

Klinisk Patientnära Forskning 16

kompetens

stegen

Kunskaper och attityder hos personal som deltagit i studiecirkelar kring Ätande & Näring

Projektledare

*Albert Westergren, Docent, Forsknings- och Vårdutvecklingsfunktionen,
Centralsjukhuset, Kristianstad & Högskolan Kristianstad.*

Karin Petersson, Chef för kost- och restaurangverksamheten, Kristianstads Kommun.

ISSN: 1654-1421



Forskargruppen för klinisk patientnära forskning bedriver forskning med fokus på Patientsäkerhet och har sin bas på Kristianstads Högskola, Institutionen för Hälsovetenskaper.

Målsättning

Att med en klinisk patientnära forskning, verka för och underlätta arbetet med patientsäkerhet, och samtidigt bereda väg för en bättre vetenskaplig förståelse och vetenskaplig förankring i den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskestudenter.



Kristianstads kommun



Kunskaper och attityder hos personal som deltagit i studiecirkel kring Ätande & Näring

2007-11-15

Albert Westergren, Docent Vårdvetenskap *
Karin Petersson, Chef för kost- och restaurangverksamheten

ISSN: 1654-1421

* Forsknings- och Vårdutvecklingsfunktionen
Centralsjukhuset
291 85 Kristianstad
Albert.G.Westergren@skane.se
044 – 309 28 16, 0707 – 23 28 16

Kontakt forskargruppen:

carolina.axelsson@hkr.se
Högskolan Kristianstad
Institutionen för Hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad +46 (0) 44 - 20 85 70 – Sweden



Innehåll

| | |
|---|----|
| Sammanfattning och inledning | 4 |
| Konklusion | 4 |
| Metod | 5 |
| Resultat..... | 6 |
| Respondenter | 6 |
| Kunskap och attityd | 6 |
| Prioritering från personalgruppen och ledningen..... | 10 |
| Ansvar | 11 |
| Påverkande faktorer och förslag till åtgärder – Ordinärt boende | 13 |
| Påverkande faktorer och förslag till åtgärder – Särskilt boende | 14 |
| Etiska reflektioner | 16 |
| Diskussion | 18 |
| Konklusion | 18 |



Sammanfattning och inledning

Under våren 2006 till våren 2007 har 28 studiecirkelar involverande 226 personer arbetande inom äldreomsorgen i Kristianstads kommun. Under våren 2007 erbjöds samtlig personal inom Kristianstads kommun att delta i en utbildningsdag kring ätande och näring. Av 189 som besvarade en enkät var det 74 (39%) som hade deltagit i studiecirkel kring ätande och näring. Jämförelser görs mellan dem som deltagit i studiecirkel och dem som ej deltagit.

Karaktäristika för dem som deltagit i studiecirkelar i förhållande till dem som ej deltagit:

De som deltagit i studiecirkelar:

- har något högre medelålder
- är oftast undersköterskor, biträden eller arbetar inom köksverksamhet
- jobbar vanligen inom äldreboende och aldrig inom hemtjänst/hemsjukvård
- har i regel jobbat i nuvarande yrke i mer än 20 år
- anser ofta sina kunskaper kring nutrition som stora eller tillräckliga

Viktiga resultat för dem som deltagit i studiecirkelar jämfört med dem som ej har det:

De som deltagit i studiecirkelar:

- svarar oftare det ideala svaret eller i närheten på kunskapsfrågor som rör nutrition och mindre ofta "vet ej"
- anser i ganska stor utsträckning att personalgruppen och ledningen är engagerad i och tar till vara synpunkter som rör mat och måltider
- tycker att sjuksköterskan/distriktssjuksköterskan har det största ansvaret för att bedöma kundernas nutritionsstatus
- tycker i större utsträckning att hemtjänstpersonalen har störst ansvar för mat och måltider i ordinärt boende (medan de som ej deltagit i cirkelar tycker att det är den äldre själv)
- tycker i större utsträckning att kostchefen/annan chef har störst ansvar för mat och måltider i särskilt boende (medan de som ej deltagit i cirkelar tycker att det är personalen)
- anser att om något ska åtgärdas för att förbättra matintag i ordinärt boende är det i första hand "maten"
- anser att om något ska åtgärdas för att förbättra matintag i särskilt boende är det i första hand "personalen" (medan de som ej deltagit i cirkelar tycker att det är maten)
- har likvärdiga etiska reflektioner som de som ej deltagit i studiecirkelar med ett undantag, nämligen i att de i något mindre utsträckning kan tänka sig att tvångsmata.

Konklusion

Attityder och kunskap kring mat och måltider påverkas i vissa aspekter på ett positivt sätt hos personal som genomgått studiecirkelar kring ätande och näring.



