



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Grundkoster till äldre

Elizabeth Cruz Aravena

Kandidatuppsat:	15hp
Program:	Kostekonomprogram med inriktning mot ledarskap 180p
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2011
Handledare:	Kerstin Bergström
Examinator:	Ann Glerup



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Titel:	Grundkoster till äldre
Författare:	Elizabeth Cruz Aravena
Kandidatuppsat:	15hp
Program:	Kostekonomprogram med inriktning mot ledarskap 180p
Nivå:	Grundnivå
Handledare:	Kerstin Bergstöm
Examinator:	Ann Gleerup
Antal sidor:	36 (exklusive 3 bilagor)
Termin/år:	Vt/2011
Nyckelord:	Undernäring, vårdtagare, riktlinjer, nutrition, SNR-kost.

Sammanfattning

Förekomst av undernäring är inte okänt inom äldreården i Sverige. Flera studier har visat att undernäring har ökat de senaste decennierna. Ungefär var tredje nyinkommen inom den offentliga äldreården är undernärd eller ligger i riskzonen för undernäring samtidigt som andra studier visar att livslängden har ökat. Nya rekommendationer och riktlinjer är framtagna för att förebygga och förbättra hälsan inom äldreården. Livsmedelverket har tagit fram tre grundkoster och de ska ge den näring och energi som varje individ behöver vid varje måltid.

I studien är syftet att utifrån vård- och kökspersonalens perspektiv undersöka hur grundkosterna upplevs och hur de praktiskt hanteras i verksamheterna i relation till rekommendationer och de äldres hälsa. För att få svar på frågeställningarna valde jag att undersöka en äldreårdsverksamhet och dess måltidsverksamhet genom att studera dokument i form av kostpärmar och kostbeställningslistor. För att få bredare information intervjuades tre omvårdnadsansvariga sjuksköterskor, fyra undersköterskor/vårdbiträden och två kockar.

Undersökningen visar att det finns svårigheter att tillämpa och hantera grundkosterna. Två faktorer var mer relevanta och till nackdel för ett optimalt införande av grundkosterna. Personalen anser sig inte ha fått tillräcklig kunskap avseende innebörden av grundkosterna. Vidare har sammansättning av de tre grundkosterna skapat orolighet bland vårdtagarna vid måltider då ett antal komponenter som utformar matportionen kan skilja sig åt beroende på vad man får för kost. På grund av det har vissa avdelningar uteslutit en av grundkosterna.

Undersökningen handlar om ett fall och därför kan resultatet inte generaliseras. Det vore intressant att göra en större undersökning på liknande verksamheter för att se om några samband kan hittas med tanke på äldres livskvalitet och välmående.

Förord

Att genomföra denna undersökning har varit en utmaning samtidig som det har varit stimulerande och berikande. En lång resa där ett stort bagage har fyllts upp med kunskap, nya idéer och olika verktyg som jag fått med mig under utbildnings gång. Det är dessa faktorer som har gjort det möjligt för mig att avsluta denna uppsats.

Ett stort tack till alla lärare som har varit med under denna resa. Jag vill också tacka alla respondenterna som deltog i denna undersökning, alla sjuksköterskor, undersköterskor/vårdbiträde samt mina arbetskollegor som berättade om sina upplevelser. Ett mycket hjärtligt tack till min handledare Kerstin Bergstöm för sin betydelsefulla handledning och det obegränsade stödet hon gett mig ända till slutet. Sist men inte minst vill jag också tacka min man för allt tålamod och det ovillkorliga stöd han gett mig under denna uppsats.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
2. Bakgrund	6
2.1 Nutritionens betydelse för äldreomsorgen.....	6
2.2 Grundkosternas sammansättning och betydelse för hälsan	7
2.3 Organisation	8
Vårdens ansvar i nutritionskedjan:	9
2.4 Kommunikation är nyckeln för vårdarbete.....	10
2.5 Sammanfattning.....	13
3. Syfte	14
3.1 Frågeställningar	14
3.2 Avgränsningar	14
4. Metod	15
4.1 Data insamling.....	15
4.2 Urval.....	16
4.3 Genomförande	17
4.4 Intervjuanalys	18
5.1 Respondenternas utbildningsbakgrund och ansvar inom nutritionskedjan	20
5.2 Kommunikation inom matkedjan	21
5.3 Respondenternas inställning till grundkosterna.....	23
5.4 Kunskap och effektivitet vid hantering av grundkosterna.....	24
5.5 Vikten av nutrition och måltider enligt respondenterna	25
6. Diskussion	28
6.1 Metoddiskussion.....	28
6.2 Resultatdiskussion	29
6.3 Fortsatt forskning	33
6.4 Slutsats	33
7. Referenslista	34
Bilagor	

1. Inledning

En studie som Socialstyrelsen (2000) genomförde år 1997 visade att undernäring inom äldreomsorg har ökat de senaste decennierna, undernäring bedöms mellan 28-36 procent. För att motverka undernäring har Livsmedelsverket tillsatt en grupp experter inom nutrition och hälsa, Expertgruppen för samordning av sjukhuskost (ESS-gruppen), för att ta fram riktlinjer för mat och hälsa inom äldreomsorg och sjukvård (Livsmedelsverket, 2003).

ESS-gruppen tog fram en adekvat grundkost som ska ge varje individ den näring som de behöver och på det sättet minska malnutrition inom äldreomsorgen. Den kosten är avsedd att även bibehålla hälsan för de äldre friska och för de som är på gränsen för undernäring. Grundkosterna är SNR, A och E-kost. (Livsmedelsverket, 2003).

Sedan 1990 när jag började arbeta inom måltidsverksamheten på äldreomsorgen blev jag intresserad av hur jag på något sätt kunde bidra till att förbättra den kost vi levererar till vårdtagarna. Jag utbildade mig inom måltidsverksamhet, jobbade några år som kock för att sedan övergå till att jobba med avvikande kost. Mitt intresse för äldres nutrition växte mer och mer och önskan om att kunna påverka den mat man erbjuder vårdtagarna gynnade idén om att utbilda mig vidare. Så valde jag ”Kostekonom program med inriktning mot ledarskap”. Under alla de åren som jag har jobbat inom måltidsbranschen i den offentliga sektorn har flera förändringar skett. Som jag har uppfattat det har de flesta av dessa förändringar inom offentlig verksamhet handlat om omorganisering med fokus på ekonomi. Som ett exempel kan jag nämna den stora reformen i början av 90-talet där kommunen tog över äldreomsorgen. Även den offentliga måltidsverksamheten som försörjde vårdavdelningar med mat fick tillhöra kommunen. Numera och med fokus på de boendes hälsa har det gjorts stora förändringar inom kosten. Jag var delaktig vid det tillfället då den nya kosten implementerades i den måltidsverksamhet som jag jobbade och som nu undersöks. Den upplevelsen har gett mig insikten om vilka svårigheter denna implementering innebär med avseende på bland annat planering av logistik, arbetsfördelning, ändringar på recept med mera. Personalen i köket ska även bekanta sig med de nya beteckningarna som den nya kosten innebär.

Med de erfarenheter och den kunskap jag samlat under kostekonomsutbildningen har nya tankar och funderingar vuxit fram. Vad händer med maten när den anländer på avdelningarna? Vad har vårdpersonalen för tankar runt de nya grundkosterna? Därför och med tanken på att vid implementering av en ny kost sker också förändringar på avdelningar där maten beställs har denna studie fokuserats på att undersöka om hur vårdpersonalen inom äldreomsorgen upplever dessa grundkost. Och även hur kökspersonalen upplever tillagning av dem. Som blivande kostchef inom den offentliga verksamheten har jag en skyldighet att arbeta fram idéer och se vad jag kan tillföra för att förbättra produkten man levererar. Denna studie kommer att ge en bredare insyn av hur vårdavdelningarnas samarbete med köket fungerar och vilka tankar om mathållning som finns.

2. Bakgrund

Under den här rubriken kommer det att behandlas de tre huvudämnen som berör denna studie. Först och främst nutrition och dess betydelse för äldreomsorgen vilket är anledning till att grundkosterna har tagits fram. Vidare beskrivs organisation som arbetsfördelning vilket berör både köket och vårdavdelning som två skilda verksamheter. Slutligen beskrivs kommunikation som en viktig länk mellan köket och vårdavdelningar.

2.1 Nutritionens betydelse för äldreomsorgen

Nutrition kan man definiera som näringstillförsel, näringsupptagande, matsmältning enligt Svenska Akademiens Ordbok (2010). Ett optimalt nutritionstillstånd kan definieras som en balans mellan näringsintag (energiintag) och den förbrukade energin. Den balansen medför kroppens välmående (Socialstyrelsen 2005; Akner, 2006). Det finns olika faktorer som hindrar kroppen att ta upp näring, även om maten är tillgänglig. Det kan vara fysiologiska hinder som t.ex. allergier, intolerans, sjukdomar som diabetes, njursvikt eller psykologiska hinder. Det finns också ekonomiska faktorer som i extrema situationer kan minska tillgänglighet till föda (Abrahamsson, Andersson, Becker och Nilsson, 2006). De ovan nämnda faktorerna kan leda, om inte situationen åtgärdas i god tid, till ofrivillig viktminskning och malnutrition¹. Vid ofrivillig viktminskning kan kroppens inre organ oberoende av ålder få allvarliga fysiska konsekvenser (Akner, 2006).

Inom äldreomsorgen är ofrivillig viktminskning ett vanligt återkommande symptom bland boende. Vid flera studier har man kommit fram till att ofrivillig viktminskning kan vara en följd av bland annat depression, tugg- och sväljsvårighet, kirurgiska ingrepp (Livsmedelsverket, 2003; Akner, 2006). En studie genomförd i London där fem sjukhus undersöktes visade att problem med undernäring var högre hos de patienter som vistas en längre period på sjukhus, och som hade ett stort behov av vård. För de fallen var en stor del av orsaken otillgänglighet till mat då patienterna inte fick tillräckligt med hjälp vid måltiderna (Naithani, Whelan, Thomas, Gulliford, Morgan, 2008). Var tredje nyinkommen person inom den offentliga äldrevården i Sverige visar undernäingsproblem eller är på gränsen till undernäring (Abrahamsson, Andersson, Becker, & Nilsson, 2006).

En annan variant av malnutrition inom äldreomsorgen men inte i samma utsträckning som undernäring är övervikt och fetma. En följd av hälsoproblem med övervikt och fetma är diabetes typ-2 och andra metabola syndrom², t.ex. blodtryck, kolesterol, bukfetma (Livsmedelsverket, 2003). Visserligen finns studier som bekräftar sambandet mellan diabetes typ-2 och metabola syndromet men det finns inga studier gjorda på människor som är över 75 år (Livsmedelsverket, 2011). Studier som visas i Socialstyrelsen (2000) upplyser om en hög prevalens av undernäring inom äldreomsorgen de sista decennierna. Andra studier visar att vi lever längre, och att cirka 17 procent av befolkningen i Sverige är äldre än 65 år samtidigt som 5 procent är äldre än 80 år. Eftersom medellivslängden ökar beräknas det att 2040 kommer människan att leva längre än 100 år. För att förbättra hälsa och fördröja ålderssjukdomar fram till de sista dagarna bör människor behålla ett balanserat nutritionstillstånd så långt så möjligt (Abrahamsson m.fl., 2000; Livsmedelsverket, 2011).

¹ Malnutrition innebär felaktigt intag av näringsämnen. Det kan förekomma så väl som underviktiga som överviktiga personerna

² Metabola syndromet är ett samlingsnamn för olika riskfaktorer som kan uppkomma på grund av övervikt.

Livsmedelsverket med hjälp av Expertgruppen för samordning av sjukhuskost (ESS-gruppen) har tagit fram rekommendationer som innebär riktlinjer för kost- och näringsintag inom hälso- och sjukvården. Detta med hänsyn till den stora andel undernäring som förekommer inom vården, såväl på sjukhus som inom äldreomsorgen (Livsmedelsverket, 2003). Det finns svenska studier som visar att 20 procent av patienter inom sjukvård och 70 procent inom kroniskt sjuka äldre är undernära (Socialstyrelsen, 2000).

ESS-gruppen har kommit fram till att i varje äldreboende och sjukhus bör erbjudas tre grundkost, SNR, A, E-kost. Där SNR står för svenska näringsrekommendationer, A-kost för allmän kost för sjuka och E-kost för energi och proteinkost. Rekommendationerna utgår från att en normal energinivå för en person ska ligga på 9 MJ (megajoule) som motsvarar 2200 kcal (kilokalorier) för att fylla dagsbehovet. Det totala energibehovet ska fördelas under hela dagen helst i tre huvudmåltider och tre mellanmål (Livsmedelsverket, 2003). Om energibehovet avviker från dagsbehovet görs en individuell bedömning (Abrahamsson m.fl., 2006). Det som varierar mellan kosterna är inte mängd energi utan det är portionernas storlek. Således kan en patient med nedsatt aptit inta det rekommenderade dagsbehovet även om portionsstorleken är halverad (Livsmedelsverket, 2003; Socialstyrelsen, 2000). Tanken med införande av den nya kosten är att minska malnutrition och öka förståelse för behovet av näringsintag, samtidigt som maten bör godtas som en del av medicineringsen inom hälso- och sjukvården (Livsmedelsverket, 2003).

