	Tjockflytande	Slät och trögflytande, typ <b>löst vispad grädde</b> . Droppar från skeden. Kan ej ätas med gaffel.	Tjockflytande berikad fisk-, kött- eller grönsakssoppa med "klick". Tjockflytande fruktsoppa med vispad grädde eller glass.

**DRYCK.** Ge först en liten mängd vätska med tesked för att se om personen kan svälja vald konsistens utan att hosta. Var försiktig! De flesta personer med dysfagi behöver tjockflytande dryck, t ex nyponsoppskonsistens. En del personer med dysfagi kan dricka kolsyrad dryck.

© 2007 Findus AB

**Var alltid uppmärksam och försiktig när ny konsistens introduceras!**

## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Intervjuguide I

*Intervju med omvårdnadsansvarig sjuksköterska på vårdavdelning, strax efter flytt av vårdtagare*

#### **Inledning**

- Intervjupersonens yrkesbefattning och utbildningsbakgrund.
- Vart och till vilken form av boende/avdelning ska/har vårdtagaren förflyttats?

#### **Kostordination/Val av kostkonsistens**

- Vårdtagare X har intagit en kost med anpassad konsistens under vårdtiden. Hur benämner ni denna kostkonsistens? Hur skulle du beskriva kostkonsistensen?
- Vem/vilka (personalkategori) har beslutat att vårdtagaren ska inta en kost med denna konsistens? Finns det någon kostordination? Av vem?
- Vad grundar sig ordinationen/valet av kostkonsistens på? (ex. patientanamnes, patientstatus, klinisk bedömning, instrumentell bedömning)
- Har valet av kostkonsistens/kostordination dokumenterats? Var, hur och av vem?
- Under hur lång tid framöver är det tänkt att vårdtagaren ska inta en kost med denna konsistens? Finns detta dokumenterat? Var? Av vem?
- Har vårdtagaren och ev. anhörig fått information om valet av kostkonsistens/kostordination under vårdtiden? Vilken information gavs? Vem/vilka personalkategorier informerade vårdtagaren/anhörig? Hur?
- Vet ni/framgår det i patientjournalen om vårdtagaren intog en kost med anpassad konsistens innan hon/han blev inlagd på sjukhuset? Vem har delgivit er denna information?

#### **Övrig kostdokumentation**

- Vilken slags information finns dokumenterad i patientjournalen som berör vårdtagarens kostintag? Vad grundar sig dokumentationen på och var sker dokumentationen?
- Vem/vilka personalkategorier har ansvarat för kostdokumentationen? Vem ansvarar för vad?
- Finns det några epikriser sammanställda från den aktuella vårdtiden? Vilka då? Vilken slags information beträffande vårdtagarens nutrition finns dokumenterad här? Vem/vilka personalkategorier ansvarar för dokumentationen?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Informationsdelgivning och överrapportering

*Följande frågor behandlar den överrapportering och informationsdelgivning som skett i samband med utskrivning av vårdtagaren. Fokus ligger på val av kostkonsistens och kostintag.*

#### Information riktad till vårdtagare/anhörig

- Har vårdtagaren fått/erbjudits kostinformation under vårdtiden eller i samband med utskrivning?
- Vem/vilka personalkategorier har givit informationen?
- Vad innehöll informationen?
- På vilket sätt informerades vårdtagaren? (Skriftligt, muntligt)
- Har någon annan tagit del av informationen? (ex. anhörig)
- Har det kontrollerats om informationen tolkats korrekt av vårdtagaren/anhörig? Hur?
- Har det dokumenterats att vårdtagaren/anhörig delgivits information? Vad har dokumenterats? Var?

