



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Vad blir det för mat?

Om måltidssituationen på ett demensboende

Rebecca Ledam
Karin Lindelöf

Rapportnummer: VT12-08
Examensarbete: 15 hp
Program: Hälsopromotionsprogrammet, kostinriktning
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt/2012
Handledare: Stina Olafsdottir
Examinator: Christel Larsson



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INST FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Rapportnummer: VT12-08

Titel: Vad blir det för mat? Om måltidssituationen på ett demensboende

Författare: Rebecca Ledam och Karin Lindelöf

Examensarbete: 15 hp

Program: Hälsopromotionsprogrammet, kostinriktning

Nivå: Grundnivå

Handledare: Stina Olafsdottir

Examinator: Christel Larsson

Antal sidor: 37 (inklusive bilaga)

Termin/år: Vt/2012

Nyckelord: Five Aspects Meal Model, Grounded Theory, individfokus, kostintag, matkvalitet, matlust, personalens förhållningssätt, social samvaro

Sammanfattning

Idag är nästan en tredjedel av Sveriges befolkning över 55 år, vilket innebär att en stor årskull snart når pensionsåldern. Demens är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna bland äldre och drabbar främst personer över 65 år. Med tanke på sjukdomens fysiska och psykiska påverkan på individen anses fler hälsofrämjande insatser vara nödvändiga för att öka demenssjukas upplevelse av välmående och livskvalitet, trots sjukdom. Måltidssituationen kan påverka individers kostintag och matlust både positivt och negativt, därmed är det ett relevant område att utforska.

Studiens syfte är att belysa hur måltidssituationen på ett gruppboende för personer med demenssjukdom kan påverka matlust och kostintag. Begreppet måltidssituation definieras i ett tidigt skede med hjälp av Five Aspects Meal Model och används som stöd vid utformning av intervjuguide och under observationer. Fem ur personalstyrkan intervjuas och tre observationer sker på en avdelning vid måltidssituationen. Kandidatuppsatsen är således av kvalitativ ansats, Grounded Theory används som metod vilket bl.a. innebär att en teori genereras.

Teorin som genereras kallas ”mötet – viktigare än maten” och visar att den sociala samvaron och personalens förhållningssätt anses ha störst påverkan på demenssjukas kostintag och matlust. Atmosfären och att boende och personal sitter tillsammans upplevs vara två avgörande faktorer som visar på att den sociala samvaron har större påverkan än själva maten. Det viktigaste gällande maten verkar vara att den smakar bra, är vällagad och av bra kvalitet. Genom att människan sätts i centrum och inte sjukdomen, kan måltidssituationen upplevas som mer positiv och avslappnad och därmed stimulera till matlust.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	5
1.1. Syfte och frågeställningar.....	6
2. Bakgrund.....	6
2.1. Allmänt om demens.....	6
2.2. Äldre och kost.....	7
2.3. Teoretisk referensram.....	9
3. Metod.....	12
3.1. Design.....	12
3.2. Urval.....	12
3.3. Datainsamlingmetoder.....	13
3.4. Datainsamling.....	14
3.5. Dataanalys.....	15
3.6. Etiska överväganden.....	16
4. Resultat.....	17
4.1. Social samvaro.....	19
4.2. Personalens förhållningssätt.....	20
4.3. Individfokus.....	21
4.4. Matkvalitetens betydelse.....	22
5. Diskussion.....	23
5.1. Resultatdiskussion.....	23
5.2. Metoddiskussion.....	27
5.3. Konklusion.....	30
5.4. Implikation.....	30
6. Referenser.....	32
Bilaga Intervjuguide.....	35

Förord

47 dagar, 321 timmar eller 19 260 minuter senare är vi äntligen klara med uppsatsen! Det har varit en slitsam men lärorik tid och vi vill framför allt tacka vår handledare Stina Olafsdottir som har varit väldigt hängiven, stöttande och snabb med återkoppling under denna period. Vi vill även tacka verksamhetschef och samordnare på gruppboendet som gav oss denna möjlighet. Ett stort tack riktas till all trevlig personal som vi har träffat under intervjuer och observationer, som har varit mycket tillmötesgående och välkomnande. Sist men inte minst, tack till de sju härliga personer som bor på avdelningen där observationerna ägde rum!

Vi har tillsammans utformat textinnehållet i kandidatuppsatsen och kallar oss genomgående för författarna, observatörerna eller intervjuarna.

1. Introduktion

År 2012 har utsetts till året då alla länder inom Europa ska uppmärksamma och medvetandegöra målgruppen äldre och att deras insatser är en tillgång och investering i samhället (Folkhälsoinstitutet, 2012a). Länderna ska även framhäva de existerande hälsofrämjande aktiviteter och insatser som riktar sig mot målgruppen. Initiativet kallas ”Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna 2012”, även kallat Äldreåret. Folkhälsoinstitutet i Sverige väljer att fokusera på betydelsen av ett hälsosamt åldrande.

Allt fler uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott och många kan idag se fram emot många relativt friska, sociala och aktiva år, även efter pensionsåldern (Socialstyrelsen, 2009). En del kommer dock att drabbas av diverse sjukdomar som främst drabbar äldre, exempelvis demenssjukdomar (Eriksdotter Jönhagen, 2011). Medellivslängden ökar i Sverige och andelen äldre beräknas utgöra en allt större del av befolkningen (Socialstyrelsen, 2009). Nästan en tredjedel av Sveriges befolkning idag är över 55 år (Folkhälsoinstitutet, 2009), vilket innebär att en stor årskull snart når pensionsåldern (Socialstyrelsen, 2009). Då allt fler blir äldre krävs en välfungerande hälso- och sjukvård samt social omvårdnad för att möta befolkningens behov, som i genomsnitt tillbringar de sista två åren av sitt liv i omsorg. Redan idag finns otillräckliga resurser för att hjälpa de allra äldsta.

Med ovanstående i åtanke framhäver författarna till kandidatuppsatsen vikten av att arbeta hälsofrämjande med äldre för att öka antalet friska och hälsosamma år. Göran Hägglund, Sveriges nuvarande socialminister, påpekar att hälsoutvecklingen i Sverige går framåt men att det är ett ämne som ständigt behöver prioriteras och vidareutvecklas (Regeringen, 2012). Hälsoutvecklingen gynnar individen men kan även ses som en investering i Sveriges ekonomi då folkhälsoförbättringar har utgjort mellan 30 och 40 procent av BNP-tillväxten i Sverige (Regeringen, 2012). Under Folkhälsostämman 2012 pekar barn- och äldreminister Maria Larsson på tre faktorer som kan ha stor påverkan på äldre personers välbefinnande och hälsa i framtiden (Folkhälsoinstitutet, 2012b). De tre faktorerna som tas upp handlar om att det behövs en gemensam värdegrund i arbetet med äldre, att det ska finnas en parboende-garanti och att genom hälsocoacher nå de personer som befinner sig i riskzonen för ohälsa och förlänga antalet friska år.

Demens är idag en av de vanligaste kroniska sjukdomarna bland äldre (Paillard-Borg, 2009) och år 2010 hade ca 148 000 personer i Sverige en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Personer med demenssjukdomar är en utsatt målgrupp med tanke på sjukdomens påverkan på individen, både fysiskt och psykiskt. Samtidigt är det den sjukdom som har störst påverkan på livskvaliteten, både för den drabbade och för dess närstående (Paillard-Borg, 2009). Det är därmed ett angeläget problemområde där det bör satsas mer på hälsofrämjande insatser, för att på så vis öka individens välmående och livskvalitet, trots sjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Små och enkla insatser kan leda till stora hälsovinster för äldre och hälsan kan alltid förbättras oavsett ålder (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Verksamhetschefen på ett gruppbående för demenssjuka uttrycker en önskan om att författarna ska genomföra en undersökning gällande hur det faktum yttrar sig att personalen inte längre lagar maten utan får den levererad från en cateringfirma. Författarna utvecklar idén ytterligare till att omfatta måltidssituationen och hur den påverkar kostintag och matlust. Mat utgör en viktig aspekt genom hela livet och är en glädjekälla för de flesta (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Maten som serveras inom vård och omsorg är särskilt viktig, då risken att drabbas av sjukdomar, funktionsnedsättningar och undernäring ökar med stigande ålder (Engelheart & Åhlfeldt, 2009; Livsmedelsverket, 2012c). Personer som lider av en demenssjukdom löper högre risk att gå ner i vikt, då de får ett förändrat ätbeteende som även ändrar karaktär under sjukdomens förlopp (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Det är av vikt att personer med demens känner sig trygga och säkra i en måltidssituation (Socialstyrelsen, 2010), då måltidssituationen kan påverka individens kostintag både positivt och negativt (Gustafsson, Öström, Johansson & Mossberg, 2006).

1.1. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att belysa hur måltidssituationen på ett gruppbående för personer med demenssjukdom kan påverka matlust och kostintag.

Frågeställningar:

- Vad har personalen på gruppbandet för kännedom om demenssjukdomens påverkan på individen och hans/hennes matlust och kostintag?
- Hur upplever personalen på gruppbandet att de kan påverka de boendes kostintag?
- Hur yttrar sig det faktum att gruppbandet idag får levererad mat istället för hemlagad?

2. Bakgrund

2.1. Allmänt om demens

Demens är ett samlingsbegrepp för en rad olika sjukdomar, såsom Alzheimers sjukdom, vaskulär demens och frontallobsdemens (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Sjukdomen karaktäriseras av en försämring av den kognitiva förmågan; sämre minne i kombination med faktorer såsom afasi (Paillard-Borg, 2009), apraxi samt ett försvårat abstrakt tänkande (Socialstyrelsen, 2010). Afasi innebär svårigheter att tolka sinnesintryck och apraxi svårigheter att utföra handlingar. Ovanstående faktorer kan leda till att det blir svårare att orientera sig i omgivningen, delta i meningsfulla aktiviteter och upprätthålla relationer till både människor och objekt. Symptomen vid en demenssjukdom som beskrivits ovan beror på att hjärnceller bryts ner och dör (Eriksdotter Jönhagen, 2011).

En demenssjukdom delas upp i tre stadier; mild, måttlig och svår (Socialstyrelsen, 2010). Mild innebär ett tidigt skede då individen kan klara sig utan stora åtgärder från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Då hjälp krävs för att klara av vardagliga sysslor är sjukdomen måttlig och när personen är beroende av hjälp med det mesta har stadiet svår demenssjukdom nåtts.

2.1.1. Riskfaktorer

Risken för att insjukna i demens ökar med stigande ålder, det är ovanligt att personer under 65 år drabbas, hög ålder är således den största riskfaktorn för att utveckla en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Ärftlighet för Alzheimers och Downs syndrom är ytterligare riskfaktorer. Det är möjligt att minska risken att utveckla en demenssjukdom genom att behandla högt blodtryck, vara fysiskt aktiv och delta i psykiskt och socialt stimulerande aktiviteter på fritiden. Därmed är det relevant att delta i aktiviteter som involverar det psykiska, sociala och fysiska, vilka i kombination med varandra dessutom minskar risken ytterligare (Paillard-Borg, 2009). Då det är en sjukdom som i regel inte går att bota är det inom hälso- och sjukvården viktigt att lindra symptomen, underlätta vardagen, ge så god livskvalitet som möjligt och stötta de anhöriga (Socialstyrelsen, 2010). Anpassade aktiviteter kan även förhindra passivitet, t.ex. hushållssysslor, dans, musik, underhållning och utomhusvistelse.

2.1.2. I arbetet med sjukdomen

Enligt Socialstyrelsen (2010) bör all vård, omvårdnad och omsorg för personer som lider av demenssjukdom bygga på ett förhållningssätt som är personcentrerat. Begreppet personcentrering syftar till att sätta personen i fokus, inte sjukdomen samt att personens upplevelse av verkligheten är utgångspunkten för hur arbetet utformas. Personal inom hälso- och sjukvård bör få möjlighet till långsiktig utbildning i kombination med handledning, feedback och praktisk träning. Personalen behöver även få mer kunskap kring hur man identifierar, åtgärdar, följer upp och dokumenterar de näringsproblem som kan uppstå (Nestor FoU-center, 2009). Hänsyn bör tas till den demenssjukes värderingar, preferenser, religion samt kulturella traditioner (Socialstyrelsen, 2010).

Då hemmet ofta upplevs som en del av ens identitet, kan en flytt därifrån påverka individens identitetsupplevelse (Norberg & Zingmark, 2011). Gällande upplevelsen av identitet verkar frågor som vem är jag, var är jag och vart hör jag hemma, hänga ihop med vad som upplevs som själva jaget. Att vara hemma likställs med trygghet, harmoni och glädje, likaså att ha kontroll och att känna igen sig. Viktigt är således att erbjuda ett boende som är personligt utformat, liknar tidigare hemmiljö samt där det finns möjlighet till utomhusvistelse (Socialstyrelsen, 2010). Trygghet i boendemiljön och meningsfullhet i vardagen är två ledord som bör has i åtanke vid arbete med demenssjukdom.