2.2 Grundkosternas sammansättning och betydelse för hälsan

Den nedanstående tabellen (se tabell1) har formats efter Livsmedelsverkets rekommendationer (Livsmedelsverket, 2003). I tabellen beskrivs de tre kosterna SNR-kost, A-kost och E-kost.

Tabell. 1 Energi- och näringsinnehåll i grundkost enligt ESS-gruppens rekommendationer

Beteckning typ	SNR-kost	A-kost	E-kost
E% Protein	10-15	15-20	15-25
E% Fett	30	35-40	40-50
E% Kolhydrater	55-60	40-50	24-45
Kostfiber	25-35g/dag	Lägre än SNR	Lägre än SNR

Vitaminer och mineraler enligt SNR-rekommendationer

2.2.1 SNR-kost

SNR-kost står för Svenska näringsrekommendationer. Den kosten lämpar sig för friska människor, diabetiker, och för de som lider av det metabola syndromet men som har en måttlig fysisk aktivitet (Livsmedelsverket, 2003; Livsmedelsverket, 2011). Det är viktigt att anmärka att vid diabetesprognos skall tas hänsyn till andra hälsfaktorer, bland annat nutritionsobalans, innan SNR-kost ordineras (Livsmedelsverket, 2011).

Tabell 1 visar fördelningen av energiprocent mellan de tre viktigaste näringskällorna för kroppen; protein, fett, och kolhydrater. Andel protein och fett för SNR-kost ska vara lägre än A-kost och E-kost medan mängd kolhydrater är högre (Livsmedelsverket, 2003). Anledning till den högre andelen kolhydrater är att matportionen får större volym samtidigt som det ökar kostfiberintag. Rekommenderad mängd fiberintag för friska vuxna människor är 25-35g per dag (Livsmedelsverket, 2005).

2.2.2 A-kost

A-kost står för allmän kost för sjuka. Den kosten är lämplig för människor med nedsatt aptit på grund av bland annat sjukdom, kirurgiska ingrepp och andra psykiska eller funktionshindre sjukdomar. Den är även rekommenderad för personer som riskerar att utveckla undernäring. Vid sjukdom utsätts kroppen för olika påfrestningar som t.ex. försämrat näringsupptag, ökad näringsförlust via tarmen, njurar och hud, och en ökad nedbrytning av cell- och vävnadsbeståndsdelar. I A-kosten bör protein- och fettandelen höjas och andelen kolhydrater minskas (se tabell 1). Ett ökat intag av protein minskar de nämnda förlusterna ovan och individens hälsotillstånd förbättras. Den högre andelen fett kompenserar energiförlust då intaget av kolhydrater i A-kost bör minska. Detta med avseende på att kolhydrater bidrar med volym i en matportion. En för stor matportion kan försämra matlusten vid nedsatt aptit (Livsmedelsverket, 2003).

2.2.3 E-kost

E-kost står för energi- och proteinrik kost och är avsedd för personer som bedöms vara i undernäringstillstånd eller möjligtvis ligger i riskzonen. Orsakerna för det är de samma som nämndes under beskrivningen av A-kost. Ytterligare kan tilläggas undervikt och ofrivillig viktminskning. En person som ordinerar E-kost har helt tappat matlusten och/eller orkar inte äta en portion i A-koststorlek (Livsmedelsverket, 2003; Socialstyrelsen, 2000). De patienter som drabbas till exempel av cancersjukdom, lungsjukdom eller hjärtsvikt ökar vanligtvis energiomsättning och aptitlöshet. Det leder till ofrivilligt viktförlust (Akner, 2006; Livsmedelsverket, 2003; Socialstyrelsen, 2000). Målet med E-kosten är att fokus på maten ska koncentreras på mängd energi och näringsintag som skall täcka dagsbehovet. Men portionen ska motsvara en halv portion. Livsmedel som väljs ska vara energitäta produkter till exempel mejeriprodukter med hög fetthalt. Om inte matportionen täcker energibehovet bör den kompletteras med berikningspreparat³ (Livsmedelsverket 2003; Socialstyrelsen 2000).

2.3 Organisation

Organisation är ett samarbete där flera människor jobbar för ett gemensamt mål. För att en organisation skall etablera sig krävs målsättning, samarbete, resurs och ledarskap. En fungerande organisation bör koordinera alla handlingar som sker med varandra såväl de interna som de externa. Med andra ord, för att en organisation skall nå bestämda mål och inte kollidera krävs det en tydlig organisering (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre, 2006). Organisering ger verksamheten inriktning och struktur. Det kan vara skriftliga bestämda riktlinjer för t.ex. organisationspolitik. Där beskrivs bland annat organisationens mål, hur organisationens administrativa del fungerar, vad verksamheten förväntar sig av anställda och vad som ingår i varje tjänst. Ett sådant dokument är ett kommunikationsmedel som ger anställda trygghet och kan med det bidra till verksamhetens framgång (Rubenowitz, 2004).

I Sverige strävar organisationer konstant efter organisationsmodeller som kan hjälpa verksamheten till framgång. Några av de modellerna är målstyrning, kvalitetssäkring, kvalitetsstyrning, med vilka man under 1980 – 2000-talet försökte effektivisera flera

³ Berikningspreparat är kosttillslag som innehåller de adekvata mängd näringsämne och energi (protein, fett, kolhydrater, vitaminer eller/och mineralen) och som används för nutritionsbehandling.

kommuner. Enligt Eriksson-Zetterquist m.fl. (2006) är de modellerna en modesak som i själva verket fungerar precis på samma sätt, det är bara namnet som ändras.

Organisationen inom offentlig verksamhet har genom tiden också förändrats. Till exempel den moderniseringsprocess som redan under 1970-talet genomfördes inom vården, var etablerad i andra europeiska länder. Behovet av vård och behandling förvandlades till social service. Mattsson Sydner menar att förändringen i stort sätt skapats efter en ideologi. Hon nämner också att reformen under 1990-talet som på grund av besparingar fick stora konsekvenser för vården inom äldreomsorgen. Det ekonomiska problemet resulterade i att den vård som tidigare erbjöds av landstinget fick kommunerna ansvara för (Mattsson Sydner, 2002). Numera är det bara de akutsjuka äldre som vårdas på lasaretten. Och de sjuka äldre som drabbas av långtids/kronisk- sjukdom blir vårdade i sitt eget hem eller i någon sorts offentlig institution (Livsmedelsverket, 2003; Mattsson Sydner, 2002)

2.3.1. Vad krävs av en offentlig organisation inom vården

En organisation behöver organisering och inte minst inom kommunalvården. Det ska finnas klara rutiner för hur man ska möta vårdtagare. Ju tidigare man upptäcker hälsorubbningar eller nutritionsobalans hos vårdtagarna desto fortare kan de bristerna åtgärdas (Livsmedelsverket, 2003). Av den anledningen har i Sverige etablerats ett nationellt kvalitetsregister för vårdprevention som kallas ”Senior alert” där alla som är vårdgivare kan ansluta sig från bland annat landstingen och kommunal vård. Senior alert går ut på ett förebyggande hälsoarbete för varje person från 65-år och uppåt och som är vårdtagare genom att registrera risken för trycksår, undernäring eller fall (Senior alert, 2011).

Förutom riktlinjer som styrs av vården finns även lagar som säkerställer vårdtagarnas hälsa, välbefinnande och rättigheter.

1 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (Patientsäkerhetslag, 2010:659).

För att uppfylla kraven i den ovan nämnda paragrafen bör ansvaret i vårdkedjan vara definierat. Den som skall förse rutinerna för vårdkedjan och se till att det fungerar på optimalt sätt är ledningen (SOSFS 2005:12). Vidare i nutritionskedjan krävs det kunskap och engagemang från alla som är inblandade i de äldres vård. Bland annat skall det finnas en dietist eller sjuksköterskor utbildad i ämnet för att kunna bedöma individens nutritionsstatus vid ankomst till äldreomsorgen. Det krävs också kunskap vid diagnostisering av individuell kost, och även vid beställning av kosten från köket (Livsmedelsverket, 2003). Till exempel i närvården i Södermanland ser man ansvariga för nutritionskedjan på vårdavdelning på följande sätt:

Vårdens ansvar i nutritionskedjan:

- Läkare som i första hand ansvarar för nutritionsbehandling
- Enhetschef som ansvarar för kost- och nutritionsrutiner
- Dietisten som ansvarar för individuell nutrition och kostbehandling
- Sjuksköterska som ansvarar för att nutritionsbehandling följs
- All vårdpersonal bör ha kunskap om nutritionsbehandling, riskfaktorer och åtgärder vid ätproblem (Närvård i Sörmland, 2009).

2.3.2 Nutritionsansvaret för måltidsverksamheten

Måltidsverksamheten och kökspersonal är inte nödvändigtvis fysiskt kopplad till sjukvårdsavdelningar men dess betydelse för nutritionskedja är nödvändigt. Vårdpersonalen är beställare, måltidsverksamheten är entreprenören och kökspersonalen producerar och levererar. Produkten som levereras ska uppfylla kraven från beställarens behov. Och dessa krav skall i sin tur uppfylla vårdtagarens nutritionsbehov, det vill säga att varje vårdtagare har rätt att få näringsrikkost (Socialstyrelsen, 2000).

För att nå Socialstyrelsens mål om att minska undernäring och förebygga hälsa, måste det finnas kunnig personal både på vårdavdelningar och i måltidsverksamheten (Livsmedelsverket, 2003). Undersköterskor/vårdbiträden skall ha tillräcklig kunskap för att beställa de olika grundkosterna med respektive beteckningar. Och kökspersonal ska kunna differentiera de olika beteckningarna och veta vad de näringsmässigt innebär (Socialstyrelsen, 2000).

Socialstyrelsen rekommenderar att i samtliga kommuner bör finnas ett kostprogram för äldreomsorgen. Förutom rutiner för vårdavdelningen ska där stipuleras riktlinjer för måltidsverksamhetens ansvar i nutritionskedja (Socialstyrelsen, 2000).

Inom Södermanland samarbetar flera kommuner tillsammans med landstinget för att minska undernäring inom äldreomsorgen, bland annat genom att det vid varje plats som erbjuds vård ska finnas en kostpärm. Kostpärmen ska förutom ”Länsgemensamma Rekommendationer” innehålla information som en guide för att säkerställa de äldres hälsa. Några av de riktlinjer som styr måltidsverksamheten är till exempel kostchefens ansvar som är följande;

Kostchefens ansvar i nutritionskedjan

- att planering av matsedel ska vara anpassad för målgruppen
- att kökspersonalen följer riktlinjer för nutritionssammansättning vid matlagning
- där SNR, A och E-kost med respektive anpassad kost (timbalkost, gelékost, flytandekost, lättuggad kost m.m.) är utgångspunkt för matlagning
- att kökspersonalen följer lagar och förordningar gällande mathantering (Närvård i Sörmland, 2009).

2.4 Kommunikation är nyckeln för vårdarbete

Kommunikation kan betraktas i vardagliga livet som en gemensam förbindelse mellan individer där man skapar en tvåvägsdialog. Man utväxlar information/budskap med varandra som rör sig själv eller omgivningen. Tack vare att människor har olika synsätt att se verkligheten kan relationer utvecklas och därmed förståelse för varandra (Parmander, 2010). En välfungerande kommunikation i en så väl liten som i en stor grupp stärker gruppens synergi, som vidare ger upphov till ett bra samarbete och främjar gruppens utveckling (Sjövold, 2008).

Offentliga organisationer i det här fallet måltidsverksamhet och vårdavdelningar styrs av ledningen som i sin tur styrs av ramar och förordningar. Visserligen är båda organisationerna formellt sätt oberoende av varandra men de samarbetar mot samma mål. Den gemensamma faktorn som förenar båda organisationerna är interaktion mellan beställningar och leveranser.