#### Information riktad till nästa vårdgivare

- Har information som berör vårdtagarens kostintag överrapporterats till nästa vårdgivare? Till vem och hur? Muntligt och/eller skriftligt?
- Vilken slags information har överrapporterats?
- Vem ansvarar överrapporteringen? ....
- Har det kontrollerats om informationen tolkats korrekt av mottagande vårdgivare? Hur?
- Finns det information som rapporterats muntligt, men ej skriftligt? I så fall vad och varför?
- Finns det information som rapporterats skriftligt, men ej muntligt? I så fall vad och varför?
- Hänvisas det till någon form av konsistensguide eller broschyr? Hur? Varför? Förklaras varför aktuell kostkonsistens rekommenderas?
- Har någon/några epikriser överlämnats till nästa vårdgivare? Vilka? Hur har epikriserna överlämnats/skickats och till vem?
- Har en vårdplanering skett innan vårdtagarens flytt? Behandlades nutrition och kostfrågor under vårdplaneringen? Vad dokumenterades av detta? Var? Av Vem? Hur? Vilka personer och personalkategorier närvarade vid vårdplaneringen?
- Finns det dokumenterat att kostinformation överrapporterats? Vad har dokumenterats? Var?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

- Har någon annan personal kontaktats som kan ha betydelse för vårdtagares kostintag? Ex. den kökspersonal som ansvarar för tillagning av vårdtagarens kost efter flytt från avdelning. Vem har tagit denna kontakt?
- Kommer det att ske någon uppföljning av vårdtagarens nutritionstillstånd och kostintag? Var, när, hur och av vem?
- Hur tycker du att informationsöverföringen till mottagande vårdgivare fungerat?

### **Kostbeställning från sjukhusets tillagningskök**

- Vilka måltider ansvarar sjukhusets tillagningskök för? (Frukost, lunch, mellanmål, middag, kvällsmål) Vem ansvarar för de mål som köket ej tillagar?
- Hur har det gått tillväga när vårdtagarens konsistensanpassade kost beställts från sjukhusets tillagningskök? Vem har ansvarat för genomförandet av beställningen? Registreras/dokumenteras beställningen? Hur?
- Har det använts någon form av kostkonsistensguide eller andra hjälpmedel vid beställningen av den konsistensanpassade kosten? Om, hur används dessa och hur ser de ut?
- Hur vet du att vårdtagaren verkligen blivit serverad den kostkonsistens som beställts? Finns det rutiner för att kontrollera detta i samband med servering av maten? Vilka/hur?
- Vad händer om tillagad kost inte överensstämmer med beställd kostkonsistens?
- Hur tyder du den information/de markeringar som finns på vårdtagarens kostkort? Finns det något som du inte förstår?
- Hur tycker du att informationsöverföringen, mellan vårdpersonalen på avdelningen och kökspersonal som tillagar maten fungerar? Anser du att köket tillagar den kostkonsistensanpassade kost som ni ursprungligen beställer? Finns det något som kan bli bättre? Vad och hur? Vet kökspersonalen om detta? Hur?

### **Kunskap och utbildning**

- Anser du att det finns tillräckligt med kunskap om konsistensanpassad kost inom er verksamhet?
- Har personalen på avdelningen fått utbildning om konsistensanpassad kost? Om inte, önskar du att ni hade fått utbildning om konsistensanpassad kost? Om utbildning fås, hur har ni fått denna och av vem? Vad innehöll utbildningen? Önskar du mer utbildning? Om vad, hur?

### **Övrigt**

- Finns det något som du vill tillägga angående de frågor som ställts? Andra tankar och reflektioner?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Intervjuguide II

*Intervju med vårdtagare eller anhörig x dagar efter flytt från avdelning*

#### **Inledning**

- Bakgrundsinformation om intervjupersonen (ålder, kön, boendesituation)

#### **Kostintag**

- Vad har du ätit och druckit till frukost/lunch/middag/mellanmål/kvällsmål idag? Vad fanns på tallriken/skålen och i glaset?
- Är maten du ätit idag, på något sätt olik den mat du åt innan du blev inlagd på sjukhuset? Vad är det som är olik/förändrat?
- Är drycken på något sätt olik den dryck som du drack innan du blev inlagd på sjukhuset? Vad är det som är olik/förändrat?
- Vet du om maten som du har ätit idag heter något speciellt? D.v.s. har den ett särskilt namn som exempelvis hackad, passerad, timbal, paté?
- Vad tycker du om den kost som du ätit idag/äter numera? Smak, utseende, konsistens, tuggmotstånd och sväljbarhet?