2.2. Äldre och kost

Livsmedelsverket (2012a) rekommenderar Sveriges befolkning (över två års ålder) att följa de fem kostråden: mycket frukt och grönt (ca 500 g/dag), fullkornsprodukter, nyckelhålmärkta livsmedel, fisk (tre gånger i veckan) och flytande margarin eller olja vid matlagning. God hälsa upprätthålls bl.a. genom att kroppens behov av näringsämnen tillgodoses, då de påverkar en mängd processer såsom sårhäkning och immunförsvar. För att veta vilka näringsämnen som dagligen bör intas och i vilka livsmedel dessa finns, kan matcirkeln och dess olika delar användas som stöd, som t.ex. innefattar bär, potatis, rotfrukter, mjölk, ost, kött, ägg m.m. (Livsmedelsverket, 2012b). För att anpassa rekommendationerna efter äldres behov bör hänsyn tas till exempelvis energitäthet och konsistens. Maten bör även anpassas

efter vad den äldre är van vid och föredrar, samtidigt som det är viktigt att tillmötesgå personers särskilda önsksningar gällande mat, exempelvis p.g.a. religiösa, kulturella och etiska skäl. I Wikby och Fägerskiölds (2004) studie om faktorer som påverkar äldre personers aptit, framkommer det att den ökar om maten upplevs som vällagad och enligt förväntning, har rätt konsistens, ser god ut och känns färsk. Deltagarna som ingår i Wikby och Fägerskiöld studie föredrar svensk traditionell kost och aptiten ökar när personens favoriträtt serveras. En rekommenderad måltidsordning består av tre huvudmål samt två-tre mellanmål där två av måltiderna bör vara tillagade (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Det är av vikt att måltiderna serveras jämnt över dagen och att fastan nattetid hos äldre inte överstiger elva timmar (Nestor FoU-center, 2009). Mellanmålen är av stor betydelse för äldre och bör utgöra 30-40 procent av det dagliga energiintaget (Livsmedelsverket, 2011a).

Äldre drabbas ofta av undernäring p.g.a. minskad aptit, som följd av trötthet, läkemedelsbiverkningar och sjukdomar (Nestor FoU-center, 2009) som exempelvis demenssjukdom (Wikby & Fägerskiöld, 2004). Utöver minskad aptit påverkas även energibehovet hos äldre, då de generellt sett behöver mindre energi, dock kvarstår samma näringsbehov vilket innebär små men näringsstäta portioner (Nestor FoU-center, 2009).. Det förändrade energibehovet beror dels på sjukdomar och läkemedel och dels på naturliga faktorer som följer med åldrandet (Livsmedelsverket, 2011a), såsom minskad muskelmassa och fysisk inaktivitet (Nestor FoU-center, 2009). Allmän kost för sjuka (A-kost) är den vanligaste kosten som ordineras till äldre med god aptit (Livsmedelsverket, 2011a). Jämfört med de svenska näringsrekommendationerna innehåller kosten mer fett och mindre kolhydrater, vilket gör att portionerna blir mindre men fortfarande lika energirika. Till äldre med nedsatt aptit ordineras E-kost, d.v.s. en energi- och proteinrik kost som är riktad mot personer som är undernärda eller riskerar att bli det. En portion av E-kost är ungefär hälften så stor som en portion av A-kost, men innehåller lika mycket energi och protein.

2.2.1. Hemlagad eller levererad mat på gruppboende

Det finns för- och nackdelar både med hemlagad och levererad mat, där ett exempel på en fördel med levererad mat är att maten anpassas och näringsberäknas efter A- eller E-kost (Livsmedelsverket, 2011a). Om personalen själva lagar maten krävs bred kunskap inom området för att maten ska uppfylla näringsrekommendationerna och målgruppens energibehov. En fördel med att laga maten på boendet är att doften av mat fyller lokalerna och ger en föranvisning om att det snart är dags att äta, vilket kan öka aptiten (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Ytterligare en fördel är att hänsyn kan tas till individernas härkomst och kulturella bakgrund, vilket kan implementeras i menyn genom att servera lokala maträtter samt uppmärksamma högtider och viktiga traditioner (Livsmedelsverket, 2011a).

Om boendet får maten levererad har den ofta varmhållits under en längre tid. Långvarig varmhållning kan utgöra en risk för bakterietillväxt och påverka näringsvärdet, framför allt gällande vitamin C. Många äldre är känsligare för matförgiftning då de har ett nedsatt immunförsvar, således är det viktigt att personalen innehar kunskap om mikrobiologi, som t.ex. kännedom om rutiner vid varmhållning och hantering. Långvarig varmhållning kan även

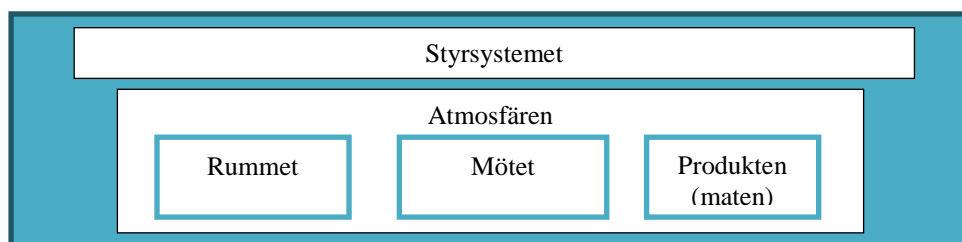
försämra matens utseende, smak och konsistens. Gustafsson et al. (2006) framhåller att det finns förväntningar även på färdiglagad mat gällande sensoriska aspekter.

2.3. Teoretisk referensram

En översikt av befintliga metoder genomförs och Grounded Theory (GT) väljs efter diskussion med handledare. GT bygger på symbolisk interaktionism som utvecklades under första halvan av 1900-talet, vilken visar på ett nytt tolkningssätt av samhället och människors beteende samt att människor upplever mening genom social interaktion (Dellve, Henning Abrahamsson, Trulsson & R-M Hallberg, 2002). Tidigare studerades enbart individers strukturer och mekanismer. I kandidatuppsatsen används den traditionella versionen av GT, d.v.s. den metod Glaser och Strauss tillsammans utvecklade under 1960-talet inom medicinsk sociologi (Thulesius, Barfod, Ekström & Håkansson, 2004). Ordet grounded baseras på idén om att empirin inte ska grundas i redan existerande teorier, begrepp eller kategorier, utan på datainsamlingen som i sin tur genererar en ny teori (Hassmén & Hassmén, 2008). Sedan 60-talet har grundarna utvecklat olika inriktningar inom GT, t.ex. Glasers ”klassisk grundad teori” som inte bör förväxlas med den traditionella som används i uppsatsen (Thulesius et al., 2004).

Det faktum att begreppet måltidssituation behöver definieras i ett tidigt skede medför att komplettering med en förklaringsmodell anses lämpligt. Livsmedelsverket (2011b) använder Five Aspects Meal Model (FAMM) för att definiera begreppet måltidssituation i rapporten *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*, vilken berör måltidssituationens påverkan på äldre eller demenssjuka. Enligt Livsmedelsverket kan således FAMM likställas med måltidssituation.

FAMM utformas 1993 på Örebro Universitet med syfte att utveckla matservicen inom restaurangprogram på universitetet och inspireras av hur Michelin-guiden utvärderar restauranger. FAMM är en modell bestående av fem delar; rummet, mötet, produkten (d.v.s. maten), styrsystemet och atmosfären. Måltidens helhet (atmosfär) skapas av mötet, rummet och maten som i sin tur påverkas av styrsystemet (se figur 1 nedan) (Livsmedelsverket, 2011b). Måltidsmiljö har en betydelsefull roll och kan både gynna och motverka äldre individers välbefinnande, energiintag och vikt. FAMM: s tre delar rummet, mötet och maten kan likställas med begreppet måltidsmiljö, måltidsmiljön kan således ses som en del av måltidssituationen. De tre delarna integreras i och påverkar varandra (Gustafsson et al., 2006). Gällande äldres måltidssituation bör ytterligare en viktig komponent räknas in i begreppet måltidssituation, nämligen individens förutsättningar att kunna äta själv (Livsmedelsverket, 2011b).



Figur 1. Five Aspects Meal Model (Gustafsson et al., 2006)

2.3.1. Styrsystemet och atmosfären

Styrsystemet innefattar det administrativa såsom lagar, regler, ekonomi, logistik och ledarskap (Gustafsson et al., 2006). Några exempel på vad lagar berör är hantering av livsmedel och mat, personalens förhållningssätt och administration. Gustafsson et al. framhäver mötets betydelse som en viktig faktor som påverkar hur atmosfären upplevs. En positiv atmosfär kännetecknas av att individer känner sig bekväma och avslappnade, atmosfären påverkar således personers sinnesstämning.

2.3.2. Rummet

Det första en person möter är rummets utformning och innehåll, såsom färg, ljus, ljud (Gustafsson et al., 2006; Livsmedelsverket, 2011b) lukt, temperatur, dukning, textilier och möblemang (Livsmedelsverket, 2011b). Rummet som måltiden serveras i påverkar alltid individen, även om det är färdiglagad mat som serveras (Gustafsson et al., 2006). Vid arbete med demenssjuka är det relevant vid dukning att använda enfärgade tallrikar och dukar och att det inte är för mycket saker på bordet vilket kan skapa förvirring. Det är även positivt om de äldre får vara med och duka för att förtydliga och påvisa att det är en måltid på gång (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Den fysiska miljön bör anpassas efter de äldres behov (Socialstyrelsen, 2010), såsom att omgivningen upplevs som lugn, harmonisk, trygg, varm (Engelheart & Åhlfeldt, 2009) och att det känns hemtrevligt (Socialstyrelsen, 2010). Desai, Winter, Young och Greenwood (2007) påpekar att miljön har stor inverkan på äldres kostintag.

En svensk studie understryker att musik som en del av måltidsmiljön har en positiv påverkan på individer med demenssjukdom, vilken visar att demenssjuka är mindre irriterade, nervösa och nedstämda när musik spelas under måltiderna (Ragneskog, Bråne, Karlsson & Kihlgren, 1996). Måltidssituationen upplevs då som mer harmonisk och lugn, längre tid tillbringas vid matbordet och energiintaget ökar (Livsmedelsverket, 2011b). Vilken musikgenre som spelas har mindre betydelse, det behöver inte nödvändigtvis vara bekant musik men lugn musik är att föredra (Ragneskog et al., 1996).

2.3.3. Mötet

Mötet innefattar alla interaktioner som sker kring måltiden, t.ex. sinsemellan de personer som äter och mellan personal och de som äter (Gustafsson et al., 2006). Att samtala under måltiden, både sinsemellan och med personal, ses som en viktig del av hur mötet upplevs. Andra faktorer som påverkar hur mötet upplevs är om en individ äter ensam eller med andra och i så fall vilka de andra personerna är samt om individen själv har valt sällskapet (Livsmedelsverket, 2011b). Det bör dock inte tas för givet att alla vill äta tillsammans, en del kan vilja sitta enskilt (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Viktigt är att personer med demenssjukdom alltid har samma placering vid borden för att undvika förvirring och att placera personer som äter i ungefär samma takt bredvid varandra (Livsmedelsverket, 2011b). Ytterligare en faktor som påverkar hur mötet upplevs är varje individs förmåga till att kommunicera och göra sig förstådd.

Den sociala aspekten vid måltiden är viktig att uppmärksamma. Det kan vara det enda tillfället då de äldre får möjlighet att interagera med andra, således bör detta prioriteras vid arbete med äldre. Det är positivt om personalen sitter med de äldre, samtalar och om möjligt äter eller dricker något för att situationen ska upplevas som mer naturlig. Det är av vikt att personalen är stöttande under måltiderna och uppmuntrar till ätande (Engelheart & Åhlfeldt, 2009), uppmärksammar individen och erbjuder valmöjligheter gällande mat och dryck (Livsmedelsverket, 2011b).

Mötet mellan personal och boende, såsom personalens attityd, service och interaktion kan påverka kostintaget både positivt och negativt (Desai et al., 2007). Ett möte som upplevs som negativt kan ge konsekvensen undervikt (Livsmedelsverket, 2011b) och ett positivt möte kan leda till gynnsam påverkan på portionsstorlek, upplevelse av aptit och en hälsosam vikt (Desai et al., 2007). Ett möte som upplevs som positivt har även inverkan på individens upplevelse av välbefinnande. Viktigt är att det finns empati, tillit och förståelse mellan personal och de äldre och att personalen känner till deras historia gällande preferenser, normer och värderingar (Nestor FoU-center, 2009). I en studie av Wikby & Fägerskiöld (2004) påvisas det faktum att de som var barn i början på 1900-talet har ett annat sätt att förhålla sig till både måltidssituation och vilken mat som serveras. Äldre klagar sällan och vill inte vara till besvär, därmed är det av vikt att kartlägga vad de tycker om maten som serveras. Ibland kan det vara svårt för den äldre att uttrycka sig, varpå anhöriga utgör en viktig informationskälla (Nestor FoU-center, 2009).