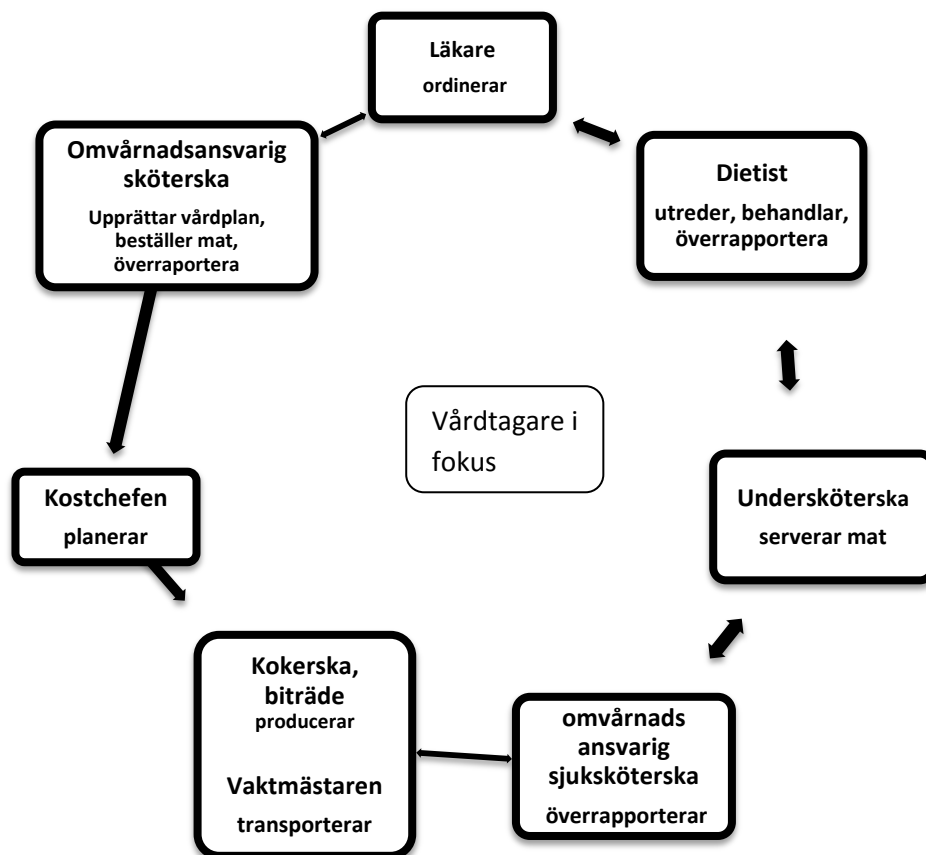
Detta i en ständigt fungerande aktivitet utan att behöva förhandla varje gång. Så länge alla vet vad man ska göra fungerar samarbetet optimalt menar Mattsson Sydner (2002). Socialstyrelsen påpekar å andra sidan att det krävs lämpliga kostchefer och avdelningschefer för att kunna förmedla rätt budskap till personal och mellan avdelningar. Rätt chef med rätt kunskap gynnar kommunikationen och interaktion mellan avdelningar samtidigt som chefen kan bidra till en gemensam utveckling (Socialstyrelsen, 2000: Livsmedelsverket, 2003).

Vikten av att beställningar från avdelningar till köket görs korrekt är nyckeln för att säkerställa samarbete. Men det krävs att informationen som kommer till köket uppfattas på rätt sätt. För att inte informationen skall missbedömas eller uppfattas fel bör köks/vårdpersonal ha liknande kunskap om de olika kosterna. Samtidigt är en fungerande kommunikation mellan de två organisationerna grundläggande (Holmer, 2009)

Vid brist på rätt information eller avsaknad av kunskap frodas bland personalen olika idéer om verkligheten. Var och en spekulerar och uppfattar målsättningen individuellt vilket resulterar i att samarbetet försämras eller går förlorad (Mattsson Sydner, 2002).

Ytterligare en faktor som möjligtvis kan försvåra kommunikation mellan organisationerna är utlokalisering av måltidsverksamheten av olika anledningar menar sociologen Nyberg (2009). När maten inte längre lagas i närheten av beställare kan det vara svårt att korrigerera fel som uppstår, till exempel när man har glömt att beställa eller har fått fel produkt. Samtidigt kan matupplevelse vid första kontakten bli reducerad till förpackad mat (Nyberg, 2009).

I nedanstående figuren (se figur 1) visas hur kommunikationskedjan uppställs inom vården.



Figur1 Ansvar och kommunikation i vårdkedja för nutrition. Källa: (Livsmedelsverket, 2003).

Vid behov av vård förändras människors sociala status från ett självbestämmande till vårdtagande. Som människa har man inte stora möjligheter att bestämma då allt från bostad till middag redan är bestämd, många gånger utan att tänka på individens önskemål (Mattsson Sydner & Fjällström, 2005). Mattsson Sydner studie visar att en stor del av bristerna inom äldreomsorgen beträffande måltidsverksamhet är att det inte finns adekvat styrning på kvalitetsarbete inom organisationen. Och trots att medvetenhet på dessa brister finns inom kommunledning saknas åtgärder (Mattsson Sydner, 2002).

Vidare anmärker Mattsson Synder i sin avhandling på hur mycket samhället ska bestämma över människor i behov av vård i fråga om mathållning. Här uppstår ett etiskt dilemma där på den ena sidan vägs människans valfrihet som individ i ett välfärdssamhälle. På det andra vägs människas näring/vård- behov som samhällets ansvar för. Självbestämmande kan minska äldres möjlighet att få den näring som de behöver då det inte är säkert att de själva vet vikten av näring eller i värsta fall inte kan uttala sin önskan (Mattsson Sydner, 2002). Det bästa vore att hitta ett sätt att inte underordna människor i behov av vård, så att de kan möta hjälpen med värdighet och även till viss del kan bestämma eller vara delaktiga när det handlar om deras eget liv (Mattsson Sydner & Fjällström, 2005).

2.4.1 Etiska aspekter inom vården

Det finns etiska övervägande inom vården som skall beaktas. Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) talar bland annat om tre aspekter inom etiken som den röda tråden för hur man ska bemöta och visa omsorg för människor. Det är pliktkänsla, handlingsprincip och handlingens konsekvenser. De tre etiska principerna går in i varandra. Det vill säga att man inte kan utgå från den ena aspekten och inte samtidigt beakta de andra två, detta med tanke på god omvårdnad i våra relationer till andra människor i vår vardag. Ännu viktigare är sådana reflektioner för vårdpersonal då har de ett stort ansvar gentemot vårdtagare (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). I figur 2 kan man se de tre etiska principerna och vilka frågeställningar man utgår ifrån.



Figur 2. Omsorgens etiska principer. Källa Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008)

För Ryberg (2003) i likhet med Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) är etiska frågor en del av vardagslivet där vi konstant överväger våra handlingar i strävan att välja den rätta vägen. Att tänka förnuftigt är det som hjälper oss att stå på lagens sida. De som jobbar inom vården har mer ansvar än när de ansvarar bara för sig själva. *Det gäller att alltid ta hänsyn till vad den andra människan behöver* (Ryberg, 2003 s.117).

Vårdtagare som inte själva kan uttrycka sin önskan står i en sårbar position där andra kan bestämma över dem. I Westergren (2003) beskriver sjuksköterskor uppgiften som komplex

eftersom de i flera fall själva får bestämma över vårdtagarens situation. Det etiska dilemmat som då uppstår är att det inte finns några förslag om vad det är som är rätt eller fel, när de svåra besluten skall tas. I andra fall är vårdtagarens anhöriga de som vet vårdtagarens önskemål.

2.4.2 Kommunikation en del av måltiden

Måltiden kan definieras på olika sätt beroende på om det är nutritionsforskare eller sociologer som uttalar sig (Nyberg, 2009). Vidare finns andra forskare som beskriver måltiden utifrån flera aspekter som ett komplement till matupplevelse: rummet, möte, produkten, styrsystem och atmosfären (Nyberg, 2009; Gustafsson, 2006). Det ska finnas en balans mellan de fem aspekter för att måltids upplevelsen registreras i minnet som positiv. Det räcker med att bli bemött på fel sätt eller att maten var felkryddat för att balansen mellan aspekterna bryts (Gustafsson, 2006).

Om man bortser från näringsintag är måltidsmiljö i äldreboende en viktig del av det sociala umgänget där man träffas och konverserar. En trivsamt miljö vid måltiden gynnar aptiten. Visserligen finns det de som trivs bättre med att äta själv på grund av rörelseförmåga t.ex. personer som drabbas av Parkinsons sjukdom. I dessa situationer vill inte alltid patienterna uttrycka sin vilja verbalt. Då är det vårdpersonalen som bör uppmärksamma och kunna läsa de signaler som skickas (Livsmedelsverket, 2003).

En otrivsamt måltidsmiljö ger negativa signaler vilket påverkar matlusten. I några studier uppmärksammades hur, på grund av några situationer som exempelvis; brist på kunskap med specialkost, viss personal i äldreboenden inte var omsorgsinriktad, bråkigt sällskap vid måltiden. Det resulterade i att vårdtagare blev placerade på en underordnad nivå. De som var mest drabbade var de som var mest sjuka och inte kunde kommunicera sin vilja. De fick alltså nöja sig med det de fick. Detta kan påverka äldres näringsstatus då de inte får den näring de behöver (Mattsson Synder, 2002; Naithani m.fl., 2008; Mattsson Synder & Fjällström, 2005).

2.5 Sammanfattning

Vikten med hälsan inom äldreomsorgen har uppmärksamma över hela Sverige de sista decennierna då undernäring har visat sig ha tagit en stor plats inom målgruppen. Livsmedelsverket har med hjälp av Expertgruppen för samordning av sjukhuskost (ESS-gruppen) tagit fram riktlinjer för att minska malnutrition inom äldreomsorgen. Meningen med de riktlinjerna är att ge individen den energi och näring som de behöver genom att erbjuda tre olika grundkost, SNR, A och E-kost, inom vården. En förutsättning för att intentionerna med de nya rekommendationerna aktivt kan genomföras i de olika äldreboendeformerna är att kommunikation mellan de olika delarna i nutritionskedjan beaktas. Det vill säga att den kommunikation mellan organisationerna där köket är matproducent och vårdavdelningar beställare och även mellan ledning och personal fungerar tillfredställande. Med tanke på vårdtagarens välmående ska kunskap och effektivitet stärkas mellan länkarna i matkedjan. I den här uppsatsen fokuseras länken mellan vården och köket.

3. Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka hur grundkosterna SNR, A och E-kost upplevs av vård och kökspersonal inom äldreomsorgen.

3.1 Frågeställningar

- Hur hanteras beställning av grundkosterna mellan köket och vårdavdelningar?
- Hur hanteras grundkosterna i köket och i vårdavdelningar med avseende på riktlinjer?
- Hur uppfattar köks- respektive vårdpersonal grundkosterna i relation till vårdtagarens hälsa?

3.2 Avgränsningar

Det finns andra faktorer som ESS-gruppen tar hänsyn till gällande riktlinjer för god hälsa. Det är fysisk aktivitet, fettkvalitet, kostanpassning, rutinkontroller i samband med mathantering. Men det är inte första prioritering i den här undersökningen. Inte heller studeras kosterna med utgångspunkt från de boendes upplevelse av maten.

4. Metod

För att göra en undersökning bör man fråga sig vilken inriktning undersökningen skall ha. Sålunda kan man säga att i en kvantitativ undersökning avläser man förekomster av fenomenet. Medan i en kvalitativ undersökning avläser man fenomenens egenskaper eller mening enligt Widerberg (2009). Visserligen kan man läsa i Trost (2004) att en kvalitativ undersökning kan betraktas i forskarvärlden som en förstudie till en kvantitativ undersökning. Vilket han inte håller med om. Det han menar är att syftet i en undersökning har stor betydelse för val av metod och att den ena metoden inte utesluter den andra med avseende på tillförlitlighet. Den här undersökningen inriktar sig på människors upplevelse av ett visst fenomen. Det vill säga hur vård- och kökspersonalen upplever SNR, A och E-kost. Därför var det lämpligt att använda en kvalitativ ansats som metod.

4.1 Data insamling

Insamling av data för en undersökning kan ske på olika sätt beroende på om studien är inriktad mot kvantitativ eller kvalitativ ansats (Patel & Davidson, 2003). I motsats till kvantitativ datainsamling, som kräver t.ex. enkäter för att kunna mäta och kvantifiera data statistiskt, är kvalitativ datainsamling utformad med till exempel ostrukturerade intervjuer, observationer och tolkningar från forskarens sida, enligt Patel & Davidson (2003).

Har man bestämt sig för att göra intervjuer så är det viktigt att tänka på undersökningens syftet innan data insamlingen startas och även vilken metod man har valt för datainsamling och vilka svar man söker. Genom att tydliggöra de nämnda punkterna för sig själv som undersökare kommer resultaten av intervjuerna hålla bra kvalitet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2009).

Med utgångspunkt i det senare stycket gjordes en analys för att komma fram till vilket tillvägagångssätt som var mest adekvat för att formulera relevanta intervjufrågor. Genom att syftet med undersökning är att belysa ett specifikt fenomen har denna studie fallit inom ramen för en fallstudie. En fallstudie kan beskrivas som ett tillvägagångssätt där undersökaren vill upplysa och fördjupa sig i ett specialfall. Fallstudien kan användas inom såväl kvantitativa som kvalitativa metoder (Patel & Davidson, 2003). Enligt Bryman (2007) bör en studie för att betraktas som fallstudie kombineras med både kvalitativa och kvantitativa metoder. Men Patel och Davidson (2003) nämner att man i en fallstudie kan använda sig av olika sätt att samla information. I det här fallet var det lämpligt att använda intervjuer och någon mer informationskälla, så som dokument som kostpärmar och beställningslistor. Detta också med tanke på att samla information angående verksamhetens beskrivning, leverans och beställningssystem.

