



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

Institutionen för  
vård och natur

**Omvårdnadspersonalens erfarenheter  
av kost som ges personanpassad  
på ett korttidsboende för äldre  
-En kvalitativ intervjustudie**

**Nursing staff experiences of  
diet given personalized at a  
short-term housing for elder  
-A qualitative interview study**

Examensarbete i omvårdnad  
15 högskolepoäng  
Grundnivå  
Vårterminen 2014

Författare: Jensen, Carina

# SAMMANFATTNING

Titel: Omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre.  
- En kvalitativ intervjustudie.

Författare: Jensen, Carina

Institution: Institution för Vård och Natur, Högskolan i Skövde

Program/Kurs: Fristående kurs, Kandidatexamen i omvårdnad, OM625G, 15 hp

Handledare: Larsson, Anneli

Examinator: Sahlsten, Monika

Sidor: 26

Nyckelord: *Kost, korttidsboende, måltidsmiljö, patientdelaktighet, personanpassa, personcentrerad vård, äldre.*

---

**Bakgrund:** Trots allmänna råd och riktlinjer råder stor brist på nutritionskunskaperna inom hälso- och sjukvården i hela Europa. Många äldre riskerar att drabbas undernäring och får ett minskat välbefinnande och en för tidig död. Genom att arbeta med att personanpassa kosten kan patienten få bli aktiv i egna beslut som påverkar dennes liv och hälsa. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre. **Metod:** I denna studie användes induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Sex omvårdnadspersonal intervjuades på ett korttidsboende för äldre i södra Sverige. **Resultat:** Ur analysen av datamaterialet fyra kategorier; utgår från patientens syn på situationen, möjliggör val, möjligheter i måltidsmiljö, begränsningar i arbetsmiljön med åtta underkategorier. **Slutsats:** Omvårdnadspersonalen kan ge en personanpassad kost om det erbjudande matsortiment blir bredare och genom förändringar på arbetsmiljön.

## ABSTRACT

Title: Nursing staff experiences of diet given personalized at a short-term housing for elder.  
- A qualitative interview study.

Author: Jensen, Carina

Department: School of Life Sciences, University of Skövde.

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS.

Supervisor: Larsson, Anneli

Examinator: Sahlsten, Monika

Pages: 26

Keywords: *diet, elderly, meal environment, patient participation, person-centered care, personalized, short-term housing,*

---

**Background:** Despite general recommendations and guidelines, there is a lack of nutrition knowledge in healthcare throughout Europe. Many elderly people are at risk of malnutrition. They experience a decline in well-being and an untimely death. By working with a personalized diet, may patient become more active in decisions affecting their lives and health. **Purpose:** The aim of this study was to elucidate nursing staff's experiences of diet given personalized on a short-term housing for the elderly. **Method:** In this study, an inductive approach in which the data were analyzed using qualitative content analysis. Six nursing staff were interviewed on a short-term housing for the elderly in southern Sweden. **Results:** From the analysis of the data four categories; the patient's view of the situation, allowing choices, opportunities in the culinary environment, limitations of working with eight subcategories. **Conclusion:** Nursing staff can provide a personalized diet if offer a wider of food range and through changes the work environment.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>Korttidsboende för äldre</b>	1
<b>Personcentrerad vård</b>	1
<b>Livsvärldsperspektiv</b>	2
<b>Patientdelaktighet</b>	2
<b>Anpassad måltidsmiljö</b>	3
<b>Undernäring och dess konsekvenser</b>	4
<b>Ansvarsfördelning</b>	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	5
<b>SYFTE</b>	6
<b>METOD</b>	6
<b>Urval</b>	6
<b>Datainsamling</b>	7
<b>Analys</b>	7
<b>Etiska övervägande</b>	8
<b>RESULTAT</b>	9
<b>Utgår från patientens syn på situationen</b>	9
Patientens uttalade önskemål om kost	9
Dokumenterar målen för kost och vätska	10
<b>Möjliggör val</b>	10
Patientens ges möjlighet att delta i beslut	10
Hänsyn tas till vanor och önskemål	11
<b>Möjligheter i måltidsmiljö</b>	12
Anpassat måltidsstöd	12
Anpassade måltider	13
<b>Begränsningar i arbetsmiljö</b>	14
Konsekvenser av tidsbrist	14
Begränsat sortiment att erbjuda	15
<b>DISKUSSION</b>	15
<b>Metoddiskussion</b>	15
<b>Resultatdiskussion</b>	17
<b>SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER</b>	19
<b>FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</b>	19
<b>REFERENSER</b>	21
<b>BILAGOR</b>	

Bilaga 1 Brev till enhetschef. Förfrågan om deltagande i studie av din vårdpersonal

Bilaga 2 Brev till omvårdnadspersonalen. Förfrågan om deltagande i studie

Bilaga 3 Intervjufrågor om kost och personcentrerad vård.

# INLEDNING

Det senaste decenniet har undernäingsproblem för äldre funnits inom Europas hälso- och sjukvård till följd av bristande kunskaper om nutrition (Johannsson, Larsson, Rothenberg, Stene, Unosson & Bosaeus, 2006; Merrell, Philpin, Warring, Hobby & Gregory, 2012). Vården har inte lyckats att motverka undernäring (Johannsson et al., 2006). Kommunerna har ett ansvar för att säkra kvaliteten i frågor om nutrition och att personal har rätt kompetens (Rothenberg, 2010). Enligt Alfengård och Klevsgård (2005) ses en kunskapsbrist om nutrition både i landsting och i kommunal vård i Sverige. Trots rekommendationer från Socialstyrelsen beträffande vård av patienter med undernäring råder nutritionsbrister på särskilda boende för äldre (Socialstyrelsen, 2000; Socialstyrelsen, 2009). Sjuksköterskor och annan vårdpersonal inom den i kommunala vården har team-möten genom Senior Alert för att se vilka risker en vårdtagare har och kan se risk för undernäring eller undernärd (<http://plus.lj.se/senioralert>). Vårdpersonalen vill ge råd som är evidensbaserade till äldre som riskerar undernäring för att om möjligt motverka sjuklighet och för tidig död. Enligt Socialstyrelsen (2005) skall individens personliga behov tillgodose i omvårdnaden. När de äldre kommer in på särskilda boenden med sin egen levnadshistoria har denna präglat personens liv (Öberg, 2013). Utifrån ett globaliserat samhälle finns mångkulturella vanor som påverkar kosten och bör beaktas vid inventeringen av nutritionen (Nidert, 2005). Enligt Brodtkorb (2008) är omvårdnadens största utmaning de problem som rör kosten då dessa leder till de allvarligaste konsekvenserna såsom undernäring. Det är viktigt att planering och organisation kring kosten och måltidsmiljön fungerar så alla får den hjälp de behöver. För att kunna ge adekvat hjälp behövs kunskap om hur kost kan ges personanpassad vilket denna studie fokuserar.

## BAKGRUND

### Korttidsboende för äldre

Korttidsboende har korttidsplatser med personal dygnet runt (Seniorval.se). Efter ett biståndsbeslut i kommunen kan en korttidsplats bli beviljad. På de särskilda boende för äldre finns korttidsboende. Anledningen till varför personerna kommer till ett korttidsboende kan variera; efter sjukhusvistelse, som stöd för att kunna bo kvar hemma, avlastning för närstående och i väntan på plats på permanent äldreboende. Efter en sjukhusvistelse kan personen vara i behov av rehabilitering under en viss tid och då kan en korttidsplats bli aktuell. Detsamma gäller behovet av att stödja närstående med rehabiliteringsinsatser för de skall klara av vårdandet i hemmet i längden och likaså i de fall närstående behöver avlastas för att få möjlighet till återhämtning. Det finns möjlighet att på korttidsboende vänta in den permanenta platsen på särskilda boende för äldre. På korttidsboende finns växelvård eller växelvårdsboende där patienten växlar mellan hemmet och boendet (Seniorval.se).

### Personcentrerad vård

Enligt Wolf (2012) ger personcentrerad vård kortare vårdtider och höjer vårdkvaliteten när resursanvändningen förändras för patienterna. Personcentrerad vård grundar sig på ett partnerskap mellan patienter/närstående och professionella vårdare som tillsammans görs en

gemensam vårdplan med patientens berättelse som utgångspunkt. Tillsammans skapas det mål och strategier genom en vårdplan som följs upp med olika tidsintervaller. Personcentrerad vård bygger på tre nyckelbegrepp; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Det viktigaste är partnerskapet som bygger på ömsesidig respekt för varandras erfarenheter som patient, närstående och vårdpersonal. Personcentrerad vård ser patienten som en person som har egen vilja (Edvardsson, 2010). Detta innebär att patienten ska uppmuntras till delaktig och medverkan i beslut som påverkar dennes hälsa och liv (Edvardsson, 2010). Denna rätt att påverka beslut gör att de egna resurser tas tillvara. Enligt Sjögren (2013) är personcentrerad vård ett begrepp som beskriver en god vård och en vård som ges utifrån individens unika livssituation, behov och önskemål. Enligt Hesson (2001) så skall patienten vara delaktig i kostens avgörande för att passa för den enskilda personens egna önskemål. Sjuksköterskan skall enligt Kirkevold (2010) planera omvårdnaden så att patientens erfarenhet, förståelse och kunskap tillvara tas genom att interagera med likvärdighet, samarbete och ömsesidigt beroende. Partnerskapet är ömsesidigt mellan den vårdande personen och omvårdnadspersonalen där berättelsen skapar förutsättningarna för omvårdnaden (Wolf, 2012). Partnerskapet bör involvera närstående vid långvarig sjukdom och ur en personcentrerad synvinkel bör patientens närmaste omgivning ges tillfälle att ingå (Boise & White, 2004; Hedman, 2014). Personcentrerad vård innebär att dokumentationen är ett kontrakt mellan patienten och vårdpersonalens olika grupper där alla har sin expertis och patientens beslut är viktigast (Lindström-Kjellberg & Hök, 2014). Personcentrerad vård innebär att patienten är aktiv i sin vård. Enligt Madsen (2012) kan patientberättelsen bli en utgångspunkt i en gemensam dialog. En bidragande orsak till god omvårdnad kan ske genom denna gemensamma dialog där olika perspektiv får komma till tals.

## **Livsvärldsperspektiv**

Livsvärldsteori inom vårdvetenskapen står på ett fundament på hur vårdandets skall vara mot den som tar emot vården (Dahlberg & Segesten, 2010). Innebörden av livsvärld är hur en person uppfattar sig själv och andra och den världen som existerar. Varje persons världsbild är unik och personlig. Den personliga världsbilden delas med personer i omgivningen. Dessa personer har även de sin egen unika och personliga världsbild. Vårdpersonalen behöver ha en kompetens att kunna ge vård utifrån varje persons egna önskemål och värderingar som leder till delaktighet. Livsvärldsteorin har också betydelse för kunskapsteoretisk grund i undersökningssammanhang i ett syfte att förstå patienter, närstående och vårdare, hur de upplever, tänker om, känner för och förhåller sig till alla de frågor som handlar om hälsa och vårdande (Dahlberg, 2014). I Socialstyrelsen (2005) anges att sjuksköterskans tillvägagångssätt i mötet med patienten skall vara att ge en vård med respekt, lyhördhet och empati för personen och dess närstående. Sjuksköterskans skall ha respekt och vara öppen för olika värderingar och trosuppfattningar samt föra talan för patienten och anhörigas synsätt. Fokus i omvårdnadsarbetets utformning bör var patienten och närståendes perspektiv som inte får glömmas bort (Dahlberg & Segesten, 2010). Närståendes delaktighet har betydelse för vården och utan stöd till dem kan situationen förvärras för både patient och närstående.