2.3.4. Maten

Begreppet mat innefattar allt från livsmedel och dryck till tillagningsmetoder (Gustafsson et al., 2006; Livsmedelsverket, 2011b). Individuella preferenser påverkas inte endast av variation, smak, doft, färg, form, textur och konsistens utan även av tradition (Livsmedelsverket, 2011b), kultur och religion (Livsmedelsverket, 2011b; Socialstyrelsen, 2010).

Det är relevant att utforma individanpassat stöd för demenssjuka då många kan ha svårigheter att veta vad som skall ätas och hur (Socialstyrelsen, 2010). Om det är långt gången demens kan individer behöva hjälp med att äta (Socialstyrelsen, 2010) och t.o.m. vara beroende av matning (Shatenstein & Ferland, 2000). Det är även vanligt att ha problem med munhålan som försvårar ätandet, vilket kan leda till behov av konsistensanpassad mat (Socialstyrelsen, 2010). Personer med demens löper en högre risk att drabbas av undernäring (Livsmedelsverket, 2011b), vilket t.ex. kan bero på att de glömmer bort att äta eller har större energiutgifter då en del ”vandrar” om nätterna (Shatenstein & Ferland, 2000).

För att öka näringsintaget hos personer med demenssjukdom kan mat och dryck energiberikas samt extra mellanmål och näringsdrycker serveras (Socialstyrelsen, 2010). Faktorer som ökar kostintaget är att maten står synligt uppdukad och presenteras på ett tilltalande sätt, att individen erbjuds möjlighet att välja mat samt portionsstorlek och att maten håller rätt temperatur (Desai et al., 2007). Efterrätten bör ställas fram först efter måltiden, likaså dryck

som bör serveras antingen innan eller efter måltiden för att undvika förvirring (Engelheart & Åhlfeldt, 2009).

3. Metod

En kvalitativ ansats valdes då det innebar ett tolkande synsätt av människors uppfattning om deras tillvaro och världen, fokuseringen på det individuella med dess likheter och skillnader samt studiens syfte (Hassmén & Hassmén, 2008). Syftet var att belysa hur måltidssituationen kan påverka demenssjukas matlust och kostintag, vilket skedde genom att författarna använde sig själva som instrument för att uppnå denna förståelse.

FAMM ansågs lämplig för att definiera begreppet måltidssituation och har därmed haft en stor påverkan på arbetets utformning. Med uppsatsens syfte, frågeställningar och FAMM i åtanke upplevdes GT som mest relevant då individens upplevelser var i fokus och på så vis kunde en större förståelse för den specifika målgruppen uppnås. Det faktum att författarna saknade kunskap inom området demenssjukdom samt att begreppet måltidssituation behövde definieras i ett tidigt skede, medförde att en litteratursökning genomfördes inledningsvis samt att en förklaringsmodell användes. På så vis kunde författarna även uppnå en större förståelse för sjukdomen och begreppet måltidssituation. GT följdes lägga till således inte till punkt och pricka utan användes som inspiration under arbetsprocessen och var utgångspunkt vid datainsamling, analysarbete och teorigenerering. Genomgående fanns en öppenhet och nyfikenhet under arbetsprocessen där upptäckandet fick styra, framför allt under de delar där GT var utgångspunkten (Thorén-Jönsson, 2008).

3.1. Design

Kandidatuppsatsens metodupplägg var av både explorativ och deskriptiv karaktär (Patel & Davidson, 2011) samtidigt som det även var induktivt och deduktivt (Thulesius et al., 2004). Det induktiva och explorativa upplägget övervägde dock, då upptäckandet styrde, en teori genererades och explorativt på så vis att flera instrument bidrog till datainsamlingen (Patel & Davidson, 2011). Då en befintlig modell, FAMM, användes för att definiera begreppet måltidssituation samt utformade intervjuguide och observationer, visade det på ett deduktivt och deskriptivt metodupplägg (Patel & Davidson, 2011; Trost, 2010).

3.2. Urval

Via en kontakt tillfrågades författarna av en verksamhetschef på ett gruppboende för demenssjuka i Västra Götaland om att genomföra en undersökning om måltidssituationen på boendet. Via samtal med verksamhetschefen samt boendets hemsida framkom nedanstående information om boendet, hänsyn har tagits till konfidentialitet, således anges inte Internetkälla, boendets eller verksamhetschefens namn. 31 personer bodde på boendet som bestod av fyra avdelningar, varje avdelning hade åtta lägenheter, ett gemensamt vardagsrum, kök och balkong. Personalen på boendet arbetade klientcentrerat och tog hänsyn till de boendes behov och önskemål, genom att uppmuntra till delaktighet och medverkan vid exempelvis bakning och dukning. Det serverades varm husmanskost (A-kost) varje dag i form av middag vid ca 13.00 och kvällsmat vid ca 17.00, vid middagen serverades även efterrätt.

Boendet fick middag, kvällsmat och efterrätt levererad en gång om dagen av en cateringfirma. Middag serverades i avdelningens kök och kvällsmat i vardagsrummet, på helgerna serverades alla måltider i vardagsrummet. Utöver det serverades även frukost och mellanmål och på helgerna lagade några i personalstyrkan emellanåt även middag och kvällsmat själva.

Ett önskemål var att en person från varje avdelning skulle ingå i urvalsgruppen, d.v.s. fyra personer. Utifrån författarnas önskemål tillfrågade verksamhetschefen en person från varje avdelning för individuella intervjuer, varav alla ställde upp. För att säkerställa att personalen även arbetade när de lagade maten på boendet, var ett krav att intervjupersonerna arbetat där minst två år. Samtliga intervjupersoner var kvinnor uppskattningsvis över 40 år, dock uttryckte författarna från början en önskan om olika åldrar och kön. Verksamhetschefen intervjuades även för att få med ett annat perspektiv samt styrsystemet som ingick i definitionen av begreppet måltidssituation, således intervjuades totalt fem personer. Tre observationer utfördes på en och samma avdelning där det bodde sju personer, sex kvinnor och en man.

3.3. Datainsamlingsmetoder

I enlighet med GT användes flera olika datainsamlingsmetoder, då huvudsaken var att få ett rikt och brett datamaterial (Thorén-Jönsson, 2008). Utifrån syfte och frågeställningar ansågs kvalitativa intervjuer och observationer vara mest passande (Hassmén & Hassmén, 2008).

3.3.1. Kvalitativa intervjuer

Intervjuer valdes för den interaktion som skedde mellan intervjuare och intervjuperson, samtidigt som möjlighet gavs till att notera sinnesstämning, kroppsspråk och ansiktsuttryck till skillnad från exempelvis enkätundersökningar (Hassmén & Hassmén, 2008). En ostrukturerad intervjuform övervägdes men förkastades då enbart intervjupersonens upplevelse av vad som ansågs vara meningsfullt skulle styra. Istället valdes riktat öppna intervjuer med fokuserade ämnesområden, d.v.s. att intervjuguiden utformades med utrymme för öppna följdfrågor, för att kunna uppnå en djupare förståelse. Författarna utformade intervjuguiden (se bilaga) efter syfte, frågeställningar och FAMM samt stöd från minnesanteckningarna från den första observationen. Tid lades även ner på att säkerställa att intervjufrågorna inte skiftade fokus eller hamnade utanför det aktuella området. Samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en mp3-spelare.

3.3.2. Kvalitativa observationer

Observationer valdes då möjligheten att vara öppen och induktiv ökade samt att utrymme gavs till ökad förståelse av sammanhanget och att viktiga relationer kunde upptäckas. Valet av kvalitativa observationer framför kvantitativa blev naturligt med syftet i åtanke, då fokus lades på vad som utmärkte ett beteende istället för hur många gånger ett specifikt beteende förekom. Observationernas struktureringsgrad var låg då färdiga kategorier inte användes utan observatörerna antecknade fritt det som skedde, samtidigt var den hög då FAMM hölls i åtanke för att säkerställa att resultatet skulle svara mot syfte och frågeställningar. Papper och penna var således de viktigaste instrumenten under observationerna.

Med kandidatuppsatsens syfte i åtanke valdes naturalistisk observation framför experimentell, d.v.s. att observationen skedde i dess naturliga miljö. Med målgrupp och etiska aspekter i åtanke valdes öppen observation, då hänsyn togs till hur en demenssjukdom påverkar individen (Befring, 1994). Öppen observation innebar även att författarna var ärliga med observationernas syfte, observationer av dold karaktär ansågs inte passande då inte heller personal skulle vara medvetna om vad eller vem som observerades (Hassmén & Hassmén, 2008). För att de som observerades skulle känna sig avslappnade och bekväma, lades vikt vid att de inte skulle uppleva att en observation pågick (Lalander, 2011). Observatörernas avsikt var att smälta in i miljön utan att skapa förvirring och avstod därmed från att t.ex. hjälpa personal med servering, vilket kunde tolkats av de boende som ny personal. Observationerna var således passiva då observatörerna inte ingick i samtal eller aktiviteter under måltidssituationen (Patel & Davidson, 2011).

3.4. Datainsamling

3.4.1. Kvalitativa intervjuer

För enkelhetens skull fick en samordnare på boendet tillsammans med de anställda och verksamhetschefen bestämma tid och plats för intervjuerna. Det bestämdes att alla fem intervjuer skulle genomföras under en och samma dag. En intervju ägde rum i köket på en av avdelningarna, en annan på verksamhetschefens kontor och resterande på avdelningarnas kontor. Varje intervju inleddes med en presentation av intervjuerna och syftet med intervjun. Intervjupersonerna godkände att intervjuerna spelades in samt informerades om att de kunde avbryta intervjun när som helst och att svaren skulle behandlas konfidentiellt.

Båda intervjuerna deltog vid samtliga intervjuer, en hade ansvar för att leda intervjun medan den andra förde minnesanteckningar. Det som sades under och efter intervjuerna antecknades trots att det spelades in, ifall tekniska problem skulle uppstå. Intervjupersonerna kommenterade efteråt de ämnen som berörts under intervjun, vilket är vanligt förekommande och enligt GT bör tas till vara på (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2011). Mellan intervjuerna lades tid ner på att revidera intervjuguiden på så vis att frågor lades till eller togs bort samt omformulerades efter varje intervju (se bilaga). Efter intervjuerna som pågick mellan 25-50 minuter tackades intervjupersonerna för deras deltagande. Under en av intervjuerna anlände ytterligare en ur personalen som satt med vid intervjun, med tillåtelse från intervjupersonen. Personens intention var att sitta med och lyssna, men svarade ändå på några frågor samt att intervjupersonen emellanåt sökte medhåll från kollegan. Trots att denna person inte ingick i urvalet har svaren och kommentarerna bidragit till datainsamlingen, då även informella samtal enligt GT kan bidra till datamaterialet (Thulesius et al., 2004). Till en början bokades fem intervjuer in, enligt GT bestäms vanligtvis ett fåtal intervjuer i förväg och eventuellt tillkommer fler under arbetets gång (Thorén-Jönsson, 2008). Fem ansågs dock vara tillräckligt då mättnad uppstod, d.v.s. att inga nya koder genererades (se rubrik kodning), därmed bokades inga ytterligare in (Hassmén & Hassmén, 2008).