I kostpärmar finns bland annat information som är avsedd både för vård- och köks personal. I Närvård i Sörmland (2009) är riktlinjer för nutrition och hälsa fastställd. Samtliga avdelningar och även köket har en kostpärm med liknande information och det är meningen att uppdatering ska ske varje gång det kommer nya uppgifter. Informationen som erhålls i dessa pärmar är det som till i viss del styr båda verksamheterna. Det finns också utbildningsmaterial om grundkosternas betydelse och sammansättning. Det finns med en detaljerad ansvarsfördelning avseende verksamheterna. Där finns även information om allergi,

överkänslighet och livsmedelshygien med mera. En detaljerad lista på kostpärmens innehåll (se bilaga 1).

Beställningslistor är ett av de viktigaste instrumenten för information och kommunikation mellan avdelningarna och köket. I dessa listor finns det huvudsaklig information som styr matleveransen och vårdtagarnas nutrition mellan verksamheterna. Här kan man se det antal boende och de olika typer av dieter som varje vårdtagare skall ha. Vid varje förändring skall vårdpersonal informera kökspersonalen så att rätt mängd mat eller rätt diet kommer till rätt avdelning. I avdelningens listor förutom boendens namn och typ av diet, finns hos vissa avdelningar ytterligare information som till exempel förslag på mellanmål eller extra energi och protein för boende med sådana behov.

Det finns en stor variation i intervjuformer vid sammanställning av intervjufrågor inom kvalitativ ansats beroende på standardiseringsgrad. Det vill säga hur mycket variation finns mellan intervjuerna beträffande frågeformer. En allt för standardiserad intervjuform är inte lämplig inom kvalitativ ansats då informationen som forskare kan få fram genom att anpassa frågor efter intervjusituationen begränsas (Widerberg, 2009).

Med utgångspunkt i undersökningssyfte vid utformning av intervjufrågor sammanställdes två olika intervjuguider. En var anpassad för kökspersonalen (se bilaga 2) och den andra var anpassad för vårdpersonal (se bilaga 3). Frågorna var utformade efter Trosts (2004) teori om hur intervjufrågor för en kvalitativ undersökning ska formuleras.

En genomtänkt intervjuguide användes som stöd under intervjun. Den utformades med enkla och raka frågor som var specifika och lättförståeliga. Detta för att inte orsaka förvirring hos den intervjuade. Sedan vid intervjutillfället anpassade jag ordningsföljden på frågorna beroende på hur intervjun utvecklade sig. Av samma anledning kunde jag ställa följdfrågor under intervjuns gång för att komplettera informationen. Varje intervjusamtal antecknades och spelades in med godkännande av den intervjuade.

Intervjuguiden som var avsedd för kökspersonalen berörde upplevelse av matlagningen, beställningssystem och leveranssystem gällande grundkosterna. Intervjuguiden för vårdpersonal berörde frågor som är kopplade till matsystemet som finns på avdelningarna i relation till grundkosterna.

4.2 Urval

Anledning till urvalet av informanterna var min erfarenhet av att ha arbetat på den valda måltidsverksamheten under den perioden då grundkosterna implementerades. Här upplevdes hela processen och dess svårigheter för kökspersonalen för genomförande av denna implementering.

För undersökningen valdes ett äldreboende med respektive matproducent inom en offentlig verksamhet i Södermanland. En av enhetscheferna på vårdavdelningarna kontaktades genom ett telefonsamtal där hon informerades om intentionen med denna undersökning. Det avtalades att vi skulle träffas och att hon skulle informera de resterande enhetscheferna på de olika vårdavdelningarna. Under det mötet berättade enhetschefen bland annat om hur avdelningarna var uppdelade, vem som var kostansvarig på de olika avdelningarna, och även om hur de arbetade inom Södermanland med att förebygga undernäring inom äldreboenden. All upplysning som erhöles av enhetschefen gav en bättre bild av hur intervjuerna skulle läggas

upp. Därtill gavs möjligheten att få en bredare information av upplevelsen av arbetet med grundkosterna inom äldreården.

De första tankarna om vem som skulle intervjuas inkluderade inte kökspersonalen, den tanken ändrades efter mötet med enhetschefen. Att intervju kökspersonal ansåg jag skulle berika undersökningen genom att ge ett synsätt på fenomenet från ett annat perspektiv. Enligt Trost (2004 s.17) ”*Urvalet ska helst vara heterogent inom den givna homogeniteten*”. Han menar att i urvalet ska finnas variation men inte så extrem så att den kan betraktas som orimlig. För val av intervju personer i köket kontaktade jag respektive enhetschef gällande tillstånd för undersökning. Vidare bad jag en anställd om förslag på två anställda som var direkt involverade i tillagning av grundkosterna.

Intervju personerna på vårdavdelningarna valdes först efter en lista som jag fick av enhetschefen med namnen på enhetschefer och omvårdnadsansvarig sjuksköterska från varje avdelning. Meningen med valet av intervju personer var att de skulle vara kopplade till grundkosterna på något sätt. Eftersom omvårdnadsansvarig var kostansvarig i den sektion de jobbar på var det viktigt för mig att intervju dem. Sedan var det också viktigt att intervju en undersköterska/vårdbiträde då det är de som är nära vårdtagarna och hjälper dem med maten. De sistnämnda intervju personerna valdes efter enhetschefens förslag eller efter omvårdnadsansvarigt förslag.

4.3 Genomförande

Efter mötet med den första enhetschefen kontaktades respektive enhetschef på de valda avdelningarna via telefon. Vid varje samtal presenterade jag mig och berättade kort om undersökningens syfte samtidigt som jag bad om tillstånd för att intervju vårdpersonalen. Samtliga kontaktade enhetschefer hade redan blivit informerade om mitt uppdrag och de hade inga invändningar till det.

Kökspersonalen informerade jag personligt under min dåvarande praktikperiod i den verksamheten efter att kökets enhetschef kontaktats i förväg. Vid en lunchrast berättade jag för personalen i köket mer ingående om syftet med undersökningen. De fick också veta att jag behövde intervju några av dem om de godtog det. Därefter valde vi med hjälp av en anställd de möjliga intervju personerna. För mig var det viktigt att kökspersonalen i likhet med vårdpersonalen var direkt kopplade till grundkosterna i det här fallet tillagning av dem.

Sammanlagt blev det nio intervjuer. De delades upp så att det blev två intervjuer per avdelning, en omvårdnadsansvarig (sjuksköterska) och ett vårdbiträde/undersköterska, och två personer från köket. På en avdelning blev det tre intervjuer oavsiktligt vilket inte på något sätt betraktades som negativt för undersökningen. Nästan alla intervjuer utfördes på vars och ens arbetsplats. Intervjuerna varierade mellan 30 till 45 minuter i tid. Intervju personen som medverkade från äldreomsorgen var från tre olika boendeformer; demensavdelning, äldreboende och korttidsavdelning. Den fördelningen ansåg jag vara mer rättvis för undersökningens resultat med avseende på de olika boendeformer som finns i verksamheten. Av samma anledning ansåg jag att den fördelningen förstärkte undersökningens validitet då det undersökta fenomenet kan upplevas olika beroende på de olika boendeformerna. Fast i Bryman (2007) nämns att validiteten inom kvalitativa fallstudier är svårt att nå med avseende på det begränsade urvalet. Å andra sidan bör man som undersökare visa ärlighet vid

förmedling av information. ”En god kvalitativ analys kännetecknas av att ha en god inre logik där olika delar kan relateras till en meningsfull helhet” (Patel & Davidson, 2003 s.105).

4.4 Intervjuanalys

Varje intervju skrevs ner ordagrant för att kunna fånga in all information från respondenterna samtidigt som de kodades med ett grundtal i samma ordning som intervjuerna genomfördes.

När vissa meningar inte kunde tydas ordentligt var det viktigt att förstå helheten. Det gäller även för de kommentarer som citeras under textens gång då talspråk ibland kändes obegripligt när det väl satts på papper. Enligt Trost (2004) bör man med tanke på etiken inte utsätta respondenterna för det, även om sannolikheten att texten kommer att läsas av dem inte är stor. Och för att ge intervjun en mer personlig karaktär valde jag att döpa de intervjuade med ett fiktivt namn. För enkelhetens skull har jag till kökspersonalen valt namn som börjar med K och för vårdpersonalen med V.

Vid analys av intervjuerna var det adekvat att ha ett intervjuschema där jag kunde placera de olika kategorier som berördes under samtalen. Efter att ha skrivit ner intervjuerna granskades all data, varje intervju för sig och flera gånger. Detta för att identifiera skillnader och likheter mellan respondenternas upplevelse av grundkosterna.

De kategorier som identifierades som mest relevanta för undersökningen var de som berörde upplevelse och hantering av grundkosterna samt interaktion mellan de olika rollerna. Specifikt var fem kategorier: roller och ansvar, kommunikation, inställning till grundkosterna, kunskap och effektivitet, och vikten av nutrition och måltider.

Den innehållsanalysmodell jag använde mig av under analysprocessen var den som beskrivs av Granskär & Höglund–Nielsen (2009) (se figur 3) där intervjuerna delas in i olika kategorier.

Underkategorier	Kategorier	Tema
Utbildningsbakgrund Olika roller	Roller och ansvar	Bakgrund
Nutritionskedja Beställningssystem Leveranssystem Tillgänglighet	Kommunikation	Interaktion
Grundkosterna mening Grundkosterna hantering	Inställning till grundkosterna	Svarigheter
Utbildning Information Engagemang	Kunskap och effektivitet	Medvetenhet
Måltider Måltidssituation Personalens engagemang Livskvalitet Etiska aspekter	Vikten av nutrition och måltider	Trivsel

Figur 3. Innehållsanalys av intervjuerna där olika underkategorier, kategorier och tema identifierades. Källa: Granskär & Höglund–Nielsen (2009).

4.5 Etiska aspekter

Vid vetenskapliga undersökningar finns en etisk ställning som man som undersökare måste ta hänsyn till för att bland annat skydda informanternas integritet och identitet. I Vetenskapsrådet (2000) nämns fyra huvudkrav som utgångspunkt. Tre av de fyra huvudkraven är information, samtyckes- och nyttjandekravet. Varje informant har vid varje intervjutillfälle fått respektive information. De har också blivit informerade om vilken signifikativ insats deras information har för undersökningen med undantag för en enhetschef som inte framstår som intervjuad men som gav mig fullvärdig information om vårdverksamhetens nuläge. Den personen kontaktade jag senare och bad om tillstånd att använda en del av den informationen, vilket godtogs. Ett fjärde krav gällande konfidentialitetskravet har förutom informerats, behandlas under undersökning med största försiktighet. Namnet på undersökningsdeltagarna har skyddats genom att ge dem ett fiktivt namn. Och vid den erhållna dokumentationen från både köket och vårdavdelningar togs namnen bort som tillhörde de boende. Inspelning av intervjun sparades efter varje tillfälle på min privata dator och kodades med en siffra. Sedan när det inte fanns någon användning för dem, raderades all informationen helt. Likaså gjordes med den skriftliga delen. Vetenskapsrådet lägger ansvar på undersökaren att man bör väga in samtidigt som man ska uppmärksamma försiktighet och ta hänsyn till etiska aspekter (Vetenskapsrådet, 2000). Med hänsyn till att denna undersökning inte är av etiskt känslig karaktär och att ingen av de intervjuade var minderårig eller hade behov av vårdnadshavare har samtliga intervjuade fått informationen om etiska aspekter och deras rättighet gentemot intervjun enbart muntligt.

5. Resultat

I följande avsnitt presenteras resultatet av de nio genomförda intervjuerna, där respondenterna var två personal från en måltidsverksamhet och sju från äldreomsorgen. Resultatet sammanställdes i första hand med hänsyn till undersökningens syfte och frågeställningar. Därför delades de upp i fem kategorier. Det som först redogörs förklarar vilka roller respondenterna spelar i nutritions kedja. Sedan följer de tema som var intressanta och som gav svar på frågeställningar så som kommunikation mellan länkarna, inställning till grundkosterna, kunskap och effektivitet och vikten av nutrition och måltiden.

5.1 Respondenternas utbildningsbakgrund och ansvar inom nutritionskedjan

5.1.1 Omvårdnadsansvarig

Veronika har jobbat som undersköterska i 26 år och som sjuksköterska i 5 år
Vera har jobbat som sjuksköterska i 15 år, hon har också jobbat som vårbiträde och undersköterska
Viveka har jobbat som sjuksköterska sedan 1971.

De tre intervjuade sjuksköterskorna är kostansvariga för respektive avdelning. Deras insats i nutritionskedja är bland annat att undersöka boendes nutritionstillstånd och bedöma utifrån det, vilken kost varje boende ska ha. Vidare skall de rapportera över till nästa länk i kedjan, undersköterska/vårdbiträde. Sjuksköterskorna har även uppgiften att informera och guida personal i frågor angående grundkosterna.