## **Patientdelaktighet**

En förändringsprocess av värdegrunden bör ske i vården för att ge alla rätten att bestämma över sin egen sfär (Rothenberg, 2010). Till detta behövs nya kunskaper och reformer för att göra det möjligt att lämna över egenmakten till patienten och dennes familj (Niedert, 2005). En praxis bör utvecklas så att mänsklig värdighet kommer att reformeras i den nya värdegrunden för

vården (Hall & Graubæk, 2012). När livshistorien får integreras i vården och patienten får vara delaktig i sin vård genom dess planering och avgörande beslut ger det en evidensbaserad personcentrerad vård (Edvardsson, 2010). Detta kan ge patienten rätt att få välja sin mat (Hessov, 2001) och måltidsmiljö för de äldre (Reimer & Keller, 2009). Delaktighet innebär att patienten är engagerad i sitt liv i samspel med personer och den omgivande miljön (Lindström, 2007). Vården som ges utifrån patientens behov och önskan har ett personcentrerat förhållningssätt. Patienten skall vara med i sin egen hälso- och vårdprocess och ges delaktighet i vårdandet vilket har betydelse för den egna personen (Dahlberg & Segesten, 2010). I dagens samhälle förutsätts det rent allmänt att patienten skall få bli mer delaktig i sin egen vård och få sina egna rättigheter genom inflytande och självbestämmande (Dahlberg & Segesten, 2010). Enligt Sahlsten (2007) har patientdelaktigheten blivit mer omfattande relaterat till förändringen i samhället. Målet att lämna över egenmakten till patienterna är att de skall själv ta ansvar för sin hälsa och på det sättet påverka hälsan till en förbättring (Schnor, 2012). Olika behandlingsresultaten har blivit bättre om patienten är med i beslut vilket de olika kvalitetsregister tyder på (Rosén, 2013). Enligt en studie av Sahlsten (2007) framträdde ur sjuksköterskors perspektiv patientdelaktighet i omvårdnaden som ömsesidigt i förhandling. Ömsesidighet kännetecknas av närhet, kontakt och förståelse mellan patient och sjuksköterskan. Den personcentrerade vården ger uppmuntran till delaktighet och medverkan i beslut för att stödja personens upplevelse att vara en fullvärdig människa (Edvardsson, 2010). Egenmakt handlar om att varje person bör kunna hitta sin egen inneboende styrka och identifiera sig med den vilket förenar både hälsopromotion och personcentrerad vård (Fors, 2014).

## **Anpassad måltidsmiljö**

Flera studier visar att individen äter bättre om personen har fått vara med och påverka miljö- och kostval (Kruger, Thompson, McKenzie & Naccarella, 2007; Reimer & Keller, 2009; Crogan, Dupler, Short & Heaton, 2013). Kruger et al. (2007) menar att om personen själv kan påverka sina kost och ätande så genererar det en ökad förutsättning till bättre näringsintag samt om denne mötts på ett bra sätt vid måltiden. Reimer och Keller (2009) gjorde en undersökning i en personcentrerad måltidsmiljö och som visade att miljön har stor betydelse för att motverka undernäring hos äldre. Måltidsintaget blir bättre om patienten själv får göra aktiva val och lägga upp sin mat via exempelvis karotts-system och om miljön är lugn och rogivande (Faxén Irving, 2010). Dukningen som tillämpar olika kontraster i porslin och mot det som ligger på tallriken gör att den äldre äter bättre (Faxén Irving, 2010; Rothenberg & Karlström, 2010). Faktorer som påverkade var också om patienterna satt rätt, blev bemött med respekt, att stödja till självständighet samt att få kommunicera och ha ett socialt samspel (Reimer & Keller, 2009). Det krävs utbildning för att kunna möta patienten på rätt sätt under måltiden och för att lämna över egenmakt till patienten så att denna kan själv bestämma över sin kost (Kruger et al., 2007). Enligt Chaudhury, Hung och Badger (2013) krävs en kulturförändring för att påverka den fysiska miljön som har stor betydelse för måltidens upplevelse. Vårdinstitutionerna måste förändras och behöver utvecklas mot levande miljöer för de äldre för att öka den äldres livskvalitet och värdighet (Robinson & Gallagher, 2008). Enligt Poulsen, Vendel Petersen, Rahm Hallberg och Schroll (2007) bör vården inom nutrition vara ett redskap i det dagliga livet för att förbättra patientens ADL (Aktiviteter i Dagliga Livet) för att bibehålla självständighet och livskvalitet. God omvårdnadsmiljö vilar på att vårdandet värnar om integritet, välbefinnande och stödjande för en optimal hälsa utifrån personcentrerad vård för varje individs omvårdnad (Wijk, 2012).



## Undernäring och dess konsekvenser

Undernäring är ett tillstånd där kroppen har bristande jämvikt mellan näringsintag och behov enligt Socialstyrelsen (2009). Det viktigt är att ha ett tidigt handläggande mot olika typer av undernäring för att patienten ska kunna bibehålla sitt oberoende och hälsa (Skates & Anthony, 2012). Muskelmassan minskar om den äldre inte får i sig tillräckligt med protein och inte aktiveras enligt Cederholm (2008). När muskler krymper ökar fallrisken relaterat till näringsbrist som senare kan leda till döden (Skates & Anthony, 2012). Undernärda kan indelas i två grupper; passiva och aktiva, och dessa kräver olika handhavande (Holst, Rasmussen & Laursen, 2011). Passiva behöver en aktiv sjuksköterska som kontrollerar, organiserar och löser problem. Aktiva behöver få individuellt bemötande och själva bestämma sin kost. Skälen till att patienten inte äter kan vara; läkemedel, fysiska och psykologiska effekter och den egna drivkraften samt förhoppning. Stor betydelse för ett bra kostintag är om patienten är van vid maten, om den ser bra ut och smakar bra (Campbell, Webb, Vivanti, Varghese & Ferguson, 2013). Om patienten skall få i sig en näringsriktig kost som är personanpassad kräver det en mångsidig struktur i organisationen. Optimalt näringsintag blir det när patienten äter sin mat (Niedert, 2005) och om den ges anpassad utifrån personlighet, kultur, etnicitet och religion (Niedert, 2005; Baird Schwartz, 2013) vilket ökar möjligheten till en bra näringsstatus som leder till förhöjd livskvalitet (Nidert, 2005). Vid undernäring är det viktigt att maten är attraktiv och god och att det ges bra kostråd (Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009). Andra åtgärder som påverkar kostintaget bör vidtas när det gäller tänder, depression, motion, stöd och uppmuntran. Detta kan innebära att konsistenser på kosten anpassas utifrån olika personers behov (Brodtkorb, 2010). Något annat som påverkar risken för undernäring är nattfastan och så bör den inte överstiga 10-11 timmar (Hessov, 2001; Rothenberg & Karlström, 2010). Personen bör då erbjudas något att äta mellan kl. 20 och 21 för att denna skall vara sugen på något att äta (Hessov, 2001). Maten bör vara fördelad på dygnets timmar så en lång nattfasta undviks för att kunna öka energiintaget och förebygga undernäring (Ebrahimi & Wijk, 2009). Enligt Hessov (2001) innebär undernäring under längre tid att personen riskerar ohälsa och ett förkortat liv.

Kunskapsbristen är stor när det gäller nutrition inom slutenvården och särskilda boende för äldre i Sverige (Johansson et al 2006). Inom en snar framtid behöver de flesta yrkesgrupper göra omvälvande förändringar så att kunskaperna ökar och nya rutiner etableras för att problematiken med näringsbrist ska minska sjuklighet och dödsfall (Johansson et al., 2006). Svensk hälso- och sjukvård bör följa Europarådets riktlinjer (2003) för att fastställa diagnos och adekvat behandling för att häva undernäringen. I framtiden behöver kunskaperna höjas, arbetsfördelningen förändras och mer resurser för att motverka undernäringen hos äldre enligt Alfengård et al., (2005). I en studie med chefer och personal upptäcktes att personal var omedveten om att det finns nationella riktlinjer samt att deras allmänna uppfattning var att vanliga kostkunskaper och sunt förnuft var tillräckliga för att ge en hälsosam kost till de äldre (Merrell et al., 2012). Undernäringsproblem har länge funnits på särskilda boende för äldre i Europa så och i Sverige, fast att det har funnits nutritionsrutiner för de olika yrkesgrupperna enligt Johansson et al., (2006). Alla yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård behöver göra en förändring i sin organisatoriska struktur om de arbetar med patienters kost (Johansson, 2009). Det finns behov av att öka kunskaperna om nutrition inom särskilda boende för äldre för att motverka undernäringen (Johansson et al., 2006; Merrell et al., 2012). Grunden för sjuksköterskans beslut skall vila på nationella och lokala riktlinjer och råd samt patientens delaktighet och annat expertkunnande (Jansson, 2010). Idag bygger inte korttidsboende sin vård på personcentrerad utan på den medicinska modellen som inte gör patienten fullt ut delaktig i beslut (Jones, 2011) men för att vård skall utvecklas har sjuksköterskan ett ansvar för att ge en evidensbaserad omvårdnad (Jansson, 2010). Vårdens organisation, ledningen och

personalutbildningen påverkar möjligheterna för vårdpersonalen att kunna ge god omvårdnad enligt Norberg, Engström och Nilsson (1994).