3.4.2. Kvalitativa observationer

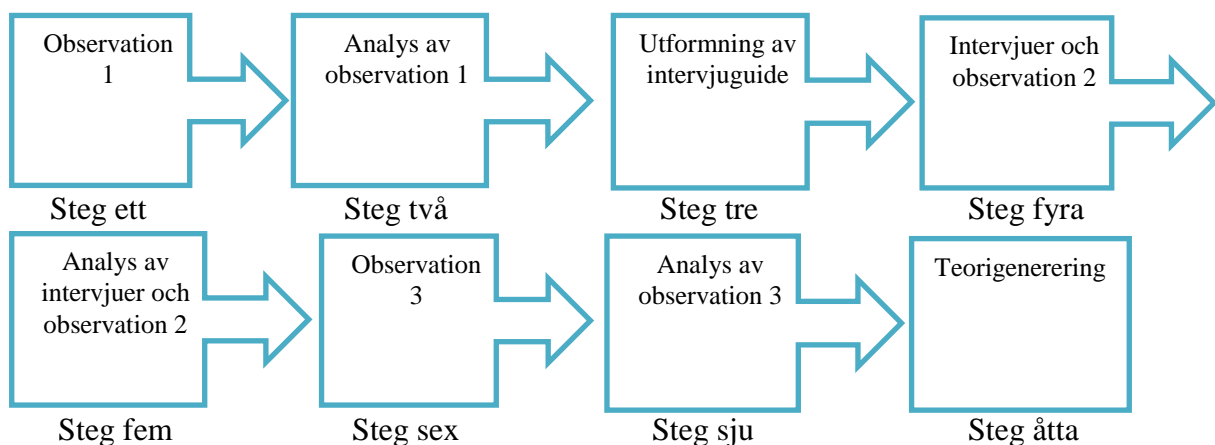
Tidpunkt för samtliga observationer bestämdes med hjälp av samordnare och verksamhetschef. Alla observationer ägde rum på samma avdelning, antingen i köket eller i

vardagsrummet. Sex personer arbetade totalt vid de tre observationerna, två vid varje tillfälle, varpå en person arbetade vid två observationer. Den första observationen inträffade en vardag under middagen och ägde rum en vecka innan intervjuerna och observation två. Valet att genomföra en observation innan intervjuerna grundades i att det skulle kunna väcka tankar, vilket det gjorde och således bidrog den till utformningen av intervjuguiden. Observation två genomfördes en vardag under kvällsmaten. Till en början hade två observationer bokats in, under analysarbetet framkom att ytterligare en observation var nödvändig för att mättnad skulle uppstå. Den tredje och sista observationen genomfördes därmed en helg under kvällsmaten, för att se om det fanns skillnader mellan vardag och helg.

Kortfattade minnesanteckningar fördes under observationerna för att säkerställa att all relevant information noterades då observatörerna var oerfarna och sammanställdes och analyserades efter varje tillfälle (Lalander, 2011). Observatörerna hade inte för avsikt att samtala med de boende eller personal under observationerna för att bevara den naturliga miljön och satt därmed avskilt. Under observationerna förklarade dock personalen emellanåt vissa beteenden, t.ex. varför de ställde en bricka med smörgåsar på ett specifikt bord. Observatörerna svarade även en av de boende när denne undrade vilka observatörerna var, dock utan att uppmuntra till vidare samtal.

3.5. Dataanalys

I enlighet med GT skedde datainsamling parallellt med dataanalys gällande observationerna, då GT är en icke-linjär metod (se figur 2 nedan) (Hassmén & Hassmén, 2008). Däremot inträffade alla intervjuer under samma dag och således kunde inte analys ske direkt efter avslutad intervju, vilket ledde till att GT delvis frångicks. Vikt lades istället på att revidera intervjuguiden allt eftersom för att försöka säkerställa att fler koder skulle kunna uppkomma vid dataanalys. Både transkribering och analys av intervjuer och minnesanteckningar från observationerna skedde dagen efter de utfördes. Allt inspelat material har tagits med vid dataanalys, både det som sades under och efter intervjuerna samt vid intervjutillfället då två ur personalstyrkan deltog. Datamaterialet granskades grundligt vid ett flertal tillfällen för att säkerställa att inga nya koder hade förbisetts, d.v.s. att analysprocessen inte var statistisk då författarna kunde flytta fram och tillbaka mellan de olika stegen (Thorén-Jönsson, 2008).



Figur 2. Författarnas steg från datainsamling till teorigenerering

3.5.1. Kodning

I början av analysarbetet användes öppen kodning, vilket innebar att datamaterialet ”öppnades upp” och textinnehållet granskades ingående (Trost, 2010). Varje fenomen eller händelse fick en kod som belyste innebörden, således visade alla koder på mönster av samband, företeelser och begrepp. Under analysarbetet jämfördes koderna regelbundet sinsemellan för att upptäcka likheter, skillnader och eventuellt nya infallsvinklar (Thorén-Jönsson, 2008). När koderna inte längre förändrades eller nya genererades uppstod en s.k. mättnad, vilket skedde efter tre observationer och fem intervjuer, totalt lyftes ca 220 koder fram (Hassmén & Hassmén, 2008). Författarna upplevde inga svårigheter med att fastställa när mättnad uppstått, vilket skulle kunna upplevas som problematiskt då en teori enligt GT ses som en oavslutad process som ständigt kan utvecklas (Thorén-Jönsson, 2008).

3.5.2. Teorigenerering

Koderna grupperades i 16 temporära kategorier, där varje kategori innehöll koder som hade någonting gemensamt (Trost, 2010). Med syfte och frågeställningar i åtanke lyfte författarna fram fyra huvudkategorier ur de 16 kategorier som uppkommit och därmed övergick analysprocessen till selektiv kodning. Med huvudkategorierna som utgångspunkt samt de tankar som uppstått under analysarbetets gång skapades en substantiv teori, d.v.s. en teori utarbetad för en särskild grupp, i det här fallet demenssjuka (Thorén-Jönsson, 2008). Teorigenerering baserad på empiri från en specifik situation eller grupp kan enligt Patel och Davidson (2011) ifrågasättas gällande teorins generaliserbarhet. Teorin som genererades tillhörde empirisk vetenskap då det var verkligheten som studerades. Den genererade teorin presenterades i form av en modell som gav en helhetsbild av problemområdet (Patel & Davidson, 2011) och byggde på få men rika begrepp som tillsammans gav svar på uppsatsens syfte och frågeställningar (Thulesius et al., 2004).

3.6. Etiska överväganden

De fyra forskningsetiska principerna togs i beaktande: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitets- och nyttjandekravet (Patel & Davidson, 2011). Författarna tog även hänsyn till att de individer som medverkade inte utsattes för förödmjukelse, kränkning eller psykisk skada i enlighet med de forskningsetiska aspekter som finns.

Intervjupersonerna informerades om syftet med studien, att de kunde avbryta när som helst och godkände att intervjun spelades in, vilket medförde att informationskravet och samtyckeskravet infriades. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att intervjupersonerna informerades om att enskilda personer inte kunde identifieras och att intervjumaterialet uteslutande skulle användas av intervjuarna i kandidatuppsatsen. Insamlad data användes enbart i forskningsändamål och därmed togs nyttjandekravet i beaktande.

Författarna tog upp ämnet etik med handledare, verksamhetschef och samordnare inför observationerna. Hänsyn togs till informations- och samtyckeskravet då verksamhetschef, samordnare och personal informerades om kommande observationer. Samordnare och verksamhetschef förklarade att de boende eller deras anhöriga inte behövde informeras om kommande observationer, då det var måltidssituationen som observerades och ingen aktiv

medverkan krävdes av enskilda individer. Ytterligare en orsak till att de boende och deras anhöriga inte behövde informeras var att det handlade om en kandidatuppsats och inte ett större forskningsprojekt (Vetenskapsrådet, årtal saknas). En fjärde orsak var att målgruppen led av demenssjukdom, vilket medförde att samtycke istället kunde inhämtas via företrädare, d.v.s. verksamhetschef och samordnare. Konfidentialitets- och nyttjandekravet hölls i åtanke både under observationer och under analysarbetet efteråt.

Hänsyn togs även till informationskravet genom att en sammanfattning av kandidatuppsatsen skickades till varje avdelning för att ge en återkoppling gällande resultatet, vilket enligt Patel och Davidson (2011) kan ske vid undersökningar som genomförts på en arbetsplats. För att alla som medverkade i intervjuerna samt övrig personal skulle kunna ta del av hela uppsatsens resultat, framfördes även att hela uppsatsen fanns tillgänglig hos verksamhetschefen efter den 8 juni 2012.

4. Resultat

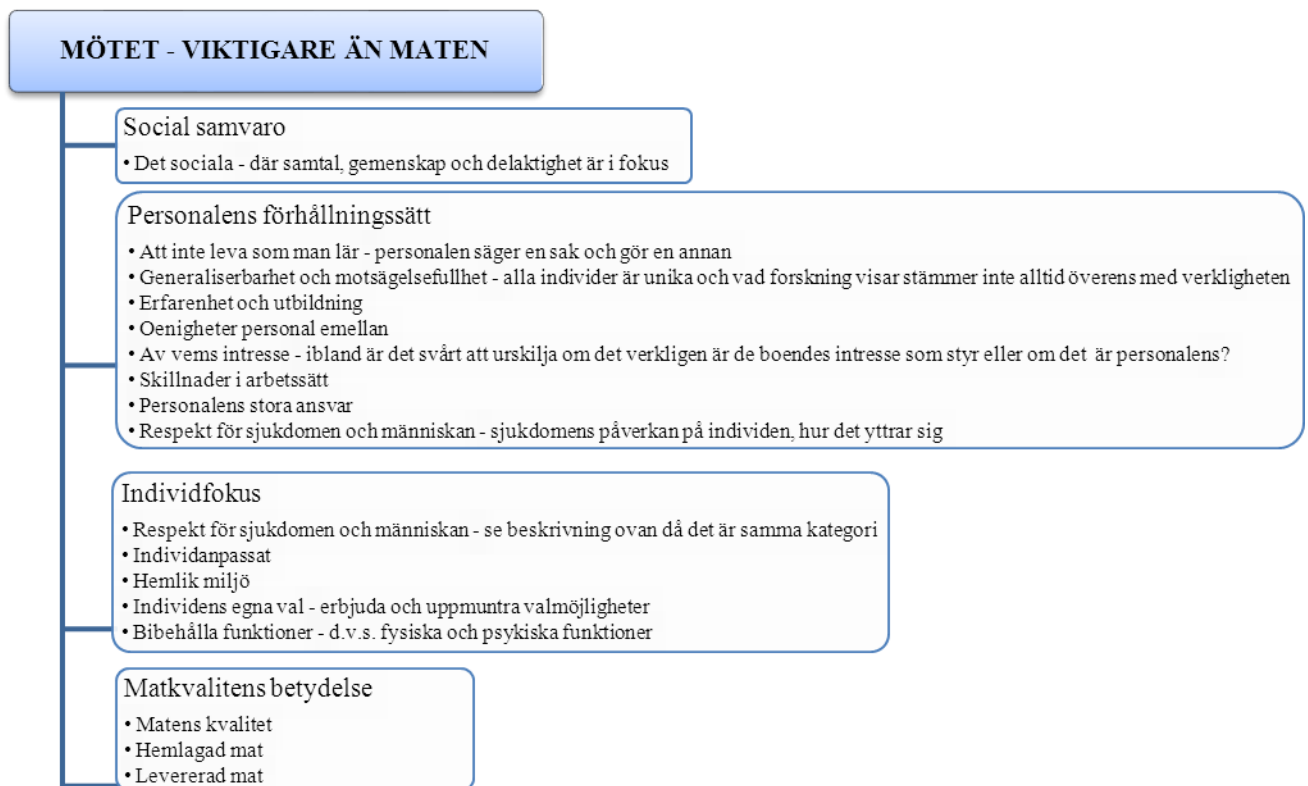
Studiens syfte är att belysa hur måltidssituationen på ett gruppboende för personer med demenssjukdom kan påverka matlust och kostintag. Måltidssituationens påverkan på kostintag och matlust åskådliggörs i den teori och modell som genereras och presenteras längre ner i resultatdelen.

Studiens första frågeställning handlar om personalens kännedom om sjukdomens påverkan på individen och dennes matlust och kostintag. Personalen har lång erfarenhet inom äldreomsorgen och/eller av demenssjukdomar, vilket klargörs när de berättar om arbetet och dess innehåll under intervjuerna. Personalens förhållningssätt och kännedom om sjukdomens påverkan på individen visar att de är medvetna om sin viktiga roll under måltidssituationen, vilket bl.a. framkommer under observationerna. Ett exempel är under observation två då personalen kommenterar att det finns personer som saknar mättnadskänsla p.g.a. sjukdomen, därmed kan inte en bricka med smörgåsar stå nära dessa personer.

Ur intervjuer och observationer framgår det att personalen påverkar de boendes kostintag på så vis att de exempelvis sitter med de boende, uppmuntrar till kost- och dryckesintag och är medvetna om betydelsen av en lugn och harmonisk miljö. Ovanstående ger svar på studiens andra frågeställning. Författarnas intryck från observationerna är dock att personalen stundtals inte lyckas med att skapa en lugn och harmonisk miljö, t.ex. är teven på, de springer fram och tillbaka med mat och tallrikar samt slamrar med disken i köket.

