

Rapport

# **Inventering av Backagården i Örebro kommun hösten 2010: Mat – måltider – hälsotillstånd**

Örebro februari 2011

Gunnar Akner

professor, överläkare  
Geriatriska kliniken

Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro

Tel: 070-620 48 46

Stina Engelheart

leg dietist, projektledare  
Örebro Kommun

Box 300 90, Drakenbergsgatan 1  
701 35 Örebro

Tel: 019-21 54 74

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<i>Mat</i> .....	4
<i>Måltider</i> .....	4
<i>Hälsotillstånd</i> .....	4
<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Metoder</b> .....	<b>7</b>
<i>Informerat samtycke</i> .....	7
<i>Ingående undersökningar</i> .....	7
Intervjuer.....	7
Attityder och upplevelser.....	7
Aktuell hälsosituation.....	8
<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
<i>Uppföljning i sju punkter enligt "Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre"</i> .....	10
1) Organisation på Backagården.....	10
2) Egenkontroll.....	19
3) Enkäter.....	20
4) Stickprov.....	27
5) Statistik.....	28
6) Utbildning och utvecklingsarbete.....	30
7) Inflytande.....	31
<i>Undersökningar av de äldre personerna</i> .....	32
Intag av energi och näringsämnen.....	32
Hälsotillstånd.....	43
Kroppssammansättning.....	48
Kognitiv, affektiv och fysisk funktion samt livskvalitet.....	54
Blodprover.....	65
<b>Förslag till utveckling och förbättring</b> .....	<b>68</b>
<i>Mat</i> .....	68
<i>Måltider</i> .....	70
<i>Hälsotillstånd</i> .....	71
<i>Övrigt</i> .....	72
<b>Referenser</b> .....	<b>73</b>

## **Bilagor**

1. Enkät till de boende (6 sidor)
2. Enkät till personalen (3 sidor)
3. Symtomskattning (1 sida)
4. Måltidspolicy för Backagården (1 sida)

## Sammanfattning

Denna rapport avser en studie av de äldre personer som bodde i det särskilda boendet Backagården i Örebro i september och oktober 2010. Inventeringen var inriktad på mat-, närings- och nutritionsrelaterade frågeställningar och ingår i ett pågående utvecklingsarbete kring dessa frågor inom vård och omsorg i Örebro kommun. Resultaten redovisas i enlighet med en tidigare framtagen metod för kvalitetsvärdering av mat och måltider kompletterad med en undersökning av utvalda aspekter av de äldre personernas hälsotillstånd. I undersökningen deltog 28 av de totalt 38 personerna som bodde på Backagården vid tidpunkten för inventeringen. Nedan presenteras några av de viktigaste slutsatserna kategoriserade under rubrikerna Mat, Måltider och Hälsotillstånd.

### Mat

- De flesta äldre personer och personal var nöjda med matsedel, mat, måltider och med den hjälp och det stöd de får av personalen.
- Maten som serveras var näringsvärdesberäknad, men tillagningsköket angav inte portionsstorlekar inför serveringen av maten på Backagårdens våningsplan.
- Temperaturmätningar i matvagnarna sammanställdes inte för tillagningsköket och ledningen.
- Kvaliteten på mellanmålen och strukturen för när och hur de serveras kan förbättras.
- Det var stora variationer i de boendes önskemål om maträtter de önskade respektive vad de ville stryka från matsedeln, vilket illustrerar behovet av att ta hänsyn till individuella önskemål vid menyplaneringen. Det kräver också en flexibilitet bland olika personalgrupper för att de enskilda personerna ska vara fortsatt nöjda.
- Indikationer för och uppföljning av effekter av specialkost var ibland oklara.
- Tillagningsköket levererade inte E-kost (energi- och proteintät kost).
- Näringsvärdesberäkning med justering för kroppsstorlek visade 2-3 gångers skillnad mellan olika personer beträffande intaget av energi, vatten och protein. Intaget av D-vitamin låg i genomsnitt på hälften av det rekommenderade intaget. En deltagare uppnådde den rekommenderade nivån av D-vitamin.

### Måltider

- Den lokalt framtagna Måltidspolicyn på Backagården var inte allmänt känd bland personalen.
- Utöver Måltidspolicyn fanns inga skriftliga övergripande eller lokala rutiner kring mat och måltider på Backagården, vilket innebär risk för att vården och omsorgen blir av ojämn kvalitet.
- Det saknades en tydlig ansvarsfördelning för genomförande av måltiderna och för användningen av berikning, kosttillskott och konsistensanpassning av mat.
- De äldre personernas delaktighet i måltiderna var begränsad.
- Det saknades en struktur för utbildning eller fortbildning i mat- och näringsfrågor för personalen.

### Hälsotillstånd

- Det fanns en omfattande heterogenitet för alla undersökta hälsovariabler.
- Totalt förekom 36 olika symtom.
  - 5-i-topp för kvinnor: minnesnedsättning, synnedsättning, trötthet, hörselnedsättning och oro.
  - 5-i-topp för män: minnesnedsättning, trötthet, svårigheter att hitta ord respektive uttala ord samt klåda.

- Smärta var mycket vanligt förekommande, både hos män och kvinnor, framförallt i höfter och ben.

I tabellen nedan sammanfattas resultatet av 13 olika aspekter på hälsotillståndet, alla med möjliga kopplingar till nutritionstillståndet.

Hälsoproblem	Kvinnor	Män
Antal långvariga hälsoproblem (genomsnitt)	13	13
Antal läkemedelsordinationer (genomsnitt)	7	5
Antal vårdtillfällen på sjukhus senast 10 år (genomsnitt)	4	4
Andel med BMI < 20 (undervikt)	26 %	11 %
Andel med kraftig kognitiv funktionsnedsättning (MMT < 20 poäng)	80 %	75 %
Andel med misstänkt depression (GDS > 6 poäng)	45 %	33 %
Andel med kraftigt nedsatt ADL-funktion (Katz E, F eller G)	37 %	56 %
Andel med betydande nedsättning av muskelkraften i händerna (kvinnor < 15 kg, män < 20 kg)	61 %	33 %
Andel med förhöjt systoliskt BT (> 140 mm Hg)	53 %	33 %
Andel med förhöjt diastoliskt BT (> 90 mm Hg)	40 %	33 %
Andel med anemi (B-Hb < 117 g/liter)	37 %	12 %
Andel med pågående inflammation (P-CRP > 4 mg/liter)	37 %	37 %
Andel med nedsatt njurfunktion (GFR < 50 ml/min/1,73m <sup>2</sup> kroppsytta)	44 %	43 %

- I genomsnitt var det 3,5 gångers skillnad i handgreppsstyrka mellan olika kvinnor och 7 gångers skillnad mellan olika män.
- Under ett år 2009-2010 inträffade totalt 47 fall, men bara 4 frakturer (9 %).
- Medelvärde för hälsorelaterad livskvalitet var 0,33 för kvinnor och 0,41 för män (max 1,0) med mycket stora individuella skillnader.
- Det förelåg en omfattande användning av hjälpmedel.
- 75 % av deltagarna hade Mini nutritional assessment under 23,5 poäng, vilket bör föranleda närmare utredning och ställningstagande till behandling av undernutritionstillstånd.
- Inga strukturerade vägningar har tidigare genomförts på Backagården och data om kroppsvikt förekom bara sporadiskt i de tillgängliga datorjournalerna. Uppgifter om viktutveckling över tid har därför hämtats från intervju i samband med MNA, men inte via upprepade mätningar av kroppsvikten.
- Det saknades en struktur för regelbunden upprepad bedömning av de äldre personernas hälsotillstånd. I genomsnitt träffade de boende läkare cirka tre minuter per vecka.

Rapporten avslutas med en del förslag till utveckling och förbättring, framförallt inriktade på mat och måltider. När det gäller deltagarnas hälsotillstånd har de redovisade variablerna många möjliga kopplingar till de äldre personernas nutritionstillstånd. En förbättrad bedömning av nutritionstillståndet förutsätter en utökad medverkan av läkare och regelbundet återkommande insamling av olika hälsovariabler. Detta förutsätter i sin tur en ökad samverkan mellan kommunen och landstinget.

## Inledning

Mat och måltider har flera olika syften inom äldrevård och äldreomsorg. Förutom som ett tillfälle till energi- och näringsintag fungerar måltiderna som social samvaro, funktionsbevarande träning och rehabilitering och maten kan också vara en del av den medicinska behandlingen.

Det nationella intresset för mat- och näringsfrågor inom äldrevård och äldreomsorg har ökat på senare år, bland annat i form av projekt finansierade genom statliga stimulansmedel. Det kvarstår dock fortfarande brister vad gäller såväl mat, måltider som bedömning och handläggning av de enskilda personernas nutritionsrelaterade hälsotillstånd.

Örebro kommun har under 2009 och 2010 arbetat med förbättringar av mat och måltider inom äldreomsorgen. Bland annat har det skett genom ett projekt enligt genombrottsmetoden ([www.ihl.org](http://www.ihl.org), The Breakthrough Series), där personal inom särskilt boende testat små förändringar i liten skala. Vid goda resultat har förändringarna spridits och så småningom nått ett genombrott, genom att förändringen blir en del i den ordinarie verksamheten.

Som ett led i detta utvecklingsarbete har Örebro kommun uppdragit åt Gunnar Akner och Stina Engelheart att, i samarbete med ledningen och personalen vid Backagården samt representanter från förvaltningen Vård och Stöd inom Örebro kommun, inventera maten och måltidssituationen för de äldre personerna på Backagården. Inventeringen har utgått från ett tidigare framtaget dokument för uppföljning av kvalitet inom kost i äldreomsorgen, där sju punkter ingår. I inventeringen ingick även att bedöma aktuellt hälsotillstånd och nutritionstillstånd hos de äldre personerna som deltog.

I denna rapport redovisas genomförandet och sammanfattas resultaten av inventeringen. Resultaten bör inte generaliseras för hela Örebro kommun, då det i inventeringen ingått endast 28 personer av de totalt cirka 1 000 personer som bor i särskilt boende i Örebro kommun, det vill säga cirka 3 procent.

Vi vill tacka förvaltningschefen i Örebro kommun, Elisabeth Liljekvist, processledare Carina Carlsson samt enhetschefen för Backagården, Kit Solver, för starkt stöd under både planeringen och genomförandet av denna inventering. Vi vill även tacka all personal på Backagården (undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeut) som medverkat vid insamlingen av uppgifter om mat- och måltidshandlingen samt om de äldre personernas hälsotillstånd men självklart också ett stort tack till alla deltagare i inventeringen. Ni har alla gjort ett strålande arbete och visat stort engagemang vid insamlingen av data.

## Metoder

Här nedan presenteras de metoder som har använts i inventeringen av maten, måltiderna och hälsotillståndet hos de äldre personer som bor på Backagården. Alla undersökningar genomfördes under september och oktober 2010.

### Informerat samtycke

Alla 38 personer som bor på Backagården (alternativt deras närstående) fick information om att projektet skulle genomföras. De informerades om projektets omfattning och innehåll samt att deltagandet var frivilligt och att deltagaren när som helst, utan att ange orsak, kunde avbryta sin medverkan. De personer som *inte* önskade delta ombads att meddela detta till sjuksköterskan.