## **Ansvarsfördelning**

Omvårdnadspersonalen arbetar under Socialtjänstlagen, - SOL (SFS 2001:453) vilket innebär att omvårdnadspersonalen tar hand om den basala omvårdnaden, dokumenterar och gör administrativa uppgifter som till exempel beställningar av mat och apoteksärenden. Lagen som styr sjuksköterskornas arbete är hälso- och sjukvårdslagen - HSL (SFS 1982:763) vilket innebär att sjuksköterskan ansvarar för att bedöma hälso- och sjukvårdsbehoven och se till att läkarordinationer följs, ha ett samordningsansvar för den specifika omvårdnaden både i bedömning och utförande samt att all information dokumenteras, utvärderas och vid behov konsulteras övriga professioner. Enligt Socialstyrelsen (2005) skall en sjuksköterskas kompetens grundas på helhetssyn och etiskt förhållningssätt för att se till patientens bästa vilket innefattar att sjuksköterskan har ett övergripande ansvar. Detta inkluderar att sjuksköterskan ska ha kompetens att leda, både i teori och praktik för att se till att god omvårdnaden ges. Omvårdnadspersonalens ansvar är att ta hand om personer som vårdas genom att stödja och hjälpa till i det dagliga livet. De har också en skyldighet att rapportera till sjuksköterskan när omvårdnaden inte fungerar (SFS 2001:453). När rapport har lämnats till sjuksköterskan så tar denna över ansvaret för omvårdnadproblemet och försöker utröna de eventuella problemen för att om möjligt sätta in åtgärder (SFS 1982:763). Om det finns ett problem vid måltidsituationen så vilar det ett ansvar på omvårdnadspersonalen att ge information till sjuksköterskan (Rothenberg, 2010). Dokumentation som omvårdnadspersonalen skriver ner på mat- och vätska gör att sjuksköterskan får viktiga vitala parametern för nutrition som ger ett underlag för beslut (Smith & Roberts, 2014). När de äldre patienterna får näringsproblem så behöver sjuksköterskan klarlägga orsaken, vilket kräver ett samarbete med omvårdnadspersonal på ett strukturerat sätt (Brodtkorb, 2010). Sjuksköterskan har ett ansvar att följa upp kostproblematik (SFS 1982:763; Hessov, 2001) och undersöka eventuellt vad orsaken är och försöka åtgärda eller konsultera annan profession för åtgärd av som till exempel läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut (SFS 1982:763). Patientjournalens syfte är i första hand att kunna ge en god och säker vård för patienten samt att journalen blir en informationskälla för patienten (SFS 2008:355). Efter cirka en vecka görs genomförandeplanen med patient och omvårdnadspersonal för att få dokumenterat patientens önskan (SFS 2001:453; Socialstyrelsen 2010). De olika professionerna samlas sedan i ett team-möte för att följa upp genomförandeplanen och besluta om fortsatta åtgärder, vilket följer den medicinska modellen (Jones 2011). Korttidsboendet planerar inom snar framtid involvera patienten i dialog och delaktighet i likhet med den personcentrerade vården (Wolf, 2012).

## **PROBLEMFORMULERING**

Vård som anpassas till patienten innebär att personen måste få vara med och besluta. Omvårdnadspersonalen på korttidsboende ansvarar för att ge mat till de äldre och rapportera nutritionsproblem till sjuksköterskan så att vården kan anpassas efter behovet. Flera studier visar att undernäring är ett stort bekymmer för de äldre på särskilda boende, korttidsboenden och inom slutna vård. Studier av hur kosten anpassas till patienten ur omvårdnadspersonals perspektiv förefaller saknas. För att förhindra undernäring genom att anpassa maten till varje

patient behöver sjuksköterskor kunskaper om vad som kan orsaka problem i matsituationer och här är omvårdnadspersonalens erfarenheter betydelsefulla.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre.

## **METOD**

I studien valdes en induktiv ansats där datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie som har en induktiv ansats har en förutsättningslös analys av texter som baserades på omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre. Kvalitativ innehållsanalys användes för att få fram fokus på det valda ämnet och sammanhanget (Graneheim & Lundman, 2004). I studiens analys har texten varit föremål för att se sammanhang och tolkning av intervjupersonernas berättelser med hänsyn till deras personliga livsberättelse, livsvillkor och rådande kultur. Genom analysen har variationer kunnat beskrivas genom att identifiera likheter och skillnader i texten. Genom olika tolkningsnivåer har likheter och skillnader kommit till uttryck i kategorier och koder. Väsentligt vid tolkning av texten har varit kontexten. Delar av textens innehåll måste ses med förståelse från den text som kommer före och efter. Enligt Graneheim och Lundman (2004); Lundman och Graneheim (2012) så måste kunskap finnas för det sammanhang där studien genomförs vilket även är en förutsättning vid tolkningen av intervjupersonernas upplevelser. Både det manifesta och det latent i textens innehåll tillvaratas genom kvalitativ innehållsanalys. Det latent innehåll har använts vid djupare tolkning av texten som vidrör den bakomliggande betydelsen samt subjektiva tolkningen av texten (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Urval**

Urvalet bestod av omvårdnadspersonal som hade erfarenhet av kost och måltidssituationer, vilka arbetade på ett korttidsboende för äldre i södra Sverige. Korttidsboendet har ett mål att införa personcentrerad vård. Ålder och kön har inte varit aktuell att ha som inklusionskriterier. Inklusionskriterier var att omvårdnadspersonalen skulle aktivt arbeta med måltidssituationerna därför uteslöts nattpersonalen. Tillträde till forskningsfältet inhämtades från en enhetschef på korttidsboendet som gavs muntlig och skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt (Bilaga 1). När tillstånd hade inhämtats lämnade enhetschefen kontaktuppgifter på samtlig dagpersonal (n=15). Därefter skickades ett informationsbrev till samtlig personal som arbetade dagtid med förfrågan om deltagande i studien (Bilaga 2). Åtta av de tillfrågade tackade ja till att delta. Två av de åtta som tackade ja sa senare nej till att delta relaterat till tidsbrist. Tre hade varit tjänstlediga under längre tid så de tillfrågades inte. Den berörda omvårdnadspersonalen kontaktades via ett besök på avdelningen för att boka tid och plats för intervjuens genomförande. Totalt kom sex omvårdnadspersonal att ingå i studien. Innan intervjutillfället skrev omvårdnadspersonal under ett skriftligt samtycke till att delta.

## **Datainsamling**

Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativ intervju (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta innebär att få förståelse för den enskilda personens delge sin vy erfarenhet och upplevelse av situationen. Syftet med kvalitativ metod syftar är att ta reda på vad som är meningsbärande i intervjun, identifiera nya fenomen och företeelser för att sedan kunna presentera dessa under olika kategorier och teman. Det var viktigt att ha en teoretisk förståelse för det som skall studeras, för att skapa en grund till att integrera den nya kunskapen. Ämnet i uppsatsen var välbekant för författaren efter mångåriga erfarenheter från äldreboende både på korttidsplats och permanentboende.

Intervjuerna utfördes när omvårdnadspersonalen var i tjänst samt i förbokade externa lokaler till korttidsboendet vilket upplevdes som mest praktiskt. Data samlades in genom intervjuer på en plats som de intervjuade godtagit, i lugn och avskild miljö, i ett ostört rum. Författaren har gjort alla intervjuer. Innan intervjuerna startade informerades informanterna om studiens syfte och tillvägagångssätt samt om bandinspelningen via en diktafon. Den svenska versionen av P-CAT enkät (The Person-Centered Assessment Tool) (Edvardsson, Fetherstonhaugh & Gibson, 2010) gav inspiration för att finna frågeområden till intervjufrågor. Frågorna utgick från fyra olika teman; kostens utformning, måltidssituation, arbetsmiljö och självbestämmande. När frågorna var nedskrivna gjordes två provintervjuer vilket rekommenderas av Danielsson (2012). Den första provintervjun hade öppna frågor med stödfrågor och den andra hade semi-strukturerade frågor med del- och stödfrågor. Frågorna korrigerades något efter provintervjuerna. Stödfrågorna var om vilka möjligheter och hinder det finns för att kosten ska kunna bli personcentrerad. De 15 semi-strukturerade intervjufrågorna med del- och stödfrågor valdes relaterat till författarens begränsade erfarenheter av intervjustudie (Bilaga III). Syftet med semi-strukturerade intervjufrågor har inte varit att styra, utan att ge de intervjuade möjlighet att berätta med egna ord om sina erfarenheter för att nå studiens syfte (Danielsson, 2012).

Intervjuerna bandinspelades med hjälp av diktafon och transkriberades ordagrant så snart som möjligt efter avslutad intervju. Detta för att det sagda ordet från omvårdnadspersonalen inte skulle förändras utan återges med de bevarade innebörder som var väsentliga för studiens ämne och syfte (Kvale & Brinkmann, 2009). Att transkribera intervjun var ett tidskrävande arbete med massiva uppspelningar för att återge materialet från det uttalade ordet till en transformerad form till intervjuutskriften.

## **Analys**

Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Datamaterialet lästes ett antal gånger för att få en uppfattning om materialet. Meningsenheter eller fraser som innehöll relevant information och som stämde överens med studiens syfte identifierades. Dessa meningar bildade meningsbärande enheter som kondenserades och abstraherades med målet att förenkla och göra det mer hanterbart men ändå att bevara det väsentliga. Därefter urskildes koder som i sin tur jämfördes för att finna likheter och skillnader. Koder med liknande innehåll grupperades i preliminära kategorier och underkategorier. Innehållet mellan och kategorierna jämfördes. Detta resulterade i fyra kategorier och åtta underkategorier. Kategorierna utgjordes av det manifesta det vill säga det uppenbara och synliga.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

<b>Meningsenheter</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Under-kategorier</b>	<b>Kategorier</b>
När man gör genomförandeplanen ska patienten vara med och säga vad dom vill, och vad dom inte vill, eller vilka mål dom ha.	I genomförandeplanen ska patienten vara med och säga vad dom vill och inte vill och vilka mål de har.	Patientens får berätta om sina önskemål.	Uttalade önskemål om kost	Utifrån patientens syn på situationen

## **Etiska överväganden**

Studien har följt forskningsetiska riktlinjer om informerat samtycke, konfidentialitet, nyttjande, konsekvenser och forskarens roll (Vetenskapsrådet, 2011). Ingen ansökan om etisk prövning har krävts för studien eftersom enbart omvårdnadspersonal intervjuats. Innan intervjuerna genomförts har intervjupersonerna fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, bakgrund och metod samt hur resultatet kommer att redovisas. Detta för att säkra ett informerat samtycke. Intervjupersonerna fick en kopia av det skriftliga samtycket som också var informationsbrevet (Bilaga 2). Deltagandet var frivilligt och intervjupersonerna informerades att de kunde avbryta när som helst under studiens gång. Information gavs att allt material hanterats konfidentiellt det vill säga ingen obehörig fick tillgång till materialet samt att identitet och arbetsplats är skyddat i den färdiga texten. I det färdiga textmaterialet har citat använts på ett sätt som gör att intervjupersoner inte ska kunna identifieras.

## RESULTAT

Ur analysen framkom fyra kategorier och åtta underkategorier, vilka presenteras i tabell 2. I texten nedan följer beskrivningar av dessa kategorier och underkategorier samt citat ur datamaterialet. IP = intervjuperson vilket kan ses tillsammans med en siffra och står för en intervjuad.

Tabell 2. Presentation av kategorier och underkategorier baserat på omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som personanpassas.

Kategori	Underkategori
Utifrån patientens syn på situationen	Uttalade önskemål om kost
	Dokumenterar målen för kost och vätska
Möjliggör val	Patienten ges möjlighet att delta i beslut
	Hänsyn tas till vanor och önskemål
Möjligheter i måltidsmiljön	Anpassat måltidsstöd
	Anpassade måltider
Begränsningar i arbetsmiljön	Konsekvenser av tidsbrist
	Begränsat sortiment att erbjuda

### Utifrån patientens syn på situationen

En patient som kommer in på ett korttidsboende får efter cirka en vecka ett möte med sin kontaktman som är en av omvårdnadspersonalen för att göra en genomförandeplan. Vid detta tillfälle ges patienten möjlighet att ge sin syn på situationen och om sin kost. Kontaktmannen tar först patientens berättelse och delger övriga under ett team-möte och rapporter. Detta innefattar att ta reda på patientens uttalade önskemål om kost samt att dokumentera målen för kost och vätska.