#### **Kostinformation**

- Har någon, exempelvis vårdpersonal som sjuksköterska, undersköterska eller dietist, talat med dig om mat och dryck. T.ex. om hur och vad du ska äta och dricka?

*Om vårdtagarens svar är **Ja***

- Vem har talat med dig om mat och dryck?
- Vad berättade man om mat och dryck?
- Fick du informationen när du befann dig på sjukhuset eller efteråt?
- Har du fått någon annan information om mat och dryck? Exempelvis broschyrer eller andra informationsblad? Har du läst den? Hur tycker du att denna information är?
- Tycker du att informationen som du har fått om mat och dryck är tillräcklig? Eller hade du önskat mer information? Vad skulle du i så fall vilja veta mer om?
- Ska du träffa fler personer som talar om mat och dryck med dig? Vet du vem/vilka du ska träffa? Vart ska du träffa denna person/personer? Vet du ungefär när ni ska träffas?

*Om vårdtagarens svar är **Nej***

- Önskar du att någon hade talat med dig om mat och dryck? Vad hade du i så fall velat veta?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

- Har du fått någon annan information om mat och dryck? Exempelvis broschyrer eller andra informationsblad? Har du läst den? Hur tycker du att denna information är?
- Vet du om du ska träffa någon person som talar med dig om mat och dryck? Vet du vem/vilka du ska träffa? Vart ska du träffa denna person/personer? Vet du ungefär när ni ska träffas?

### **Övrigt**

- Finns det något som du vill tillägga angående de frågor som ställts? Andra tankar och reflektioner?



## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Intervjuguide III

*Uppföljningsintervju med vårdpersonal, verksam på den avdelning dit vårdtagaren flyttat.*

#### **Inledning**

- Intervjupersonens yrkesbefattning och utbildningsbakgrund
- Kort beskrivning av verksamheten

#### **Konsistensanpassad kost**

- Vad är det för mat som ni har serverat vårdtagare X idag? Hur skulle du beskriva maten?
- Vad serveras till frukost, mellanmål och kvällsmål? Hur skulle du beskriva frukosten, mellanmålet och kvällsmålet?
- Finns det någon särskild benämning på denna mat/kost? Benämns alltid denna kost på detta sätt, eller förekommer andra benämningar på samma kost inom er verksamhet?

#### **Överrapportering och informationsdelgivning**

- Har ni fått information om vilken kost som ska serveras till vårdtagare X? Av vem?
- Vad innehöll informationen?
- Hur fick ni informationen? Muntligt och/eller skriftligt? När?
- Anser ni att denna information är tillräckligt utförlig för att förstå vilket behov vårdtagaren har, både när det gäller val av kostkonsistens och behov av hjälp i samband med måltiden?

#### **Kostbeställning från tillagningsköket**

- Vilka måltider ansvarar tillagningsköket för? (Frukost, lunch, mellanmål, middag, kvällsmål)  
Vem ansvarar för de mål som köket ej tillagar?
- Hur beställer ni den mat som ska serveras till vårdtagaren? Vad innehåller beställningsinformationen som ges till köket? Hur vet ni vad som ska beställas?
- Vad händer om tillagad kost inte överensstämmer med beställd kostkonsistens?
- Hur tycker du att informationsöverföringen, mellan vårdpersonalen på avdelningen och kökspersonal som tillagar maten fungerar? Anser du att köket tillagar den kostkonsistensanpassade kost som ni ursprungligen beställer? Finns det något som kan bli bättre? Vad och hur? Vet kökspersonalen om detta? Hur?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

- Använder ni någon form av konsistensguide på avdelningen? Om ja, i så fall hur och vilken typ av konsistensguide används? Hur ser den ut? Om inte, tror du att det finnas behov av detta? Varför, varför inte?