### Ingående undersökningar

Insamling av information och material för att beskriva nuvarande mathantering på Backagården gjordes i enlighet med en tidigare utvecklad plan i sju delar för kvalitetssäkring av kost som serveras till äldre (Kangas m fl, 2002). Planen och denna rapport är strukturerade enligt följande delar: organisation, egenkontroll, frågeformulär, stickprov, statistik, utbildning och inflytande. Detta kompletterades med olika undersökningar för att bedöma aktuellt hälsotillstånd och nutritionstillstånd hos de äldre personerna.

### Intervjuer

För att få information om organisation, egenkontroll, stickprov, statistik, utbildning och inflytande genomfördes intervjuer med följande personer under inventeringen:

- Kit Solver, enhetschef på Backagården
- Monica Igelström, enhetschef Kost och ansvarig för Adolfsbergshemmets tillagningskök, som levererar mat till Backagården
- Gunilla Saikoff, Kersti Eriksson och Håkan Røjmalm, sjuksköterskor på Backagården
- Catrine Hammarberg, arbetsterapeut på Backagården
- Mats Lindh, Anne Eklund, Eva Karlsson och Lillemor Johansson, kostombud från respektive plan på Backagården

Dessutom har frågor ställts kontinuerligt till omvårdnadspersonal som arbetade på de olika våningsplanen.

### Attityder och upplevelser

De äldre personernas attityder till och upplevelser av mat och måltider undersöktes genom att alla deltagare erbjöds att besvara ett frågeformulär (bilaga 1). Formuläret fylldes i av de äldre personerna, vid behov med hjälp av närstående och/eller kontaktperson. Enkäten omfattade 20 frågor, av både öppen och slutet karaktär. Flera frågor rörde hur de upplevde olika delar av mat och måltider och besvarades med hjälp av en skala med fyra steg (dålig, oftast dålig, oftast bra, bra). Dessutom fanns en tabell där de fick ange om maten och måltiderna var "mindre viktiga", "lika viktiga" eller "viktigare" än ett antal namngivna aktiviteter, såsom hygien, tidningar, husdjur med mera.

Även personalens attityder till maten och måltiderna som serveras till de äldre undersöktes. All personal på Backagården erbjöds att anonymt besvara ett frågeformulär med liknande frågor som ställts till de äldre personerna (bilaga 2).

## Aktuell hälsosituation

Här beskrivs de olika metoder som användes för att inventera de äldre personernas aktuella hälsosituation. Till höger anges den yrkeskategori som ansvarade för insamling av uppgifterna.

- Genomgång av **journaler** med sammanställning av deltagarnas hälsoproblem, aktuell läkemedelsbehandling samt vårdtillfällen på sjukhus de senaste tio åren. Läkare (projektledare)
- Genomgång av aktuell **symtomlista** enligt en strukturerad mall (bilaga 3). Symtomlistan fylldes i tillsammans med de äldre personerna, eventuellt i samråd med närstående och/eller kontaktperson. Sjuksköterska
- **Blodtryck** och **hjärtfrekvens** (puls) mättes i liggande ställning efter 15 minuters vila, i sittande samt i stående direkt efter uppresning. Alla mätningar skedde i vänster arm med elektronisk blodtrycksmätare. Med hjälp av systoliskt och diastoliskt blodtryck beräknades pulstryck och medelblodtryck. Sjuksköterska
- **Kroppslängd** mättes i stående ställning med längdsticka. Personer som inte kunde stå mättes i liggande ställning, där måtten mellan häl och knä, knä och höft, höft och axel samt axel och huvud summerades. Undersköterska
- **Kroppsvikt** mättes i sittande ställning på en elektronisk sittvåg. Kroppsvikten mättes på morgonen efter toalettbesök med personen i enbart underkläder samt utan skor. Body mass index (BMI, kroppsmasseindex) beräknades utifrån kroppsvikt och -längd. Undersköterska
- **Hudveckstjocklek** (skinfolds) mättes med kaliper på fyra ställen på vänster kroppshalva: två på överarmen (biceps och triceps skinfold), ett på ryggen (subscapula skinfold) och ett över höften (crista iliaca skinfold). Summan av måtten användes för omräkning via prediktionsekvation till andel fettmassa, fettfri kroppsmassa och muskelmassa. Dietist (projektledare)
- **Blodprover** togs för analys: B-Hb, P-CRP, P-Albumin, P-Natrium, P-Kalium, P-Kreatinin, P-Urea, P-Cystatin C, B-HbA1c och P-TSH. Sjuksköterska
- **Hälsorelaterad livskvalitet** mättes med skattningsskalan EQ-5D (EuroQol five dimensions). Undersköterska



- **Kognitiv funktion** mättes med skattningsskalan Mini mental test (MMT). Arbetsterapeut
- **Affektiv funktion** mäts med skattningsskalan Geriatric depression scale-20 (GDS-20). Sjuksköterska
- **Fysisk funktion** bestämdes genom mätningar av handgreppsstyrka och maximalt utandningsflöde (PEF, Peak Expiratory Flow). Handgreppsstyrka mättes med Jamar dynamometer och PEF med peak flow meter. Arbetsterapeut
- **Fallincidensen** bestämdes genom sammanställning av incidentrapporter under perioden juni 2009 till maj 2010. Arbetsterapeut
- **Aktiviteter i dagliga livet (ADL)** mättes med skattningsskalan Katz. Arbetsterapeut
- Användning av **hjälpmedel** sammanställdes. Arbetsterapeut  
Undersköterska
- Mini nutritional assessment (**MNA**) bestämdes. MNA är ett screeninginstrument för att uppmärksamma personer som är i risk för undernäring och som därmed behöver en vidare utredning för eventuell behandling. Sjuksköterska
- **Mat- och näringsintag** bestämdes genom analys av en matdagbok. I boken noterades intag av mat och dryck under tre på varandra följande dagar (varav en helgdag). Boken fylldes i av den äldre personen, personal och/eller närstående. Dagböckerna näringsvärdesberäknades med dataprogrammet Dietist XP (Kost- och näringsdata AB). Undersköterska  
Dietist

## Resultat

I denna del av rapporten redovisas resultaten från inventeringen. Först redovisas resultaten i enlighet med den tidigare utvecklade planen för kvalitetssäkring av kost som serveras till äldre (Kangas m fl, 2002). Därefter redovisas resultaten från undersökningarna av de äldre personerna.

### Uppföljning i sju punkter enligt ”Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre”

De sju punkterna som redovisas är: Organisation, egenkontroll, enkäter, stickprov, statistik, utbildning och utvecklingsarbete.

#### 1) Organisation på Backagården

Backagården är ett vård- och demensboende som drivs av Örebro kommun och ligger i området Ladugårdsängen i Örebro beläget i ett 5-våningshus. På plan ett (entréplan) finns kontor för administrativ personal, enhetschef, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt samlingsrum. På plan två till fem bor äldre personer med behov av vård och omsorg. Totalt finns plats för 38 personer, med utrymme för nio till tio personer per våningsplan. Två plan är gruppboende för personer med demenssjukdom, ett plan är ett vårdboende för demenssjuka och ett plan är ett vårdboende för somatiskt sjuka personer.

I lokalerna finns även dagvård (Solgläntan), kontor för heminstruktörer för synskadade (även yngre vuxna) samt möteslokaler för fastighetsägaren (SHG Seniorboende).

#### De äldre personerna

Tabell 1 sammanfattar strukturen och de äldre personerna på Backagården. Erbjudandet att delta i inventeringen lämnades skriftligt och muntligt till alla äldre personer som bodde på Backagården i augusti 2010.

Av de 38 personer som bor på Backagården accepterade 28 (74 %) att delta i projektet och 10 personer nekade deltagande. Av deltagarna var 19 kvinnor och 9 män, det vill säga två tredjedelar var kvinnor. Medelåldern var mellan 85 och 88 år på de olika våningsplanen. Katz index är ett mått på i vilken utsträckning de äldre personerna kan sköta sina vardagliga aktiviteter, där A motsvarar helt självständig medan G motsvarar att personen är helt beroende av hjälp. Resultaten visar att de äldre personerna på plan 4 i större utsträckning var oberoende av hjälp medan de äldre personerna på plan 2 och 3 behövde mer stöd för att klara sina dagliga aktiviteter. Katz E, vilket var medianvärdet för de äldre på plan 2 och 3 motsvarar beroende av hjälp med badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning samt antingen behov av hjälp med kontinens eller födointag.

Typ av boende	Kön		Medelålder (1 sept 2010)	Katz index median (A-G)	Bortfall (deltar ej i inventeringen)	
	Män	Kvinnor				
Plan 2	Vårdboende (somatiskt sjuka)	2	5	87,4	E	2
Plan 3	Vårdboende (demenssjukdom)	1	4	84,6	E	5
Plan 4	Gruppboende (demenssjukdom)	4	5	88,3	B	1
Plan 5	Gruppboende (demenssjukdom)	2	5	86,7	D	2
<i>Summa</i>		9	19			

**Tabell 1** Beskrivning av de 28 äldre personerna på Backagården som godkände deltagande i inventeringen, vad gäller kön, medelålder samt funktionsförmåga.

## Personal

På Backagården finns en enhetschef (100 %) som haft tjänsten i 18 år. Ingen övrig administrativ personal finns, men vissa personer ur omvårdnadspersonalen har i uppdrag att utföra vissa administrativa uppgifter. Personaltätheten över dygnet visas i figur 1.

### Omvårdnadspersonal

På Backagården finns 0,62 årsarbetare per brukare. På morgon och förmiddag finns tre personer på varje våningsplan. Eftermiddag och kväll arbetar två personer på varje plan. På helgerna arbetar två personer på varje våningsplan från morgon till kväll. Under nätterna finns två personer i tjänst fördelade på alla fyra våningsplan. Omvårdnadspersonalen arbetar direkt med de äldre personerna och utför omsorgsarbete och ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

### Sjuksköterskor

På Backagården finns 2,88 tjänster för sjuksköterskor, vilket idag är fördelat på fyra personer, varav en även har administrativa uppgifter. Under vardagar (07-16.30) finns två personer på plats, med omvårdnadsansvar för två våningsplan vardera. På helger finns en person under dagtid. På kvällar och nätter finns sjuksköterskepatrull som har ett större upptagningsområde.