### Patientens uttalade önskemål om kost

Patienten delger sin önskan om vilken kost de vill ha eller inte och vilka mål de vill önskar under genomförandeplansmötet. Kontaktmannen lär känna patienten och sprider sedan informationen om hur den enskilde vill ha det genom rapport och dokumentation till övrig personal. När en patient berättar skrivs det ner vad denne önskar som exempelvis att få sin frukost så tidigt på morgonen genom att nattpersonalen ger den. *”När man gör genomförandeplanen ska patienten vara med, säga vad dom vill, vad dom inte vill eller vilka mål dom har”*. IP6.

Patientens delaktighet är att kontaktmannen tar dennes berättelse om hur denne vill ha det med måltider och kosten. Mål dokumenteras efter patientens önskan. *"Delaktigheten ser ut på det viset att vi tillsammans, kontaktpersonen och gästen sitter tillsammans och planerar; vad äter du, vad äter du inte och det skall stå i genomförandeplanen hur vill du äta och när och målet med att äta med och vad är målet"*. IP1.

När det blir problem med kosten och omvårdnadspersonalen ser detta på mat- och vätskelistan kontaktar personalen sjuksköterskan. Sjuksköterskan för en dialog med både patient och med omvårdnadspersonalen när det gäller mat- och vätskeintaget. *"Det säger sköterskorna till oss att vi skall dokumentera /.../ vi upptäcker att en människa, kanske inte äter så bra"*. IP2.

### **Dokumenterar målen för kost och vätska**

Dokumentation av mål görs för varje individ när det gäller kost och vätska. Målen som kommer upp i genomförandeplanen arbetar omvårdnadspersonalen efter för att ge den omvårdnad som patienten önskat. *"Jag dokumenterar det, när jag har ankomstsamtal, då brukar jag fråga /.../är det något som du absolut inte äter, inte gillar, eller finns det någon religion bakom som inte får äta, har du någon vana, vad du brukar äta till exempel och då brukar jag skriva upp det i genomförandeplanen"*. IP4

Mat- och vätskeregistreringen är en annan typ av dokumentation som sker under två dagar och under längre tid vid kostproblem. När denna registrering görs framträder en vital parameter för patientens nutrition. Personalen ser ibland brister med dokumentationen då det blir många patienter som kontrolleras samtidigt med mat- och vätskeregistrering. Dialog med sjuksköterskan förs när nutritionsproblem är uppenbara. *"Men sen har vi som regel dom två första dyggen är det mat och vätskeregistrering på alla nya som kommer, är det problem med kosten så blir det en dialog med sjuksköterskan och sen fortsätter man mat- och vätskeregistreringen"*. IP5.

### **Möjliggör val**

Matvanor byggs upp under livet och påverkar hur den äldre vill ha det med mat och miljö. Omvårdnadspersonalen ger patienten möjligheter att välja och strävar efter att tillmötesgå dennes önskemål. Detta innefattar att patienten ges möjlighet att delta i beslut samt att hänsyn tas till vanor och önskemål.

### **Patienten ges möjlighet att delta i beslut**

Patienten ges möjlighet att delta i beslut när det gäller sin kost enligt omvårdnadspersonalen. Omvårdnadspersonalen nämner Senior Alert som är ett verktyg i team-möten där det görs uppföljning på varje patient om dennes egna behov och risker samt att mål utvärderas. I detta ges patienten en viss delaktighet att lämna sin åsikt inför mötet. *"././ sjuksköterskan,././via Senior Alert, till exempel, och det är ju vi vårdpersonal som genomförandeplanerna och det är gästen (patienten) själv som är delaktig, och inte gästen kan svara så är det anhöriga, ähh är det ju och så är det delvist köket som kan sätta gränser för vad vi kan beställa."* IP1.

Patienten har ibland bekymmer med att kommunicera med omvårdnadspersonalen, vilket kan bero på sjukdom eller språket. När det gäller maten så kan dessa kommunikativa brister bli ett problem för dem som inte kan uttala vad de vill äta. *"Säg att alla får skink- och blomkålsgratäng men den islamska mannen, kan inte äta det för det är minus gris, då får han exempelvis, åh, ja vi frågar ju honom vad han vill men det är en språkbarriär där... men vissa och det kanske är en demenssjukdom eller vad som helst".* IP 5.

Närstående har kunskap gällande kosten som deras anhörige äter och vet oftast vad de tycker om och vad de inte tycker om. Det är bra att närstående är med i de situationer då patienten inte kan tala för sig själv men ofta är ingen närstående med i genomförandeplanens möte. *"Dom flesta lägger sig inte i och är delaktiga vad deras närstående får för mat här eller så".* IP4.

### **Hänsyn tas till vanor och önskemål**

Om kosten personanpassas för patienten upplevs det som positivt av omvårdnadspersonalen. De uttrycker att det inte känns bra att ge något som någon inte tycker om. Ibland händer att den maträtt som erbjuds vill inte patienten ha. I den situation, kan det bli så att patienten inte äter alls. Människor bygger upp matvanor tidigt under livet. Kosten är något speciellt som inte plötsligt går att ändra. Det blir inte möjligt att ändra sina kostvanor bara för att den äldre kommit in på ett korttidsboende. Den som aldrig tyckt om gröt, kan knappast börja äta det vid 80 års ålder bara för boendet ändrats. *"Ja, mat är ju kultur, har man ätit kroppkakor hela sitt liv så kanske man vill äta det här /.../ men sen har vi människor från andra länder så det är ingen lätt ekvation men om det skulle kunna få önska något någon gång".* IP1.

Omvårdnadspersonalen frågar patienterna vad de vill äta, dricka och hur mycket och på så vis kan den påverka sin mat. De måltider som patienterna framförallt kan påverka är frukost, mellanmål och kvällsmat. När det gäller vad de skall dricka kan de alltid påverka det till alla måltider. *"Det är ju..... drickan du mer personanpassar än själva maten".* IP5.

Genom ett personanpassat förhållningsätt har arbetsterapeuter skapat en kostpekbok för att ge möjligheter till fler patienter att förmedla vad de vill äta för mat och bli delaktiga fast att talet brister. På detta sätt kan omvårdnadspersonalen ta del av den egna personens önskan. *"Arbetsterapeuterna har nu utarbetat en bok som man kan peka på maten som man önskar äta, när man inte kan själv kan säga".* IP1.

Ofta tycker inte patienterna om den maten som kommer upp på eftermiddagen som middag och köket på avdelningen har inte mycket att erbjuda. Det som kan erbjudas är frysta varor som pannkakor, pyttipanna, kycklingköttbullar och kycklingben. Sortiment som köket har att erbjuda är begränsat. Ibland händer det att patienterna vägrar att äta något på kvällen och får då överhuvudtaget inte i sig något den kvällen utan väntar tills kommande morgon. *"Vi har inte stora möjligheter egentligen, vi kan erbjuda det som kommer upp eller så kan vi erbjuda... fil oh flingor eller nåt lättare än det vi får upp".* IP 3.

All omvårdnadspersonal uppger att patienterna själv får välja på vilken måltidsplats de vill äta. Det kan finnas begränsningar på platsval då omvårdnadspersonal är på möten eller på kvällarna vid middagen. Detta kan försvåra placering utifrån var de enskilda önskar sitta men omvårdnadspersonalen strävar att försöka tillmötesgå var och en. *"Nej, jag tycker det är okej, för att jag tycker att dom ska få välja var någonstans dom vill äta och om dom vill äta med andra eller inte".* IP4.



Omvårdnadspersonalen uttrycker det så om patienten vill äta ute så brukar det vara anhöriga som tar med denne ut och äter. När inga närstående finns blir det begränsat med att kunna gå ut och äta med omvårdnadspersonalen, om det skall ske så måste det i sådana fall planeras utifrån mål och anpassas till en viss tid. Omvårdnadspersonalen nämner att de inte har upplevt eller att det var väldigt länge sedan som de hunnit gå med patienterna ut och äta. *"Det har hänt att många gånger att anhöriga tar med sina ut och äter kanske ute en dag"*. IP2.

## Möjligheter i måltidsmiljön

Den planerade måltiden anpassas efter patientens speciella behov men oftast finns inte möjlighet att välja maträtter. Patienter har möjlighet att påverka vilka tider de vill äta samt kan själv ta fika under dagen. Detta innefattar anpassat måltidsstöd samt anpassade måltider.

### Anpassat måltidsstöd

Måltiden uttrycks av omvårdnadspersonalen som den viktigaste delen av dagen när de kommunicerar och äter med patienterna. Enligt omvårdnadspersonalen ger måltidssituationen en möjlighet att lära känna patienterna bättre och det skapar gemenskap utanför rollen som patient – personal. *"Det ger mig möjligheterna att vi liksom kommer varandra närmre varandra"*. IP4

Omvårdnadspersonalen menar att kommunikation som relationsbyggande vid måltiderna är något de försöker att ha även med de som inte kan uttrycka med tal. *"Det är även, om jag matar någon så försöker jag ju.... prata med dom.... även om de kanske inte kan svara mig så pratar jag med dem ändå"*. IP3

Tidsbrist är ett dilemma för att få tid att skapa samtal med patienterna som beror på de olika arbetsuppgifterna i omvårdnadsarbetet. *"Det hinder som kanske finns är väl tidsbrist... äh, att andra behöver också hjälp kan väl å nån som behöver matas eller så, så att det är väl hindren i sådana fall man kan inte sitta så mycket som man vill"*. IP6.

I samtalet vid måltiden får omvårdnadspersonalen möjlighet att föra en dialog med patienten. Dessa matsituationer ger kunskap om patienten om vad den kan och behöver hjälp med samt om det finns några specifika behov. Måltiden ger information om patienten som blir en patientberättelse ur en annan synvinkel än i andra omvårdnadssituationer. *"Ja när det gäller måltiden så kan jag /.../ få reda på lite mer vad han och hon äter, vad hon tycker om eller /...../ jag kan se, beteende om han eller hon behöver sitta ensam istället"*. IP 4.

Bordsvärden har flera olika uppgifter, som att samtala, iaktta, stödja, mata, pedagogiskt och ibland servera när patienten inte kan klara det själv. *"/...../ att ha en bordsvärd vid varje bord/... / där dom skall försöka lägga upp själva på tallriken, å ta så mycket dom själva, istället för att vi ställer fram tallriken, så till dom"*. IP6.