### **Dokumentation**

- Dokumenteras vårdtagarens kostintag?
- Har ni några rutiner för dokumentation av vårdtagarens kostintag? Vad dokumenteras och av vem? Var?
- Sker någon uppföljning av vårdtagarens kostintag?

### **Kunskap och utbildning**

- Tycker du att det finns tillräckligt med kunskap om konsistensanpassad kost inom er verksamhet?
- Har du/personalen fått utbildning om konsistensanpassad kost? Om inte, önskar ni utbildning om konsistensanpassad kost? Om utbildning fås, hur har ni fått denna och av vem? Vad innehöll utbildningen? Önskar ni mer utbildning? Om vad, hur?

### **Övrigt**

- Finns det något som du vill tillägga angående de frågor som ställts? Andra tankar och reflektioner?

## Bilaga 3 - Intervjuguide

### Intervjuguide IV

*Uppföljningsintervju med kökspersonal, efter intervju III*

#### **Inledning**

- Intervjupersonens yrkesbefattning och utbildningsbakgrund
- Kort beskrivning av verksamheten (Till vem lagas maten? Finns dietkök?)

#### **Tillagning av konsistensanpassad kost**

- Har ni tillagat någon konsistensanpassad kost idag? Vilka?
- Hur skulle du beskriva den kostkonsistens som benämns X?
- Benämns och tillagas X kost alltid på detta sätt? Finns det andra benämningar på denna kostkonsistens inom er verksamhet?
- Vem ansvarar för tillagning av konsistensanpassad kost? Finns en dietkokerska? Är det alltid samma person som ansvarar för tillagning av konsistensanpassad kost? Varför, varför inte?
- Använder ni någon form av konsistensguide när ni planerar och tillagar maten? Om ja, i så fall hur och vilken typ av konsistensguide används? Hur ser den ut? Om inte, tror du att det finns behov av detta? Varför, varför inte?

#### **Informationsdelgivning och kostbeställning**

- Vem har givit er information om vilken konsistensanpassad kost som ska tillagas idag?
- Hur har ni fått informationen, muntligt och/eller skriftligt?
- Vad innehöll informationen?
- Anser ni att informationen är tillräckligt utförlig för att förstå vad som ska tillagas?
- Hur anser du att informationsöverföringen mellan kökspersonal och vårdpersonal fungerar, när det gäller beställning av konsistensanpassad kost? Finns det något som kan bli bättre? Vad och hur? Vet vårdpersonalen om detta? Hur?

#### **Kunskap och utbildning**

- Tycker du att det finns tillräckligt med kunskap om konsistensanpassad kost inom er verksamhet? Varför, varför inte?
- Har ni (kökspersonalen) fått utbildning om konsistensanpassad kost? Om inte, önskar ni utbildning om konsistensanpassad kost? Om utbildning fås, hur och om vad? Av vem? Önskas mer utbildning om konsistensanpassad kost? Om vad, hur?

#### **Övrigt**

- Finns det något som du vill tillägga angående de frågor som ställts? Andra tankar och reflektioner?



Hej!

Jag studerar min sista termin (termin 6) till kostekonom vid Göteborgs Universitet och planerar under våren att genomföra ett examensarbete inom ämnet konsistensanpassad kost, för patienter med tugg- och sväljsvårigheter. Som en liten del av ett större projekt, i samarbete med SIK- Institutet för Livsmedel och Bioteknik samt Findus, har jag fått möjlighet att studera hur informationsöverföringen kring konsistensanpassad kost fungerar mellan personal inom olika vård- och omsorgsformer. Ämnet bedöms som ett mycket intressant och viktigt forskningsområde!

Studien planeras utgå från XXX under tre veckor, mellan den 6/4 – 26/4, 2009. Målsättningen är att 5-10 patienter som intar konsistensanpassad kost ska kontaktas och att deras utskrivningsprocess från avdelningen följas. Först kommer en intervju att ske med patientens omvårdnadsansvariga sjuksköterska i samband med patientens utskrivning. Några dagar efter utskrivning medverkar patienten själv i en intervju.