Metod

Under våren 2007 anordnades tre utbildningsdagar som vände sig till områdeschefer, teamchefer, legitimerad personal och omvårdnadspersonal. Under tiden det var samling fick personerna fylla i ett frågeformulär som belyste kunskaper och attityder till näring och ätande inom äldreomsorgen. Totalt deltog 76 personer vid första tillfället, 71 vid andra och 62 vid tredje tillfället. Vid första tillfället fyllde 87% i enkäten och därefter 91% respektive 94%. Många av dem som deltog hade tidigare genomgått kommunens studiecirkel kring näring och ätande. Resultatredovisningen delas därför upp på de som gått respektive de som ej genomgått studiecirkel. I redovisningen är det också vissa svar som är "mer önskvärda"/"mer rimliga" än andra dessa har i förekommande fall markerats med stjärna ("*") för närliggande svar stjärna inom parentes ("(*)").

Efter omgång ett kategoriserades de öppna svarsalternativen till fasta alternativ som personerna i omgång två fick prioritera/rangordna i omgång 2 och 3. Vidare lades frågor till som berörde etiska beslut och principer i omgång 2 och 3.



Resultat

Respondenter

Medelåldern för de 189 som svarade på frågeformuläret var 47 år, majoriteten var kvinnor och vanligast var att man var undersköterska eller vårdbiträde. Endast 5% hade ledningsfunktion. Allra flest arbetade inom äldreboende/särskilt boende och ingen av dem som var inom hemsjukvården hade deltagit i någon studiecirkel. De flesta (47%) hade arbetat mer än 20 år i nuvarande yrke. Det var en tendens till att fler av dem som deltagit i studiecirkel ansåg sig ha stora eller tillräckliga kunskaper kring nutrition (69% jämfört med 63%, icke-signifikant skillnad = IS, $p=0.426$) (Tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsdata för deltagare i utbildningsdagar "Maten i Centrum" våren 2007.

| | Ej deltagit i studiecirkel, n=115 | Deltagit i studiecirkel, n=74 | Totalt n=189 |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Ålder , medelvärde (min – max) | 45.5 (22-62) | 48.0 (20-64) | 47 (20-64) |
| Kön , %, man | 6 | 3 | 5 |
| kvinnor | 94 | 97 | 95 |
| Yrke/Profession , % | | | |
| Leg. sjuksköterska | 20 | 3 | 13 |
| Undersköterska | 53 | 68 | 59 |
| Vårdbiträde | 23 | 19 | 21 |
| Kock/kokerska | 0 | 3 | 1 |
| Köksbiträde | 0 | 8 | 3 |
| Har ledningsfunktion , % | 5 | 6 | 5 |
| Arbetsområde , % ¹⁾ | | | |
| Äldreboende | 87 | 92 | 89 |
| Hemsjukvården | 7 | 0 | 3 |
| Antal år i nuvarande yrke , % | | | |
| Mindre än 1 år | 2 | 0 | 1 |
| Mellan 1 och 5 år | 13 | 8 | 11 |
| Mellan 6 och 10 år | 15 | 16 | 15 |
| Mellan 11 och 15 år | 12 | 16 | 14 |
| Mellan 16 och 20 år | 10 | 11 | 10 |
| Mer än 20 år | 46 | 48 | 47 |
| Mina kunskaper kring nutrition , % | | | |
| Jag anser att jag har mycket stora kunskaper | 6 | 17 | 10 |
| Jag anser att jag har tillräckligt med kunskaper | 57 | 52 | 55 |
| Jag är osäker på om mina kunskaper är tillräckliga | 33 | 31 | 32 |
| Jag anser att mina kunskaper är otillräckliga | 4 | 0 | 2 |
| Jag anser att mina kunskaper är helt otillräckliga | 0 | 0 | 0 |

¹⁾ Annat arbetsområde som angavs var "demensboende" (n=1), korttidsboende (n=2), kök (n=1), studerande (n=1), vårdlärare (n=3).

Kunskap och attityd

Personalen trodde att undernäring förekom i lägre utsträckning än vad som faktiskt är fallet. Något fler i gruppen som deltagit i studiecirkel (10%) "svarade rätt" än bland de som ej deltagit (4%, dock IS, $p=0.112$). Likaledes underskattades förekomsten av övervikt med en tendens att fler av dem som ej deltagit i studiecirkel "svarade rätt" (10% respektive 6%, IS $p=0.200$). Flertalet visste att man mäter både under-, normal- och övervikt med BMI (IS, $p=0.655$). Fler inom gruppen som deltagit i studiecirkel



visste vad det optimala BMI intervallet är (88% respektive 72%, p-värde = 0.015) (Tabell 2).