5.1.2 Vårdbiträde/undersköterska

Viola är vårdbiträde och har jobbat i 10 år på den här arbetsplatsen.
Vega är undersköterska. Hon har jobbat här i 21 år och är med i matrådet.
Vilma började jobba efter att hennes undersköterskeutbildning var klar, för 19 år sedan
Viant är undersköterska och har jobbat på den här arbetsplatsen i 21 år

Vårdbiträden/undersköterskor motsvarar den länk i nutritionskedja som utifrån rapportering från sjuksköterskan beställer och informerar köket om vilka kosten som skall tillagas och levereras. De rapporterar även till sjuksköterska om boende visar rubbningar med intaget av mat. Alla undersköterskor/vårdbiträden har motsvarande arbetsuppgifter som innefattar matsituationerna. Det innebär att bereda frukost och mellanmål till boendena, hämta matvagnen, servera måltiderna och vara tillgängliga för de boendena om de behöver hjälp.

5.1.3 Kökspersonal

Kamilla har jobbat i den här verksamheten i mer än fyra år. Hon har gått konsument ekonomisk linje och livsmedelsbageri. Hon har också jobbat på ett lasarett där hon säger att hon fått sin utbildning inom matlagning.
Kajsa har jobbat cirka tre år i verksamheten och hon har gått hotell och restaurangskola. Både Kamilla och Kajsa är anställda som kockar och är två av de som ansvarar för dietmatlagningen i verksamheten.
Kökspersonalens uppgift i nutritionskedja är att producera och leverera rätt mat för varje boende. Deras uppdrag är bland annat att laga mat och distribuera den till matvagnarna.

5.2 Kommunikation inom matkedjan

Först presenteras en kort beskrivning av båda verksamheterna (köket och vårdavdelningar) och hur leverans och beställningssystem fungerar. Samtidigt beskrivs hur vårdpersonal upplever kökets tillgänglighet. För att slutligen redogöra hur interaktionen går till mellan de tre länkarna av matkedjan: omvårdnadsansvarig, undersjuksköterska/vårdbiträde och kökspersonalen med avseende på grundkosterna.

5.2.1 Beskrivning av verksamheterna

I måltidsverksamheten tillagas cirka 1300 portioner per dag varav cirka 150 portioner skickas med värmevagnar/kylvagnar till 14 olika avdelningar inom äldreomsorgen både till lunchen och till middagen (även andra beställda varor skickas med matvagnarna). Resterande portioner skickas till olika skolor inom skolmåltiden. För äldreomsorgen serveras en maträtt varje dag och efterrätten serveras bara under helgdagar. Tjänstgörande personal i köket varierar mellan 8-10 personer på vardagar och 3,5 under helgen.

En tillfällig verksamhetsförändring uppstod vid den tiden då intervjuerna skulle genomföras. På grund av ombyggnation blev verksamheten förflyttat till en mindre lokal. Med anledning av det har tillagning av de tre grundkosterna (SNR, A och E-kost) förenats till en kost, SNR-kost. Beräkning av maten skulle ske på avdelningar efter vårdtagarnas behov. Av den orsaken fick jag vara extra tydlig med de frågor som berörde grundkosterna. Detta för att undersökningens syfte inte skulle komprometteras.

Vårdavdelningar är sammanlagt 14 stycken av vilka tre ligger utanför den byggnad vari köket är beläget. Antal boende varierar mellan 6 - 19 per avdelning. De resterande avdelningar befinner sig i vanliga fall i samma hus som måltidsverksamheten. Varje avdelning har en matsal där de boende samlas vid varje måltid. I vissa avdelningar finns det ett köksbiträde som hjälper till med servering av frukosten och/eller andra måltider.

5.2.2 Leverans och beställningssystem

Det finns listor i köket från varje avdelning där det står boendes namn och vilken kost var och en skall ha (se tabell 2). De listorna ska överensstämja med avdelningslistorna. Maten som levereras från köket till avdelningarna tillagas utifrån de listorna. Samma system som nämndes i förra avsnittet som används för att meddela köket de nyinkomna används också när en boende är borta under en måltid eller tillsvidare eller vid behov av förändring av kost. Den informationen antecknas i respektive kostlista. Det faxade dokument sparas för att senare föras in i en debiteringslista. Vårdavdelningarna sparar också en kopia som verifikation om det skulle hända att beställning/avbeställningen inte har kommit fram ordentligt. Så har en respondent berättat.

När någon åker till lasarett avbeställer vi då maten både per telefon och så skickar vi en avbeställningslapp. Vilma

Nedan i tabellen 2 visas exempel på hur kostlista i köket kan se ut. I första raden det önskemål som är generellt för hela den avdelningen. I resterande rader antecknas vilken kost med respektive beteckning varje vårdtagare ska ha. Beteckningar i kostlistan står för:

- ½ ET En halvportion E-kost med timbalkonsistens
- ½ EFL En halvportion E-kost med flytande konsistens
- EH En portion E-kost med normal konsistens
- AH En portion A-kost med normal konsistens
- SNRH En SNR-kost men normal konsistens

Tabell 2 Exempel på en vanlig kostlista från en specifik avdelning med 12 boende.

Avdelningsnamn	Kost	
		*Vill ha mycket kokta grönsaker *Vill ha kalvsylta istället för lantpaté *Hackat stekt fläsk till alla *Mycket sås på fiskgratäng
Boende 1	½ ET ½ EFL	Vill ha mixat, Ej timbal 1/2 flytande, kall fruktsoppa (gillar exotisk)
Boende 2	ET	Vill ha mixat, Ej timbal -vitkål, -kålrot, -stekt mat, -starka kryddor, -bönor, -svamp, -sylta Äter: broccoli, blomkål, pankaka, havregrynsgröt
Boende 3	ET	Vill ha mixat, Ej timbal
Boende 4	½ ET ½ EFL	-kål, -blodmat, -varm soppa ½ flytande , kall fruktsoppa +RIS
Boende 5	EH	
Boende 6	AH	
Boende 7	AH	-paltbröd, -blodpudding, -kroppkakor + RIS
Boende 8	SNRH	+ söt efterrätt och kaffebröd på hälgen. Vardagar äter frukt
Boende 9	SNRH	Söt efterrätt + RIS
Boende 10	SNRH	-ris (äter risgrynsgröt) + söt efterrätt
Boende 11	SNRH	+ sött efterrätt +RIS
Boende 12	SNRH	+ söt efterrätt

5.2.3 Kökets tillgänglighet

I frågan om kökets tillgänglighet för avdelningarna var de flesta respondenternas nöjda med kommunikation och leveranssystem. Det upplevdes som bekvämt att kunna ringa eller gå ner till köket de gånger som det missats något, antingen från köket eller från avdelningarna.

Det enda om det skulle vara nånting är det på kvällen, då kökspersonalen har hunnit gå hem innan man märker att det fattas någonting, det kan bli lite tokig då. Vega

Däremot var förutsättningarna för de avdelningar som inte ligger i kökets närområde annorlunda. Transporttiden kan vara en nackdel exempelvis om en efterrätt blev glömd i köket då har vårdtagaren hunnit ätit färdig när den anländer till avdelningen. Men om personalen märker i god tid att det har missas eller glömt att beställa finns inga problem alls att få det hem. Det går bra att ringa eller faxa till köket.

För kökspersonalen är också en fördel att de flesta avdelningar ligger nära köket. Att kunna snabbt åtgärda de fel som kan uppkomma är en trygghet både för personalen och också för boende. Så tycker en av kökspersonalen:

Det är ganska smidigt att vara i samma hus. De kommer och hämtar vagnar själva, har man missat något man kan springa ut med det. det är värre med de som är på annat ställe, det kan bli lite krångligt. Kajsa

5.2.4 Interaktion mellan länkarna i nutritionskedja

Omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna, ansvarar för att undersöka boendes nutritionstillstånd såväl hos de inneboende som på de nyinkomna. Beroende på var vårdtagaren bott tidigare eller varifrån han/hon placeras på avdelningen kan påverka hur omfattande bedömningen av nutritionstillstånd görs. Om en vårdtagare kommer från lasarettet eller är omplacerad från korttidsavdelning har i stort sätt nutritionstillstånd redan säkerställts och kosten är följaktligen ordinerad. Om personen kommer från hemmet skall enligt en omvårdnadsansvarig, om den inte redan har gjorts, nutritionstillstånd bedömas efter fall, trycksår och/eller undernäring.

Vidare skall omvårdnadsansvarig utifrån nutritionstillstånd rapportera över till undersköterska/vårdbiträde för respektive avdelning, vilken kost personen skall ha. Undersköterska/vårdbiträde i sin tur informerar kökspersonalen genom ett skriftligt dokument som faxas eller skickas med matvagnen till köket. I det dokumentet skall finnas avdelningsnamn (där den inkomna ska bo), vårdtagarens namn, kostbeteckning, om personen bör ha avvikande kost (laktosintolerans, flytande kost med mera). Datum och i vilken måltid på dagen den ankomna ska börja matförsörjas är en del av informationen. Det är undersköterskor/vårdbiträden som uppmärksammar om den boende visar något symtom på minskad aptit, ätsvårighet eller/och avmagring. Tillsyn av vårdtagarna pågår konstant i ett ständigt samarbete mellan omvårdnadsansvarig och undersköterskor/vårdbiträde. I första hand skall förändring av kosten anpassas för eventuella nutritionsrubbnings. Kontakten mellan omvårdnadsansvarig och läkare är också aktuell om behov finns av ytterligare undersökning. Länken i matkedjan där dietist är inblandad, var det bara en omvårdnadsansvarig som nämnde att hon hade kontakt med vid behov av råd.

Så tycker en omvårdnadsansvarig om den individuella nutritionsbedömningen.

Jag gör bedömning på var och en sedan ampassar man kosten efter deras behov, det är det som är tanken med det nya. Veronika

5.3 Respondenternas inställning till grundkosterna

Följande avsnitt handlar om det centrala temat i denna undersökning, de olika personalkategoriernas upplevelse av grundkosterna. Det är både negativa och positiva upplevelser och attityder till grundkosterna och samtidigt beskrivs svårigheter vid hanteringen av grundkosterna.

5.3.1 Svårigheter vid hanteringen av grundkosterna

De flesta respondenterna upplever grundkosterna ”spontant” som negativ. Det är många minnen och tankar som väckts till liv vid frågan om hur grundkosterna upplevs. Men å andra sidan är alla eniga att framsteg görs.

För vårdpersonalen är den största problematiken förståelse av portionsstorlek, till exempel att SNR-kost som anses vara lämplig till bland annat överviktiga och diabetiker ska vara större än A-kost och E-kost. Och att E-kost portioner som är avsedda för undernärda inte är tillräckligt för en person.

Ett annat problem är att antalet pytsar med mat som levereras från köket upplevs ohanterligt. Den problematiken har mest dominans på de avdelningar som har flera kostavvikelser.⁴ På grund av ett redan stort antal pytsar har blivit flera sedan grundkosterna infördes har man minimerat vissa avvikelser, och bara behållit de avvikelser som relateras till hälsan. De avvikelser som togs bort är till exempel de maträtterna eller komponenter i maträtten som personalen vet att vårdtagare inte gillar, men inte blir sjuk av. Den avvikelser/avvikelse har de haft med sig sedan de bodde hemma för många år sedan. I frågan om vad det har fått för konsekvenser för de vårdtagare, svarade en respondent så här:

Ja ibland har det väl inte gjort de boende så mycket, men de anhöriga har haft synpunkter och den biten har varit jobbig. Viveka

⁴ Kostavvikelse innebär att man på grund av allergi eller överkänslighet utesluter en produkt eller flera från den vanliga maten vid tillagning. Kost avvikelse kan också innebära special kost.

5.3.2 Praktisk tillämpning av grundkosterna

Innan tillredning av maten startar bör kocken som lagar lunch/middag gå igenom varje lista från de olika avdelningarna och sammanställa en lista där det sätts ihop liknande koster från varje avdelning. På det sättet vet kocken i förhand hur många portioner av varje kost som bör tillagas. Detta system upprepas varje gång då en rätt ska beredas. När kocken har sammanställt listan skrivs antal portioner för respektive kost och avdelning ner på kantiner som vid varje tillfälle fylls på med den färdiga rätten. Kocken som bereder mat till kvällen eller under helgen tillagar även de avvikande kosterna. Innan grundkosterna infördes tillagades bara en kost för alla med respektive kostavvikelse. Numera tillkommer de avvikande kosterna vid varje grundkost (SNR, A, E-kost) separat. Av den anledning, menar respondenterna, att sedan grundkosterna infördes har det blivit mera pytsar att skriva information på. Till det kan tilläggas den tid det tar att överföra beställningar på pappret och beräkna antal portioner. Så förklarar kökspersonalen:

Det är mer pappersarbete än att laga mat. Jag tror att vi jobbar fel. Min önskan är att de beställer 3 SNR, 7A, 1E, då vet man, det är bara och summera. Kamilla

Det tar ganska lång tid, det kan ta 40-45minuter att skriva en rätt. När man förbereder till exempel för helgen då man har massa olika maträtter, kan man ibland sitta två timmar. Kajsa

Själva tillagningsprocessen av grundkosterna upplevs i stort sätt av respondenterna som påfrestande vilket ger upphov till att kökspersonalen ifrågasätter både den tekniken som man använder vid matlagning och också beställningssystemet.