Omvårdnadspersonalen uttrycker att vid de tillfällen som de inte äter tillsammans med patienten skapar det ett relationshinder genom olika villkor. När de sitter ner med patienterna kan upplevelsen bli som en övervakningssituation. *"Det blir, att jag är, hur det... bordschef istället, istället för att jag är där på samma villkor, så det, är det som gör det"*. IP5.

Omvårdnadspersonalen nämner en förändring av måltidsmiljön genom att karottsystemet prövas. De uttrycker att systemet ger möjlighet till den egna individen att själv kunna ta och bestämma hur mycket de vill äta och dricka. Omvårdnadspersonalen upplever att de inte fått någon struktur på karottsystemet och att det finns en stor risk att någon av patienterna tar all mat och några blir utan. *"Vi inför nu att, skall ha karottsystemet så vi kan ställa ut karotter på bordet så att dom kan ta själva"*. IP3.

Måltidsmiljön uttrycktes av omvårdnadspersonalen att det var mycket spring och rörigt men att de skulle vill ha till en lugnare miljö. Vissa patienter klarar inte av denna stressande miljö utan när det planeras så görs det utifrån den enskildes behov. Det kan då bli aktuellt med att en pedagogisk måltid med en personal och patienten som äter tillsammans utan några andra runtomkring. Detta brukar fungera väldigt bra och då brukar de äta. *"Det blir rörigt när alla springer omkring /...../så jag har en person just nu med pedagogisk måltid och då brukar jag gå in till honom med två brickor och sätta mig"*. IP5.

Korttidsboendet har fått köpa hem porslin för att kunna göra en anpassning till enskilda patienters behov i måltidsmiljön. Porslinet användas efter olika personers behov för att underlätta måltiden för exempelvis synskadade och reumatiker. Anpassning görs för att göra det möjligt för den enskilda patienten att kunna äta själv. *"Vi har beställt glas som är färgade för dom som är synskadade ska kunna ta sitt glas, och se det"*. IP1.

### **Anpassade måltider**

Maten som serveras och erbjuds planeras utifrån de speciella behoven. Om patienten har sväljproblem eller undernäring så får de den kost som passar för den målgruppen. *"Men vi använder personcentrerad mat varje dag, till exempel näringsdryck och efter personernas behov"*. IP1.

Vid måltidssituationer händer ofta att patienterna inte vill ha den mat som erbjuds. När dessa situationer uppstår frågar omvårdnadspersonalen vad de kan tänkas äta istället och försöker erbjuda något annat som förhoppningsvis patienten kommer att tycka om. Omvårdnadspersonalen skulle vilja ge patienten den mat de vill ha men det finns inte alltid hemma eller så kan de inte få beställa för köket har begränsningar av det som erbjuds. *"Vi beställer frysta pannkakor eller köttbullar eller vad heter det kycklingben... som vi kan ta fram.... om det, när någon som vill hellre ha det"*. IP3

Fasta tider på måltid finns för frukost, lunch och middag på kvällen men finns det någon som har andra behov att äta på andra tider så är det möjligt enligt omvårdnadspersonalen. Mellanmåltider är sådant som patienten har större möjlighet att påverka när de vill äta. *"Äh, men hos oss är det ju liksom natten väl, vi har egen nattpersonal som är väl införstådda med att, det sitter uppe, fyra pärs när natten kommer och dom (patienter) kanske sitter uppe till klockan tolv och kollar på tv:n å tjatar med varandra å jag menar dom själv ber om mat"*. IP5.

Omvårdnadspersonalen arbetar för att minimera nattfastan för patienterna och uttrycker att de alltid ger något till dem för att äta det sista på kvällen och det första på morgonen. När omvårdnadspersonalen går runt på avdelningen har de börjat att ta med en vagn med olika produkter för att fråga vad patienten vill ha att äta för att anpassa efter varje patients önskan. Målet för omvårdnadspersonalen är att snabbt på morgonen komma ut efter rapporten för att kunna ge något för att bryta nattfastan och de ger exempelvis näringsdryck. *"Dom skall alltid*

*få något när dom vaknar på morgonen och det sista dom gör innan de lägger sig så skall de om ha något i magen” IP3.*

Omvårdnadspersonalen nämner att de har börjat använda ett uppläggningssystem med karotter med mål att patienter skall klara sig själva och kunna bestämma hur mycket de vill äta. När omvårdnadspersonalen har använt uppläggningssystemet där patienterna kan ta själv har de lagt märke till att stämningen kring borden blir bättre. *”Nu är det så att vi har utarbetat en måltidssituation, vi skall alltså lägga upp maten på varje bord så att man själv kan ta mat på bordet”*. IP1.

Fikavagn är det något som avdelningen har för att patienterna skall själv kunna ta något att äta under dagen när de blir sugna men det uppstår ofta situationer som gör att personalen får ta bort sakerna från vagnen. På denna fikavagn brukar finnas frukt, kex och något att dricka. *”Ja, det är ju det att vi har många dementa så vi är tvungna att ställa in frukt, och socker, ofta och kaffe, så blir det ofta att dom får fråga oss*. IP5.

## **Begränsningar i arbetsmiljö**

Måltidssituationen innebär olika arbetsuppgifter för omvårdnadspersonalen då patienterna har skilda behov. Detta innefattar konsekvenser av tidsbrist samt begränsat sortiment att erbjuda.

### **Konsekvenser av tidsbrist**

Måltiden innebär att flera olika sysslor ska skötas. En del vårdtagare är kvar på rummen andra kommer till matsalen och äter och alla skall servas på något sätt, antingen vid borden med bordsvärd och karottsystemet eller på brickor in till sina rum. Vissa patienter har utifrån sina behov fått en anpassad matsituation till en pedagogisk måltid. *”Ja vi har börjat komma igång med att vi serverar och vissa skall ha bordsvårdar med övrig personal som jobbat dag skall sätta oss vid ett bord och vara bordsvärd, då sitter man och samtalar med dom vid bordet”*. IP2.

Det finns patienter som inte vill störa personalen fast att de är hungriga och borde få något i magen. Ett annat dilemma är den patientgruppen som inte kan komma upp eller som inte har språket att förmedla vad de vill. *”/.../den som är på rummet hela dagen som har svårt att komma upp ur sängen, dom blir lite bortglömda, så lätt gjort”*. IP2.

Om omvårdnadspersonalen inte samtalar med patienten på grund av arbetsbördan så frågar de inte vad patienten vill äta. Detta kan leda till att patienten inte äter alls för att denne inte tycker om maten som serveras. Omvårdnadspersonalen uttrycker att när en patient ibland inte vill ha den erbjudna maten så kanske denne inte äter något annat. *”Det är väldigt många som är stressade av personalen som inte frågar dom och det tycker jag att dom skall göra”* IP3

Omvårdnadspersonalen uttrycker att effekter av omorganisationen påverkar måltids-miljön. De uttrycker att förändringar gör det blir rörigt men att det ges möjligheter att prova olika metoder för att påverka till det positiva. Vissa är nöjda med en förändring men alla är inte lika glada. Omvårdnadspersonalen upplever att matsalen har massa spring och att det är högljutt vilket kräver en förändringar för att få en tryggare och lugnare miljö. *”Det är lite rörigt liksom i en omorganisation och då blir det lite motsättningar/.../ bland personalen, svårt att skapa ny rutin över en natt men det blir nog bra”*. IP2.

## **Begränsat sortiment att erbjuda**

Omvårdnadspersonalen uttrycker att det känns bra när patienten får det den önskar. Reaktionen hos omvårdnadspersonalen blir arbetsglädje. Motsatta upplevelser kommer fram när det inte kan erbjuda den mat som en patient önskar. De känner sig misslyckade, hemska och frustrerade och hade omvårdnadspersonalen möjlighet att erbjuda något annat som de tycker om hade det varit bättre. *”Jag har gjort något bra och hon var nöjd och tackade och jag fick ett leende istället för det sura, arga”*. IP4

Äldreboendets kök har två rätter att beställa från men med viss begränsning. De som har specialkost kan inte välja utan en kost erbjuds för dem. Korttidsavdelningen har många patienter som står på specialkost av olika slag så omvårdnadspersonalen anser det är svårt att beställa fler varianter. Ytterligare en aspekt som gavs på varför inte omvårdnadspersonalen erbjuder patienterna att välja mellan de två rätterna, var på grund av tidsbrist på kvällen då de inte hinner att fråga patienterna om vilken rätt som var och en önskar sig. *”De har/.../två rätter som man kan välja på, till exempel fisk, men vi använder inte det på vår avdelning för att vi har så mycket specialkost ibland, som många skall ha och det blir för mycket att beställa, låta dem beställa från olika rätter”*. IP 3.

Omvårdnadspersonalen uttrycker att kökets matsortiment är begränsat och de har försökt påverka till förändring för att få ett bredare sortiment för att bättre kunna möta patientens skilda behov. Det begränsade sortimentet gör det svårt att anpassa kosten till varje enskild patients önskan och behov. *”/.../det finns en hel del som vi inte har fått beställa nerifrån köket som /.../ många boende gärna skulle vilja”*. IP3.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Studiens syfte var att belysa omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre. Kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundmans (2004) användes. Studien hade induktiv ansats vilket innebär förutsättningslös analys av texter. Tre begrepp är viktiga för skapa en trovärdighet vid kvalitativ ansats. Dessa begrepp är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet vilket författaren haft som mål att nå.

Intervjuer bedömdes relevant om datainsamlingsmetod eftersom studiens syfte var att fånga omvårdnadspersonalens erfarenheter. Den tillfrågade enhetschefen var positiv till att personalen skulle medverka. Enligt Danielsson (2012) kan det ta tid att få med informanter i en studie. I denna studie blev några intervjuer ombokade på grund av sjukskrivningar vilket ledde till fördröjning. Detta ledde till en viss tidspress men alla inbjudna deltagare uppfyllde inklusionskriterierna. Intervjuer inbokades vid samma tillfälle som när samtycket uppgetts. Studiens resultat och tillförlitlighet har inte påverkats av detta.

Författaren öppnade intervjuerna med att presentera studiens syfte och tillvägagångssätt med diktafon och för att skapa en lättsam och avslappnad atmosfär. Intervjuerna skedde i lokaler på arbetsplatsen men inte på avdelningen för att förhindra störande moment. Semistrukturerad intervju valdes med del- och stödfrågor (Danielsson, 2012) för att samla in så mycket material

som möjligt. Delfrågor var om vilka hinder och möjligheter som kan finnas. Intervjuaren gav möjlighet för informanterna att uttrycka sina egna synpunkter och erfarenheter. Intervjuaren var ombytlig mellan närvaro och distans och neutral i sitt förhållningssätt. Efter intervjun gav intervjuaren möjlighet för deltagaren att ställa frågor om studien samt gav information om personscentrerat förhållningssätt (Wolf, 2012).