Tabell 2. Förekomst av undernäring och övervikt, vägningsintervall och nattfasta, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Förekomst av undernäring | | | |
| Förekommer inte alls | 13 | 4 | 9 |
| Förekommer endast i enstaka fall, mindre än 10% | 63 | 71 | 66 |
| Cirka 10-20% | 8 | 8 | 8 |
| Cirka 21-30% * | 4 | 3 | 3 |
| Cirka 31-40% * | 0 | 7 | 3 |
| Cirka 41-50% | 0 | 0 | 0 |
| Cirka 51-60% | 0 | 0 | 0 |
| Cirka 61-70% | 0 | 0 | 0 |
| Mer än 71% | 0 | 0 | 0 |
| Vet ej | 12 | 7 | 10 |
| Förekomst av övervikt | | | |
| Förekommer inte alls | 3 | 0 | 2 |
| Förekommer endast i enstaka fall, mindre än 10% | 46 | 44 | 45 |
| Cirka 10-20% | 16 | 31 | 22 |
| Cirka 21-30% * | 8 | 3 | 6 |
| Cirka 31-40% * | 2 | 3 | 2 |
| Cirka 41-50% | 7 | 4 | 6 |
| Cirka 51-60% | 2 | 3 | 2 |
| Cirka 61-70% | 1 | 3 | 2 |
| Mer än 71% | 0 | 0 | 0 |
| Vet ej | 14 | 10 | 12 |
| Vad mäter man med BMI? | | | |
| Undervikt | 4 | 7 | 5 |
| Normalvikt (*) | 5 | 7 | 5 |
| Övervikt | 3 | 4 | 3 |
| Undervikt, normalvikt och övervikt * | 85 | 83 | 85 |
| Vet ej | 2 | 0 | 1 |
| Vad är ett lämpligt BMI-intervall för äldre (70+)? | | | |
| 14-18 | 1 | 0 | 0 |
| 19-21 | 10 | 6 | 8 |
| 22-27 * | 72 | 88 | 78 |
| 28-35 | 2 | 0 | 1 |
| Vet ej | 14 | 7 | 11 |

Fler inom gruppen som deltagit i studiecirklar visste vilket det rekommenderade vägningsintervallet är (79% respektive 69%, dock IS p=0.148) och signifikant fler kände till rekommendationen för maximal nattfasta (83% respektive 68%, p-värde=0.025) (Fortsättning Tabell 2).



Forts. Tabell 2. Förekomst av undernäring och övervikt, vägning och nattfasta, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Hur ofta bör kunderna vägas? | | | |
| En gång per vecka | 1 | 0 | 1 |
| Vid ankomsten samt en gång per månad därefter * | 23 | 38 | 29 |
| Vid ankomsten samt var tredje månad därefter * | 46 | 41 | 44 |
| Vid ankomsten samt var sjätte månad därefter | 17 | 18 | 18 |
| Endast på läkarordination | 2 | 1 | 2 |
| Ej nödvändigt att väga | 3 | 0 | 2 |
| Vet ej | 2 | 1 | 2 |
| Rekommenderad maxlängd på nattfastan? | | | |
| Maximalt 8 timmar | 15 | 15 | 15 |
| Maximalt 11 timmar * | 68 | 83 | 74 |
| Maximalt 14 timmar | 3 | 0 | 1 |
| Maximalt 17 timmar | 0 | 0 | 0 |
| Vet ej | 13 | 1 | 9 |

Det var en tendens till att fler av dem som deltagit i studiecirklar kände till lämplig måltidsfördelning vid undervikt i samband med dåligt matintag (40% respektive 33%, dock IS $p=0.339$). Det var dock ingen större skillnad i attityden/kunskapen om ofrivillig viktminskning i relation till näringsstillstånd och förhållandet mellan energi- och näringsintag i relation till sår (i båda fallen IS, $p=0.804$ resp. 0.256) (Tabell 3).

Tabell 3. Undernäring och nutrition, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Lämplig måltidsfördelning för underviktig som äter lite? | | | |
| Frukost, lunch, kvällsmat | 0 | 0 | 0 |
| Frukost, lunch, kvällsmat, eftermiddagskaffe | 6 | 0 | 4 |
| Frukost, lunch, kvällsmat samt 1-2 mellanmål | 59 | 60 | 60 |
| Frukost, lunch, kvällsmat samt 3-4 mellanmål * | 33 | 40 | 36 |
| Vet ej | 1 | 0 | 0 |
| Ofrivillig viktminskning oavsett mängd och tidsförlopp har negativ inverkan på näringsstillståndet. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 59 | 63 | 60 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 23 | 20 | 22 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 16 | 15 | 16 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 2 | 1 | 2 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| Hur mycket energi och näring en kund får i sig har en direkt påverkan på hans/hennes risk för att utveckla trycksår eller att läka befintligt trycksår. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 64 | 68 | 66 |
| Jag instämmer delvis med påståendet* | 25 | 26 | 26 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 9 | 6 | 8 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |

Det förelåg inga direkta skillnader i attityderna till aktivitet/apetit eller aktivitet/viktnedgång (båda IS, $p=0.550$ respektive 0.994). En viss tendens fanns att de som deltagit i studiecirklar i större utsträckning ansåg att näringsintaget var kopplat till fysisk aktivitet (91% respektive 84%, dock IS $p=0.141$) (Tabell 4).