5.4 Kunskap och effektivitet vid hantering av grundkosterna

Det här avsnittet ger en bild av hur respondenterna upplever kunskap och effektivitet gällande de nya grundkosterna utifrån sina perspektiv.

Från måltidsverksamhetens sida upplever de intervjuade att det saknas information och kunskap inom ämnet. De saknar grunderna för att kunna förstå varför dessa kostförändringar gjordes och vilka fördelar de olika grundkosterna tillför individen. De saknar även en praktisk förklaring på hur man på ett smidigare sätt klarar tillagning av grundkosterna. Så att man kan minska arbetsbördan och ägna mera tid till att förbättra produkten man levererar.

Så förklarar de:

Man vill ju kunna lägga själen i matlagningen men det är inte alltid man hinner. Kajsa

Det är lättare att förstå vad man jobbar med och man kanske kan förstå SNR, A och E-kost på annat sätt. Kamilla

Vi fick en grundutbildning, om kan kalla det så, ett år innan vi började med det. Vi blev bara inkastad, ingen hjälp. Kamilla

Det är svårt när man sitter i det gamla, går man på en kurs så att man kan se saker med nya ögon då tänker man på nytt sätt och då är det alltid lättare att förändra saker, arbetssättet och tänkandet. Kajsa

Bland vårdavdelningens respondenter finns olika uppfattningar om behovet av utbildning eller behov av mer information om den nya kosten. De flesta undersköterskor/vårdbiträden i likhet med kökspersonalen känner att den givna informationen inte har varit tillräcklig för att de

skall kunna förstå vad grundkosterna innebär. Okunskap ger förvirring, frustration och längtan efter den tryggheten de hade när bara A-kost var aktuell.

Man skulle kunna informera alla på ett möte, där någon kommer och informerar om det på alla avdelningarna, så att man får lite insikt och bakgrund till det hela, så att man är så att säga i tänket lite gran. Viola

Men det kan ibland kännas att om någon står på SNR-kost och har blivit tunn, då lägger vi självmant i lite berikning ändå i deras mat. Viola

Det är svårt att veta hur portionsstorlekar ska delas, vi kan inte skilja på 250g eller 200g på en bit fisk, det är lättare med köttbullar, man bara räknar dem. Det hade varit bra om man från början fick veta att vi själva skulle dela maten i olika portioner. Viant

Omvårdnadsansvarig å andra sidan har också delade uppfattningar beträffande behov av utbildning för undersköterska/vårdbiträde. Här menas att information som har tilldelats skall vara tillräcklig för att personalen ska kunna hantera grundkosterna på ett bra sätt. Andra är tveksamma om det, eller också har de funderingar att implementering av den nya kosten har sköts på ett osmidigt sätt. Ju mer man jobbar med kosterna desto bättre kunskap bör man få, är en tanke som alla respondenterna är överens om, även de i köket. Men flera anser att med lite utbildning kan hantering av grundkosterna bli effektivare då man blir mer medveten om det man gör.

Det finns en kostpärm som innehåller all information som personalen bör veta för att kunna förstå vad grundkosterna går ut på. I den pärmen finns bland annat de *Länsgemensamma Rekommendationer*, där riktlinjer för de äldres hälsa står i fokus. Det finns även tabeller som förklarar grundkosternas principer, recept med olika förslag för frukost och energi samt proteinrika mellanmål. Men det är inte säkert att all personal har läst den informationen som står i kostpärmen. Och det kan vara grunden för okunskap gällande grundkosterna, menar en omvårdnadsansvarig.

5.5 Vikten av nutrition och måltider enligt respondenterna

Trivsel, livskvalitet, serveringstiderna är bland annat några aspekter som utmärks under intervjuerna som är relaterad till nutrition och måltid, aspekter som även innefattar grundkosterna. I det här avsnittet förekommer flera citat från respondenterna. Motivet till det är att ge läsaren den inlevelse som jag själv upplevde när kommentarerna gjordes.

5.5.1 Trivsel och livskvalitet i äldreboende

Det är svårt att fullfölja grundkosternas princip när intentioner i de olika boendeformerna är att skapa en gemensam miljö vid måltiderna, anser respondenterna. Måltidssituation som utformas med olika grundkosterna består av olika mängd komponenter och extra energirika produkter på de olika portionerna, beroende på vilka behov vårdtagaren har.

Enligt respondenternas observationer under matsituationen är att grundkosternas portionsstorlek också är distraherande och störande för boendenas välmående vid måltiderna. Skillnaderna på portioner framkallar orolighet och avundsjuka hos dem sinsemellan.

På några avdelningar har omvårdnadsansvarig med råd av läkare tagit bort SNR-kost från deras kostlista även om vissa vårdtagare har behov av den. Detta med anledning av oron som de olika portionsstorlekarna orsakar vid måltiderna. Att boendena som ordinerar A-kost och

E-kost får grädde till efterrätten är också en situation som skapar otrivsel vid måltiderna. Då gör man så att grädden utesluts från SNR-kost. En omvårdnadsansvarig kommenterar:

Då blir det så att vi vispar grädde ändå för att de vill ha det som grannen får, får han grädde och jag fick ingen grädde! Man måste väga vad är det som är nyttigt och vad är det som är livskvalitet också när man är åttio år eller hur? Veronika

Medvetenhet bland respondenterna om vårdtagarnas livskvalitet och mat som medicin går emot varandra. Med tanke på trivsel är det flera som tycker att måltiderna inte bara är näring utan det är mer komplext än så. Och för att skapa ett fint klimat vid måltiderna är det flera respondenter som önskar att man kunde ge SNR-kost till samtliga boende sedan portionerna berikats på avdelningarna efter behov. Så tänker några respondenter om måltider gällande trivsel och livskvalitet;

Vi har oftast lite extra nånstars i alla fall, det inte är så att alla går på smalmat, även de som går på bantning. Jag menar vi unnar dem något lite extra emellanåt. Vi är inte helt om man säger stränga på det viset, de är ju levande varelser som ska njuta av sin tillvaro också, jag menar, inte bara att de ska se det medicinska hela tiden. Vega

Det är några fasta punkter under dagen, då man träffas allihop. Annars är det många som är inne på rummen, så många gånger blir det den sociala biten också. Viant

Och sen en sak till som jag tycker när man ändå får tycka lite, då är det om önskemat. De får alltså önskemat när de ligger och inte ska leva längre, våra slutar att äta över i huvudet när de ska gå bort så de får önska mat, den sista måltiden ungefär men det är ingen som vill göra det för att det är ingen som vill äta när man ska dö och jag tycker att det är helt fel. Det är nu när de är som piggast som det smakar, det är nu när de skulle kunna önska någon gång i månaden kanske. Eller om vi ska göra någonting speciellt då vill man att de ska få önska nånting eller vi önska åt dem att de ska få, inte när de ska dö då är det ingen som äter på flera veckor, det är helt sjukt alltså det kan jag inte förstå. Det här är inte något fängelse liksom sista måltiden utan så va', det där systemet begriper jag mig inte på. Vega

5.5.2 Måltidsordning och näring

Hur måltiderna är planerade under dagen anser respondenterna har stor betydelse för de vårdtagarens nutritionssammansättning under dagen. Tätheten mellan måltiderna, speciellt mellan frukost och lunch är huvudsaklig orsak till att inte flera mellanmål kan serveras mellan måltiderna, såsom beskrivs i rekommendationerna.

Huvudmålens serveringstid är i vanliga fall det samma för samtliga avdelningar det kan variera med en halvtimme emellan för de avdelningar som inte befinner sig i samma hus som måltidsverksamheten. Frukosten serveras vid 9.00, lunch vid 12.00 och middag serveras vid 16.30. Även mellanmålen serveras ungefär på samma bestämda tider men kan däremot finnas lite variation i vad som serveras. Frukost är det samma för alla. Varje boende väljer själv vad de vill äta. Sedan berikar personalen till exempel gröten med grädde eller smör för de som behöver energiproteinrik kost och de som står på SNR-kost får osötad sylt. På vissa avdelningar för att behålla eftermiddagsfika vid 14.30 kan man servera något mellanmål i form av efterrätt direkt efter lunchen. På det sättet kan dagsintaget kompletteras för de som är undernärda.

Kaffe och bulle är inget bra mellanmål men det går heller inte att ta bort det, de är ju vana att få det. säger Veronika.

Medan man på andra avdelningar serverar bara eftermiddagsfika. Det samma gäller med kvällsmål som serveras vid kl 19.00. På vissa avdelningar kan man erbjuda varma smörgåsar eller baka pizza eller grilla, andra bara serverar kaffe och smörgås

Vissa perioder har vi jobbigt med de boende, ingenting funkar, men sen andra perioder kan vi göra hur mycket som helst. När det är fint väder varmt och sån då slänger vi på grillen, vi dukar långbord där ute, de tycker att det är lika mysigt som alla andra. Vega

Beroende på vilken avdelning vårdpersonalen jobbar på är det skillnad på vad som serveras vid kvällsmål. Var och en svarar för sin avdelning, och det beror också på hur de boende mår. Några lägger sig tidigt, några orkar inte äta. Här kommer några kommentarer om det:

Problemet med våra gamla är att det är så svårt att få i dem mellanmål då de tycker att de gör inget annat än äter. Veronika

De flesta är uppe vid nio mellan åtta och nio äter de flesta frukost så är det en del som kommer lite efter, inget mellan mål, sedan är lunch vid tolvtiden. Viant

Vi har rätt så många som behöver extra energi då har vi tillskott av näringsdrycker, försöker ge mellanmål och extra... de är svåra, oftast vill de inte ha, hellre att de äter nånting även om det inte är så jättenyttigt än att de äter inte alls. Vera

Vidare har en respondent påpekat att vikten med måltidsordning har en stor betydelse för äldres välmående. Respondenten menar att i flera fall dröjer det inte länge innan de märker att personen börjar gå upp i vikt när de väl har fått ett fast boende inom äldreomsorgen. Vid den berättelsen är det inte svårt att tolka de signalerna av stolthet som strålar från andra sidan bordet. Ett fast boende inom äldreomsorgen enligt respondent betyder bland annat fasta måltidsrutiner, varierad kost och det rätta näringsintaget.

6. Diskussion

Det är fyra avsnitt som kommer att tas upp här och diskuteras. Den första är metoden som gav underlaget för denna studie. Sedan kommer resultat av de samlade intervjuerna att diskuteras i relation till teorierna. Vidare ska förslaget om fortsatt forskning tas upp för att avsluta med slutsatsen.

6.1 Metoddiskussion

Först vill jag nämna och som tidigare sagts i resultatet att på grund av ombyggnationen hade tillagning av grundkosterna tillfälligt upphört. Och med hänsyn till resultatet hoppas jag att detta inte har påverkat respondenternas inställning och upplevelser gentemot grundkosterna.

Den valda metoden för denna studie var lämplig då antal intervjuade inte var så stort. Men det var tillräckligt för att kunna få variation gällande synpunkter då respondenterna hade olika roller inom nutrivionskedjan. Eftersom denna studie kan kategoriseras som en fallstudie skulle det varit intressant för resultatet att ha kunnat komplettera undersökningen med observationer. Eller kombinera den med kvantitativa data vilket Bryman (2007) föredrar. Exempelvis kunde man ha undersökt antal vårdtagare som får, respektive inte får kost efter Livsmedelverkets rekommendationer.

Vad gäller intervjuguiden (se bilaga 2) kunde frågorna i vissa fall ha utformats för sjuksköterskor och undersjuksköterskor/vårdbiträde på olika sätt. Med tanken på att båda grupperna har olika sysselsättning inom nutrivionskedjan var några frågor från intervjuguiden som ställdes till sjuksköterskor överflödiga. Detta påpekande har inte på något sätt påverkat resultatet då intervjuerna var semistrukturerade och därtill kan man anpassa frågor eller använda sig av följdfrågor för att kunna få fram den information man vill ha. Men det kändes störande vid något tillfälle. Vidare kan man diskutera att med semistrukturerade intervjuer framkommer vissa intressanta teman under intervjuens gång, beroende på om respondenterna anser det temat intressant eller om de känner sig berörda av det. Även om man som intervjuare lägger fram en följdfråga för att framkalla ett visst tema blir det så att om respondenten inte anser den frågan viktig blir det ingen utveckling av svaret. På grund av det har jag ställt olika följdfrågor beroende på situationen. Vid andra tillfällen har jag ställt färre frågor då respondenterna utifrån en fråga gett ett så omfattande svar som täckt en stor del av den information jag var ut efter.

Ett tänkvärt dilemma uppstod vid fråga tre i intervjuguiden för vårdpersonalen då flera respondenter uppfattade frågan på olika sätt. Möjligtvis kunde jag ha omformulerat frågan redan efter första intervjun men personligen tyckte jag att det var intressant att se hur människor från samma bransch fångar orden på olika sätt och ger det olika mening.