I kvalitativ forskningsmetod är det viktigt att intervjuerna bandas på ett bra och tydligt sätt (Kvale & Brinkmann, 2009). Dessa intervjuer gjordes med en diktafon, Leisure Digital Voice Recorder, som hade en god upptagningsförmåga av ljud. Intervjuaren har haft vissa begränsningar relaterat till att denna inte haft någon tidigare erfarenhet inom intervjuteknik men under denna studiens gång har tekniken förbättrats från provintervjuerna till studiens slut. Intervjutekniken är en komplex problematik och som intervjuare krävs viss skicklighet i både diktafonens användande, val av intervjumiljö och även på sättet som frågorna ställs (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tillförlitligheten i en studie bedöms efter urval och analysarbete där en noggrann beskrivning stärker den. Intervjuerna transkriberades manuellt med flera uppspelningar av de bandade intervjuerna tills intervjuaren var säker på att alla ord i meningarna stämde exakt med det uttalade. Datamaterialet lästes igenom flera gånger. Valet för bearbetning av materialet gjorde författaren genom att fokusera på studiens syfte och ta ut text med en innebörd som svarar mot syftet (Graneheim & Lundman, 2004). Bristen har varit att inte ha någon att reflektera med.

I analysprocessen har författaren fått genomgå självrannsakelse och försöka se utanför sina egna ramar som har både varit givande och tröttande. Processen startade med att urskilja meningsbärande enheter sedan kom de kondenserade meningarna fram, följt av kod, underkategorier och kategorier. En tydlig beskrivning av analysen av texten har getts i en strävan att göra resultatet meningsfullt och lättförståeligt (Graneheim & Lundman, 2004). Datamängden har varit tät och skiftande.

Betydelsen av giltighet för studiens resultat är att informanterna har varierande ålder med varierande erfarenhet av arbetslivet. Exakt dokumentation av ålder, kön och antal år i yrket har inte varit aktuellt för att kunna bibehålla konfidentialitet för informanterna. Författarens mål har varit att genom noggrann skildring av studiens urval och dataanalys ge läsaren möjlighet att värdera giltigheten (Lundman & Graneheim, 2012). Strävan i analysprocessen var att inte eliminera någon väsentlig information. Giltigheten kan bedömas genom att författaren använder många citat från intervjuerna. Noggrann skildring av analysarbetet är av vikt för beståndet av resultatets tillförlitlighet. En studies trovärdighet handlar även om överförbarhet av resultatet har till andra förhållanden, grupper och miljöer. Överförbarhet är något som enbart kan avgöras av läsaren. Granskning har skett genom att ge tydligt och detaljrik skildring av urval, informanter, datainsamling samt analys (Lundman & Graneheim, 2012).

## Resultatdiskussion

Av resultaten framgår att omvårdnadspersonalen på korttidsboendet arbetar **utifrån patientens syn på situationen**. När omvårdnadspersonalen möter patienten delger denna sin berättelse som blir vårdandets utgångspunkt. Resultatet tyder på att omvårdnadspersonalen för dokumentation om patientens åsikt om sin situation i genomförandeplanen samt vilka beslut som tagits tillsammans med omvårdnadspersonalen. Studien visar att dokumentation förs på de olika områden i omvårdnaden vilket inkluderar kost och kostvanor.

Sjuksköterskans skall i mötet med patienten ge en vård med respekt, lyhördhet och empati för personen och dess närstående (Socialstyrelsen, 2005). En sjuksköterskeuppgift är att tala för patienten och närståendes synsätt i omvårdnaden. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) får inte patienten och närståendes perspektiv glömmas bort i omvårdnadens utformning. Individens personliga behov skall tillgodose i omvårdnaden. (Socialstyrelsen, 2005). Den personcentrerade vården utgår alltid från patientberättelsen där patienten är delaktig i beslut vilket ska dokumenteras (Wolf, 2012; Ugglå, 2014). Resultatet tyder på att en gemensam dokumentation görs utifrån vårdplan med mål och metoder som utvärderas ([www.vardhandboken.se/Texter/Person-centrerad-vard/Oversikt](http://www.vardhandboken.se/Texter/Person-centrerad-vard/Oversikt)). Av resultaten framkommer att på korttidsboendet görs fortlöpande dokumentation utifrån genomförandeplanerna där patienten görs delaktig i sin vård (SFS 2001:453; Socialstyrelsen 2010). Enligt Hauge (2010) är dokumentation på särskild boende en ansträngande uppgift som ska vara rejäl och systematisk. Tillsammans planerar patient och vårdpersonalen mål och delmål och som dokumenteras väl. Av resultaten framkommer det att på korttidsboendet görs fortlöpande dokumentation där patienten görs delaktig i sin vård (SFS 2001:453; Socialstyrelsen 2010). När vårdplaner skapas byggs en relation upp mellan kontaktman med den enskilda patienten som liknar partnerskap. Personcentrerade vården byggs på de tre grundstenar genom personens egen berättelse, partnerskapet och dokumentation (Lindström-Kjellberg & Hök, 2014).

Av resultaten framgår att omvårdnadspersonalen **möjliggör val** när det gäller att delta i beslut och hänsyn tas till vanor och önskemål. Resultat tyder på att omvårdnadspersonalen frågar kontinuerligt om vad personer vill äta, var de vill sitta och äta samt vilka tidigare matvanor de haft för att kunna personanpassa kosten och miljön. Att möjliggöra val innebär att närstående kan ha en del i vården genom att de kan ge sin version om patientens olika vanor och önskemål om kosten. Dock visar resultatet att närstående oftast inte är delaktiga i kostplaneringen. Att närstående ger sin kunskaper om patienten skapar större möjlighet att personanpassa kosten vilket kan öka möjligheten att patienten äter bättre och på så sätt minska undernärsproblematiken (Campbell et al., 2013). Sjuksköterskan skall planera omvårdnaden så att patientens erfarenhet, förståelse och kunskap tillvara tas genom att interagera som jämbördiga och samarbeta (Kirkevold, 2010). Enligt Sahlsten (2007) kännetecknas ömsesidighet av närhet, kontakt och förståelse mellan patient och sjuksköterskan, vilket innebär en ömsesidighet i förhandling. De närstående bör involveras i patientens vård vid långvarig sjukdom och ur en personcentrerad synvinkel bör de närstående alltid ingå (Boise & White, 2004; Hedman, 2014). Enligt Slettebø, (2010) ansvarar vårdpersonalen till att patient eller närstående är delaktiga i de beslut som rör omvårdnad och behandling. Denna patientmedverkan innebär ett personcentrerat förhållningssätt genom att patienten inviteras och har möjlighet att delta i beslut gällande den egna vården och det ger en likställd partner om vårdpersonalen ser patienten som en resurs (Hedman, 2014). Resultatet tyder på att varje patient som kan, får möjlighet att lämna en tydlig patientberättelse på hur matvanorna är, varit och vilka behov som gäller samt eventuell specialkost utformat efter speciella behov som exempelvis vid sväljningsbesvär. Om omvårdnadspersonalen involverar den äldre patienten i beslut och de ges tillfället att uttala sig om den egna kosten och miljön leder det till en möjlighet att personanpassning. Detta liknar den personcentrerade vården genom att delta aktivt i den egna vården genom beslut (Wolf, 2012).

Resultat visar på att omvårdnadspersonalen möter kommunikationshinder som försvårar för patienterna att bli delaktiga i beslut. Dock visar resultatet att omvårdnadspersonalen försöker under måltiden att kommunicera med personerna fastän att de inte kan tala, för att kunna få mer information om hur denne vill ha det och göras delaktig. Enligt Smith & Roberts (2014) finns det andra metoder att använda för att kommunicera än det verbala så kan den ickeverbala

kommunikationen överförs genom olika beteende som till exempel ansiktsuttryck och hållning. Enligt Saldert (2014) finns det olika hinder till att kommunikationen brister som ger språkbarriärer som till exempel modersmålet eller sjukdom.

Av resultatet framgår att det finns **möjligheter i måltidsmiljön** till att anpassa måltiden och måltidsstödet. Resultatet tyder att omvårdnadspersonalen försöker tillmötesgå patienten med ett personanpassade sätt i måltidssituationen. Detta sker genom att kost och matplats anpassas patientens önskemål och behov vilket även innefattar att minimera nattfastan som förebygger undernäring. Dock visar resultat att måltidsmiljön är både högljudd och stressig. En tidigare känd kunskap är att om måltiden blir i en miljö som är bullrig och kliniskt aktivitet kan det försämra intaget av föda (Smith & Roberts, 2014). Resultat visar dock också på att omvårdnadspersonalen vill ha tid att sitta ner med patienterna utan behöva känna av stress och att kunna skapa en bättre relation under måltidssituationen. Enligt Smith och Roberts (2014) kan personers hälsa och välbefinnande förbättras drastiskt med att måltidsmiljön är tilltalande. Vårdpersonalen vill ge råd som är evidensbaserade till äldre som riskerar undernäring (<http://plus.lj.se/senioralert>). Med ett övergripande ansvar skall sjuksköterska ha kompetens vilket skall grundas på helhetssyn och etiskt förhållningssätt för att se till patientens bästa (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Kruger et al., (2007), Reimer och Keller (2009) och Crogan et al., (2013) äter individen bättre om personen har fått vara med och påverka miljö- och kostval. Det bör betonas att korttiden arbetar aktivt med att förbättra måltidsmiljön för att anpassa den till varje enskild person och genom exempelvis personanpassa porcelin för att förbättra näringsintaget. Processer för att implementera personcentrerad vård är komplex som kräver långtgående strategier i sociala, organisatoriska och fysiska strukturer enligt Wolf (2014).

Av resultatet framgår det att omvårdnadspersonalen personanpassar måltiderna vilket bygger på specialkost i form av olika konsistenser och att det ges erbjudande om annat matalternativ när patienten inte tycker om det som serveras. Resultatet visar på att kosten ges personanpassad utifrån konsistenser, men den dagliga kosten anpassas oftast inte till det fria valet att välja mellan de två rätter som finns till lunchen.

Av resultatet framgår det att det finns **begränsningar i arbetsmiljön** som gör det svårt att personanpassa kosten för varje patient men att det görs alltid utifrån konsistens i form av specialkost. Resultatet tyder på att tidsbrist och det erbjudande sortiment är begränsat vilket hindrar omvårdnadspersonalen att kunna ge maten på ett personanpassat förhållningsätt. Detta innebär att omvårdnadspersonalen inte hinner att göra patienten delaktig i val av lunch samt att om patienten inte tycker om den erbjudande maten så finns det endast små möjligheter till matvariationer att erbjuda ifrån vilket kan leda till att patienten inte äter något alls. Möjligheten för att kunna ge det utslagsgivande beslutet i en behandling ska kunna ligga i patientens egenmakt enligt med personcentrerad vård (Hedman, 2014). Det bör betonas att omvårdnadspersonalen gör sitt bästa att kunna erbjuda vad den äldre önskar utifrån de resurser som finns att erbjuda. Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskan ha kompetens att leda, både i teori och praktik för att se till att god omvårdnaden ges. Enligt Norberg et al., (1994) påverkar vårdens organisation, ledningen och personalutbildningen vilka möjligheter som ges för vårdpersonalen att kunna ge god omvårdnad.