Tabell 4. Aktivitet och nutrition, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| Aktivitet påverkar aptiten positivt | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 71 | 73 | 72 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 25 | 22 | 24 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 2 | 5 | 3 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |
| Aktivitet och rörelse är viktigt för att gå ner i vikt? | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 69 | 68 | 69 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 25 | 26 | 26 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 4 | 5 | 4 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 2 | 0 | 1 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| Hur mycket energi och näring en kund får i sig har en direkt påverkan på hans/hennes fysiska aktivitet. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 51 | 49 | 50 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 33 | 42 | 37 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 13 | 8 | 11 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 2 | 0 | 1 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |

Frågan om huruvida personer med övervikt alltid ska ha en "bantningskost" var den där flest personer svarade "längst ifrån" det ideala svaret (IS mellan grupperna, $p=0.714$). Gällande att erbjuda viktreduktion till personer med viktrelaterade hälsoproblem svarade flertalet nära det ideala påståendet utan någon påtaglig skillnad mellan grupperna (IS mellan grupperna, $p=0.230$) (Tabell 5).

Tabell 5. Övervikt och nutrition, procent

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|---|--|--------------------------------------|-----------------|
| Äldre vårdragare som är överviktiga skall alltid ha en energisnål kost (bantningskost). | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet | 3 | 6 | 4 |
| Jag instämmer delvis med påståendet | 41 | 32 | 37 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 22 | 30 | 25 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet * | 22 | 20 | 21 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet * | 13 | 12 | 12 |
| Personer som är 70 år eller äldre och som har hälsoproblem som kan förknippas med övervikt (svårreglerad diabetes, svårigheter att röra sig, ledsmärter) ska erbjudas samma möjligheter att gå ner i vikt som andra. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 57 | 54 | 57 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 30 | 28 | 29 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 8 | 12 | 10 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 3 | 6 | 4 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |

Flertalet ansåg att svårigheter med att äta kunde inverka negativt på näringstillståndet, att svårigheter att svälja både kunde leda till lunginflammation och till kvävning (IS mellan grupperna, $p=0.537$, 0.150 respektive 0.113) (Tabell 6).



Tabell 6. Dysfagi och nutrition, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| Svårigheter att äta, t.ex. sväljningssvårigheter, har negativ inverkan på näringstillståndet. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 72 | 76 | 74 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 24 | 21 | 23 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 4 | 0 | 2 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 1 | 1 | 1 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 1 | 0 |
| En kund som sväljer fel kan utveckla lunginflammation. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 82 | 78 | 80 |
| Jag instämmer delvis med påståendet* | 11 | 8 | 10 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 6 | 11 | 8 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 0 | 3 | 1 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |
| En kund som sväljer fel kan kvävas under en måltid. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 89 | 81 | 86 |
| Jag instämmer delvis med påståendet | 11 | 19 | 14 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 0 | 0 | 0 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |

Prioritering från personalgruppen och ledningen

Flertalet ansåg att personalgruppen prioriterar äldres mat och måltider högt och att synpunkter tas till vara (icke signifikanta skillnader mellan grupperna, $p=0.354$ resp. 0.430). Det fanns dock några som genomgått studiecirklar som ansåg att synpunkter ej togs till vara (Tabell 7a).

Tabell 7a. Mat och prioriteringar hos/av personalgruppen, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|---|--|--------------------------------------|-----------------|
| PERSONALGRUPPEN | | | |
| Äldres mat och måltider prioriteras högt av personalen på min avdelning/enhet/mitt område. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 62 | 60 | 61 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 29 | 35 | 31 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 6 | 4 | 5 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 4 | 1 | 3 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| När jag kommer med eller om jag skulle komma med synpunkter kring mat och måltider tas/skulle de tas till vara inom min närmsta personalgrupp. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 55 | 49 | 53 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 34 | 46 | 40 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 8 | 0 | 5 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 1 | 0 | 0 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 4 | 2 |

Flertalet anser även att ledningen prioriterar äldres mat och måltider högt och att synpunkter tas till vara. Det fanns inga signifikanta skillnader avseende hur man ansåg att mat och måltider prioriterades ($p=0.685$). De som deltagit i studiecirkel ansåg i



signifikant större utsträckning att ledningen tog till vara synpunkter (80% respektive 66%, p-värde=0.039) (Tabell 7b).