### Läkare

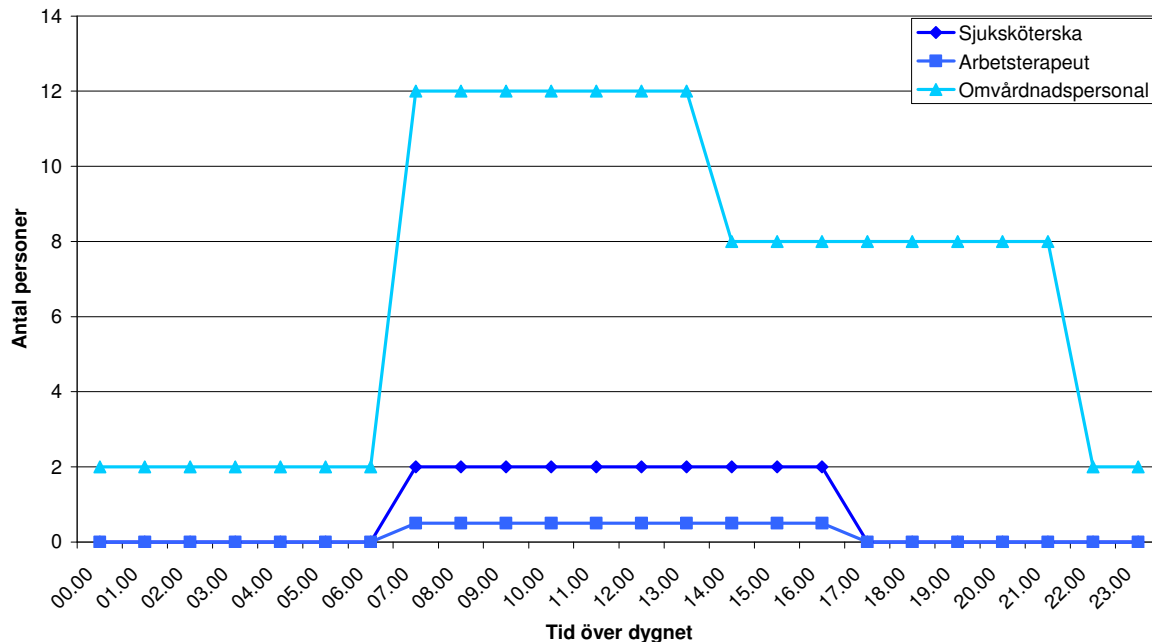
Insatser från läkare utförs från Adolfsbergs vårdcentral (Örebro läns landsting). Läkaren finns på Backagården en dag per vecka och då genomförs en rond (om två timmar) där läkare och sjuksköterskor deltar. För 38 personer motsvarar detta en genomsnittlig kontakttid hos läkare om cirka tre minuter per boende och vecka. Under sommaren 2010 har dock endast ronder genomförts per telefon. Besök hos de äldre personerna genomförs i samband med ronderna vid behov. Läkemedelsgenomgång med eventuell revision sker en gång per år.

### Arbetsterapeuter

På Backagården finns en arbetsterapeut på 50 %, endast vardagar på dagtid. I tjänsten igår att handleda omvårdnadspersonal exempelvis när det gäller förflyttningar och behov av hjälpmedel. En ADL-bedömning görs när en person flyttar in på Backagården.

## Sjukgymnaster

Insatser från sjukgymnast utförs som konsult från Adolfsbergs vårdcentral (Örebro läns landsting). Sjukgymnasten finns på plats cirka två timmar varannan vecka och då genomförs en rond där även arbetsterapeut deltar. Vid behov av kontakt med sjukgymnast sker det alltid efter diskussion med arbetsterapeuten.



Figur 1 Personaltäthet för tre yrkesgrupper under dygnet på Backagården.

## Övriga yrkesgrupper

**Logoped** kan kontaktas via remiss från läkaren, men det görs mycket sällan.

**Tandhygienist** gör uppsökande kontroller på alla äldre personer minst en gång per år.

## Samverkan mellan yrkesgrupper

Regelbundet arrangeras så kallade teamträffar på Backagården. Då möts sjuksköterska, arbetsterapeut och omvårdnadspersonal som finns på plats för att diskutera situationen för enskilda äldre personer med problem och svårigheter, bland annat kring mat- och näringsfrågor. Då gör också arbetsterapeuten en uppföljning av ADL-status och användning av hjälpmedel. Teamträffarna har ägt rum var sjätte vecka, men från och med att Senior Alert<sup>1</sup> införts (hösten 2010) planeras teamträffar till en gång per vecka.

## Mål, riktlinjer och styrning i verksamheten

Centralt i Örebro kommun, inom programområdet Social välfärd, finns två olika riktlinjer framtagna inom området kost och nutrition: *Riktlinje för Kost och nutrition inom vård och omsorg* (Örebro

<sup>1</sup> Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som uppmärksammar fall, trycksår och nutrition. Från och med 2010 är Senior Alert ett kvalitetsregister som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) rekommenderar och stödjer användningen av.

kommun, 2006a) togs fram i januari 2000, reviderades 2006 och antogs då av ledningsgruppen för vård och omsorg. Samtidigt antogs också *Riktlinje för Mellanmål inom vård och omsorg i Örebro* (Örebro kommun, 2006b). Inom kostprojektet<sup>2</sup> har en lokal Måltidspolicy (bilaga 4) tagits fram för Backagården under hösten 2010.

### **Kostorganisation samt produktion och leverans av mat**

I Örebro kommun finns en kostorganisation med ansvar att laga och leverera mat till verksamheterna inom äldreomsorgen. Kostorganisationen hör till Verksamhetskontor väster, men arbetar mot hela Örebro kommun och har en kostchef med ett övergripande ansvar för kosten inom äldreomsorgen. Dessutom finns fyra enhetschefer, som ansvarar för tre till fyra tillagningskök vardera. I anslutning till särskilda boenden och/eller dagcentraler finns totalt elva öppna restauranger för äldre personer som bor i ordinärt boende.

#### Tillagningskök

De totalt elva tillagningsköken i kommunen lagar mat till de öppna restaurangerna, till särskilda boenden, dagcentraler samt till äldre personer med bistånd för hemleverans av matlådor.

Tillagningsköken lagar cirka 4 000 portioner varje dag, varav cirka 900 är mattjänst (matlådor). Vissa kök levererar varm mat medan andra levererar kyld mat.

Maten till Backagården levereras i varma matvagnar från Adolfsbergs kök till lunchen. Kvällsmaten levereras nedkyld i en kall del av vagnen. Vagnarna (en per våningsplan) ställs med värme i entrén till Backagården. Där hämtas vagnarna till respektive våningsplan. I matvagnarna finns huvudkomponenten (kött, fisk, äggrätter) till huvudmåltiderna. Även bikomponenter (potatis, ris, pasta) levereras om det är exempelvis potatisgratäng, stuvade makaroner eller dyligt. Mottagningskök finns på varje våningsplan på Backagården, där potatis, ris och pasta kokas samt grönsaker och tillbehör till måltiderna förbereds.

I Adolfsbergs kök arbetar sex personer måndag till fredag. Fem personer arbetar med tillagningen och en person är ansvarig för den öppna restaurangen i Adolfsberg. På helgerna är restaurangen stängd och två personer arbetar i köket med tillagningen. Alla anställda har en gymnasial eller eftergymnasial kockutbildning. De har dessutom gått en veckas utbildning på Lernia AB om specialkost.

### **Måltider och måltidsordning**

Inventeringen visade att det inte fanns skriftliga rutiner kring maten och måltiderna på de olika våningsplanen, men ett kostombud berättade om den måltidspolicy som tagits fram inom kostprojektet (bilaga 4). Dock fanns en utarbetad praxis vilken skilde sig något åt mellan våningsplanen. På alla våningsplan finns det olika dagliga ansvarsområden för omvårdnadspersonalen, där ett ansvar är just maten och köket som innefattar planering, tillagning och organisation av måltiderna.

Ett kostombud berättade att det finns en lista i köket på det aktuella planet, där det framgår vad de olika äldre personerna önskar för mat och hur de vill bli serverade.

---

<sup>2</sup> I Örebro kommun har ett kostprojekt (finansierat av statliga stimulansmedel) pågått under 2010. I projektet deltog avdelningar från sju olika särskilda boenden i förbättringsarbete enligt genombrottsmetoden. En av deltagarna var plan 4 på Backagården.

### Frukost

Frukost lagas på respektive våningsplan och möjlighet finns därmed att anpassa den individuellt. På två våningsplan serveras frukosten cirka klockan 9, då alla äldre äter tillsammans i matsalen. På de två andra planen serveras frukosten när de äldre önskar, vilket medför att frukosten pågår mellan cirka klockan 7 och 10.

### Mellanmål på för- och eftermiddag

På förmiddagen är det inget våningsplan som serverar något organiserat mellanmål, men ibland serveras det kaffe med dopp eller en frukt. På eftermiddagen däremot serverar tre av fyra våningsplan kaffe med dopp ungefär klockan 15. Mellanmålen tillreds på respektive våningsplan.

### Lunch och kvällsmat

Till lunchen levererar Adolfbergshemmets kök varma huvudkomponenter till måltiden (kött/fisk och sås). Övrigt, såsom potatis/ris, varma grönsaker, sallad och tillbehör tillreds på respektive våningsplan. Lunchen serveras klockan 12-12.30 på alla fyra våningsplan.

Till kvällsmaten värmer respektive våningsplan mat som levererats från Adolfsbergshemmets kök tidigare under dagen. Även då tillreds bikomponenter och tillbehör på respektive våningsplan. Enligt enhetschefen är arbetstiderna för omvårdnadspersonalen anpassade efter måltiderna, då de som arbetat under morgon och dag slutar klockan 16. Då tar kvällspersonalen vid och förbereder kvällsmaten som serveras klockan 17 till 17.30.

Vad gäller de äldre personernas egna önskemål om tider för lunch och kvällsmat är serveringen flexibel, men det var mycket ovanligt att det fanns individuella önskemål, förutom vid tillfälliga justeringar med anledning av exempelvis sjukhusbesök eller annat.

### Mellanmål på kvällen

Mellanmålet på kvällen är kanske det som skiljer sig mest mellan våningsplanen. På två plan serveras varje dag ett gemensamt mellanmål, klockan 18.30-19 på ett våningsplan och klockan 20 på den andra. På de andra två planen serveras ibland något på kvällen, men inte alltid.

### Nattmål

Alla kostombud berättade att det är ganska ovanligt att någon äter på natten, vad de känner till. Men det händer att det är någon som vaknar och då erbjuds något att äta.

### **Beställning av mat och livsmedel**

På tre våningsplan är kostombuden ansvariga för att beställa rätt antal portioner från tillagningsköket. På det fjärde våningsplanet görs matbeställning av den som arbetar vid tillfället då beställningen ska göras. Beställningen skickas till tillagningsköket (med fax eller i matvagnen) varje månad eller vid förändringar.

Beställning av livsmedel (till frukost, bikomponenter, tillbehör och mellanmål) görs av två utsedda personer (ej kostombud) centralt för hela Backagården. Dessa livsmedel förvaras i ett centralt förråd, där respektive våningsplan kan hämta det de behöver. Varje våningsplan kan också lämna önskemål om livsmedel som ska köpas in, om de planerar att göra något särskilt. Mjölksprodukter beställs från Arla, separat för varje våningsplan, men samordnas av de inköpsansvariga.

## **Servering av måltider**

De praktiska rutinerna kring måltiderna fungerar ungefär på samma sätt från dag till dag, men skiljer sig något mellan våningsplanen.

På alla våningsplan ställs kantinerna på köksbänken, där maten läggs upp på tallrik. På två våningsplan är det personen med ansvar för köket som lägger upp maten på tallrik och serverar de äldre personerna som sitter vid borden, men på de andra två våningsplanen hjälps all personal åt att servera maten. Enligt enhetschefen finns kyl- och värmeplattor att använda vid måltiderna på alla våningsplan.