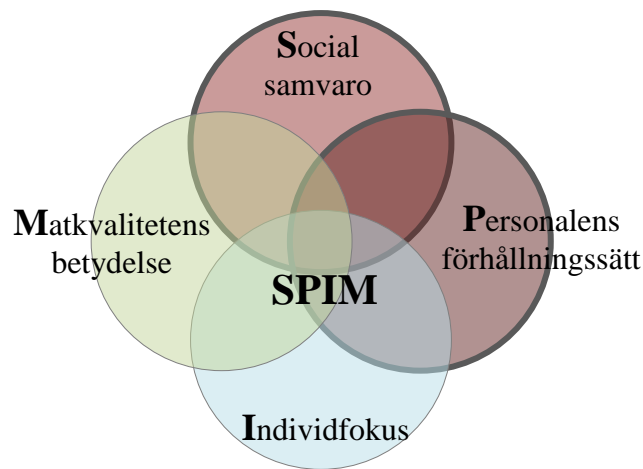
Den tredje frågeställningen handlar om hur det faktum yttrar sig att boendet idag får levererad mat istället för hemlagad. Under intervjuerna framgår det att det främst är personalen som är missnöjda med den levererade maten då de bl.a. uppskattar att laga maten själva samt upplever att de boende äter mindre av den levererade maten än av den hemlagade. Det framgår även att de boendes anhöriga till en början var något upprörda över beslutet att sluta laga mat på boendet. Författarna får intrycket av att samtliga boende under observationerna äter med god aptit och tycker om maten, vad de tycker om att de får levererad mat istället för

hemlagad går inte att utläsa i den här studien. Personalen upplever dock att de boende äter mer på helgerna när de själva lagar maten, vilket enligt författarna möjligtvis kan tyda på att de boende föredrar hemlagad mat.



Figur 3. Figuren symboliserar författarnas teorigenerering ur de fyra huvudkategorierna med tillhörande sexton underkategorier

Författarna skapar en teori i enlighet med vald metod (GT) och lägger utifrån de fyra huvudkategorierna fram följande teori ”mötet – viktigare än maten” (se figur 3 ovan). Teorin visar på måltidssituationens betydelse för matlust och kostintag hos demenssjuka och presenteras i form av en modell där teorins kontenta synliggörs (se figur 4, s. 19). Modellen kallas SPIM och innefattar fyra hörnstenar, vilka likställs med de fyra huvudkategorierna som samspelar och påverkar varandra, vilket illustreras i form av cirklar som går in i varandra. Två cirklar har en mörkare grund och bredare kant för att symbolisera att dessa två verkar ha störst påverkan på demenssjukas matlust och kostintag, även om alla fyra påverkar och har stort inflytande. Författarna anser således att modellen kan vara av relevans i arbetet med demenssjuka och deras måltidssituation då personalen kan utgå från de fyra hörnstenarna för att skapa en god måltidssituation. Även intervjupersonerna påpekar vikten av en god måltidssituation, ”måltidssituationen är jätteviktig, det är då man har det lite trevligt och mysigt”.



Figur 4. Författarnas teori ”mötet – viktigare än maten” illustrerad i form av modellen SPIM som anses kunna likställas med begreppet måltidssituation i arbetet med demenssjuka

4.1. Social samvaro

Den sociala aspekten i måltidssituationen tillsammans med personalens förhållningssätt är de två faktorer som verkar ha störst påverkan på demenssjukas kostintag och matlust. Författarna upplever att samtal utgör en viktig del av den sociala aspekten, där samtalets karaktär och innehåll kan påverka individen positivt på så vis att de boende sitter kvar längre och verkar äta mer. Ett gott samtal och social samvaro upplevs kännetecknas av delaktighet, en humoristisk och positiv stämning och relevanta samtalsämnen, såsom uppväxt och vädret etc. Ett bra exempel är observation tre, där alla boende sitter samlade vid ett bord och personalen sitter ner under större delen av måltiden och bidrar till en avslappnad och skojfrisk atmosfär. Boende och personal pratar bl.a. om en eventuell romans mellan två av de boende, ”vad många frågor du har om honom, du kanske vill bjuda ut honom?”. Både personal och boende skrattar gott och spinner vidare på skämtet. Ett annat exempel från samma observationstillfälle är när personalen skojar på ett ironiskt sätt med en av de boende, ”nej du vill inte ha kaffe, du tycker ju inte om kaffe. Jo du älskar ju kaffe!”, varpå den boende skrattar.

En intervjuperson påpekar att de alltid sitter tillsammans på helgerna, ”det är jättemysigt”. Alla intervjupersoner understryker vikten av att sitta med de boende då de äter bättre, ”det är ju viktigt att man sitter med, även om man inte sitter och äter med dem”. En intervjuperson framhäver även att det finns sociala aspekter att ta hänsyn till när de boende väljer sittplatser, ”det finns ju alltid två eller tre stycken som finner varandra. Då brukar man oftast sätta dem tillsammans”. Flera intervjupersoner påpekar att en stor del av det sociala försvunnit i

samband med att de slutat laga mat på boendet, då det sågs som en gemensam och trevlig aktivitet och de boende kunde hjälpa till:

För när vi lagade mat själva så, så får man den sociala biten, man tog med sig boende ut i köket med rullstolar och så fick de vara med och smaka och så

Förut när personalen lagade maten på boendet satt de även ner och åt tillsammans med de boende av maten, vilket de inte gör längre. En av intervjupersonerna påpekar en fördel som finns med levererad mat, att de kan få mer tid till de boende, ”ja det är att man försöker få tid till de boende, med aktiviteter, gå ut på promenad (...) eller sätta sig ute”.

Sammanfattningsvis förmodas den sociala samvaron påverka demenssjukas kostintag och matlust mer än själva maten i sig. Detta tydliggörs t.ex. under observation tre då personal och boende sitter ner tillsammans, samtalar och atmosfären är avslappnad och skojfrisk, vilket författarna upplever bidra till en ökad matlust och större kostintag. Under de två första observationerna sitter inte personalen ner med de boende i samma utsträckning vilket resulterar i att även de boende sitter ner kortare tid. Således verkar det finnas ett samband mellan kostintag/matlust och att personalen sitter med under hela måltiden, d.v.s. en social samvaro.

4.2. Personalens förhållningssätt

Respekt för människan och sjukdomens påverkan på individen uppfattas vara två viktiga komponenter i personalens förhållningssätt, då det upplevs utgöra grunden för hur de boende upplever sin livssituation. Det är personalens ansvar att tydliggöra och förklara oklarheter, skapa en lugn och trygg måltidssituation samt finnas där som stöd vid oro och förvirring. Under observationerna får personalen vid ett flertal tillfällen lugna boende som är oroliga, ”jag är här, jag hjälper dig”. Personalen visar även respekt för sjukdomen när de talar på ett beskrivande sätt, vilket ofta framgår under observationerna, exempelvis när de serverar mat, ”varsågod, här är din middag”. Ett annat exempel är när en boende frågar om det är dags att äta igen, varpå en i personalen svarar, ”eftersom du var hos läkaren på förmiddagen åt du middag senare än vanligt” och frågar därefter om den boende endast vill ha kaffe och smörgås. Författarna tror att om orosmoment undviks och att måltidssituationen upplevs som trygg och lugn, kan det påverka kostintag och matlust i en positiv riktning.

En lugn och trygg miljö skapas exempelvis genom att personalen lägger oenigheter sinsemellan åt sidan och att hushållssysslor inte påbörjas medan de boende fortfarande sitter kvar och äter. Ett exempel på motsatsen är under observation ett då personal börjar städa undan och fylla diskmaskinen vilket för oväsen, medan en av de boende fortfarande sitter kvar och äter. Författarna uppfattar genom personens kroppsspråk att det stör. Alla intervjupersoner understryker vikten av en lugn och harmonisk måltidssituation, ”det ska inte finnas några störande moment när det gäller dementa för då är ju uppmärksamheten åt något annat håll”. Personalen försöker skapa en lugn miljö under observationerna då de exempelvis vrider ner ljudet på teven i samband med måltiderna. En annan person uttrycker under en av intervjuerna samma sak men lägger fokus på hur personalen kan påverka de boendes

upplevelse av lugn och ro, ”man kan inte springa omkring som en yr höna, det går inte utan det ska vara lugnt och stabilt när vi sitter och äter”.

Det upplevs som motsägelsefullt att personalen säger att det ska vara lugnt utan störande moment, samtidigt som de är snabba på att plocka undan och börja diska istället för att sitta ner med de boende. Undantaget är observation tre då personalen sitter ner under nästan hela måltiden och tar disken efteråt. Författarna upplever att personalens förhållningssätt i stor utsträckning bygger på att agera efter erfarenhet, det är dock av vikt att inte generalisera då varje individ är unik och kan förändras under sjukdomens förlopp. Under observationerna noteras att servering av dryck, tillbehör och portionsstorlek sker efter erfarenhet, personalen känner de boende och är medvetna om deras preferenser. Erfarenhet är ett återkommande begrepp under intervjuerna både gällande matpreferenser och i mötet med de boende, de vet att sjukdomen har olika påverkan på individer och arbetar därefter:

Det gäller att vara ödmjuk och väldigt lyhörd när det gäller gamla människor med demenssjukdomar, man kan inte vara aggressiv och man kan inte gå på, utan du måste vara väldigt lyhörd och mjuk (...) jag tror att det har lite grann att göra med hur man är som människa också och under tiden så lär man sig av erfarenheter

Under intervjuerna berättar personalen att de alltid frågar om de boende vill ha mer mat och dryck, under observation ett sker dock det motsatta då personalen inte frågar och blir förvånade över att en av de boende ber om påfyllning av middagen. Samma sak sker under observation två när personalen står och diskar när boende sitter kvar och äter, en av de boende reser på sig varpå personalen undrar vad denne vill. Den boende svarar då att denne tänker hämta en till smörgås. Det är därmed av vikt att alltid fråga de boende om mer mat och dryck, även om det vanligtvis ges nekande svar. Återigen är observation tre undantaget, där liknande företeelser inte sker.

Sammanfattningsvis upplevs personalens förhållningssätt kunna påverka de boendes kostintag och matlust både positivt och negativt, på så vis att personalen påverkar hur de boende upplever måltidssituationen. En lugn och trygg måltidssituation tycks främja kostintag och matlust medan oro och förvirring har en negativ påverkan. Personalens erfarenhet upplevs oftast vara till fördel då de känner till de boendes preferenser, viktigt är att komma ihåg att alltid fråga trots att svaren ofta är givna för personalen.

4.3. Individfokus

Författarna anser att det är viktigt att ha ett individfokus vid måltidssituationen, då en demenssjukdom påverkar individer olika och sjukdomsförloppet kan se olika ut. Hänsyn bör även tas till individens preferenser och bakgrund (t.ex. kultur, religion, ätstörningar etc.) då det framgår i intervjuerna att det kan påverka matlust och kostintag. Några intervjupersoner berättar att innan en person flyttar in på boendet hålls ett samtal med den som flyttar in, dennes anhöriga, kontaktperson (en i personalen), sjuksköterska och verksamhetschef. Under samtalet går de bl.a. igenom personens matpreferenser och lägger även upp en plan med mål och delmål för att försöka bibehålla personens funktioner i den mån det går. Författarna anser

att bibehållning av funktioner kan påverka personers egenupplevda hälsa i en positiv riktning och därmed även matlust och kostintag. Funktioner bibehålls enligt författarna t.ex. genom att uppmuntra till delaktighet vid hushållssysslor och framhäver vikten av detta med tanke på att demenssjukdomar i dagsläget inte går att bota. Vid ett av observationstillfällena sitter en av de boende och viker nystrukna dukar. Även personalen framhäver under intervjuerna vikten av att bibehålla funktioner, ”de kan vara med och sätta fram tallrikar, bestick, vika servetter, lägga på en struken eller manglad duk, ta fram maten”.

Något av det första författarna slås av under observationerna är den hemlika miljön som är anpassad efter målgruppen, vilket kan ses som positivt med tanke på att en del personer kan spendera flera år på boendet. En hemlik miljö kan enligt författarna bidra till att de boende känner sig lugna och trygga, vilket som nämnts tidigare upplevs kunna påverka kostintag och matlust. Under en av intervjuerna kommenteras vikten av en hemlik miljö:

Alltså att det ska likna en hemmiljö det är för att, det ska ju vara så, det är ju deras hem detta. Så det ska likna hemmiljö så mycket som möjligt för att de ska trivas

Författarna påpekar att valmöjlighet bör ges gällande val av dryck, sittplats och måltidsplanering i den utsträckning det är möjligt då det anses påverka kostintag och matlust positivt. Samtliga intervjupersoner instämmer:

(...) de har sina bestämda platser, åtminstone ett par stycken, tre av dem bryr sig inte för de kan sinsemellan på sitt bord sätta sig lite olika och ingen säger något. Men sen finns det de andra, här sitter jag, det här är min plats. (...) vi försöker placera dem så att de som kan prata lite mer sitter vid ett bord, de andra som är tysta sitter vid ett annat bord. För att annars (...) blir det lite konflikter – ”varför svarar inte du när jag frågar någonting?”