Tabell 7b. Mat och prioriteringar hos/av ledningen, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|--|--|--------------------------------------|-----------------|
| LEDNINGEN | | | |
| Äldres mat och måltider prioriteras högt av ledningen för avdelning/enheten/mitt område. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 39 | 36 | 38 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 35 | 41 | 37 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 18 | 16 | 17 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 8 | 7 | 7 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 0 | 0 | 0 |
| När jag kommer med eller om jag skulle komma med synpunkter kring mat och måltider tas/skulle de tas till vara inom ledning och organisation. | | | |
| Jag instämmer helt och hållet med påståendet * | 27 | 26 | 27 |
| Jag instämmer delvis med påståendet * | 39 | 54 | 45 |
| Jag kan inte ta ställning till påståendet | 23 | 10 | 18 |
| Jag tar till största delen avstånd från påståendet | 10 | 4 | 7 |
| Jag tar helt och hållet avstånd från påståendet | 1 | 6 | 3 |

Ansvar

Flertalet ansåg att ansvaret för att bedöma kundernas nutritionsstatus ligger hos sjuksköterskan/distriktssjuksköterskan (IS, p=0.243 mellan grupperna) (Tabell 8).

Tabell 8. Ansvar, procent.

| | Ej deltagit i studiecirklar, n=115 | Deltagit i studiecirklar, n=74 | Totalt n=189 |
|---|--|--------------------------------------|-----------------|
| Vem anser du i första hand har ansvaret för att bedöma kundernas nutritionsstatus? | | | |
| Berörda läkare | 5 | 4 | 4 |
| Berörda sjuksköterskor/distriktssköterskor | 63 | 71 | 66 |
| Berörda undersköterskor | 17 | 14 | 16 |
| Berörda vårdbiträden | 11 | 10 | 11 |
| Berörda dietister | 3 | 0 | 2 |
| Vet ej | 1 | 0 | 0 |
| Annan, vem? ¹⁾ | 1 | 0 | 0 |

¹⁾ Kontaktperson

De öppna frågorna kring ansvar analyserades med manifest innehållsanalys.

Personalen i omgång 1 fick ange och rangordna vilka man tyckte hade mest ansvar för äldres mat och måltider inom **ordinärt boende**. De fick ange kategorierna i öppen text, dvs. det fanns ej fasta svarsalternativ. Svaren kategoriserades i efterhand. Inför omgång 2 och 3 angavs fasta svarsalternativ utifrån resultaten från omgång 1.

Störst ansvar för mat och måltider i ordinärt boende ansåg man att den äldre själv hade, därefter följde köket och hemtjänstpersonalen. De som deltagit i studiecirklar angav hemtjänstpersonalen som ansvariga i större utsträckning än de som ej deltagit i



cirklar (35% respektive 16%, $p=0.020$) medan de som ej deltagit i cirklar i större utsträckning ansåg att det var den äldre själv som hade störst ansvar (45% respektive 29%, dock IS p -värde=0.113 (Tabell 9).

Tabell 9. Rangordning över ansvarsfördelningen för mat och måltider i ordinärt boende, procent.

| Angivna personer med ansvar för mat och måltider i ordinärt boende (omgång 1) | Rangordning, omgång 2 och 3 | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Ej deltagit i studiecirkel (n=85) | Deltagit i studiecirkel (n=38) | Totalt omgång 2 och 3 (n=123) |
| Hemtjänstpersonal | 16 | 35 | 22 |
| Anhöriga | 1 | 6 | 3 |
| Kök | 31 | 23 | 29 |
| Distriktssjuksköterska | 5 | 3 | 4 |
| Den äldre själv | 45 | 29 | 40 |
| Transport/Matdistribution | 1 | 3 | 2 |

Andra personer som angavs ha ett ansvar var chefen för ekonomin och för personalplaneringen (n=1), politiker (n=1), kostombud (n=1), kontaktman/kontaktperson vilka hänfördes till hemtjänstpersonal ovan, områdeschefer (n=1) och dietist (n=2).

Personalen i omgång 1 fick även ange och rangordna vilka man tyckte hade mest ansvar för äldres mat och måltider inom **särskilt boende**. De fick ange kategorierna i öppen text, dvs. det fanns ej fasta svarsalternativ. Svaren kategoriserades i efterhand. Inför omgång 2 och 3 angavs fasta svarsalternativ utifrån resultaten från omgång 1.

Störst ansvar för mat och måltider i särskilt boende ansåg man att personalen har, därefter följer kostchefen eller annan chef och den äldre själv. De som deltagit i studiecirkel angav kostchef eller annan chef som ansvariga i större utsträckning än de som ej deltagit i cirklar (dock IS, $p=0.075$) medan de som ej deltagit i cirklar angav personalen (IS, $p=0.467$) (Tabell 10).