Två kostombud sa vid intervjun att de försöker vara så få personer som möjligt i matsalen vid måltiderna och strävar efter att det bara ska vara en person som serverar maten. Två kostombud berättade att de ställer fram bröd och margarin, så att de äldre kan servera sig själva. Ett kostombud berättade även att de ibland använder karotter vid ett av de två borden i matsalen.

Personalen på två våningsplan sa att de brukar lägga upp mellanmålen på serveringsfat, som de äldre får ta fikabröd ifrån.

## **Portionsstorlekar**

Ingen definierad portionsstorlek anges när köket levererar maten till dem som ska servera den. Enhetschefen för köket berättar att de hellre skickar för mycket än för lite mat. Mängden mat som levereras diskuteras på de gemensamma mötena med kostombuden (se rubrik Kostråd nedan). Enligt kostombuden på respektive våningsplan lägger de upp på tallriken så mycket som de äldre brukar äta.

Definierade portionsstorlekar finns däremot för de recept som tillagningsköket använder och för deras planering av inköp.

## **Måltidsmiljö**

Våningsplan 4, som har deltagit i det kommunövergripande kostprojektet, har tagit fram en så kallad måltidspolicy (bilaga 4), där det framgår hur personalen bör agera vid måltiderna. Måltidspolicyn finns, enligt enhetschefen, på alla våningsplan, men det var bara kostombudet på plan 4 som nämnde den vid intervjun. Kostombudet ansåg att det fungerade bra att arbeta enligt måltidspolicyn när ordinarie personal finns på plats, men det är svårare när det är vikarier på våningsplanet. Övriga kostombud nämnde att det finns praxis för hur personalen ska agera vid måltiderna, till exempel att det ska vara lugnt, att personalen inte ska prata om annat och att inte det är musik (eller TV) på.

Två kostombud berättade även att de försöker göra det extra fint på helgerna, med vita dukar på borden samt att de försöker följa årstiderna med blommor, ljus eller annat och då är det också lite mer flexibelt med de dagliga ansvarsområdena på avdelningen. Ett kostombud på ett våningsplan berättade att de har alla telefoner avstängda under huvudmåltiderna (lunch och kvällsmat).

På våningarna med demensboende har personalen pedagogiska måltider. Det innebär att personalen sitter med vid måltiden och äter samma mat som de äldre personerna gör. Personalen fungerar som förebilder när svårigheter i ätandet uppstår.

De allra flesta äldre personer äter i den gemensamma matsalen på respektive våningsplan, men det finns även ett antal personer som ibland äter i den egna lägenheten. På två våningsplan åt alla ute i matsalen, medan det på två plan finns en person på varje som äter på sitt rum, åtminstone vid en måltid per dag.

### **Menyplanering**

Menyerna inom äldreomsorgen är samma över hela kommunen i alla tillagningskök och består av en grundmatsedel för nio veckor för lunch, dessert och kvällsmat. Grundmatsedeln säsongsanpassas dock inför varje ny period. Menyerna planeras av de fyra enhetscheferna inom kostorganisationen, men önskemål från äldre personer och omvårdnadspersonal beaktas och följs upp på Kostråden (se nedan). Kostorganisationen använder dataprogrammet Mashie<sup>3</sup> för planering, näringsberäkning av maten och menyerna samt recept för tillagning av maten. För frukost och mellanmål finns ingen gemensam planering.

### **Näringsinnehåll**

Menyn och maten som levereras från tillagningsköket är näringsvärdeberäknade och köket följer recepten vid tillagning.

Inget av de fyra våningsplanen hade tidigare gjort någon kostregistrering på någon enskild person. Kostombuden berättade att det ibland gjorts vätskelistor på uppdrag av sjuksköterskan, men även det var mycket ovanligt.

### **Stöd och hjälpmedel vid måltiderna**

Om hjälpmedel behövs vid måltiderna prövar omvårdnadspersonalen ut det på egen hand. Om stöd behövs kontaktas arbetsterapeuten. På Backagården finns ett litet lager med hjälpmedel som kan användas av de som för tillfället bor där. Om något annat behövs tipsar arbetsterapeuten den äldres anhöriga för personligt inköp. Ett fåtal hjälpmedel används på våningsplanen, såsom pet-emot-kant, bestick med tjocka handtag, muggar med stora öron med mera.

Vid matningshjälp finns matningsstolar att användas i samband med matningen. Dessa syftar till att förbättra arbetsställningen för personen som matar.

### **Beräkning och specialkost**

Vid behov av specialkost beställer omvårdnadspersonalen det direkt i kontakten med tillagningsköket, men enligt köket borde det vara sjuksköterskan som gör beställningen. Ibland diskuteras detta på teamträffarna (se även sidan 13), då även sjuksköterska deltar i diskussionen. Om behov finns kan diskussion även tas upp med läkaren. Inga fastställda kriterier används för beställning av specialkost. Ordination av specialkost kan också komma från sjukhuset (USÖ), men det är mycket ovanligt, enligt sjuksköterskorna.

Enligt sjuksköterskorna används idag färre antal specialkost än tidigare. De tror att anledningen är att maten som levereras blivit anpassad för att kunna ätas av flertalet äldre personer. Ett fåtal

---

<sup>3</sup> Mashie är ett internetbaserat kostdataprogram för planering och kalkylering som används av restauranger och storhushåll. Programmet innehåller recept, näringsberäkning, råvarukostnad, beställningsrutiner, ekonomiska underlag, statistik med mera.



personer får specialkost i form av konsistensanpassning (sufflé och flytande). Dessutom serveras ibland mixad mat, då den vanliga maten mixas på respektive våningsplan.

Enligt enhetschefen för tillagningsköket finns resurser och kompetens att laga den specialkost som krävs. Enligt ett kostombud sker en del berikning med hjälp av livsmedel (olja, grädde med mera) på våningsplanen till vissa äldre personer, men det sker utan ordination eller strukturerad uppföljning.

### **Kosttillägg**

Någon tydlig ordination vid användning av kosttillägg finns inte, men beslutet sker i samråd mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal. Någon sjuksköterska blir alltid involverad i användningen, eftersom kosttillägg lagerhålls i det så kallade läkemedelsrummet, dit omvårdnadspersonalen inte har fritt tillträde. Inga fastställda kriterier finns för ordination av kosttillägg och sjuksköterskorna litar på omvårdnadspersonalens uppfattning.

Vilka typer av kosttillägg som används är oklart, men de som lagerhålls är både kompletta och icke kompletta tillägg i blandade smaker, enligt kommunens centrala upphandling. Enligt sjuksköterskorna gjorde något våningsplan så kallade egna näringsdrycker<sup>4</sup> under en period, men de gör det inte längre.

På ett våningsplan nämnde kostombudet att de serverar Proviva (dryck med mjölksyrabakterier) i någon form av hälsosyfte, det är dock oklart vad man förväntar sig av dessa jämfört med att servera nyponsoppa, blåbärssoppa eller liknande.

### **Sondnäring (enteral nutrition)**

Enligt sjuksköterskorna har ingen person på Backagården haft sondnäring under de senaste sex till sju åren. Sjuksköterskorna tror att anledningen till minskad förekomst av sondnäring är att sjukhuset (USÖ) blivit mer restriktiva med att använda denna nutritionstillförsel för äldre personer, men det är inte verifierat av USÖ. Om det skulle behövas sondnäring behöver personalens kännedom om rutiner och tillvägagångssätt uppdateras.

### **Bedömning av nutrition och nutritionstillstånd**

Enligt sjuksköterskorna vägs alla som bor på Backagården en gång per halvår, eller om de upplever att det finns ett behov (det vill säga anar att personen kan ha förändrat sin vikt). Under 2009 bestämdes centralt i kommunen att sjuksköterskorna skulle undersöka alla boende med metoden MNA<sup>5</sup>, men nu krävs det inte längre, varför det inte heller används.

Nutritionrelaterad information dokumenteras i journalsystemet Doct, där dokumentation sker enligt Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen. Dessutom finns det en nutritionsjournal i pappersform som finns utskriven på respektive våningsplan. För varje person krävs också att det ska finnas en kostplan (i pappersformat) där bland annat kroppsvikt, tandstatus och eventuella önskemål från den äldre dokumenteras. Uppföljning av kostplanen ske var sjätte månad eller vid eventuell förändring, enligt sjuksköterskorna.

---

<sup>4</sup> Med egna näringsdrycker menas drycker av typen smoothies, mjölk- eller glassdrink.

<sup>5</sup> MNA = Mini Nutritional Assessment. MNA är ett verktyg för att upptäcka personer med potentiella nutritionproblem.

Om omvårdnadspersonalen upplever att det finns problem med ätandet tar de först och främst ett beslut i arbetsgruppen om att ändra beställningen från tillagningsköket om ändrad konsistens eller så mixar de själva på våningsplanen. De kontaktar även sjuksköterskan för diskussion.

## 2) Egenkontroll

På Backagården sköter varje våningsplan sin egenkontroll, enligt enhetschefen på Backagården. Ingen uppföljning eller utvärdering verkar dock göras lokalt.

En sjuksköterska har ansvaret att en gång per månad mäta temperatur på maten i alla tre vagnarna, som levereras till entrén på Backagården. Temperaturerna skrivs tillfälligt upp, men kasseras sedan, varför ingen sammanställning finns. Enligt sjuksköterskan ska matvagnen skickas tillbaka till tillagningsköket om temperaturen är för låg, men gränsen för när detta ska ske verkar inte ha definierats.

Adolfsbergs kök har en organisation kring egenkontrollprogram, vilket, enligt tillagningskökets enhetschef, följs och fungerar bra.

### 3) Enkäter

Årligen (sedan år 2005) har brukarundersökningar genomförts inom Örebro kommuns äldreomsorg. Detta sker genom enkäter till alla äldre personer som omfattas av kommunens äldreomsorg och deras anhöriga som kompletteras med ett antal intervjuer. Brukarundersökningen för 2009 visade bland annat att Backagården fick mycket bra betyg för sin mat och sina måltider.

I 2009 års undersökning innehöll frågeformuläret till de äldre personerna åtta frågor inom fem områden, varav området "Maten" innehöll frågan "Vad tycker du om hur maten smakar?". I frågeformuläret till de äldres närstående fanns sju frågor kring området "Maten". Dessa gällde vad man tyckte om maten, om man ansåg att de äldre får den mat som önskas, om de får välja maträtt och välja när de vill äta, om de får den hjälp som behövs, hur de upplever måltidsmiljön samt om möjligheten att få välja var man vill äta.

I samband med inventeringen under oktober 2010 delades ett frågeformulär ut till alla äldre personer som bor på Backagården. Ett liknande frågeformulär delades också ut till all personal.

#### Enkät till de äldre personerna

Frågeformulären till de äldre omfattade 20 frågor, både öppna och slutna. En del av enkäten handlade om vad de tyckte om olika delar av måltiden med hjälp av en skala med fyra steg (dålig, oftast dålig, oftast bra, bra). Dessutom fanns en tabell där de fick ange om olika namngivna aktiviteter (såsom hygien, tidningar, husdjur med mera) var "mindre viktiga", "lika viktiga" eller "viktigare" än maten och måltiderna.