En stimulerande arbetsmiljö är en sådan som ger tillfredsställelse och glädje som fås genom att patienterna får skicklig omsorg med hög kvalitet (Sherwood, 2013). Detta är i linje med upplevelser omvårdnadspersonalens då de ger patienten den anpassade kosten så kommer en positiv reaktion från patienten vilket ger arbetsglädje. Motsatsen blir när omvårdnadspersonalen

inte kunnat erbjuda det patienten önskat. Den upplevelsen innebar en känsla av misslyckande trots de gjort vad de kunnat. Det bör betonas att om kosten skall kunna personanpassas så bör det erbjudna sortimentet förändras, så att det finns ett bredare utbud att ge ifrån, vilket kommer att förbättra det faktiska intaget av födan hos den äldre och det kommer att generera en bättre arbetsmiljö (Crandall et al., 2007). Korttidsboendet arbetar till viss del med personcentrerad redan idag men att det finns behov av förändringar för att det skall kunna omfatta alla områden i omvårdnaden. Enligt Lindström och Hök (2014) så anser många att de arbetar personcentrerat men det räcker inte utan skall ske genom ett systematiskt förhållningssätt i varje handling och genom dokumentation.

## **SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER**

Denna studie har bidragit med kunskaper om omvårdnadspersonalens erfarenheter av kost som ges personanpassad på ett korttidsboende för äldre. Av resultaten framkommer att det finns möjligheten att ge personanpassad kost om resurser ökas så att omvårdnadspersonalen får ett större matsortiment att erbjuda ifrån och förändringar av arbetsmiljön kan bli aktuell. Om kosten ges personanpassad kommer om patienten bli nöjd och omvårdnadspersonalen känner att de har lyckats att ge en god vård genom personens egen önskan. Behov finns av att omstrukturera i arbetsmiljön för att minimera stressen så omvårdnadspersonalen hinner fråga vad patienten vill ha att äta till alla dagens måltider. Patientens uttalade önskan om kosten utifrån dennes vana att äta är en byggsten för att kunna ge personanpassad kosten. Beslut om kosten skall varje patient ha rätt att få göra och äta den mat den vill och är van vid. Vid implementeringen för personcentrerad vård är dokumentationen i genomförandeplanen en bra grund för att kunna personanpassa vården. Varje enskild patient skall ha rätten att vara med och bestämma den omvårdnad som denne skall få och en given del i omvårdanden är kosten. Den kunskapen som studien har fått fram, gör det begripligt vilka hinder och möjligheter som finns att personanpassa kosten. Detta gör att sjuksköterskor kan belysa faktorer som hindrar möjligheten till val av kosten till de organisatoriskt ansvariga. Studien har haft nytta för både patienter, närstående, omvårdnadspersonalen och sjuksköterskorna. På äldreboende bör inom en snar framtid patienten ges möjlighet att få en kost som personanpassas som denne är van vid och har önskat. Närstående bör involveras i vården och ses som en resurs att påverka i en kost som skall ges personanpassad. Arbetsmiljön behöver förändras för omvårdnadspersonalen och sjuksköterskor skall kunna tillmötesgå patienten för att kunna ge god omvårdnad. Detta kan ske genom att aktivt ha ett personcentrerat arbetssätt genom att inbjuda till ett partnerskap med en ömsesidig respekt för varandra kunskap. Enhetschefer kan genom studien få ett underlag att påverka beslut till organisatoriska förändringar genom arbetsmiljö och genom ett förändrat utbud av matsortiment.

## **FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING**

Studier vad gäller kost som personanpassas kan undersökas ur många aspekter. Exempelvis skulle det vara intressant att göra en jämförande studie på två äldreboende som har samma bekymmer med undernäring. Det ena boendet skulle följa traditionell kost och den andra införa personanpassad kosten. Vid båda enheterna skulle samtidigt matsortimentet utökas. En annan intressant studie skulle kunna vara att göra närstående delaktig i beslut gällande kost enligt med



personcentrerad vård och kontrollgruppen skulle fortsätta traditionellt för att sedan kontrollera effekterna.

## REFERENSER

Alfengård, K. & Klevsgård, R. (2005). Nutrition inom vård och omsorg: Kartläggning; av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutenvård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. *Vård i Norden*, 25(2), 42-47.

Baird Schwartz, D. (2013). Integrating Patient-Centered Care and Clinical Ethics Into Nutrition Practice. *Nutrition in Clinical Practice*, 28(5), 543-555.  
doi:10.1177/0884533613500507

Boise, L. & White, D. (2004). The family's role in person-centered care: practice considerations. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(5), 12-20.

Brodtkorb, K. (2010). Näring, mat och måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (1:a uppl., s. 250-261). Stockholm: Liber.

Campbell, K.L., Webb, L., Vivanti, A., Varghese, P. & Ferguson, J. (2013). Comparison of three interventions in the treatment of malnutrition in hospitalised older adults: A clinical trial. *Nutrition & Dietetics*, 70(4), 325-331. doi:10.1111/1747-0080.12008

Cederholm, T. (2008). Lågt proteinintag ger minskad muskelmassa hos äldre. *Nordisk Nutrition*, 1(3), 13-14.

Chaudhury, H., Hung, L. & Badger, M. (2013). The role of physical environment in supporting person-centered dining in long-term care: A review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 28(5), 491-500.  
doi:10.1177/1533317513488923

Crandall, L., White, D., Schuldheis, S. & Talerico, K.A. (2007). Initiating Person-Centered Care Practices in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(11), 47-56.

Crogan, N., Dupler, A., Short, R. & Heaton, G. (2013). Food choice can improve Nursing Home Resident meal service satisfaction and nutritional status. *Journal of Gerontological Nursing*. 39(5), 38-45. Doi: 10.3928/00989134-20130312-02.

Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. (1:a uppl.). Stockholm; Natur & Kultur.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande: i teori och praxis*. (1:a uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. (1:a uppl., s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

Ebrahimi, Z. & Wijk, H. (2009). En hypotesgenererande studie av nattfastans längd, undernäring och hälsorelaterad livskvalitet hos äldre. *Vård i Norden*, 29(1), 45-48.

Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1:a uppl, s. 29-37). Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, R N & Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. doi:10.1017/S1041610209990688

Edvardsson, D., Sandman, P., Boström, A., Kindblom, K., Saarnio, L., Stenwall, E., Vikström, S. & Borell, L. (2014). Implementering av personcentrerad vård utifrån nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. I I. Ekman (Red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1 uppl, s. 149-171). Stockholm: Liber.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1 uppl., s. 69-96). Stockholm: Liber.

Europarådet. (2003). *Europarådets riktlinjer. Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospital*. Hämtad 10 december 2013 från <http://www.hospitalcaterers.org/dokument/cu.pdf>

Faxén Irving, G (2010). Nutrition vid demenssjukdom. I G. Faxén Irving, B. Karlström & E. Rothenberg. (2010). *Geriatrisk Nutrition*. (1:a uppl. s.137-156). Lund: Studentlitteratur.

Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I. Ekman (Red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 226-244). Stockholm: Liber.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24(2), 105-112. <http://dx.doi.org.lib.costello.pub.hb.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hall, E.O.C. & Graubæk, A. (2012). Patientologi – från berättelse till grundläggande värderingar. I A. Graubæk (Red.). *Patientologi; personcentrerad vård i teori och praktik*. (1:a uppl., s. 79-106). Stockholm: Natur & Kultur.

Hauge, S. (2010). Omvårdnad i särskilt boende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Høyen Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (1:a uppl., s. 218-233). Stockholm: Liber.

Hedman, H. (2014). Patientens – personens röst. I I. Ekman (Red.). *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 7-20). Stockholm: Liber.

Hessov, I. (2001). *Klinisk Nutrition*. (1:a uppl.). Stockholm: Liber.

Holst, M., Rasmussen, H.H. & Laursen B.S. (2011). Can the patient perspective contribute to quality of nutritional care? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 25(1), 176-184. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00808.x

- Jansson, I. (2010). *Planerad processororienterad omvårdnad - nytta och implementering*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet, 2010. Göteborg. Hämtad 25 maj 2014 från <http://hdl.handle.net/2077/21693>
- Johansson, U.M. (2009). Nutritionsbehandling i äldreomsorg – ett bortglömt perspektiv. *Läkartidningen*, 106(40), 2538-2542.
- Johansson, U., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C., Unosson, M. & Bosaeus, I. (2006). Nutritionsbehandlingen inom slutenvården - Svenska sjukhus klarar inte Europarådets riktlinjer. *Läkartidningen*. 103(21-22), 1718-1724.
- Jones, C.S. (2011). Person-centered care. The heart of culture change. *Journal of Gerontological Nursing*. 37(6)18-23. doi: 10.3928/00989134-20110302-04.
- Kayser-Jones, J. (1996). Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 26-31.
- Kirkevold, M. (2010) Individuell omvårdnad. Centrala perspektiv. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Høien Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (1:a uppl., s. 98-110). Stockholm: Liber.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kruger, W.A., Thompson, C.E., McKenzie, R.A., Naccarella, L. (2007). Well for life: A way of Life. *New York Academy of Sciences*. 1114(1), 337-342. doi:10.1196/annals.1396.034
- Lindström Kjellberg, I. & Hök, J. (2014). Från att tro att man vet till att faktiskt göra det – att gå mot en personcentrerad vårdprocess. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 97-112). Stockholm: Liber.
- Lindström, I. (2007). *Patientens delaktighet: en studie om vård i livets slutskede*. Lic.avh. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs Universitet, 2007. Göteborg
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kap 11. Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2:a uppl., s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Madsen, B. (2012). Implementering av teoretisk referensram som grundval för klinisk omvårdnad. I B. Bidstrup Jørgensen & V. Østergaard Steinfeldt (red.). *Omvårdnadsteori som referensram i forskning och utveckling*. (1:a uppl., s. 181-198). Stockholm: Liber.
- Merrell, J., Philipin, S., Warring, J., Hobby, D. & Geogory, V. (2012). Addressing the Nutritional needs of folders in residential care homes. *Health and Social Care in the community*. 20(2), 208-215. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x
- Milne, AC., Potter, J., Vivanti, A. & Avenell, A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly at risk from malnutrition. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published online 15 april, 2009. doi:10.1002/14651858.CD003288.pub3.