Tabell 10. Rangordning över ansvarsfördelningen för mat och måltider i särskilt boende, procent.

| Angivna personer med ansvar för mat och måltider i särskilt boende (omgång 1). | Rangordning, omgång 2 och 3 | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Ej deltagit i studiecirkel (n=85) | Deltagit i studiecirkel (n=38) | Totalt omgång 2 och 3 (n=123) |
| Personal | 39 | 32 | 37 |
| Kök | 13 | 8 | 11 |
| Sjuksköterska | 5 | 8 | 6 |
| Kostchef eller annan chef | 20 | 35 | 25 |
| Den äldre själv | 18 | 13 | 17 |
| Kostombud | 4 | 3 | 3 |

Andra som angavs ha ett ansvar fast i mindre omfattning var dietist (n=3), läkare (n=1), politiker (n=1), transport (n=2) och anhöriga (n=1).



Påverkande faktorer och förslag till åtgärder – Ordinärt boende

Personalen i omgång 1 fick ange vilka tre faktorer som de ansåg vara viktigast för att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **ordinärt boende**. Svaren kategoriserades enligt nedanstående (Tabell 11).

Tabell 11. Kategorier och faktorer av vikt för matintag i ordinärt boende.

| Kategori | Viktiga faktorer |
|---------------------|--|
| Organisation | Erbjudas hjälp med att handla, tillaga mat och duka Kontaktmannaskap Matleveranser Rätt kost erbjuds och levereras Att personalen har tid Anhöriga |
| Personal | Kunnig personal |
| Socialt | Gemenskap vid måltider/sällskap Trivsel Umgänget |
| Miljön | Lugn miljö Trivsel |
| Maten | Ska smaka bra Se aptitlig ut Konsistensanpassning "Mat man gillar" Näringsriktig mat Varm mat Lagom mängd Valmöjligheter Att mellanmål finns hemma |
| Personliga faktorer | Aptit Hälsotillstånd Ork Att kunna äta själv Psykiskt |

Personalen i omgång 1 fick ange vilka tre **åtgärder** som de ansåg vara viktigast för att förbättra så att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **ordinärt boende**. Svaren kategoriserades enligt nedanstående. I omgång 2 och 3 ombads personalen att ange en prioriteringsordning för förbättringar avseende respektive kategori.

För att förbättra så att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **ordinärt boende** ansåg personalen i störst utsträckning att maten behöver åtgärdas, därefter följde det sociala, organisationen, personalen och sist miljön. Ordningen tycktes förhållandevis oberoende av om man deltagit i studiecirkel eller ej (Tabell 12).



Tabell 12. Kategorier och faktorer av vikt för att förbättra matintag i ordinärt boende samt rangordning, procent.

| Kategori | Åtgärdsförslag (framtagna i omgång 1) | Vad bör prioriteras i första hand vid förändringsarbete. Omgång 2 och 3 | | |
|-------------------|--|---|--------------------------------|---------------|
| | | Ej deltagit i studiecirkel (n=67) | Deltagit i studiecirkel (n=32) | Totalt (n=99) |
| Organisation | Mer tid och personal | 21 | 22 | 21 |
| | Mat från mindre kök | | | |
| | Matdistribution | | | |
| | Rabatt vid val av både lunch och middag | | | |
| Personal | Valmöjligheter (utan framförhållning flera veckor) | | | |
| | Ej för tätt mellan måltiderna | | | |
| | Uppmärksam personal | 10 | 12 | 11 |
| | Hjälp med inköp, tillagning och dukning | | | |
| Socialt | Uppmuntrande personal | | | |
| | Delaktighet vid inköp och matlagning | | | |
| Miljön | Att hemtjänsten stannar över måltiden / ej äta ensam / gemensamma måltider | 22 | 25 | 23 |
| | Dukning/Aptitligt upplagd mat | 6 | 6 | 6 |
| Maten | Lugn och ro, trevlig miljö | | | |
| | Matens uppläggning | | | |
| | Husmanskost | 40 | 34 | 38 |
| | Hemlagad mat | | | |
| | Smaklig mat | | | |
| | Tillgång till mat | | | |
| | Varm mat | | | |
| | Anpassad mat (rätt mat och storlek på portion) | | | |
| Näringsriktig mat | | | | |
| | Känna doft av mat (matos) | | | |

Påverkande faktorer och förslag till åtgärder – Särskilt boende

Personalen i omgång 1 fick ange vilka tre faktorer som de ansåg vara viktigast för att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **särskilt boende**. Svaren kategoriserades enligt nedanstående (Tabell 13).