Totalt besvarades frågeformuläret till de äldre personerna av 15 personer, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 54 % av dem som deltog i inventeringen, vilket är ett bra resultat i denna åldersgrupp.

Tabell 2 visar hur de äldre personerna fyllt i frågeformulären. Endast en person hade själv fyllt i frågeformuläret, de övriga fick hjälp av närstående eller kontaktperson. Ett frågeformulär var besvarat av "annan person", vilket i det här fallet var omvårdnadspersonal, men inte kontaktperson.

Hur enkäten besvarades	Antal
Tillsammans med kontaktperson	13
Den äldre själv	1
Annan person	1
Tillsammans med närstående	0
Av närstående	0
Av kontaktperson	0
<i>Summa</i>	<i>15</i>

**Tabell 2** Sammanställning av hur de äldre personerna fyllt i enkäten (n=15).

Tabell 3 visar att alla personer som besvarat frågeformuläret generellt tyckte att matsedeln, maten och måltiderna var bra (mellan 10 och 15 personer har svarat på respektive fråga). En person har svarat att utseendet på maten oftast var dåligt. Fem personer har svarat att temperaturen på maten när den serveras respektive portionsstorleken oftast är bra, men inte alltid.

Vad tycker du om...	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
variationen på matsedeln?	0	0	2	13	0
måltidernas tidpunkter?	0	0	1	14	0
smaken på maten?	0	0	2	13	0
konsistensen på maten?	0	0	4	11	0
temperaturen på maten när den serveras?	0	0	5	10	0
utseendet på maten?	0	1	2	12	0
hur maten är upplagd på tallriken?	0	0	2	13	0
portionsstorleken?	0	0	5	10	0
servicen kring måltiden?	0	0	0	15	0

**Tabell 3** Sammanställning av de äldre personernas synpunkter på matsedel, mat och måltider (n=15).

### Typ av kost

De allra flesta (12 av 15 personer) svarade att de åt normalkost. En person åt specialkost på grund av diabetessjukdom och två personer åt konsistensanpassad mat i form av sufflé. Antalet personer som uppgav sig äta specialkost eller konsistensanpassad mat överensstämmer inte med kökets information, vilket kan förklaras av att de personer som kräver specialkost i högre utsträckning är sjukare och därför kanske inte har haft möjlighet att besvara frågeformuläret.

### Plats och tid för måltider

Alla 15 personer som svarade på frågeformuläret uppgav att de önskade att äta i våningsplanens gemensamma matsal. Då bör man komma ihåg att frågan innehöll tre fasta svarsalternativ: i restaurangen, i våningsplanets matsal eller i mitt rum/min lägenhet. Eftersom det inte finns någon restaurang belägen på Backagården, kan de äldre ha uppfattat frågan som om man vill äta tillsammans med andra eller ej. Frågor skulle även kunna ställas till de äldre om de önskar att exempelvis äta någonstans utanför Backagården, på en seniorservering eller liknande.

De som svarade på frågeformuläret hade förvånansvärt samstämmiga önskemål angående tidpunkter för servering av måltider. Vad gäller frukosten stämde önskemålen mycket väl överens med dagens servering på Backagården, mellan 08.00 och 10.00. Vad gäller tid för servering av lunchen var det något större spridning, mellan 11.30 och 14.00. Idag serveras lunchen 12.30 på de flesta våningsplan. Kvällsmålet önskades av de allra flesta mellan 17 och 18, men en person önskade kvällsmålet 19.30.

Kaffe med dopp önskades endast på eftermiddagen, vid tider som varierade mellan 13.00 och 16.00. I frågeformuläret särskildes mellanmål från kaffe med dopp och endast en person önskade mellanmål på förmiddagen och en person önskade mellanmål på eftermiddagen. Åtta personer önskade mellanmål senare på kvällen, mellan 19 och 20.

De flesta (13 av 15 personer) tyckte att det var lagom lång tid mellan sista målet för kvällen och första målet på morgonen. En person tyckte att det kunde vara längre tid mellan sista målet på kvällen och första målet på morgonen. En person tyckte att det var så lång tid att han/hon hann bli hungriga under natten och/eller på morgonen och önskade då att äta senare på kvällen

Alla svarade att de fick tillräckligt med tid på sig vid måltiden och att de fick den hjälp de behöver vid måltiderna.

### Frukt och grönsaker

Nästan alla personer som svarade (14 av 15 personer) ville äta frukt. De flesta önskade frukt som mellanmål (11 personer), men många ville också ha frukt som dessert eller på kvällen. De frukter som flest önskade var banan, äpple och päron, men det fanns även önskemål om apelsin och aprikoser. Två personer svarade att de tyckte om alla frukter.

De flesta (13 av 15 personer) ville alltid eller ibland äta grönsaker eller sallad till maten. Tomater och gurka var de färska grönsaker som efterfrågades av flest personer (8 personer). Även morötter, sallad, gräslök, röd lök samt paprika efterfrågades. Bland kokta grönsaker var det morötter och ärter som önskades av flest personer (5 respektive 4 personer), men även blomkål, broccoli och spenat efterfrågades. Frågorna om frukt och grönsaker var öppna.

### Bröd och pålägg

Önskemålen om brödsorter var, enligt frågeformulären, mycket varierande. Mest efterfrågat var ljust knäckebröd (8 av 15 personer). Sex personer önskade vitt bröd, ljust matbröd respektive grovt knäckebröd. Mörkt matbröd och grovt rågbröd önskades av fem respektive fyra personer.

De mest önskade påläggen var ägg, skinka och ost, vilket önskades av 10 till 11 personer vardera. Fem till åtta personer vardera önskade också kaviar, korv och leverpastej, och ett fåtal önskade mager ost, tomat, mjukost, gurka, marmelad, endast smör/margarin, paprika, honung och rökt kött. I frågorna om bröd och pålägg fanns ett antal alternativ att kryssa för, men även andra alternativ kunde läggas till och flera svarsalternativ kunde anges.

### Dryck

Bland drycker önskade flest personer kaffe, men fler än fem personer önskade även saft, filmjök, lättöl och mjölk. Ett fåtal önskade choklad, te, vatten, läsk och juice. I frågan om drycker fanns ett antal alternativ att kryssa för, men även andra alternativ kunde läggas till och flera svarsalternativ kunde anges.

### Önskemål om matsedel och måltider

Det var 14 personer (av de totalt 15 som svarade på frågeformulären) som lämnade önskemål om vilka maträtter de skulle vilja ha ofta på matsedeln. Önskemålen var vitt spridda, vilket visar på vikten av individualisering. Flest personer önskade pannkakor, dillkött eller kalops samt kåldolmar eller kålpudding, vilket fem respektive fyra personer önskade. Övriga rätter som önskades (av en till tre personer) var köttbullar, paltbröd, fiskrätter, raggmunk sill, stekt fläsk, blodpudding, blomkålsgratäng, bruna bönor, fläskkotlett, Janssons frestelse, skinka, korvstroganoff, pizza, pyttipanna, ostkaka, rårakor, soppor och strömming.

Det var nio personer (av de femton personerna) som svarade på frågan om vilka maträtter de önskade stryka från matsedeln. Även här visar svaren på vikten av individualisering av maten, då de rätter som de önskade stryka från matsedeln i flera fall var detsamma som de som andra personer önskade skulle läggas till. En till två personer vardera önskade stryka paltbröd, kotlett, crêpes, stuvade makaroner, ostkaka, pölsa, potatisbullar, paltbröd, blodpudding, lax, all fisk och falukorv.

Alla 15 personerna hade specificerat vad de ville ha till frukost. De flesta (14 personer) önskade smörgås. Många (sex till sju personer vardera) önskade också filmjolk, kaffe/te, gröt eller flingor till frukost. Önskemål framkom också om ägg, välling, juice, sylt, varm choklad och mjölk.

Tabell 4 visar vad frågeformulärsvaren visade om önskemål vad gäller kvällsmaten. Det allra flesta önskade äta ett lättare lagat mål (ospecificerat), vilket också var fallet vid inventeringen av Backagården. Två personer (av 15) önskade istället gröt eller smörgås med dryck. Inga andra önskemål framkom, trots att frågan innehöll ett alternativ där övriga önskemål kunde anges.

Önskemål om kvällsmaten (middagen)	Antal personer
Ett lättare lagat mål	13
Gröt eller smörgås med dryck	2
En riktig måltid liknande huvudmålet mitt på dagen	0
Vill inte ha kvällsmat	0
Annat	0

**Tabell 4** Sammanställning av de äldres önskemål om kvällsmaten (n=15).

Endast fyra personer svarade på frågan om de saknade något vid måltiderna. Alla fyra personerna svarade att de inte saknade något alls.

Övriga kommentarer till maten på Backagården var enbart positiva, hos de nio personerna som kommenterade maten. Följande kommentarer angavs:

- Det är bra.
- Den är bra, passar det inte kan man låta bli.
- Jag är helt nöjd.

#### Matens vikt i förhållande till andra aktiviteter

I frågeformuläret fick de också vikta maten och måltiderna i förhållande till andra aktiviteter. Aktiviteterna var specificerade i enkäten, men även egna förslag och alternativ kunde läggas till. Tabell 5 visar att fler än tio personer per fråga ansåg att fysisk aktivitet, utevistelse och sociala kontakter var lika viktiga som mat och måltider. Fler än tio personer per fråga svarade att resor, bio/teater och radio var mindre viktiga än mat och måltider.

	Mindre viktigt än mat och måltider	Lika viktigt som mat och måltider	Viktigare än mat och måltider
Bio/teater	13	0	0
Radio	12	1	0
Resor	10	3	1
Musik	9	4	1
Tidningar	8	4	2
TV	8	5	1
Utöva hobby	7	3	1
Husdjur	7	5	1
Fysisk träning	6	8	1
Dusch/bad	5	8	1
Fysisk aktivitet	3	10	2
Sociala kontakter	3	11	1
Utevistelse	0	12	3

**Tabell 5** Sammanställning av de äldre personernas synpunkter på matens och måltidernas betydelse (n=11-15, beroende på fråga).

### Enkät till personal på Backagården

Det var 31 personer ur personalen som besvarade frågeformuläret: 24 undersköterskor, tre vårdbiträden, tre sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Sjuksköterskor och arbetsterapeut arbetar över hela Backagården, men av omvårdnadspersonalen arbetade fyra personer på plan 2, sex personer på plan 3 respektive 4 och sju personer på plan 5.

Frågeformuläret till personalen bestod av slutna frågor med fasta svarsalternativ, men med möjlighet att lämna kommentarer. Även här fanns en fråga om vad personalen tyckte om olika delar av måltiden som skulle besvaras med hjälp av en skala med fyra steg (dålig, oftast dålig, oftast bra, bra).

Personalen svarade, liksom de äldre personerna, på frågor om vad de tyckte om matsedeln, maten och måltiderna. Tabell 6 visar att resultatet också är snarlikt, då även personalen ger ett gott betyg. I alla frågor svarar de flesta personerna att det är bra eller oftast bra. Dock är det ett fåtal personer som anser att variationen på matsedeln samt måltidernas tidpunkter oftast är dåligt.