För att kunna genomföra studien är jag i behov av betydelsefulla insatser från er som arbetar på XXX. Bland annat behöver jag hjälp med att få kontakt med de patienter som intar en konsistensanpassad kost och som planeras för utskrivning. För att få svar på de frågor som handlar om patientens konsistensanpassade kost intervjuas patientens omvårdnadsansvariga sjuksköterska. Intervjufrågorna kommer att vara korta och enkla att besvara. De formuleras på ett sätt där varken patientens aktuella diagnos eller andra personliga omständigheter avslöjas. Intervjun spelas in på band (om ni samtycker) och beräknas ta cirka 20-30 minuter.

All data som erhålls under intervjuerna avidentifieras och hanteras konfidentiellt. Inga namn nämns i det färdiga examensarbetet. Det är således enbart jag som kommer ha kännedom om vem som har sagt vad under intervjuerna. Banden med intervjumaterialet förvaras inlåsta och förstörs efter godkänd studie.

Deltagandet i studien är helt frivilligt, men jag är naturligtvis mycket tacksam om ni har möjlighet att ställa upp och hjälpa mig. Er medverkan i studien är mycket värdefull! Som tack får ni en liten belöning efter genomförd studie.

Kontakta gärna mig vid eventuella frågor eller andra synpunkter. Jag kan nås via telefon: XXX eller mejl: XXX

Med vänliga hälsningar

Anna Holmer

Kostekonomstuderande  
Göteborgs Universitet  
Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö



## Konsistensanpassad kost



Tack för att du väljer att medverka i en undersökning om konsistensanpassad kost och besvara frågor angående den mat du äter. Ditt deltagande är mycket värdefullt!

Intervjun kommer att ske den.....klockan.....

Plats.....

Dagen innan vi träffas kommer jag kontakta dig via telefon. Detta för att försäkra mig om att du fortfarande har möjlighet att medverka i undersökningen. Har du funderingar eller frågor angående din medverkan får du gärna höra av dig till mig. Mitt telefonnummer finner du längs ner på informationsbladet.

### **Praktisk information om intervjun**

Den intervju som du ska delta i kommer, efter ditt godkännande, att spelas in på band. Efter intervjun förvaras bandet inlåst och när hela undersökningen är klar kommer bandet att förstöras. Intervjufrågorna som ska besvaras är korta och det finns inga svar som är rätt eller fel. Exempel på frågor som kommer att ställas är: Vad har du ätit och druckit idag? Vad fanns på tallriken?

Intervjun beräknas ta cirka 15 minuter, men tiden kan variera beroende på hur mycket du har att berätta. Ditt namn kommer inte att nämnas i det färdiga examensarbetet. Det är således enbart jag som har kännedom om vad just du har berättat under intervjun.

Deltagandet i undersökningen är helt frivillig. Du har alltså rätt att avbryta när som helst, utan att uppge några skäl. Naturligtvis är jag mycket tacksam om du har möjlighet att ställa upp. Som tack för besväret överlämnas en liten belöning i samband med intervjun.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

**Anna Holmer**                      **Telefonnummer: xxxxxxxx**  
Kostekonomstuderande  
Göteborgs Universitet  
Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö



## Konsistensanpassad kost

Tack för att du väljer att medverka i en undersökning om konsistensanpassad kost och besvara frågor angående den mat som..... äter. Ditt deltagande är mycket värdefullt!

Jag kommer att kontakta dig/er via telefon den .....  
Har du funderingar eller frågor angående din medverkan får du gärna höra av dig till mig. Mitt telefonnummer finner du längs ner på informationsbladet.

### **Praktisk information om intervjun**

Den intervju som du ska delta i kommer, efter ditt godkännande, att spelas in på band. Efter intervjun förvaras bandet inlåst och när hela undersökningen är klar kommer bandet att förstöras. Intervjufrågorna som ska besvaras är korta och det finns inga svar som är rätt eller fel. Exempel på frågor som kommer att ställas är: Vad äter.....idag? Vad finns på tallriken?