Tabell 13. Kategorier och faktorer av vikt för matintag i särskilt boende.

| Kategori | Viktiga faktorer |
|---------------------|---|
| Organisation | Bra kök, kökspersonal Rätt kost och tid att äta Tid |
| Personal | Kontrollera att de äter Observation vid måltid Stöttning/hjälp Inställning Kontrollera allmäntillstånd Matning Observera BMI Kunnig personal Påputtning |
| Socialt | Sällskap (även av personal) Uppmuntrande individer i omgivningen Trivsel De andra boende |
| Miljön | Lugn Matro Dukning och uppläggning Trivsel Atmosfär |
| Maten | Individuellt anpassad mat Aptitlig mat Ska smaka bra Smakriktigt Ska lukta gott Konsistensanpassning Rätt mat Maten ska se bra ut Väl lagad mat Husmanskost Berikad mat Trevligt upplagd mat Välja mat nära inpå måltider |
| Personliga faktorer | Aptit Hunger Sitter bra Munstatus |

Personalen i omgång 1 fick ange vilka tre **åtgärder** som de ansåg vara viktigast för att förbättra så att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **särskilt boende**. Svaren kategoriserades enligt nedanstående. I omgång 2 och 3 ombads personalen att ange en prioriteringsordning för förbättringar avseende respektive kategori.

För att förbättra så att äldre personer ska få i sig tillräckligt med mat i **särskilt boende** ansåg personalen i störst utsträckning att maten behöver åtgärdas, därefter följde det personalåtgärder, organisationen, den sociala situationen och miljön. Ordningen skiljde sig delvis åt beroende på om man deltagit i studiecirkel eller ej så till vida att de som deltagit i studiecirkel i större utsträckning prioriterade personalförändringar ($p=0.015$) medan de som ej deltagit tenderade att i större utsträckning prioriterade åtgärder gällande maten (dock IS $p=0.356$) (Tabell 14).



Tabell 14. Kategorier och faktorer av vikt för att förbättra matintag i särskilt boende samt rangordning, procent.

| Kategori | Åtgärdsförslag (framtagna i omgång 1) | Vad bör prioriteras i första hand vid förändringsarbete. Omgång 2 och 3 | | |
|--------------------------|--|---|--------------------------------|----------------|
| | | Ej deltagit i studiecirkel (n=68) | Deltagit i studiecirkel (n=36) | Totalt (n=104) |
| Organisation | Fler kök som lagar mat | 22 | 6 | 16 |
| | Tid | | | |
| | Tid att laga lättare rätter | | | |
| | Mer tid för personal till matlagning och måltider | | | |
| | Personal som har tid att sitta med vid måltider (Pedagogiska måltider) | | | |
| Personalen | Mat lagad på stället | | | |
| | Extra tjänster i kök på varje boende | | | |
| | Behovsanpassad hjälp | 13 | 33 | 20 |
| | Personalens inställning | | | |
| | Kreativitet och dukning | | | |
| | Kreativitet och engagemang | | | |
| | Uppmuntrande personer i omgivningen | | | |
| | Utbildning | | | |
| | Kunnig personal | | | |
| | Kunskap om matlagning | | | |
| Socialt | Uppmärksam personal | | | |
| | Hjälp | | | |
| | Tryggt | 12 | 22 | 15 |
| Miljön | Sällskap | | | |
| | Sitta med andra boende som man trivs med | | | |
| | Aptitlig dukning | 16 | 11 | 14 |
| | Atmosfär | | | |
| | Lugn | | | |
| Maten | Matro | | | |
| | Trivsel, trevlig miljö | | | |
| | Ta mat själv | | | |
| | Ej ha flera alternativ att välja på | 37 | 28 | 34 |
| | Valmöjligheter | | | |
| | God mat | | | |
| | Smakrik kost | | | |
| | Tilltalande mat | | | |
| | Vacker upplagd mat | | | |
| | Önskekost | | | |
| Anpassa mat (konsistens) | | | | |
| Utseende | | | | |
| Doft från matlagning | | | | |

Etiska reflektioner

Personal som deltog i omgång 2 och 3 fick även svara på frågor som rörde etiskt resonemang kring svåra situationer i samband med nutritionsbehandling. Här återges fallen och svaren.

Du vårdar en äldre kvinna (75 år) som är "kompetent", dvs. som kan fatta beslut som är förenliga med hennes egna långsiktiga intresse. Hon har cancer med metastaser som ej går att behandla. Hon får sin näring via sondmat. Hon vill inte leva längre. Om du själv skulle bestämma - vad ska man göra? Kryssa för ett alternativ.