Följande tre kommentarer lämnades till frågan.

- Det hänger mycket på oss i personalen och hur vi uppför oss vid måltiderna, och där har vi en del att jobba på. Viktigt att tänka på att vi inte springer runt, samt att vi använder förkläden. Det är rörigt och ostrukturerat. Ofta inte en trevlig och lugn måltidsupplevelse!
- Sjuksköterskor deltar inte i måltiderna – får inte äta med pensionärerna.
- Sufflékosten är lite färglös.
- Ibland återkommer samma mat med bara någon veckas mellanrum, eller redan veckan efter.



Vad tycker du om...	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
variationen på matsedeln?	0	1	19	11	0
måltidernas tidpunkter?	0	2	8	21	0
smaken på maten?	0	0	14	16	1
konsistensen på maten?	0	0	9	22	0
temperaturen på maten när den serveras?	0	0	5	25	1
utseendet på maten?	0	0	12	19	0
hur maten är upplagd på tallriken?	0	0	8	22	1
portionsstorleken?	0	1	13	16	1
servicen kring måltiden?	0	0	10	20	0

**Tabell 6** Sammanställning av resultaten av enkäten till personalen (n=30-31, beroende på fråga), vad gäller mat, matsedel och servering.

Personalens uppfattning vad gäller kontakt med tillagningsköket, leverans av mat, servering av mat samt beställning och leverans av specialkost var att det fungerade bra eller oftast bra (tabell 7), vilket nästan alla personer svarade. En person svarade dock att kontakten med köket oftast fungerade dåligt. Tre kommentarer lämnades till frågan: att personalen serverar maten själva, att den svarande personen inte har någon kontakt med köket samt att köket glömmer dessert till diabeteskost.

Hur fungerar...	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
kontakten med köket?	0	1	10	19	1
leveransen av maten?	0	0	5	24	2
servering av maten?	0	0	7	23	0
beställning och leverans av specialkost?	0	0	10	20	1

**Tabell 7** Personalens uppfattning om situationen för de äldre vid måltiderna (n=30-31, beroende på fråga).

Tabell 8 visar hur personalen uppfattar situationen för de äldre vid måltiderna. De flesta svarade att de tyckte att de äldre personerna ofta eller alltid får omtyckt mat, tillräcklig hjälp samt så mycket mat han eller hon önskar. Vad gäller om de äldre får den mat han eller hon beställt har flera personer kommenterat att de äldre inte får välja mat, att det som kommer från köket är det som serveras och att det inte finns alternativa rätter. Ordet "beställa" kanske var olyckligt i detta sammanhang, men det är viktigt att inte glömma bort att även frukost och mellanmål ingår i maten, och där har våningsplanen i hög grad möjlighet att påverka och individanpassa innehållet.

Får de äldre personerna...	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid	Vet ej
den mat han/hon har beställt?	2	1	5	9	4
den mat han/hon tycker om?	0	2	22	4	1
hjälp med det han/hon behöver?	0	0	4	26	0
så mycket mat han/hon vill ha?	0	0	7	23	0
de mellanmål han/hon vill ha?	0	0	13	16	1

**Tabell 8** Personalens uppfattning om situationen för de äldre vid måltiderna (n=21-30, beroende på fråga).

Slutligen fick personalen svara på frågan om hur viktig de upplevde att maten och måltiderna är för de äldre personerna på Backagården. Det var 28 (av 31) personer som svarade att de är mycket viktiga och de övriga tre personerna svarade "ganska viktiga". Detta överensstämmer bra med de äldre personernas svar på frågan, där de viktade maten och måltiderna mot andra aktiviteter, men det är viktigt att framhålla de individuella skillnaderna och att inte glömma de personer som skattade andra aktiviteter som viktigare än maten och måltiderna.

Följande "övriga kommentarer" lämnades av personalen, angående maten och måltiderna på Backagården.

- Problemet är lång nattfasta. Detta är något att ta tag i och att få till en bra lösning på.
- Maten är i regel väldigt bra. Finns gånger som det inte finns någon smak, är för välstekt och så vidare, men det jämnar ut sig med råge i längden.
- Efterrätten till en person med diabetes glömts ofta, men det har blivit mycket bättre i slutet.

#### 4) Stickprov

Inga organiserade eller strukturerade stickprov görs på maten som lagas i Adolfsbergs kök, och inte heller när maten serveras på Backagården. Flera personer ur kökspersonalen vid tillagningsköket äter dock maten i restaurangen vid köket.

## 5) Statistik

Under denna rubrik presenteras statistik vad gäller matproduktion, äthjälp och specialkost.

### Tillagning, leverans och näringsinnehåll i mat

Adolfsbergs kök tillagar cirka 350 portioner till lunchen, och cirka 180 portioner till kvällsmaten samt dessert till lunchen. Till Backagården levereras 40-45 portioner av lunch, dessert och kvällsmat.

Tabell 9 visar energi- och näringsinnehållet i lunch, dessert och kvällsmat som levereras från tillagningsköket. Informationen är hämtad från kostorganisationens näringsberäkning i kalkyleringsprogrammet Mashie. Med utgångspunkt att huvudmålen ska ge cirka 50 % av dagens energiintag motsvarar energiinnehållet i en portion mat behovet hos en person som väger 75 kg, utifrån ett uppskattat energibehov om 30 kcal/kg kroppsvikt. Proteininnehållet i maten täcker ett uppskattat behov om 0,8 gram/kg kroppsvikt för en person som väger 72 kg. Det ska dock noteras att den portionsstorlek som ligger till grund för tabell 9 inte helt följs när maten levereras till Backagården. Inte heller kommuniceras hur stora portionerna är till personalen som serverar maten.

	<b>Energi (kcal)</b>	<b>Kolhydrater (g)</b>	<b>Fett (g)</b>	<b>Protein (g)</b>
Lunch	425	38	20	23
Dessert	307	33	17	5
Kvällsmat	398	32	22	17
<i>Summa</i>	<i>1130</i>	<i>103</i>	<i>59</i>	<i>45</i>

**Tabell 9** Beskrivning av energi- och näringsinnehåll enligt tillagningskökets recept och näringsvärdesberäkning, för lunch, dessert och kvällsmat.

### Äthjälp

Tabell 10 visar att elva personer av de 38 som bor på Backagården (29 %) behöver hjälp med ätandet, genom stöd, uppmuntran eller matning, enligt uppgift från kostombuden på respektive våningsplan.

<b>Våningsplan</b>	<b>Antal personer som behöver matning</b>	<b>Stöd och uppmuntran</b>
Plan 2	2	1
Plan 3	5	1
Plan 4	0	1
Plan 5	0	2
<i>Totalt</i>	<i>7</i>	<i>4</i>

**Tabell 10** Fördelning av äldre personer som behöver hjälp att äta, antingen med matning eller med stöd och uppmuntran.

## Specialkost

Enligt sjuksköterskorna på Backagården är det mer ovanligt med specialkost idag än för några år sedan, av oklar anledning. Vid inventeringen beställde Backagården, enligt tillagningsköket, totalt 31 portioner A-kost<sup>6</sup> och 11 portioner specialkost från Backagården, enligt tabell 11 nedan. Av de totalt 31 portionerna A-kost var det sju portioner som justerades utifrån önskemål om vissa uteslutna livsmedel (så kallad minus-kost).

Till de 38 äldre personer som bor på Backagården beställs 42 portioner till Backagården. De överskjutande fyra portionerna används till pedagogiska måltider eller som extra mat.

Våringsplan	A-kost	Specialkost				
		Hackad kost	E-kost	E-kost hackad	Tjockflytande	Sufflé
Plan 2	6				1	2
Plan 3	6	1				3
Plan 4	11					1
Plan 5	8		2	1		
<i>Totalt</i>	<i>31</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>6</i>

**Tabell 11** Beskrivning av fördelning av A-kost samt specialkost. Sammanställningen avser den tredje september 2010.

## Kosttillägg

Vid kartläggningen uppskattade sjuksköterskorna att det var en eller två personer på Backagården som använde kosttillägg. Enligt intervjuerna med kostombuden, som skedde cirka en månad senare, var det en person som fick näringsdrycker (Fortimel Compact, 1 per dag) tillfälligt inför en operation.

## Enteral nutrition

Inga personer på Backagården hade sondnäring under den tid inventeringen pågick.

<sup>6</sup> A-kost är normalkosten inom Örebro kommuns äldreomsorg.

## 6) Utbildning och utvecklingsarbete

Ingen övergripande utbildningsplan finns på Backagården.

Under 2010 har omvårdnadspersonalen på plan 4, som tidigare nämnts, deltagit i kommunens övergripande kostprojekt, vilket innehållit utvecklingsarbete kring måltiderna och dess miljö. De goda idéerna och förbättringarna som skett på plan 4 har även genomförts på de andra våningsplanen, exempelvis genom att köpa in kyl- och värmeplattor, nytt porslin, tallriksunderlägg, kryddor med mera.

Sjuksköterskorna och arbetsterapeuten har under 2010 deltagit i en utbildningsinsats i samarbete mellan Örebro kommun och Örebro Universitet med fokus på kvalitetsutveckling genom måltidsobservationer med hjälp av videokamera.

### **Omvårdnadspersonal**

Inom kommunen finns en central utbildningsenhet som bland annat har anordnat utbildning (2008 eller 2009) med en dietist och överläkare från Universitetssjukhuset i Örebro.

Endast ett kostombud berättar att en fortbildning om mat för äldre har genomgåts. Det var dock länge sedan, under den period när omvårdnadspersonalen på Backagården lagade mat.

### **Sjuksköterskor**

Ingen av sjuksköterskorna har genomgått någon nutritionsutbildning. Vid behov av mer information i nutritionsfrågor använder sig sjuksköterskorna av följande källor:

- Telefonkontakt med dietist på USÖ, men enligt en sjuksköterska får de inte göra det längre.
- Söker information på Internet via sökmotor (exempelvis Google).
- Telefonkontakt med Adolfsbergshemmets kök, om det har med maten att göra.
- Via broschyrer från nutritionsföretagen (Nutricia, Fresenius-Kabi och Nestlé).
- Genom diskussion med läkaren vid rondan.
- Boken *Mat och kostbehandling för äldre* finns också att tillgå, men ingen av sjuksköterskorna har läst i den på länge.

## 7) Inflytande

När en person har flyttat till Backagården hålls ett så kallat ankomstsamtal, där sjuksköterska och kontaktperson deltar från verksamheten. Generella mat- och måltidsfrågor diskuteras utifrån en mall som framförallt tar upp vilken typ av mat som gillas eller ogillas. Vilka tider på dygnet som måltiderna önskas diskuteras inte vid det samtalet, men enligt sjuksköterskorna så individanpassas dessa frågor direkt på våningsplanen. Informationen från mötet dokumenteras i genomförandeplanen (av omvårdnadspersonalen) samt i den individuella vård- och omsorgsplanen (IVOP) under fokusområde Omvårdnad. Informationen finns även med när levnadsberättelsen genomförs och uppdateras.