Ditt namn kommer inte att nämnas i det färdiga examensarbetet. Det är således enbart jag som har kännedom om vad just du har berättat under intervjun.

Deltagandet i undersökningen är helt frivillig. Du har alltså rätt att avbryta när som helst, utan att uppge några skäl. Naturligtvis är jag mycket tacksam om du har möjlighet att ställa upp.

Tack på förhand!

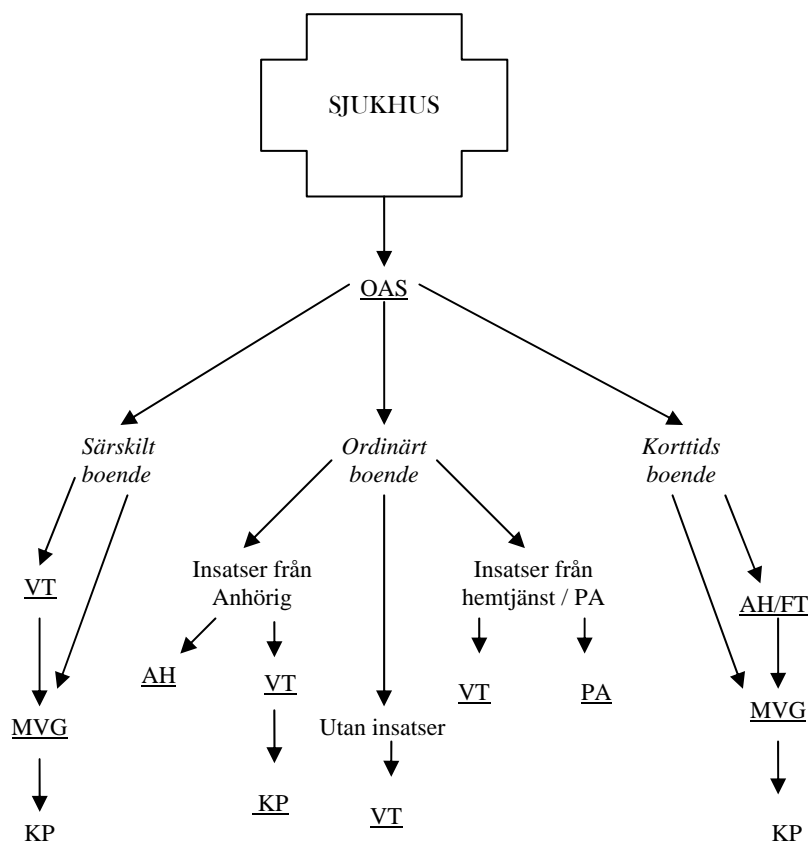
Med vänliga hälsningar

**Anna Holmer**

**Telefonnummer: xxxxxxxx**

Kostekonomstuderande  
Göteborgs Universitet  
Institutionen för Mat, Hälsa & Miljö

## Bilaga 7 – Vårdtagarnas boendesituation och Intervjuer med respondenter



**Figuren** ovan redogör för vårdtagarens boendeform efter sjukhuset. I figuren går även att utläsa vilka respondenter som har intervjuats beroende på boendesituation och hjälpande insatser. En förklaring till förkortningarna kan ses nedan.

### **Respondenter**

OAS = Omvårdnadsansvarig sjuksköterska

VT = Vårdtagare

AH = Anhörig

FT = Företrädare

MVG = Mottagande vårdgivare

PA = Personalig assistent

KP = Kökspersonal

**Nedan beskrivs vilka respondenter som intervjuats för varje specifikt vårdtagarfall.**

OB-1 = OAS + VT

OB-2 = OAS + PA + KP

OB-3 = OAS + VT

OB-4 = OAS + AH

SB-1 = OAS + VT + MVG + KP

KB-1 = OAS + MVG + KP

KB-2 = OAS + FT + MVG + KP

KB-3 = OAS + MVG + KP