Tabell 15a.

| | Ej deltagit i studiecirkel, %, (n=78) | Deltagit i studiecirkel, %, (n=38) | Totalt (n=116) |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Respektera hennes önskan och avsluta behandlingen med sondmaten. | 95 (n=74) | 97 (n=37) | 96% |
| Fortsätta behandlingen med sondmaten trots att vårdtagaren ej vill det. | 5 (n=4) | 3 (n=1) | 4% |

Tabell 15b.

| | Ej deltagit i studiecirkel, %, (n=72) | Deltagit i studiecirkel, %, (n=37) | Totalt (n=109) |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Självbestämmande, respekt och hänsyn (Autonomi) | 82 (n=59) | 73 (n=27) | 79% |
| Hälsa, livskvalitet och människovärde (Att göra gott) | 14 (n=10) | 22 (n=8) | 16% |
| Att inte skada eller kränka. Ge lindring (Att inte skada) | 3 (n=2) | 5 (n=2) | 4% |
| "Livet är heligt" – dvs. det är min plikt att göra vad jag kan för att hålla en annan person vid liv. | 1 (n=1) | 0 (n=0) | 1% |

Flertalet valde att respektera hennes önskan och avsluta behandlingen. Det var ingen påtaglig skillnad mellan grupperna i deras beslut (Tabell 15a). Som grund för beslutet låg i huvudsak autonomiprincipen (Tabell 15b).

Du vårdar en äldre kvinna (75 år) som "ej är kompetent", dvs. som ej kan fatta beslut som är förenliga med hennes egna långsiktiga intresse, i detta fallet p.g.a. demenssjukdom. Sedan tre veckor tillbaka äter hon allt mindre och sen ett par dagar äter hon inte alls. Det finns ingen närstående att inhämta synpunkter från avseende beslut om behandlingen. Om du själv får bestämma - vad ska man göra? Kryssa för ett alternativ.

Tabell 16a.

| | Ej deltagit i studiecirkel, %, (n=76) | Deltagit i studiecirkel, %, (n=38) | Totalt (n=116) |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Tvångsmata. Även sondmata om det skulle behövas. | 12 (n=9) | 8 (n=3) | 11% |
| Avsluta matningarna och ge lindrande behandling. | 88 (n=67) | 92 (n=33) | 89% |

Tabell 16b.

| | Ej deltagit i studiecirkel, %, (n=68) | Deltagit i studiecirkel, %, (n=35) | Totalt (n=103) |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| Självbestämmande, respekt och hänsyn (Autonomi) | 34 (n=23) | 29 (n=10) | 32% |
| Hälsa, livskvalitet och människovärde (Att göra gott) | 41 (n=28) | 51 (n=18) | 45% |
| Att inte skada eller kränka. Ge lindring (Att inte skada) | 23 (n=16) | 20 (n=7) | 22% |
| "Livet är heligt" – dvs. det är min plikt att göra vad jag kan för att hålla en annan person vid liv. | 1 (n=1) | 0 (n=0) | 1% |

Flertalet valde att avsluta matningarna och ge lindrande behandling. Det fanns en tendens att de som ej deltagit i studiecirkel i större utsträckning kunde tänka sig att tvångsmata (Tabell 16a). Som grund för beslutet låg i huvudsak principen om att göra gott. Denna princip valdes av fler inom gruppen som deltagit i studiecirkel medan de



som ej deltagit i studiecirkel i större utsträckning hävdade autonomiprincipen (Tabell 16b).

Diskussion

Denna studie ger viktiga argument för att personalen inom äldreomsorgen bör delta i studiecirkel kring ätande och näring. Studien inkluderar ett tillräckligt stort material för att kunna dra denna slutsats. En risk finns dock att personalen diskuterat sina svar med den som suttit närmast vilket å andra sidan kan ha påverkat svar både till att bli rätt och att bli fel. En annan brist i studien är att det ej finns uppgift om hur länge sedan det är sedan de deltagit i studiecirkeln endast att det är inom de senaste ett och halvt åren.

I korta drag utgör de viktiga fynden följande:

Personal som deltagit i studiecirkel kring ätande och näring:

- svarar oftare det ideala svaret eller i närheten på kunskapsfrågor som rör nutrition
- tycker i större utsträckning att hemtjänstpersonalen har ansvar för mat och måltider i ordinärt boende (medan de som ej deltagit i cirkel tycker att det är den äldre själv)
- tycker i större utsträckning att kostchefen/annan chef har ansvar för mat och måltider i särskilt boende (medan de som ej deltagit i cirkel tycker att det är personalen)
- om något ska åtgärdas för att förbättra matintag i ordinärt boende är det i första hand "maten"
- om något ska åtgärdas för att förbättra matintag i särskilt boende är det i första hand "personalen" (medan de som ej deltagit i cirkel tycker att det är maten)
- har likvärdiga etiska reflektioner som de som ej deltagit i studiecirkel med ett undantag, nämligen i att de i något mindre utsträckning kan tänka sig att tvångsmata.

Konklusion

Attityder och kunskap kring mat och måltider påverkas i vissa aspekter på ett positivt sätt hos personal som genomgått studiecirkel kring ätande och näring.