Enligt kostombuden får de dock reda på mycket redan innan ankomstsamtalet har genomförts, till exempel från de äldre själva, andra vårdgivare, från närstående eller andra eftersom de äldre oftast flyttar in några dagar innan ankomstsamtalet äger rum.

### **Kontaktperson**

Varje äldre person har en kontaktperson bland omvårdnadspersonalen.

### **Kostombud**

Det finns ett kostombud per våningsplan och de har följande uppgifter, enligt enhetschefen:

- Att delta vid möten med tillagningsköket. Vid mötena diskuteras framförallt hygienriktlinjer, men även maten i stort.
- Att skriva matbeställningslistor och skicka till köket varje månad.
- Att ha kontakt med sjuksköterskan om behov av specialkost.

### **Kostråd**

Inga gemensamma möten med fokus på mat och måltider genomförs lokalt på Backagården. Men på arbetsplatsträffar på respektive våningsplan finns information från kostombudet med på dagordningen. Vid arbetsplatsträffarna diskuteras även matfrågor generellt och rutiner kring dessa, efter behov.

Representanter från köket och kostombuden har gemensamma möten, men de är inte regelbundna eller strukturerade. Enligt enhetschefen ska dessa möten ske fyra gånger per år, men vid intervjuerna med kostombuden och enhetschefen för tillagningsköket verkar detta inte ha skett så ofta under det senaste året. Backagården ansvarar för att boka och planera mötena.

Inom kommunens kostprojekt, som tidigare nämnts, har studiebesök arrangerats mellan köket och våningsplanen, där båda parter har upplevt det mycket värdefullt att se respektive verksamhet på nära håll.

### **Anhöriga**

På Backagården arrangeras anhörigträffar vid ett till två tillfällen per år. Den sista lördagen i november arrangeras ett samkväm med smörgåstårta för alla anhöriga. Vid det tillfället finns möjlighet att ställa frågor till enhetschef och annan personal. Träffarna är också tillfällen för att informera anhöriga om eventuella förändringar i verksamheten.

## Undersökningar av de äldre personerna

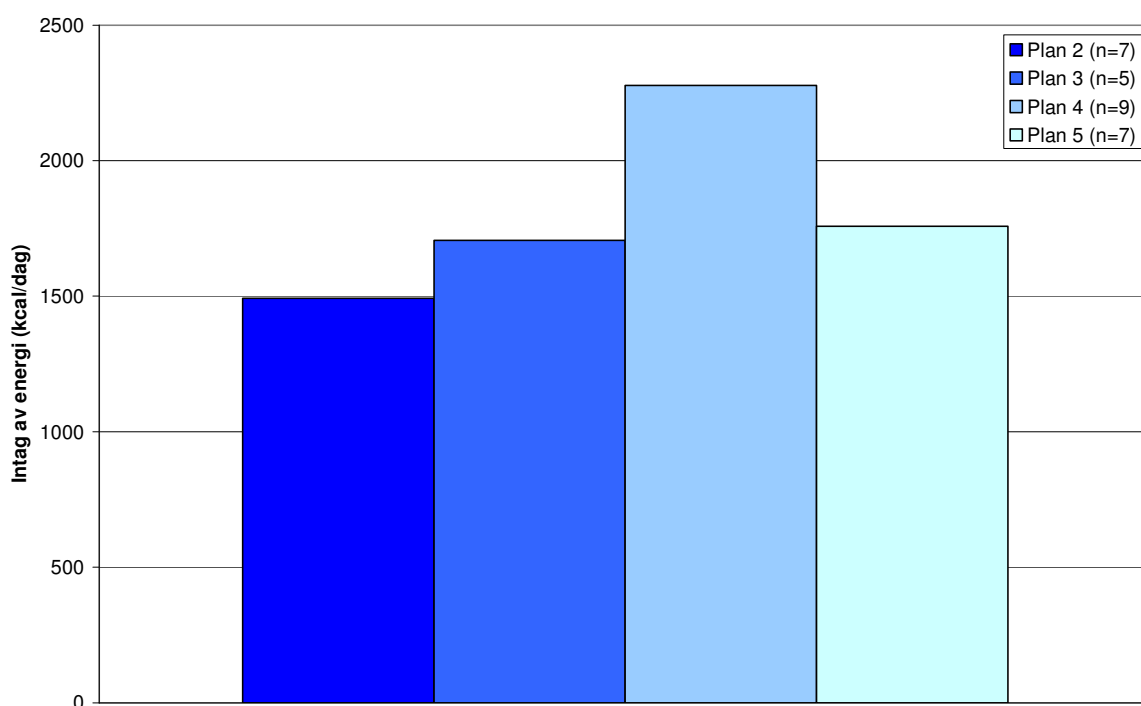
Här redovisas resultaten av undersökningarna av de äldre personernas mat-, energi- och näringsintag samt hälsotillstånd. Vissa resultat är uppdelade på de olika våningsplanen på Backagården, men eftersom det är få deltagare i inventeringen så ska jämförelserna göras med stor försiktighet. Antalet personer som data baseras på skiljer sig något mellan de olika parametrarna på grund av att vissa mätningar inte har genomförts på alla 28 personer.

### Intag av energi och näringsämnen

Intaget av energi och näringsämnen har stor spridning mellan olika personer. Resultaten ska betraktas med viss försiktighet då flera potentiella felkällor finns. Framförallt är resultaten beroende av hur noggrant de äldre och personalen har fyllt i matdagböckerna. Matdagböcker fylldes i av alla 28 deltagare, i de flesta fallen med hjälp av personal. Med erfarenheten från tidigare inventeringar med dagböcker kan dessa ändå anses som relativt säkra data. De individuella energi- och näringsintagen redovisas som medelvärde av de tre registrerade dagarna för varje deltagare.

### Intag av energi

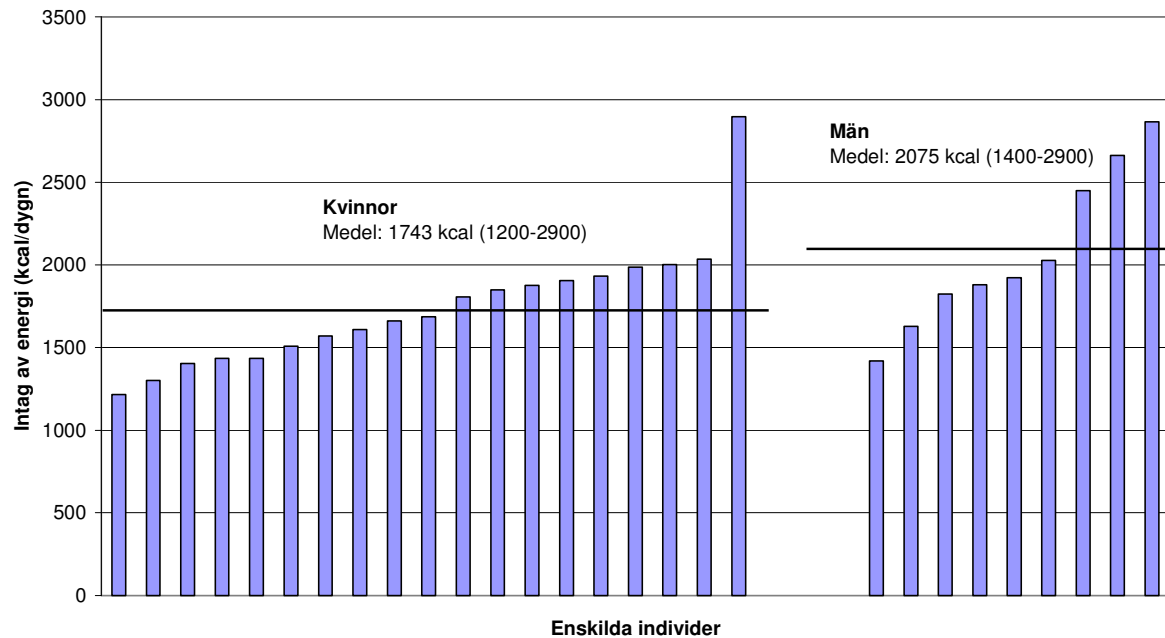
Figur 2 visar medelvärdet av det totala energiintaget för respektive våningsplan. Personerna på plan 2 hade lägst medelvärde med knappt 1 500 kcal/dygn, medan plan 4 hade högst med cirka 2 250 kcal/dygn, vilket är en ganska stor skillnad mellan de olika våningsplanen i detta avseende. Eftersom alla våningsplan får samma mat i samma portionsstorlekar till huvudmålen levererade från tillagningsköket, är det troligen frukost och mellanmål som skiljer mellan planen. Skillnaderna kan också härledas till de olika våningsplanens inriktning. Plan 4, med högst medelvärde för energiintaget, är det plan där de äldre personerna är minst beroende av hjälp i de dagliga aktiviteterna, vilket kan indikera att de personerna också har ett högre energibehov. De individuella skillnaderna på våningsplanen visas inte i figur 2, men tydliggörs i figur 4.



**Figur 2** Genomsnittligt intag av energi (kcal/dygn) på respektive våningsplan (n=28).

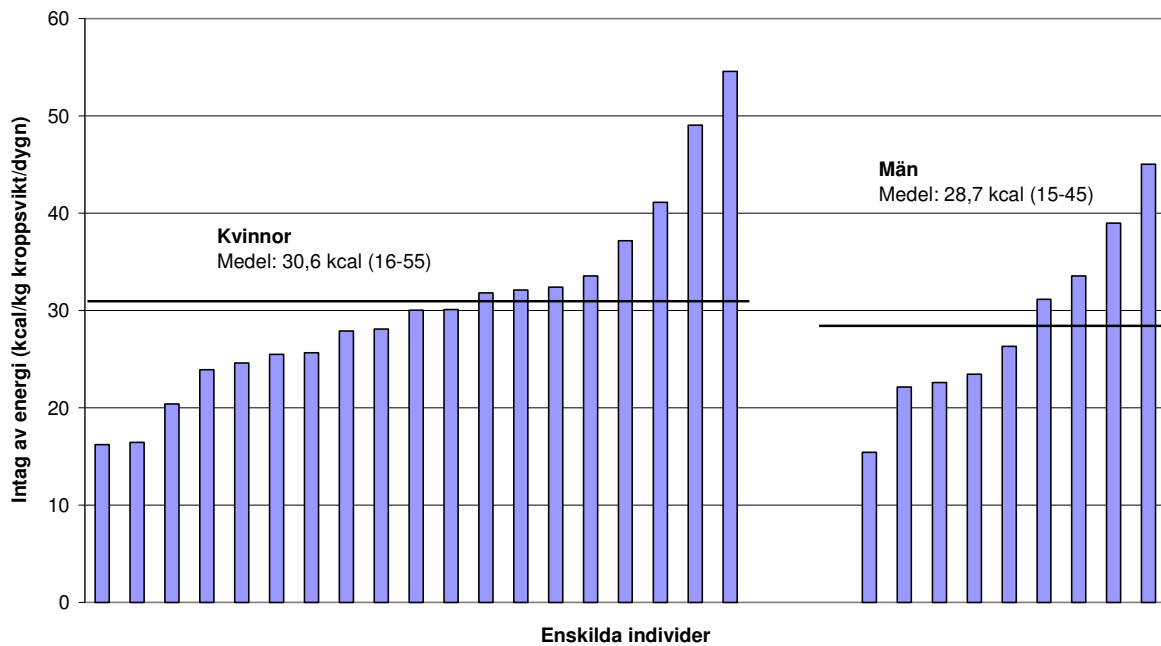


Figur 3 visar att det var stora individuella skillnader i energiintag. Kvinnan som fick i sig minst energi hade ett medelintag om cirka 1 200 kcal/dygn, medan kvinnan som fick i sig mest hade ett dubbelt så högt energiintag, 2 900 kcal/dygn. Även bland männen var det stor spridning mellan minsta och högsta intag: 1 400-2 900 kcal/dygn.