Sammanfattningsvis upplevs det kunna påverka kostintag och matlust positivt om personalen har ett arbetssätt där individen sätts i fokus och hänsyn tas till de boendes preferenser och bakgrund. De boende bör även själva få välja vad de vill äta och dricka samt vilka de sitter med, i den mån det är möjligt, då det upplevs ha en gynnsam effekt på kostintag och matlust.

4.4. Matkvalitetens betydelse

Det är av vikt att maten som serveras är näringsrik och ger tillräckligt med energi. Om maten lagas på boendet eller levereras från en cateringfirma verkar spela mindre roll, huvudsaken är att maten smakar bra, är av bra kvalitet och anpassad efter individen. Under samtliga observationer upplevs de flesta äta med god aptit, det är dessutom alltid någon som påpekar att maten smakar bra, ”åh vad gott det var idag”, vilket ger en indikation på att de tycker om maten. En av intervjupersonerna pratar om fördelen med levererad mat och nämner att den är näringsrik, ”det känns ju tryggt när man har maten levererad här. Man vet att de får den mat de ska ha”. En annan intervjuperson framhäver en fördel med hemlagad mat:

Sen kan jag säga att när jag lagar mat på helgerna, då har jag kollat hur de boende äter och jag kan säga att då äter de dubbelt så mycket mat när jag lagat maten istället för när den är levererad. När

man frågar om de vill ha mer så säger de ja tack, det här var gott. Det är inte ofta de säger så om den levererade

Det finns ett antal faktorer att ha i åtanke både gällande levererad och hemlagad mat, som verkar kunna påverka matlust och kostintag. Flera intervjupersoner påpekar att det är sämre variation på maträtter idag när maten levereras, ”jag kan tycka att det här med färs grejer är lite för mycket. Alla olika färs grejer. Färs, färs, färs, med olika namn på”. Genom alla intervjuer påpekas även det faktum att maten är väldigt fet, ”det är för mycket fett, det är för mycket smör och för mycket grädde men det är klart det ska de ha”. Personalen är medvetna om att det är av vikt att maten är energirik men uttrycker samtidigt att det försämrar smakupplevelsen, ”jag har smakat på maten, det är inte gott”. Om maten levereras bör den vara anpassad efter målgruppen gällande energi och näring men även vara av hög kvalitet, d.v.s. att rotfrukter och grönsaker är ordentligt tillagade och att köttet inte är för svårtuggat.

Jag upptäcker att potatisen är lite halvrå ibland när den kommer och jag tycker det är för lite sås och jag tycker inte att det ser aptitligt ut om jag ska vara ärlig. Lite överkokta grönsaker och ingen variation på grönsakerna, utan lite mer råkost tycker jag skulle varit med

Sammanfattningsvis verkar det viktigaste vara att maten smakar bra, är vällagad och anpassad efter individen och målgruppens behov. Matkvaliteten tycks således kunna påverka de boendes matlust och kostintag både positivt och negativt.

5. Diskussion

5.1. Resultatdiskussion

Teorin som genereras, d.v.s. ”mötet – viktigare än maten” grundar sig i det faktum att författarna ständigt i datainsamling och dataanalys noterar att den sociala samvaron verkar ha en ytterst betydande roll. Även Livsmedelsverket (2011b) framhäver den sociala aspektens viktiga roll i arbetet med äldre. Under både observationer och intervjuer framhävs konstant vikten av att personalen är närvarande vid måltidssituationen för att finnas där som stöd gällande kostintag. Om teorin som genereras jämförs med FAMM där de tre delarna rummet, mötet och maten upplevs vara lika viktiga, tycks rummet i modellen SPIM utgöra en mindre del då den endast utgör en underkategori i huvudkategorin individfokus. Mötet och maten har större inverkan på måltidssituationen i SPIM då de utgör de två hörnstenarna social samvaro och matkvalitetens betydelse. Även styrsystemet har en mer betydande roll i FAMM och restaurangmiljö, vilket tydliggörs då det inte ingår i SPIM. Författarna tror således att SPIM är bättre anpassad för måltidssituationen inom vård och omsorg. I SPIM får den sociala samvaron och personalens förhållningssätt störst utrymme, vilka integreras i varandra på så vis att det förhållningssätt personalen har påverkar hur den sociala samvaron upplevs.

5.1.1. Utformning av teori och modell

Inom GT anses forskningsfrågan vara föränderlig och öppen och kan därmed utvecklas under arbetets gång (Patel & Davidson, 2011; Thorén-Jönsson, 2008). När modellen utformas säkerställs att syfte och frågeställningar besvaras, vilka under arbetets gång revideras där en frågeställning i slutändan stryks. Det faktum att under- och huvudkategorierna påverkar

varandra sinsemellan influerar modellens design, d.v.s. fyra cirklar som går in i varandra. Modellen bygger på ett helhetsperspektiv där alla hörnstenar har en viktig roll gällande måltidssituationen för demenssjuka. Med andra ord antas författarnas modell kunna definiera begreppet måltidssituation, framför allt i arbetet med demenssjuka. Patel och Davidson (2011) påpekar dock att teorins generaliserbarhet kan ifrågasättas då empirin bygger på en specifik situation eller grupp och därmed kan vara svår att applicera på andra målgrupper. Författarna upplever ingen problematik med att modellen används inom andra områden, så länge den anpassas efter målgruppen. Modellen SPIM kan kontinuerligt utvecklas och uppdateras då en teori enligt GT aldrig ses som en avslutad process utan ständigt kan förändras (Thorén-Jönsson, 2008). Därmed kan modellen ses som inspiration där nya hörnstenar kan adderas.

5.1.2. Den sociala samvaron

Angående underkategorierna kan de flesta hänvisas till huvudkategorin personalens förhållningssätt och även om huvudkategorin social samvaro endast utgörs av en underkategori anses båda huvudkategorierna ha lika stor tyngd i modellen. Enligt författarna utgör den sociala samvaron en så pass viktig del då de boende upplevs äta mer, sitta kvar längre samt vara gladare och piggare vid observation tre då personalen sitter med och alla är samlade runt ett bord. Både författarna och FAMM framhäver samtalets betydelse under måltiden samt dess påverkan på hur mötet upplevs (Gustafsson et al., 2006).

Måltidssituationen under observation tre upplevs även som mer positiv, avslappnad, trygg och familjär, där sjukdomen sätts åt sidan och individen får vara i centrum. Även Socialstyrelsen (2010) framhäver vikten av att arbeta personcentrerat, d.v.s. att sätta personen istället för sjukdomen i fokus. Personalen har fortfarande en professionell roll med de arbetsuppgifter som ingår men författarna upplever det snarare som att en grupp vänner sitter och äter, istället för personal och boende. De samtalar och skämtar om att gå ut och dansa, eventuella romanser, sjunger och skrattar. Skämten är emellanåt ironiska och författarna funderar först på lämpligheten med ironiska skämt med sjukdomen i åtanke, att de inte förstår att det är ironi och istället blir förvirrade. Den initiala tanken förändras då de boende verkar förstå och verkligen uppskattar skämten.

Att den sociala samvaron får en så betydande roll i teori och modell är till stor del p.g.a. observation tre som i jämförelse med de andra observationerna verkligen sticker ut gällande den sociala samvaron. Under observation ett och två upplevs stämningen vara mindre positiv, då de boende sitter uppdelade och personalen interagerar mindre med de boende. Författarna tror att den positiva stämningen under observation tre beror på att de sitter tillsammans, att alla är delaktiga i samtalen och skrattar mycket, vilket förmodligen bidrar till att de sitter kvar längre och äter mer. Att kontrollera portionsstorlekar är inte syftet med uppsatsen, således kan det inte fastslås att de faktiskt äter mer.

När människan sätts framför sjukdomen ses således varje individs personlighet, där varje individs betydelse framhävs, istället för att ses som en grupp sjuka människor. Den sociala samvarons betydelse framgår även under samtliga intervjuer, då alla intervjupersoner pratar om vikten av det sociala i samband med måltidssituationen. Ur intervjuerna framgår att alla

dagarna ser olika ut för demenssjuka och med tanke på att det endast är en observation som visar på denna skillnad, kan ingen slutsats dras att så alltid är fallet. Livsmedelsverket (2011b) framhäver dock att ett positivt möte påverkar individens kostintag och matlust på ett fördelaktigt sätt.

5.1.3. Personalens förhållningssätt

Generellt spenderar gemene man i snitt de två sista åren i omsorg (Socialstyrelsen, 2009), till skillnad mot en demenssjuk person som enligt personalen på boendet kan spendera många år, t.o.m. decennier i omsorg. En lugn och trygg måltidssituation tycks påverka kostintag och matlust positivt, vilket kan ske genom att t.ex. minska sjukdomens negativa påverkan på individen i form av exempelvis oro och förvirring.

Personalens förhållningssätt och bemötande förmodas ha stor betydelse för hur en demenssjuk upplever sin livssituation. Personalen kan påverka de boendes upplevelse genom att t.ex. minska sjukdomens negativa påverkan på individen i form av exempelvis oro och förvirring och istället öka känslan av en trygg och lugn miljö. Med tanke på att sjukdomen inte går att bota samt antalet år som spenderas i omsorg vill författarna framhäva vikten av att demenssjuka bibehåller god hälsa och livsglädje trots sjukdom (Socialstyrelsen, 2010).

Under intervjuerna framgår det att personalen ofta agerar efter erfarenhet gällande exempelvis de boendes matpreferenser, dryckesval och beteende i en måltidssituation. Författarna anser att det är viktigt att personalen inte bara förlitar sig på erfarenhet och vanor då sjukdomens förlopp förändrar individens ätbeteende (Engelheart & Åhlfeldt, 2009). Dilemmat med att erbjuda för många valmöjligheter kan vara att demenssjuka ibland kan uppleva svårigheter med att göra val. Under observationerna är det några av de boende som aldrig klarar av att göra val, oavsett fråga svarar de att de inte vet, medan andra klarar av det. Personal bör således alltid fråga men vara beredd på att hjälpa till när valet blir svårt. Ett annat problem är att dagens äldre ofta har med sig från sin uppväxt att vara artiga (Wikby & Fägerskiöld, 2004). Äldre klagar sällan och vill inte vara till besvär, vilket framgår i observationerna. Det är således viktigt att fortsätta fråga för att vara säker på att de verkligen är nöjda.

5.1.4. Individfokus

Det blir tydligt i texten ovan att hörnstenarna går in i varandra då individfokus är återkommande i redan nämnda hörnstenar, således verkar individfokus ha en betydelsefull roll i arbetet med demenssjuka. Det kan vara lätt att placera demenssjuka i en och samma grupp just p.g.a. den gemensamma nämnaren men sjukdomen påverkar personer olika och kan således inte ses som en homogen grupp. Individer har olika bakgrund, kultur, religion (Livsmedelsverket, 2012b) och preferenser, vilket ökar vikten av ett individfokuserat arbetssätt, då det antagligen påverkar kostintag och matlust. Intervjupersonerna pratar alla om att de boende vill ha det som de alltid har ätit men att det skiljer sig åt mellan individer. Det är således viktigt att anpassa kosten efter varje individs preferenser och vid behov ta hjälp av anhöriga.

Det blir tydligt under arbetets gång att forskning och vetenskap inte alltid stämmer överens med verkligheten. Engelheart och Åhlfeldt (2009) påpekar att demenssjuka har behov av en lugn och harmonisk miljö och under flera intervjuer påpekas samma sak, framför allt gällande måltidssituationen. Under tredje observationstillfället är teven på i bakgrunden, personal och boende skrattar och samtalar under hela måltiden vilket verkar påverka de boende positivt, t.ex. gällande kostintag. Det bör påpekas att atmosfären inte upplevs som stressig eller orolig men det är liv och rörelse under hela måltidssituationen till skillnad från tidigare observationer då det är väldigt tyst och lugnt. Författarna föreslår att ämnet bör tas upp till diskussion, att det ska vara tyst och inte för mycket prat i samband med måltiden, då en av observationerna tycks visa på motsatsen och att personalen istället bör utgå från individen.

5.1.5. Matkvalitetens betydelse

Om maten är hemlagad eller levererad verkar spela mindre roll, däremot betonar både personal på boendet och Engelheart och Åhlfeldt (2009) att doften av mat kan stimulera aptiten vilket bör ha i åtanke då mat levereras. Under två av observationerna doftar maten mer p.g.a. att personalen vid ena tillfället värmer pyttipanna och steker ägg och vid det andra värmer paj i ugnen. De två observationerna äger rum vid kvällsmaten då maten alltid värms på eftersom kvällsmaten levereras samtidigt som middagen. Vid första observationen äter de boende middag som alltså inte behöver värmas, varpå det inte doftar något. Att det doftar mat, i samband med att sitta tillsammans vid måltiden, upplevs vara två faktorer som påverkar matlusten positivt.