Gällande litteratur förutom rekommendationer och riktlinjer för äldrevården fann jag inga studier eller undersökningar som berörde det syftet jag ville undersöka, vilket gav mig ambivalenta tankar. Å ena sidan kändes det positivt att undersöka något som ingen annan hade gjort tidigare och andra sidan kändes lite osäker då jag inte hade en utgångspunkt för min undersökning. Men redan efter den första genomförda intervjun blev tankarna fastställda och ett konstaterande att det fanns en efterfrågan av en sådan undersökning.

6.2 Resultatdiskussion

Utformningen av redogörelsen av detta avsnitt har gjorts efter Patel och Davidsons (2003) förslag med tanke på att läsaren lätt kan integrera sig i diskussionen. Diskussionen kommer därför att följa samma ordning som innehållet i resultaten.

6.2.1 Kommunikation mellan länkarna inom nutritionskedja

Inom vårdavdelningarna finns det klara riktlinjer för nutrition och hälsa hur man ska bemöta vårdtagare och hur man ska bedöma nutritionstillstånd och även vilka kosten den enskilde skall ha samtidigt även portionsstorlek. All denna information finns i kostpärmen som varje avdelning har ett exemplar av. Detta enligt riktlinjer som stipuleras av Socialstyrelsen (2000) och Närvård i Sörmland (2009) och som säkerställer äldrevården.

Kommunikationsprocessen mellan länkarna fungerar på ett bra sätt när vårdtagaren står i fokus, det vill säga tillsyn över vårdtagarna och rapportering mellan länkarna i nutritionskedjan. Kökspersonalen uppfyller kravet om matleveransen och är tillgänglig för vårdpersonalen under de timmar köket står till förfogande, via telefon eller personligt besök. Att köket ligger i samma hus som de flesta avdelningar är en fördel som inte de avdelningar har som befinner sig på annat område. När kökspersonalen inte är tillhands kan vissa handlingar uteslutas i det fallet man har glömt att till exempel beställa en specialkost eller om det blev en matpyts kvar glömd i köket. Antingen struntar man i att ringa eller så får vårdtagaren vänta. Vilket alternativ man än väljer är det vårdtagaren som blir drabbad. Enligt Nyberg (2009) med tanke på utlokalisering av måltidsverksamheten kan det vara svårt att korrigera fel som uppstår ögonblickligen. I det här fallet handlar det inte om kommunikation utan transporttid.

6.2.2 Respondenternas inställning till grundkosterna

Resultaten visar att samtliga respondenter har samma inställning till grundkosterna. Mera jobb och ansenligt större antal matpytsar. På grund av det har flera kostavvikelser tagits bort från kostlisterna på flera vårdavdelningar. Detta för att minska överbelastning både i köket och på vårdavdelningarna. Det ledde till att flera vårdtagare numera får äta vissa rätter som de inte ätit på länge. Det tagna beslutet har enligt respondenterna vårdtagares anhöriga reagerat på. Vårdtagarna kommer förmodligen inte ihåg nu, vilka rätter de inte gillade innan de blev sjuka men som fortfarande är en del i det livet de levde. Att anhöriga reagerar kan bero på att det är de som har information som rör vårdtagarnas matvanor före sjukdomen. Enligt litteraturen har anhörig rätt att bestämma över de situationer där vårdtagare inte kan svara för sig själv (Westergren, 2003).

Visserligen kan man inte i något sammanhang ifrågasätta vårdpersonalens engagemang för den service de ger de boende, och inte heller tvivla på om de försökt få den nya kosten att fungera på bästa sätt. Således är för vårdpersonalen, enligt resultaten, vårdtagarnas välbefinnande första prioritering.

Mattson Sydner (2000) talar i sin avhandling om att vårdtagarna kan behandlas som objekt eller subjekt. Och som objekt kan man placera eller bestämma över individens önskan. I flera studier visade det sig att i de verksamheter där vårdgivaren saknar engagemang för vårdtagarnas välbefinnande finns det brist på struktur, riktlinjer och adekvat styrning av kvalitetsarbete. Individerna i behov av vård placeras längs ner i skalan. (Mattson Sydner & Fjällström, 2005; Mattson Sydner, 2002; Naithani m.fl., 2008).

I motsats till de sist nämnda studierna är resultaten i denna studie beträffande förutsättningar för kvalitetsarbete och personalengagemang högre i standard. Det kontroversiella med båda situationerna är att även om det finns bestämmelser och riktlinjer som tas fram och som ska vara för vårdtagarens bästa med tanke på mathållning och kvalitetsarbete, hamnar individen som inte kan tala för sig själv ändå i en underordnad kategori där staten och vårdpersonalen bestämmer över dem. Det bästa är anser Mattson Sydner & Fjällström (2005) att kunna hitta en balans mellan att behandla vårdtagare som objekt och subjekt. Men resultaten av denna studie visar att i slutändan är det svårt att ge vårdtagare möjligheter att fritt kunna bestämma över sin egen önskan när det gäller mathållning, och samtidig försöka anpassa vården efter de förutbestämda normerna inom vårdinstitutioner. I denna kollision mellan behov av vård, riktlinjer och det praktiska arbetet uppstår ett etiskt dilemma där personalen efter bästa förmåga bör fatta beslut för en väl fungerande verksamhet. I Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008) nämns "det moraliska rummet" som två delar inom vårdarbetet. Den yttre sidan av rummen motsvara samhället, miljön och organisationen medan den inre delen motsvara etisk värdering, medvetenhet och omdöme. När den yttre delen kräver mer av personalen blir den inre delen begränsad, då får personalen på bästa sätt förhandla med sitt egna omdöme för ett gott arbetsförhållande och god service.

Ytterligare en problematik är att tillagning av grundkosterna orsakat tvivelaktiga effekter i det dagliga arbetet, framförallt gällande beställningssystemet. Komplexiteten ligger i att numera tillagas tre grundkost med respektive avvikandekost. Det kräver mer tid för förberedningsarbete, tid som borde användas, anser kökspersonalen, för att förbättra kvaliteten på det levererade produkten. Beställningssystemet har enligt resultatet i stort sätt inte påverkat vårdavdelningarnas sätt att arbeta. De har fortsatt beställa och avbeställa som tidigare, förutom att de numera använder de nya kostbeteckningarna.

Kökspersonalen har skyldighet som leverantör att både tillaga och leverera maten efter beställarens krav och riktlinjer som stipuleras i Närvård i Sörmland (2009). Men det saknas, anser personalen, klara rutiner och mer konkreta regler vilket är nödvändigt menar Eriksson-Zetterqist m.fl. (2006) för ett väl fungerande arbetssystem. Enligt Rubenowitz (2004) finns det vissa aspekter som borde beaktas vid införande av en förändring bland annat samarbete och produktion.

6.2.3 Kunskap och effektivitet vid hantering av grundkosterna

Som man kan läsa i resultatet finns det olika uppfattningar bland personalen gällande behov av utbildning och/eller information för att kunna hantera grundkosterna på ett bra sätt.

För några sjuksköterskor har den givna informationen i pappersform som finns i kostpärmen och den information som man har samlat på matråd varit tillräckligt för att kunna förstå innebörden med grundkosterna. Medan resten av vårdpersonalen saknar muntlig information där de bättre kan förstå de grunder på vilka grundkosterna baseras på och vikten av dem. För kökspersonalen å andra sidan ligger problematiken med grundkosterna även med inriktning mot arbetssättet.

Gällande hantering av grundkosterna känner sig både kökspersonal och avdelningspersonal osäkra. Många känner att vid införande av grundkosterna har det tagits mer hänsyn till den teoretiska delen än de mänskliga och praktiska delarna. För vårdpersonalen är det ofattbart att en person ordinerar E-kost när han/hon i själva verket inte blir mätt av den. Enligt Livsmedelsverket (2003) ska E-kosten vara avsedd för de patienter som har minskad matlust

eller helt tappat aptiten och inte orkar äta en A-kost portion. Vidare kan portionernas storlek vara mycket förvirrande när den levererade maten inte räcker för att vårdtagarna skall bli mätta. Livsmedelsverket (2003) och Närvård i Sörmland (2009) rekommenderar olika storlekar i SNR och A-kost. Detta borde förenkla problematiken med portionernas storlek, anser vårdpersonalen. Men det krävs att alla har den rätta kunskapen och vet hur portionerna ska hanteras och beställas, på rätt sätt tycker kökspersonalen. Socialstyrelsen (2000) föreslår att alla i nutritionskedja skall ha tillräcklig kunskap i sin respektive roll. Med rätt kunskap kan brister inom nutritionskedja undvikas.

Under avsnittet organisation nämns att i den offentliga verksamheten sker av olika anledningar ofta förändringar (Eriksson-Zetterqist m.fl., 2006; Mattsson, 2002). Förändringar kan skapa ovisshet, förvirring och avsaknad av kunskap inom arbetsgruppen som det visade sig i resultatet. Enligt Rubenowitz kan detta tolkas som motstånd mot förändringar, men så är inte alltid fallet menar han. Ju mer personalen informeras och ju mer de känner sig delaktig och säkra på den rollen som de förväntas utöva, desto mer positiva och effektiva till förändringar blir de (Rubenowitz, 2004). När osäkerheten tar plats i arbetsuppgifterna är det lätt att medarbetarna faller tillbaka i de gamla rutinerna där de kände sig trygga en gång i tiden. Även om alla respondenterna var överens om att ju mer man jobbar in sig ju mer kommer man in i arbetsrutiner kan den inställningen försämra resultatet vid införande av det nya arbetssättet. Hur denna konflikt behandlas inom organisationen kan vara avgörande för resultaten vid införande av förändringar menar Parmander (2010).

En anledning till att informanterna har olika uppfattningar kring utbildning och informationsbehov kan ofta härledas till olika utbildningsbakgrunder och ansvar inom nutritionskedjan. Enligt Rubenowitz (2004) bör den som styr hela förändringsprocessen i verksamheten uppmärksamma den enskilde medarbetaren på situationen och ge den möjligheter att ta in kunskap efter eget behov.

6.2.4 Vikten av nutrition och måltider enligt respondenterna

Medvetenhet beträffande äldres nutrition bland vårdpersonalen är stort enligt resultat. Detta kan ses bland annat i personalens engagemang vid de olika sammanhang där maten är i fokus. En situation som återkommer är den otrivsel som införandet av de olika grundkosterna har genererat på flera avdelningar. Situationen är oroväckande för vårdpersonalen och otrivsam för vårdtagarna. Anledning till det är enligt resultatet att grundförutsättningen vid kostordination innebär olika mängder av de olika komponenter som tillhör måltider som serveras på tallriken. Personalens strävan efter att ge vårdtagarna en god omvårdnad och minska undernäring bland dem innefattar även trivsel runt måltidssituationer, vilket medför att matlust och aptit ökar hos vårdtagaren så som föreslås av Livsmedelsverket (2003). Litteraturen visar olika brister bland annat gällande medvetenhet runt äldres nutrition inom vården där de mest behövande av vård har svårt att få en tillfredställande måltid/näringsintag. Den bristen leder till undernäring (Mattsson Sydner, 2002; Mattson Sydner och Fjällström, 2005; Naithani m.fl., 2008; Nyberg, 2009).

För att återfinna trivsel vid måltiderna och också med avseende på livskvalitet har vissa åtgärder vidtagits. På några avdelningar erbjuds exempelvis bara A-kost och E-kost och där utesluts SNR-kost helt. Enligt Livsmedelsverket (2011) bör dietordination vara flexibla när livskvalitet hos äldre människor står på spel, och livskvalitet bör prioriteras, om inte läkare har ordinerats att metabol kontroll är nödvändigt för individens hälsa. Och Socialstyrelsen (2000) anser att måltiderna inte bara är ett medel för att tillgodose det fysiska behovet utan det

är gemenskap som är viktig för att tillfredsställa den sociala kontakten också, vilket helt överensstämmer med respondenternas beskrivning.

Paradoxen i resonemangen i stycket ovan kan vara lite förvirrande när grundkosterna enligt rekommendationer anses vara för individens bästa hälsa. Med tanke på att vårdtagarnas ålder varierar, var sätter man gränsen mellan hälsa och livskvalitet? Förekomst av diabetes typ -2 som orsakas av övervikt och fetma kan i längden orsaka metabola syndrom (Abrahamsson m.fl., 2006). Frågan är hur den delen vägs in om överviktiga får lov att äta A-kost när han egentligen behöver äta SNR-kost?

Förekomsten av otrivsamt måltidsmiljö som associeras med grundkosterna är ett stort problem på de undersökta avdelningarna. Därför går tankarna och resonemanget bland personalen angående måltidsmiljö, och man hamnar nästan alltid i att det var bättre förr när alla fick samma kost och överviktiga fick sin egen pyts med mat. Vilken väg man än väljer för med sig negativ konsekvenser. Väljer man SNR-kost för alla blir de som behöver extra energiinnehåll drabbade. Väljer man A-kost för alla blir de som har behov av SNR-kost (överviktiga, diabetiker, och de som lider av metabola syndromet) drabbade. Och situationen som den är nu skapar en otrivsamt måltidsmiljö. Tankar som kom fram från flera respondenter var att alla vårdtagaren kunde få SNR-kost och portionerna skulle berikas på varje avdelning. En annan tanke var att införa bricksystem då var och en får sin egen portion serverad vilket ansågs skulle förenkla måltidssituationen. Men i det fallet skulle möjligtvis tankarna om hemmiljö och trivsel vid måltiden, som all personal strävar efter, försvinna.