- Niedert, C. (2005). Position of the American Dietetic Association: Liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(12), 1955-1965. doi:10.1016/j.jada.2005.10.004
- Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1994). God omvårdnad: grundvärderingar. (1:a uppl). Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Poulsen, I., Vendel Petersen, H., Rahm Hallberg, I. & Schroll, M. (2007). Lack of nutritional and functional effects of nutritional supervision by nurses: a quasi-experimental study in geriatric patients. *Scandinavian Journal of Food and Nutrition*, 51(1), 6-12. doi:10.1080/17482970701256245
- Reimer, H.D. & Keller, H.H. (2009). Mealtimes in Nursing: Homes for Person-centered Care. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 28(4), 327-347. doi:10.1080/01639360903417066.
- Robinson, G. & Gallagher, A. (2008). Culture change impacts quality of life for Nursing Home Residents. *Topics in Clinical Nutrition*, 23(2), 120-130. doi:10.1097/01.TIN.0000318908.08617.49
- Rothenberg, E. (2010). Kvalitet och organisation. I G Faxén Irving, B. Karlström & Rothenberg, E. (Red.). *Geriatrisk nutrition*. (1:a uppl. s.13-26). Lund: Studentlitteratur.
- Rothenberg, E. & Karlström, B. (2010). Äldres näringsbehov. I G Faxén Irving, B. Karlström & Rothenberg, E. (Red.). *Geriatrisk nutrition*. (1:a uppl. s.13-26). Lund: Studentlitteratur.
- Rosén, M. (2013). Kvalitetsregister: en guldgruva för vården. I G. Nordström & B. Wilde-Larsson. (Red.). *Kvalitetsarbete för bättre och säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M. (2007). *Ömsesidighet i förhandling: sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. Diss. (sammanfattning) Göteborg: Göteborgs universitet, 2007. Göteborg.
- Saldert, C. (2014). Personcentrerade samtal vid kommunikationshinder. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 207-225). Stockholm: Liber.
- Schnor, H. (2012). Den utbildade patienten. I A. Graubæk (Red.). *Patientologi; personcentrerad vård i teori och praktik*. (1:a uppl., s. 262-285). Stockholm: Natur & Kultur.
- Senior Alert. Nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Hämtad 1 april, 2014 från Senior Alert. Nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg. Hämtad 27 maj, 2014 från <http://plus.lj.se/senioralert>
- Seniorval.se. Korttidsboende. Hämtat 25maj 2014 från <http://seniorval.se/korttidsboende>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sherwood, G. (2013). Nödvändigheten att förändra undervisningen för att förändra arbetet. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. (1:a uppl., s. 159-180). Lund: Studentlitteratur.

Sjögren, K. (2013). *Personcentrerad vård i särskilda boende för äldre*. (Diss., Umeå Institution för omvårdnad 1590). Umeå: Umeå University.

Skates, J.J. & Anthony, P.S. (2012). Identifying Geriatric Malnutrition in Nursing Practice. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) -an evidence-based screening Tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(3), 18-27. doi:10.3928/00989134-20120207-02

Slettebø, Å. (2010). Lagens ramar och etiska utmaningar. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Høyen Ranhoff (Red.). *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten*. (1:a uppl., s. 169-178). Stockholm: Liber.

Smith, J. & Roberts, R. (2014). *Vitalparametrar i sjuksköterskans perspektiv : en introduktion till kliniska observationer*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2000). *Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling*. (SoS-rapport 2000:11). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 december 2013 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111\\_2009126111\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf)

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (Artikel.nr. 2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 1 april 2014 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen (2009). *Nationella kvalitetsindikationer - Vården och omsorgen om äldre personer*. (Artikel.nr. 2009-126-111). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 12 december 2013 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111\\_2009126111\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8333/2009-126-111_2009126111_rev.pdf)

Socialstyrelsen (2010). *Handläggning om dokumentation inom socialtjänsten*. (Artikel.nr. 2010-6-13). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 27 maj 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18067/2010-6-13.pdf>

SOSFS 2006:5. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation och journalföring vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SOL, LVU, LVM och LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad den 1 april 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-5/senastelydelse2006-5/>

Uggla, B.K. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 21-68). Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad den 12 december 2013 från [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/2011\\_01.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf)

Vårdhandboken. Hämtad den 14 april 2014 från  
[www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/Oversikt](http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/ Oversikt)

Walton, M.K. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I G. Sherwood & J. Barnsteiner, J. (Red.). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad – sex grundläggande kärnkompetenser*. (1:a uppl., s. 63-78). Lund: Studentlitteratur.

Wijk, H. (2010). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson, D (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1:a uppl., s. 75-87). Lund: Studentlitteratur.

Wolf, A. (2012). *Personcentrerad vård*. Hämtad den 17 februari 2014 från  
<http://www.gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-var/>

Wolf, A. & Carlstöm, E. (2014). Förutsättningar för omställning till personcentrerad vård – ledarskap, medarbetarskap och organisation. I I. Ekman (Red.). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1:a uppl., s. 113-128). Stockholm: Liber.

Öberg, P. (2013). Livslopp i förändring. I L. Andersson (red.) *Socialgerontologi*. (2:a uppl., s.51-74). Lund: Studentlitteratur.

## **TILL ENHETSCHEFEN PÅ KORTTIDSBOENDET** **- förfrågan om deltagande i studie av din vårdpersonal**

Under mina högskolestudier för att ta kandidatexamen i omvårdnad skulle jag vilja intervjua din vårdpersonal på ditt korttidsboende för äldre som har erfarenheter av situationerna runt måltider för att kunna se vilka hinder och möjligheter det är att ge en nutritionsvård som är personcentrerad.

Personcentrerad vård innebär att vården ges utifrån den egna individens mål och önskningsar. Forskningen visar att om matmiljön är personcentrerad ökar näringsintaget. Flera andra studier visar på effekter av personcentrerat förhållningssätt men fortfarande behövs mer kunskap inom området.

Syfte med studien är att belysa vårdpersonalens erfarenheter av personcentrerad kosthållningen på ett korttidsboende. Vilka är hindren och möjligheterna?

Urval: Jag behöver kontaktuppgifter till samtlig omvårdnadspersonal som arbetar dag-kvällstid och som har erfarenheter av måltidssituationer och måltidsplanering. Jag kontaktar dem för information och förfrågan om deltagande i studien. Genom lottning väljs 5-10 deltagare ut om det är fler som är intresserade.

Studiens genomförande innebär att varje deltagare under 30-60 minuter gör bandinspelad intervju på dennes arbetstid, på arbetsplatsen och där de är frånkopplad från sitt arbete. Intervjuerna kommer att genomföras i februari och mars. Allt intervjumaterial kommer hanteras så att inga obehöriga kan få tillgång till detta. Endast undertecknad och min handledare på Högskolan i Skövde får tillgång till bandinspelat materialet. Bandinspelat material kommer att raderas enligt rådande regler.

Deltagandet i studien är frivilligt vilket innebär att vårdpersonalen kan avbryta sin medverkan när man vill. Om du är villig att din personalgrupp får delta i studien ber jag dig skriva under blanketten för informerat samtycke.

Kontakt vid frågor gällande studien kan göras till student Carina Jensens e-post: [a13carje@student.his.se](mailto:a13carje@student.his.se) eller mobil 0705-240073.

Handledare: Anneli Larsson, Universitetsadjunkt, Högskolan i Skövde, tel: 0500-448453, e-post; [anneli.larsson@his.se](mailto:anneli.larsson@his.se)

Carina Jensen, Legitimerad sjuksköterska, student på Högskolan i Skövde.

---

Jag har informerats muntligen och skriftligen om studien syfte och dess genomförande. Möjligheter finns för mig att kunna ställa fler frågor och information har getts om vart jag kan vända mig. Jag ställer mig positiv till att min personalgrupp deltar i studien

-----  
Datum och signatur - enhetschef för vårdpersonalen

-----  
Namnförtydligande



## TILL VÅRDPERSONAL PÅ KORTTIDSBOENDE - förfrågan om deltagande i studie

Under mina högskolestudier för att ta kandidatexamen i omvårdnad skulle jag vilja intervjua dig som vårdpersonalen på ett korttidsboende för äldre som har erfarenheter av måltidssituationerna för att kunna se vilka hinder och möjligheter det är att ge nutritionsvård som är personcentrerad.

Personcentrerad vård innebär att vården ges utifrån den egna individens mål och önsningar. Forskningen visar att om matmiljön är personcentrerad ökar näringsintaget. Flera andra studier visar på effekter av personcentrerat förhållningssätt men fortfarande behövs mer kunskap inom området.

Därför önskar jag intervjua av dig där du får berätta om dina erfarenheter från avdelningens måltidssituationer. Syfte med studien är att belysa vårdpersonalens erfarenheter av individanpassad kosthållning på ett korttidsboende. Vilka är hindren och möjligheterna?

Studien vänder sig till dig som vårdpersonalen på korttidsboende och innebär en bandinspelad intervju under 30-60 minuter som sker under din arbetstid, på arbetsplatsen och att du är fränkopplad från ditt arbete. Allt intervjumaterial kommer hanteras så att inga obehöriga kan få tillgång till detta. Endast undertecknad och min handledare på Högskolan i Skövde får tillgång till bandinspelat materialet. Bandinspelat material kommer att raderas enligt rådande regler.

Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt medverkande. Om du är villig att delta i studien ber jag dig skriva under blanketten för informerat samtycke.

Kontakt vid frågor gällande studien kan göras till student Carina Jensens e-post: [a13carje@student.his.se](mailto:a13carje@student.his.se) eller mobil 0705-240073.

Handledare: Anneli Larsson, Universitetsadjunkt, Högskolan i Skövde, tel: 0500-448453, e-post; [anneli.larsson@his.se](mailto:anneli.larsson@his.se)

Carina Jensen, Legitimerad sjuksköterska, student på Högskolan i Skövde

---

Jag har fått information muntligen och skriftligen om studien syfte och dess genomförande. Möjligheter finns för mig att kunna ställa fler frågor och information har getts om vart jag kan vända mig. Jag ställer mig positiv till att delta i studien

---

Datum och signatur - vårdpersonalen/deltagare

---

Namnförtydligade

## **Intervjufrågor om kost och personcentrerad vård.**

1. Berätta om en matsituation från den senaste veckan från din avdelning där du har använt individanpassad kost?
2. Berätta om en matsituation där du inte kunnat erbjuda individanpassad kost?
3. Hur individanpassar du måltiden för patienten? Följdfråga: Vilka möjligheter? Vad hindrar?
4. Vilka är delaktiga i beslut av patientens individanpassade kost?
5. Hur ser din patients delaktighet ut i kostplaneringen?
6. Hur ser de närståendes delaktighet ut i kostplaneringen?
7. Hur dokumenteras tidigare matvanor? Följdfråga: Berätta hur du jobbar efter detta?
8. Hur dokumenteras mat och vätskeintaget?
9. Kan du berätta om din relation mellan dig och patienten i måltidssituationen?  
Följdfrågor: Vilka möjligheter? Vad hindrar?
10. Berätta vilka möjligheter har du som personal att påverka måltidsrutinerna utifrån hur patienten vill ha det?
11. Vilka möjligheter har du att erbjuda variationer av placering när mat skall ges för varje patient? Följdfråga: Finns det andra alternativ?
12. Vilka hinder finns för att du gör variationer av placering när mat ska ges?
13. Hur arbetar du för att undvika för lång nattfasta utifrån varje enskild patient?  
Följdfråga: Vilka möjligheter? Vad hindrar?
14. Vilka möjligheter finns att din patient kan ta något själv att äta?
15. Vilken möjlighet finns det att din patient kan äta någon annanstans än på korttidsboendet?

### Följdfrågor:

Kan du beskriva mer!

Utveckla vad du menar!

Hur tänker du?

Hur kände du då?