Demenssjukdomar är ofta förknippat med viktnedgång (Engelheart & Åhlfeldt, 2009), vilket ökar vikten av att demenssjuka är i energibalans. Intervjupersonerna upplever att maten som levereras är mycket fet, vilket enligt dem försämrar kvaliteten och att det är mer energi än näring. Att maten upplevs som fet kan bero på att boendet får A-kost, d.v.s. att maten innehåller mer fett och mindre kolhydrater jämfört med den kost som rekommenderas till friska vuxna. Om maten lagas på plats kan maten energiberikas på andra sätt än med endast grädde och smör som det idag är enligt intervjupersonerna, exempelvis olja eller ägg. Huruvida det stämmer att cateringfirman endast berikar med smör och grädde visar inte denna studie, inte heller om näringsrekommendationerna uppnås.

Författarna tror att matkvaliteten kan vara bättre om maten tillagas på plats för att den då inte behöver varmhållas. Matkvaliteten skulle även kunna förbättras om maten anpassas bättre efter målgruppen, t.ex. genom att potatis och grönsaker blir genomkokta och att de exempelvis inte serverar kardemummaskorpor till nyponsoppan, vilket de äldre kan ha svårt att äta p.g.a. tugg- och sväljsvårigheter (Socialstyrelsen, 2010). Wikby och Fägerskiölds (2004) studie visar att äldres aptit ökar om maten upplevs som vällagad och har rätt konsistens, författarna tror således att om matkvaliteten på den levererade maten förbättras kommer de boendes kostintag att öka.

Om maten lagas på plats skulle den eventuellt lättare kunna individanpassas än om den levereras t.ex. genom att kunna erbjuda alternativa livsmedel såsom grönsaker och mer variation på ris, pasta och potatis, då det idag enligt personalen oftast serveras potatis eller

potatismos. Som det ser ut idag finns det inga alternativ gällande kvällsmat och efterrätt, till middag finns det två maträtter att välja mellan vid beställning. En i personalen påpekar dessutom att några efterrätter är för söta för diabetikerna på boendet, vilket skulle kunna undvikas om maten lagades på plats. Det är viktigt att personalen har rätt kunskap och erbjuds kurser i näringslära om de ska laga maten själva, för att säkerställa att maten är näringsriktig och innehåller tillräckligt med energi.

Ytterligare ett exempel på att forskning inte alltid stämmer överens med verkligheten är att äldre enligt forskning föredrar svensk traditionell kost (Wikby & Fägerskiöld, 2004) och mat de är vana vid (Livsmedelsverket, 2012b). Under intervjuerna framgår dock att de boende även äter med god aptit när de bjuds på mat från främmande kulturer, då personal på boendet både köper pizza och bjuder på t.ex. afrikanska rätter.

5.2. Metoddiskussion

Kvalitativ ansats väljs utifrån syfte, frågeställningar och målgrupp, där observationer och intervjuer anses vara ett bra val då resultatet visar sig svara mot syfte och frågeställningar. Ett alternativ är att även enkäter inkluderas vid datainsamlingen för att få ett bredare och rikare datamaterial p.g.a. en större urvalsgrupp då all personal skulle kunna inkluderas, vilket är en fördel vid analysarbete enligt GT (Thorén-Jönsson, 2008). Efter första observationen skulle det kunna vara bra med en enkätundersökning inom personalstyrkan där allas åsikter framkommer för att sedan fortsätta datainsamlingen med hjälp av fler observationer samt ett fåtal intervjuer för att få en djupare förståelse för problemområdet.

Att triangulering används kan vara positivt då validiteten kan tänkas öka när två eller fler källor säger samma sak (Hassmén & Hassmén, 2008). Tanken är inledningsvis att använda triangulering med intervjuer, observationer och dokument (boendets riktlinjer i arbetet med demenssjuka), vilket författarna tror är mer fördelaktigt än att komplettera med enkäter då Hassmén och Hassmén (2008) påpekar att det är ovanligt att använda kvantitativa metoder för att validera ett resultat. Enligt GT kan dokument användas vid dataanalys då ingen begränsning sker till att enbart använda formell intervjudata (Thulesius et al., 2004). Boendets riktlinjer skulle kunna vara till hjälp vid utformning av förslag på insatser till boendet, för att undvika att endast upprepa de riktlinjer som finns. Författarna bläddrar snabbt igenom riktlinjerna under observation två och konstaterar att de skulle kunna vara till stor nytta vid dataanalys, implikation och diskussion. Riktlinjerna tar exempelvis upp rutiner kring måltidssituationen, personalens förhållningssätt, livsmedelshantering etc. och därmed efterfrågas dessa för att kunna inkluderas i kandidatuppsatsen. Författarna kontaktar boendet vid ett flertal tillfällen men får inte riktlinjerna förrän mindre än en vecka innan uppsatsen ska lämnas in, därmed utesluts dokumenten p.g.a. tidsbrist.

5.2.1. Urvalsgrupp

Boendets verksamhetschef frågar författarna om de vill utföra en undersökning på gruppboendet angående hur det upplevs att boendet numera får levererad mat istället för hemlagad. Ursprungstanken är således att intervjua målgruppen men när ytterligare

information ges framgår det att det är ett gruppboende för demenssjuka. Inledningsvis diskuteras möjligheten att intervjua målgruppen med handledare, verksamhetschef och samordnare, där det framgår att det är möjligt att intervjua några av de boende. Efter etiskt övervägande och att resultatets validitet skulle kunna ifrågasättas, utesluts ursprungstanken. Istället läggs fokus på observationer för att få med de boendes perspektiv samt på intervjuer med personal för att bl.a. kunna besvara frågeställningen hur det yttrar sig att gruppboendet idag får levererad mat istället för hemlagad.

Ett önskemål från författarna är att urvalsgruppen vid intervjuerna ska bestå av båda könen och varierande åldrar, vilket grundas i att det exempelvis kan finnas skillnader gällande kunskap och färdigheter i köket mellan könen och mellan unga vuxna och vuxna. Observationer genomförs på samma avdelning för att studera samma grupp individer då det kan vara lättare att utvärdera skillnader och likheter från gång till gång. Om olika avdelningar studeras kan det inte dras några slutsatser gällande förändringar av kostintag och matlust då det är olika individer som studeras vid varje tillfälle. Fokus skulle förmodligen annars vara personalens förhållningssätt och huruvida rutiner kring måltidssituationen efterföljs och inte vad som påverkar kostintag och matlust. Att det är olika personer som arbetar vid varje observation, förutom vid ett tillfälle, ses som en fördel då skillnader kan noteras mellan olika personers förhållnings- och arbetssätt vilket kan påverka den sociala samvaron. Ovanstående styrker författarnas val av att enbart utföra observationer på en avdelning.

5.2.2. Metod och förklaringsmodell

Utifrån syfte och frågeställningar upplevs intervjuer och observationer som bäst lämpade och författarna börjar fundera på metodval. Med guidning från handledare sker en fördjupning inom metoden GT, som anses vara lämplig då empirin styr processen istället för teorin (Patel & Davidson, 2011). Metoden anses även vara lämplig då antalet observationer och intervjuer i enlighet med GT inte behöver fastställas i förväg, då GT är en icke-linjär metod (Hassmén & Hassmén, 2008). Enligt GT ska forskaren gå förutsättningslöst in i arbetsprocessen, vilket frångås i kandidatuppsatsen då även FAMM används som utgångspunkt för att säkerställa att syfte och frågeställningar i slutändan besvaras.

FAMM används i uppsatsen för att definiera begreppet måltidssituation vilket kan ifrågasättas då modellen från början är utformad för restaurangmiljö och därmed inte anses vara helt överförbar på demenssjuka och deras måltidssituation. Begreppet måltidssituation eftersöks i diverse ordböcker och uppslagsverk utan framgång, vad som annars skulle definiera begreppet är således svårt att spekulera i. Genom en sökning på Internet hittar författarna en reviderad version av FAMM, då Livsmedelsverket (2011b) i en rapport använder FAMM för att definiera måltidssituation och applicerar det på bl.a. demenssjuka och äldre. Livsmedelsverket inspirerar således att FAMM används i kandidatuppsatsen, vilket även anses styrka valet av förklaringsmodell.

5.2.3. Datainsamling

Att alla intervjuer äger rum samma dag kan kritiseras då det enligt GT ska finnas tid mellan intervjuer för att kunna urskilja koder och för att antalet intervjuer oftast inte bestäms i förväg

(Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2011). GT frångås på så vis vilket möjligen påverkar utkomsten av resultatet där under- och huvudkategorier annars kanske skulle se annorlunda ut. Intervjuguiden revideras däremot mellan intervjuerna där frågor som missförstås tas bort och där vissa frågor omformuleras eller läggs till för att få en större helhetsbild. Då det finns tillräckligt med tid mellan intervjuerna för att revidera intervjuguiden ser författarna inte det endast som en nackdel att alla intervjuer genomförs samma dag. En fördel kan exempelvis vara att likheter och skillnader lättare kan urskiljas när detaljer fortfarande är tydliga i minnet. Vid en intervju deltar en person som inte ingår i urvalet, enligt GT kan även informella samtal samt övriga intryck från omgivningen ingå i datainsamlingen (Thulesius et al., 2004). Om en annan metod används där informella samtal inte får ingå, skulle det innebära att stora delar av intervjun får strykas, då intervjupersonen ofta söker medhåll från kollegan samt att denne självmant svarar på en del frågor.

Det upplevs som en fördel att vara två observatörer för att minska risken att relevant information går förlorad, då det visar sig att författarnas minnesanteckningar vid samtliga observationer skiljer sig något åt. Från början är det tänkt att två observationer ska genomföras men det upplevs att en till krävs för att koderna ska uppnå mättnad. Den tredje observationen som sker på en lördag till skillnad från övriga två som sker på vardagar ger inte de svar som förväntas, författarna tror att det faktum att det är helg (annan dukning och stämning), möjligtvis kan påverka atmosfären och således de boendes kostintag. Några av intervjupersonerna berättar även att de emellanåt lagar maten själva på helgerna och upplever då att de boende äter mer, vilket i så fall kanske kan påverka resultatet att det inte verkar spela någon roll om maten är levererad eller hemlagad. När författarna anländer till boendet vid den tredje observationen visar det sig att dukningen inte skiljer åt nämnvärt från tidigare observationer och att maten inte är lagad på boendet, således besvaras inte författarnas tankar om en eventuell skillnad. Författarna får istället uppleva en måltidssituation som verkar skilja sig åt radikalt från tidigare observationer gällande den sociala aspekten. Under de två första observationerna upplevs stämningen vara ganska låg och få samtal äger rum mellan de boende och personalen, medan det under den tredje observationen upplevs som motsatsen. På det viset är den tredje observationen den som mest styrker den sociala samvarons betydelse. Om fler observationer genomförs kan resultatet att den sociala samvaron har så pass stor betydelse antingen förkastas eller styrkas, då personalen påpekar att alla dagar ser olika ut för de boende.

5.2.4. Etiska överväganden

Det kan diskuteras kring etik gällande att observera individer med demenssjukdom. Om de tillfrågas om samtycke till att delta i ett flertal observationer, kommer de vid nästa tillfälle ihåg att de gett samtycke till att delta? En person frågar vid två av tre tillfällen vilka observatörerna är, vilket stödjer antagandet om att de inte kommer ihåg om de ger samtycke. Författarna ställer sig även frågan hur det kommer att påverka den personal som ställer upp på observationer och intervjuer, då övrig personal och verksamhetschef får tillgång till kandidatuppsatsen. Under skrivprocessen tas således hänsyn till konfidentialitetskravet för att försöka säkerställa att identifiering inte ska kunna ske.

5.3. Konklusion

Slutsatsen är att den sociala samvaron och personalens förhållningssätt anses ha störst påverkan på demenssjukas kostintag och matlust. Atmosfären och att boende och personal sitter tillsammans upplevs vara två avgörande faktorer som visar på att den sociala samvaron har större påverkan på kostintag och matlust än själva maten i sig. En god atmosfär skapas av att de boende känner sig trygga, lugna och avslappnade i måltidssituationen samt att personalen inbjuder till samtal, skrattar och skämtar med de boende. Det viktigaste gällande maten verkar vara att den smakar bra, är vällagad och av bra kvalitet. Hänsyn bör även tas till målgruppens behov gällande närings- och energiintag, preferenser, religion och kultur. Genom att människan sätts i centrum och inte sjukdomen, kan måltidssituationen upplevas som mer positiv och avslappnad och därmed stimulera till matlust och ett ökat kostintag.