Vårdpersonalens medvetenhet och engagemang om vårdtagarens välbefinnande gör att resonemanget om sambandet mellan mat som medicin och boendets välmående går emot varandra. Återigen i Mattson Sydner & Fjällströms (2005) studier diskuteras att hitta en balans mellan att behandla vårdtagaren som objekt och subjekt vid olika sammanhang som berör vårdtagarens eget liv. I motsats till deras studier visar denna undersökning att det är svårt för flera av personalen att se objektiviteten i de äldres nutrition i relation till de olika grundkosterna. Även om de är medvetna om att riktlinjer är till för att förbättra äldres hälsa. Detta resulterar i att vårdtagare gällande nutrition har stort inflytande på några avdelningar. Som Mattson Sydner & Fjällström (2005) undrade hur mycket staten kan bestämma över vårdtagarna, kan man fråga sig också efter denna studie, hur mycket ska vårdtagarna bestämma över sin egen nutrition?

Inom vården finns det riktlinjer och lagar som man jobbar efter. Sedan finns det etiska frågor om etik, moral och handling som ett övervägande och som vårdgivare hanterar i det vardagliga arbetet. Att möta vårdtagare med respekt, stödja dem så att de får tillbaka hälsan, och främja livskvalitet och människovärde är vårdens önskan (Ryberg, 2003; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008). Det är många tankar bland personalen angående grundkosterna kontra livskvalitet och människovärde där vårdpersonalen sätter sig i vårdtagarens situation och det medför att vissa rekommendationer som exempelvis att se mat som medicin hamnar vid sidan om. Enligt Ryberg (2003) handlar vården också om att se situationen från vårdtagarens sida och lämna egna värderingar avsidet. Han menar att genom att möta människor med empati jobbar man mänskligt och inte mekaniskt och relationen mellan vårdtagare och vårdgivare, förbättras och stimulerar tryggheten.

Beträffande måltidsordningen finns det vissa brister om man utgår från Livsmedelsverkets rekommendationer om tre huvudmål och tre mellanmål under dagen. Täthet mellan frukost

och lunch minskar möjligheten att servera mellanmål före lunchen. Som jag kan förstå ingår inte denna brist i vårdpersonalens eller kökspersonalens område utan det är en fråga för verksamheternas organisation på ledningsnivå. En sådan åtgärd berör andra aspekter än bara nutrition som till exempel arbetsschema, leveranstid med mera.

Vidare visar studiens resultat att svårigheter för intag av flera mellanmål är av stor betydelse för och är mer frekvent bland vårdtagare som har störst behov av extra energi. Det vill säga för dem som ordinerats E-kost. På grund av detta varierar det som serveras som mellanmål mellan olika avdelningar och mellan vårdtagare, då det som erbjuds vid dessa tillfällen är beroende av vad vårdtagaren orkar äta. Det kan vara allt från smörgås, pizza till färdig energi- och proteinrika produkter. I Socialstyrelsen (2000) nämns att vårdpersonalens påverkan är mycket viktig för de vårdtagare som har tappat matlusten. Men respondenternas upplevelse är att även om man försöker och vårdtagarna inte vill äta så gör de det inte. Därför är det viktigt att uppmuntra vårdtagarna under den tiden de är pigga och behålla deras nutritionstillstånd i bra balans så länge det går. Det gör att de kan hålla sig friska längre upp i ålder (Livsmedelsverket, 2011).

6.3 Fortsatt forskning

I en framtida forskning kunde man använda denna studie som en pilotstudie för att genomföra en undersökning i större utsträckning. Exempelvis undersöka vård- och måltidsverksamhet i samtliga kommuner i Södermanland som ingår i det läns-gemensamma arbetet för att motverka undernäring inom äldreomsorgen. Finner man liknande brister vid hantering av grundkosterna i flera verksamheter borde en djupare undersökning göras och se vart bristerna ligger. I annat fall kan man genom en större undersökning hitta bra arbetsmodeller för ett gott arbetssätt som kan användas i de verksamheterna, där hantering av grundkosterna ger negativa upplevelser.

6.4 Slutsats

Min tolkning av helheten i denna studie är att för vårdpersonalen är vårdtagarens nutritionstatus första prioritet. Utifrån det och med avseende på vårdtagarens välmående har den kontroversiella situationen bland undersköterskor/vårdbiträde och även för kökspersonalen haft sitt ursprung runt grundkosterna. Jag har kommit fram till att det befintliga materialet avsett som utbildningsmaterial (information som finns i kost pärmen) inte är tillräckligt för att kunna ge personalen den tilltänkta kompetensen gällande grundkosterna. Detta innebär en brist bland de länkar i nutritionskedjan som den personalen ansvarar för. Därtill kommer otrygghet bland dem då kunskap avseende grundkosternas betydelse och sammansättning inte har uppnått fullständig förståelse. Både muntliga och praktiska förklaringar bör komplettera den befintliga informationen som fram tills nu har erbjudits. Det kommer att förbättra inställningen mot grundkosterna bland personalen och dessutom kommer effektiviteten av hantering av kosterna att främjas även vid matlagningen. Jag har också funderingar om hur man på bästa sätt kan ta nytta av grundkosternas nutritionssammansättning i äldres hälsa inom de olika boendeformerna när livskvalitet står på spel. När man utesluter vissa grundkosterna från kostlistan motverkar man Livsmedelsverkets riktlinjers principer med grundkosterna för äldres hälsa. I denna kontext och efter det givna resultatet tar jag mig friheten att ifrågasätta implementeringen av grundkosterna i de boendeformer där vårdtagarna sitter tillsammans vid måltiderna. Och till de tankarna kan jag lägga att detta borde djupare undersökas och om möjligt anpassa grundkosterna med hänsyn till att det inte orsakar ohälsa bland vårdtagarna som inte får den kost de borde ha.

7. Referenslista

- Abrahamsson, L. Andersson, A. Becker, W. & Nilsson, G. (2006). *Närings lära för högskolan*. Författarna och Liber AB, Stockholm
- Bryman, A. (2007). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Liber AB, Malmö
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T. & Styhre, A. (2006) *Organisation och organisering*. Liber AB, Malmö
- Granskär, M. & Höglund- Nielsen, B (2009). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Akner, G. (2006 augusti). *Mat för äldre- inom vård och omsorg*. Socialstyrelsen, Artikeln 2006-123-35
- Gustafsson, I-B., Öström, Å., Johansson, J., & Mossberg, L.(2006). *The Five Aspects Meal Model – a tool for developing meal services in restaurants* . *Journal of Foodservice*, vol 17:2, ss. 84-93. Hämtad 2010-03-18. Örebro universitet, Örebro
<http://www.ub.gu.se/sok/tidskrifter/sok/detaljvy.xml?jid=25593&f=title>
- Holmer, A. (2009). *Kommunikation och definition av konsistensanpassad kost i vården*. Kandidatuppsats 15hp, Göteborgs universitet. Göteborg
- Livsmedelsverket (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*. Livsmedelsverket, Uppsala.
- Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*.
- Livsmedelsverket (2011). *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. Rapport 3-2011. Hämtad 2011-03-30
http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/2011/2011_livsmedelsverket_3_vetenskapligt_underlag_till_rad_aldreomsorgen.pdf
- Mattsson Sydner, Y. (2002). *Den maktlösa måltiden. Om mat inom äldreomsorgen*. Uppsala universitet, Uppsala
- Mattsson Sydner, Y. & Fjällström, C. (2005) *Food provision and the meal situation in elderly care – outcomes in different social contexts*. Department of Food and Nutrition 2005 Feb; 18(1): 45-52 (19 ref). Umeå Universitet, Umeå
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e9f9d45b-2a0e-42b8-83ad-6704e7abfbf%40sessionmgr12&vid=5&hid=17>
- Naithani, S., Whelan, K., Thomas, J., Gulliford, M. C., & Morgan, M. (2008). *Hospital inpatients' experiences of acces to food: a kvalitative intervju and observational study*. *Health Expectations*, Sep2008, Vol. 11 Issue 3, p294-303, 10p, 2 Charts; DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00495.

- Nyberg, M. (2009). *Mycket mat men lite måltider: En studie av arbetsplatsen som måltidsarena*. Lund Universitet, Lund.
- Närvård i Sörmland (2009). *Länsgemensamma Rekommendationer: För nutrition inom vård och omsorg med inriktning mot undernäring*. Kommuner i Landsting i samverkan
- Parmander, M. (2010). *Från ide till verklig förändring*. Studentlitteratur AB, Lund
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur AB, Sverige
- Patientsäkerhetslag (2010:659). 6 kap 1§*Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.* Svensk författningssamling.(SFS) Sveriges Riksdag Hämtad 2011-04-01
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>
- Rubenowitz S. (2004). *Organisationspsykologi och ledarskap*. Studentlitteratur AB, Lund
- Ryberg, L. (2003). *Etik och livsfrågor*. Bonnier Utbildning AB, Stockholm.
- Sarvimäki,A & Stenbock-Hult,B. (2008) *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Författarna och Liber AB, Stockholm.
- Senior alert (2011). *Ett nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg*. Hämtat 2011-04-26
<http://www.ucr.uu.se/senioralert/index.php/om-senior-alert>
- Sjövold, E. (2008). *Teamet: Utveckling, effektivitet och förändring i gruppen*. Liber AB, Malmö
- Socialstyrelsen (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. (SoS-rapport 2000:11). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005). *Kost och näring på äldreboenden. Näringsvården behöver bli mer systematisk* Artikelnummer 2005-109-16 Hämtad 2011-01-26
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9923/2005-109-16_200510916.pdf
- SOSFS 2005:12 (2011). *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen författningssamling, Stockholm Hämtad 2011-04-01
http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf
- Svenska Akademiens Ordbok (2010). Hämtad 2011-03-29
<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- Trost, J. (2004). *Kvalitativa intervjuer*. Studentlitteratur AB, Lund
- Vetenskapsrådet (2000) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2011-03-29
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Westergren, A. (2003). *Svårigheter att äta*. Kapitel 13 s. 157-162. Ingår i Vårdalinstitutet
(2006) *Etik- näring och ätande*. Institut för Vård och Omsorgsvetenskap. Hämtad 2011-05-10
<http://www.vardalinstitutet.net/PSUser/servlet/com.ausys.ps.web.user.servlet.PageServlet>

Widerberg, K.(2009). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur AB, Lund

Bilaga 1

Kost pärmen innehåll

- 1 Länsgemensamma rekommendationer
- 2 Interna skrivelser och regel
- 3 Ansvar fördelning
- 4 Lite näringslära
- 5 Allergi och överkänslighet
- 6 Livsmedelshygien
- 7 Rutin för matvagnar – måltidsfördelning
- 8 Uppföljning – kvalitetsmättnig
- 9 Frukost – mellanmål
- 10 Ny information
- 11 Vägledning vid val av mat
- 12 Flödesschema för nutritionsbehandling
- 13 Mat- och vätskeregister – MNA
- 15 BMI
- 16 Lathund för SNR-A-E kost
- 17 Lathund portionsstorlekar
- 18 Säkring av matleverans för kök- och vårdavdelningar

Innehållsförtäckning tagits från Närvård i Sörmland (2009).

Bilaga 2

Frågor till produktionsansvarig

1. Hur många vårdtagare lagar ni mat till?
2. Hur många personaler jobbar i köket varje dag?
3. Hur många SNR, A, E-kost lagar ni dagligen?
4. Hur fungerar beställningssystem mellan avdelning och köket?
5. Hur fungerar leveranssystem från köket till avdelningar?
6. Lagar ni SNR, A, E-kost vid varje måltid och hur fungerar arbetssättet?
7. Lagar ni all mat från grunden eller har ni halvfabrikat?
8. Är personal som lagar mat utbildad inom restaurangbranschen?
9. Hur har personal informeras eller utbildas inom den nya kosten?
10. Hur upplevs matlagningen av den nya kosten?
11. Tycker du att det saknas kunskap och medvetenhet vid matlagning av den nya kosten?
12. Enligt dig, vad kan man förbättra.

Bilaga 3

Frågor till vårdpersonalen

1. Hur länge har du jobbat inom vården?
2. Vad har du för yrkesbefattningen?
3. Hur upplever du vad är mat till patienterna?
4. Vilka arbetsuppgifter har du under dagen som är kopplad till mat?
5. Det är cirka ett år sedan man införde den nya grundkosten SNR, A och E- kosten. Hur upplever du hanteringen av den nya kosten?
6. Har ni fått information eller utbildning angående den nya kosten? viket
7. På vilka grunder beställer ni maten till varje patient?
8. Vem är det som bestämmer vilken av de tre grundkostar en inneboende bör ha?
9. Hur går det till med beställningar till köket?
10. Hur fungerar kontakten med köket och beställarna?
11. Hur upplever ni kommunikation med köket?
12. Finns det något som ni vill förändra eller förbättra i länken mellan köket och avdelningar?