5.4. Implikation

5.4.1. Förslag på insatser till boendet

Måltidssituationen är viktig, att sitta ner och samtala med de boende under måltiden kan ha en positiv inverkan på kostintag och matlust. Det kan möjligen vara så att det inte behöver vara tyst, det goda samtalet bör inte underskattas. Om möjligt verkar det påverka de boende positivt om alla sitter samlade vid samma bord, för känslan av gemenskap och delaktighet. Det kan vara bra att vänta med disken tills alla är klara, för att inte störa om någon sitter kvar ensam och äter. Författarna tror att det är av vikt att individen och dess behov sätts i fokus, alla är olika och kan även förändras under sjukdomens lopp.

Hemlagad mat verkar vara att föredra, dock är det viktigaste att de boende äter, vilket de upplevs göra idag. Således föreslås att boendet fortsätter med levererad mat med tanke på att resurserna idag är otillräckliga för att maten ska kunna lagas på plats. Det kan vara relevant att jämföra olika cateringfirmors utbud gällande variation på maträtter, matkvalitet samt säkerställa att maten uppfyller näringsrekommendationerna. Ett sätt att se till att de boende får tillräckligt med energi om de är underviktiga är att erbjuda energirika mellanmål som innehåller livsmedel såsom avokado, ägg, feta mejeriprodukter o.s.v. samt berika mellanmålen med en skvätt olja. Energitäta livsmedel som fikabröd, choklad, glass, vispgrädde etc. kan ges till de boende som har svårt att nå energibalans, då det viktigaste som sagt är att de äter. Idag levererar cateringfirman A-kost som ordinerar till äldre personer med god aptit. Med tanke på att sjukdomen påverkar individer olika (nattvandring, minskad aptit, viktnegång etc.), kan ett förslag vara att individanpassa maten som beställs genom att komplettera med E-kost. E-kost rekommenderas till personer som har nedsatt aptit, är undernärda eller riskerar att bli det. Problemet med att det inte doftar lika mycket vid middagarna då maten inte värms på, skulle kunna avhjälpas genom att personalen använder enkla knep. De skulle exempelvis kunna rosta bröd, baka eller värma bröd i ugnen eller steka livsmedel som t.ex. ägg och bacon. För att förhöja andra sensoriska aspekter som smak och det visuella föreslår författarna att exempelvis tillbehör erbjuds såsom saltgurka, lingonsylt och råkost, vilket görs idag men skulle kunna ske i större utsträckning.

5.4.2. Inför framtiden

I framtiden skulle fler studier behöva genomföras gällande om livliga samtal verkligen bör undvikas när demenssjuka äter, då denna kandidatuppsats möjligen visar på motsatsen. Angående den levererade maten skulle det kunna vara relevant att titta på olika cateringsfirmors utbud, både gällande näringsinnehåll men även vad som serveras. Har den levererade maten verkligen bättre näringsinnehåll och är den bättre anpassad efter målgruppen än om personalen själva lagar maten? Det skulle även vara av intresse att studera vidare kring ämnet forskning gentemot verklighet, då t.ex. studier visar att äldre vill äta den mat de är vana vid men kandidatuppsatsens resultat visar en antydning till att så inte är fallet. På de boenden där maten lagas på plats kan det vara lämpligt att erbjuda kurser för personalen, med både praktiska och teoretiska moment för att säkerställa att maten är väl anpassad efter målgrupp samt täcker dagsbehovet av näringsämnen. Hälsopromotionsprogrammet utbildar studenterna både i teoretiska och praktiska moment, således skulle det kunna vara ett framtida yrke för författarna. Dessutom utbildas studenterna i ett hälsofrämjande synsätt med fokus på friskfaktorer, vilket går hand i hand med synen på demenssjukdomar där fokus ligger på det friska och att bibehålla funktioner. Med tanke på att demenssjuka kan spendera fler år inom omsorg än gemene man är det av relevans att de upplever sin hälsa som god även de sista åren, vilket kan ses som stöd för vikten av att arbeta hälsofrämjande med demenssjuka.

6. Referenser

- Ahrne, G., & Eriksson-Zetterquist, U. (2011). Intervjuer. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 36-56). Malmö: Liber AB.
- Befring, E. (1994). *Forskningsmetodik och statistik*. Lund: Studentlitteratur.
- Dellve, L., Henning Abrahamsson, K., Trulsson, U., & R-M Hallberg, L. (2002). Grounded theory in public health research. I L. R-M Hallberg (Ed.), *Qualitative methods in public health research. Theoretical foundations and practical examples* (s. 137-173). Lund: Studentlitteratur AB.
- Desai, J., A. Winter, A., Young, KW., & Greenwood CE. (2007). Changes in type of foodservice and dining room environment preferentially benefit institutionalized seniors with low body mass indexes. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(5), 808-14. doi: 10.1016/j.jada.2007.02.011
- Engelheart, S., & Åhlfeldt, E. (2009). *Mat och ätande för äldre. En handbok för dig som arbetar med vård och omsorg om äldre*. Haninge: Nestor FoU-center.
- Eriksdotter Jönhagen, M. (2011). Demenssjukdomar – en översikt. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 345-355). Lund: Studentlitteratur AB.
- Folkhälsoinstitutet. (2009). *Delaktighet och inflytande ger hälsosamt åldrande*. Hämtad 2012-04-26, från <http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Delaktighet-och-inflytande-ger-halsosamt-aldrande/>
- Folkhälsoinstitutet. (2012a). *Europaåret för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna 2012 (Äldreåret)*. Hämtad 2012-04-26, från <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/halsosamtaldrande/Aldrearet-2012/>
- Folkhälsoinstitutet. (2012b). *Folkhälsostämman*. Hämtad 2012-04-26, från <http://www.fhi.se/Aktuellt/Nyheter/Folkhalsostamman---sista-dagen/>
- 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*, 17(2), 84-93. doi: 10.1111/j.1745-4506.2006.00023.x
- Hassmén, N., & Hassmén, P. (2008). *Idrottsvetenskapliga forskningsmetoder*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.
- Lalander, P. (2011). Observationer och etnografi. I G. Ahrne, & P. Svensson (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s. 83-103). Malmö: Liber AB.

Livsmedelsverket. (2011a). *Bra mat i äldreomsorgen. Meny och mat*. Hämtad 2012-03-08, från http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat_aldreomsorg/Äldremat%20meny.pdf

Livsmedelsverket. (2011b). *Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen*. Hämtad 2012-02-23, från http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/2011/2011_livsmedelsverket_3_vetenskapligt_underlag_till_rad_aldreomsorgen.pdf

Livsmedelsverket. (2012a). *Kostråd*. Hämtad 2012-03-08, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Kostrad/>

Livsmedelsverket. (2012b). *Matcirkeln*. Hämtad 2012-03-08, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Matcirkeln-och-tallriksmodellen/Matcirkeln/>

Livsmedelsverket. (2012c). *Måltider i äldreomsorgen*. Hämtad 2012-03-08, från <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Maltider-i-var-d-skola-omsorg/Maltider-i-aldreomsorgen/>

Nestor FoU-center. (2009). *Mat för äldre - viktigt för alla. Om ett genombrottsprojekt och uppföljning ett år senare*. Hämtad 2012-03-05, från http://www.nestor-foucenter.se/publikationer/pdf-filer/0309_Mat_for_aldre.pdf

Norberg, A., & Zingmark, K. (2011). Att leva med långt framskriden demenssjukdom. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (s. 35-53). Lund: Studentlitteratur AB.

Paillard-Borg, S. (2009). *Leisure Activities at Old Age and their Influence on Dementia Development*. Diss. Stockholm: Karolinska Institutet.

Patel, R., & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., & Kihlgren, M. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 11-17.

Regeringen. (2012). *Tal av Göran Högglund*. Hämtad 2012-04-26, från <http://www.regeringen.se/sb/d/7489/a/191349>

Shatenstein, B., & Ferland, G. (2000). Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(11), 1354-60.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapporten 2009. Äldres hälsa*. Hämtad 2012-03-12, från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/5_Aldres.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Hämtad 2012-02-23, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1>

Thorén-Jönsson, A-L. (2008). Grounded Theory. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 107-123). Lund: Studentlitteratur AB.

Thulesius, H., Barfod, T., Ekström, H., & Håkansson, A. (2004). Grundad teori utvecklar läkekosten. Populär beteendevetenskaplig forskningsmetod kan finna nya samband. *Läkartidningen*, 110(40), 3066-70.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (årtal saknas). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2012-05-18, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wikby, K., & Fägerskiöld, A. (2004). The willingness to eat. An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 120-127. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00259.x

Intervjuguide

Intervjuguide inför intervju ett:

Allmänt/utbildning:

1. Hur länge har du arbetat på gruppboendet? Vilka är dina arbetsuppgifter?
2. Vad har du för kännedom om personer med demenssjukdomar?
3. Har du någon utbildning? I så fall vilken?
4. Erbjuder din arbetsplats några utbildningar? I så fall om vad?

Rummet:

1. I de rum där måltider intas, kök och vardagsrum, upplever du att du kan påverka rummets utseende? Vem bestämmer hur de ska se ut? Vad har du för tankar kring det?
2. Vem dukar borden? Finns det några riktlinjer?

Mötet:

1. Berätta om din roll under måltiderna?
2. Äter ni tillsammans med de boende? (be dem eventuellt att utveckla svaret)
3. Vad har du för kännedom om personalens inverkan på demenssjukas ätbeteende?
4. Får de boende bestämma vem/vilka de vill sitta med? (be dem eventuellt att utveckla svaret)

Maten:

1. Vad har du för kännedom om äldre och mat?
2. Vad kan du om demenssjukdomar i samband med mat?
3. Vem lagade maten förut? Hur upplevde du det? Hade ni några riktlinjer?
4. Kan du berätta ungefär hur en dags måltider såg ut förr? (24h-recallintervju - frukost, lunch, middag, mellanmål, nattmat, fika etc.) Fanns det alltid mat tillgänglig för de boende?
5. Hur ser det ut idag under ett dygn?
6. Hur upplevs maten som levereras idag?
7. Hur upplever du förändringen från hemlagad till levererad mat? Vilka för- och nackdelar ser du?
8. Vad upplever du att övrig personal tycker om förändringen?
9. Vad upplever du att de boende tycker om förändringen? Hur märks det?
10. Vad upplever du att de anhöriga till de boende tycker om förändringen?
11. Hur kan de boende påverka vilken mat och dryck som serveras? Berätta om deras valmöjligheter.
12. Vilka tillbehör finns tillgängliga vid måltiderna?
13. Görs någon skillnad på vardag, helg, födelsedagar och högtider?
14. Används berikningsprodukter? I så fall vilka och hur ofta?

15. Hur bestäms portionsstorleken till de boende, är det individanpassat eller finns mallar att utgå ifrån?

Styrsystemet (regler, lagar, ekonomi):

1. Kan du berätta om de regler och lagar ni har gällande mat?

Reviderad intervjuguide inför intervju två:

Maten:

1. Hur tänker du kring äldres behov när det gäller kost? Hur förändras det?
(Frågan har omskrivits)

Styrsystemet (regler, lagar, ekonomi):

1. När maten levereras tar ni temperatur på den, brukar temperaturen stämma?
(Frågan har tillkommit)

Reviderad intervjuguide inför intervju tre:

Maten:

1. Tas hänsyn till de boendes matpreferenser som påverkas av t.ex. kultur eller utländsk härkomst?
(Frågan har tillkommit)

Reviderad intervjuguide inför intervju fyra:

Maten:

1. Frågar ni alltid om de vill ha en till portion?
(Frågan har tillkommit)

Reviderad intervjuguide inför intervju fem, med verksamhetschef:

Allmänt/utbildning:

1. När ni anställer ny personal, tas då hänsyn till utbildning?
(Frågan har tillkommit)
2. Hur ofta vidareutbildar ni de anställda och inom vad?
(Frågan har tillkommit)

Rummet:

1. Vem bestämmer hur de rum där måltider intas, kök och vardagsrum, ska se ut?
(Frågan har omskrivits)

Mötet:

1. Finns det några riktlinjer kring om de anställda ska sitta med de boende vid matbordet?
(Frågan har tillkommit)

Maten:

1. Vilket företag levererar maten och vad för slags mat levererar de? (t.ex. A-kost/E-kost). Hur är den anpassad till demenssjuka?
(Frågan har tillkommit)

Styrsystemet (regler, lagar, ekonomi):

1. Vad är att föredra ekonomiskt, hemlagat eller levererat?
(Frågan har tillkommit)
2. Berätta om hur det går till när en ny person kommer till boendet? (relaterat till matpreferenser, nutritionsutredning, etc.)
(Frågan har tillkommit)
3. Vad har ni för hälsokontroller och hur ofta?
(Frågan har tillkommit)
4. Hur ofta görs uppföljning gällande de demenssjukas ätbeteende?
(Frågan har tillkommit)