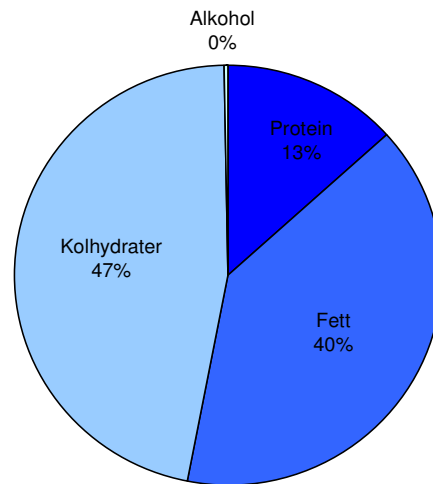
**Figur 3** Intag av energi (kcal/dygn) för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet är markerat med horisontell linje.

Behovet av energi beror delvis på kroppsstorleken, varför energiintaget justerat för kroppsvikten ger en bättre bild, som är lättare att värdera. Men även då var det en stor spridning mellan olika personer, från 15-55 kcal/kg kroppsvikt per dygn (figur 4). Generellt kräver den basala energiomsättningen cirka 20 kcal/kg kroppsvikt per dygn och en äldre person med låg fysisk aktivitet behöver 25-30 kcal/kg kroppsvikt per dygn för att täcka sitt energibehov och därmed vara viktstabil. Det var bara 12 av de 28 deltagarna (43 %) som hade ett energiintag över 30 kcal/kg kroppsvikt per dygn. Tre personer (två kvinnor och en man) hade ett energiintag som understeg 20 kcal/kg kroppsvikt per dygn, vilket är ett mycket lågt energiintag och de bör undersökas vidare för eventuell nutritionsbehandling.



**Figur 4** Intag av energi justerat för kroppsvikt (kcal/kg kroppsvikt/dygn) för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet är markerat med horisontell linje.

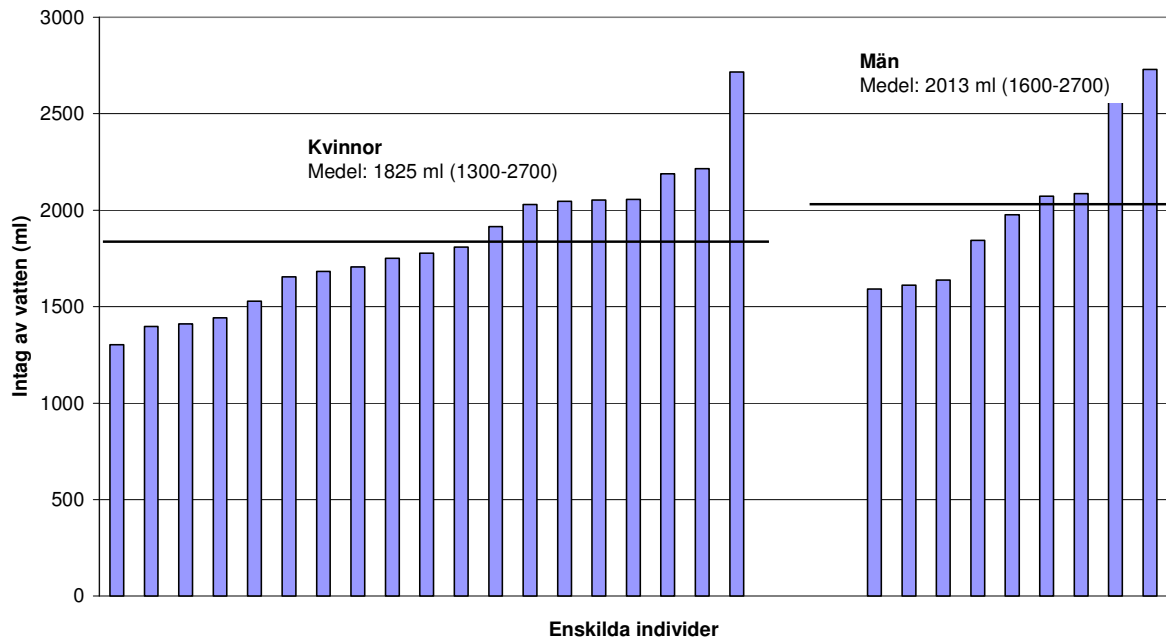
Fördelningen av de energigivande näringsämnen protein, fett, kolhydrater och alkohol visar hur balansen mellan näringsämnen ser ut. I de Svenska näringsrekommendationerna, SNR, (Livsmedelsverket, 2005) rekommenderas att protein ska stå för 10-15 %, fett mindre än 30 % och kolhydrater för 50-55 % av det totala energiintaget. Figur 5 visar att fördelningen av energiintaget under inventeringen skiljer sig något från SNR. Andelen fett är hög på bekostnad av både kolhydrater och protein. Det är dock viktigt att framhålla att SNR gäller på gruppnivå för friska personer, medan personerna på Backagården är sjuka med mycket stora individuella variationer.



**Figur 5** Fördelning av energigivande näringsämnen (n=28).

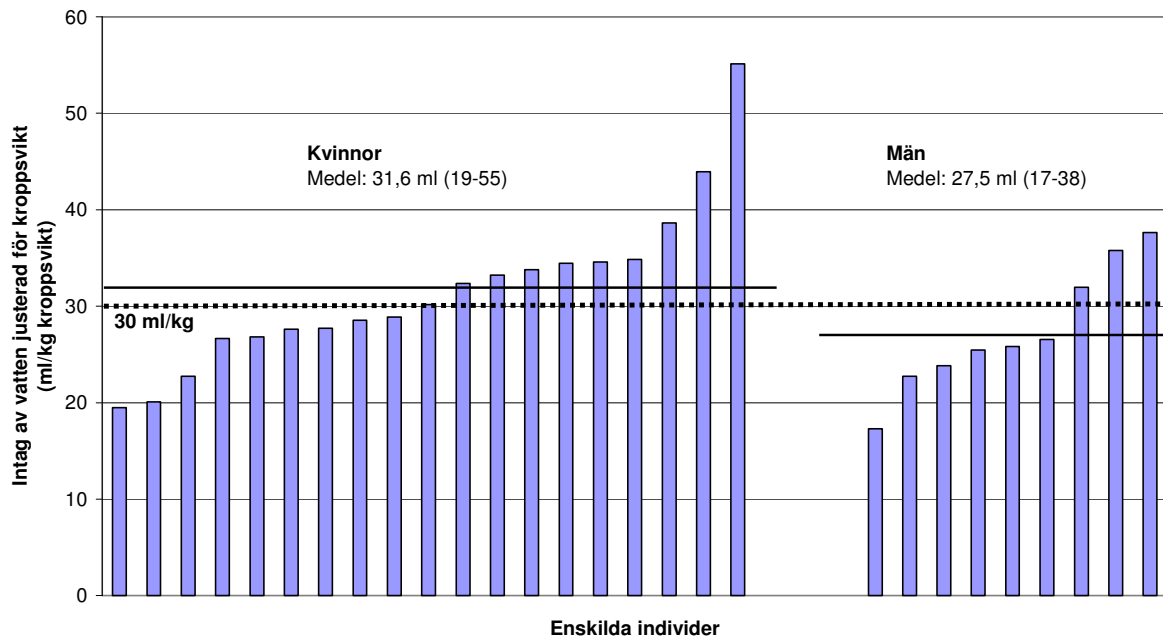
## Intag av vatten

Vatten är viktigt för många funktioner i kroppen, till exempel blodtryck, kroppstemperatur, tarmfunktion och njurfunktion. En stor del av kroppen, cirka 60 %, består av vatten, och det är viktigt att hålla vätskebalansen konstant för att kroppen ska fungera optimalt. Intaget av vätska i form av vatten kommer både från mat och från dryck. Figur 6 visar de individuella totala intagen av vatten, med medelvärden om cirka 1,8 liter/dygn för kvinnorna och 2,0 liter/dygn för männen.



**Figur 6** intag av vatten (ml) för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

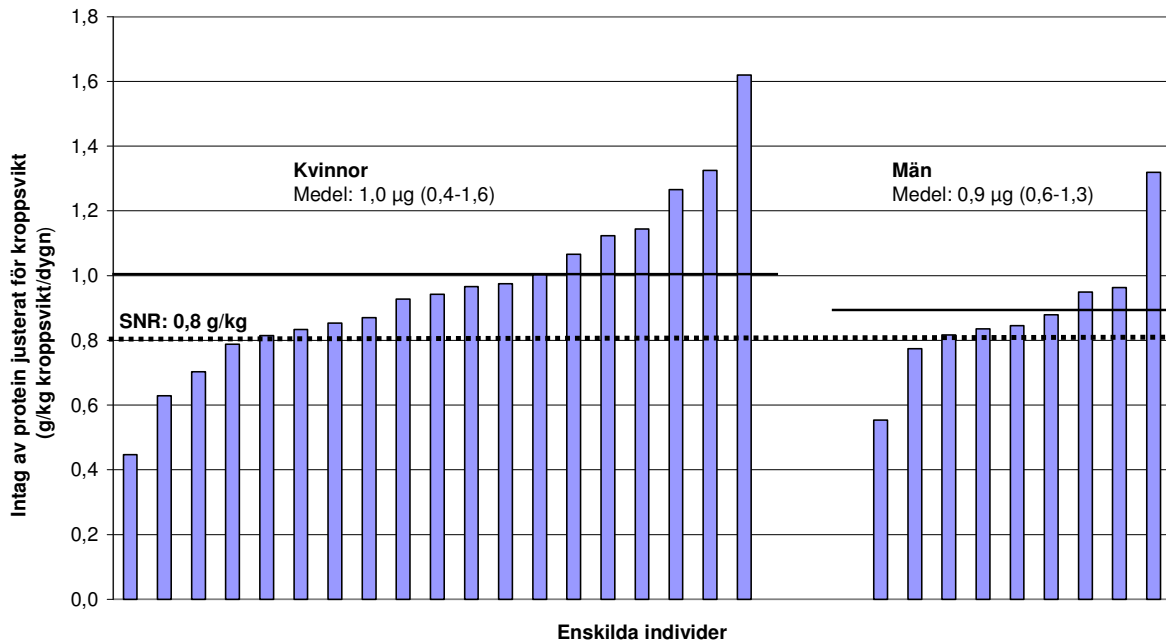
Det finns ingen rekommendation för hur mycket vatten man bör få i sig varken för friska eller sjuka personer, men en generell gräns som brukar användas är 30 ml/kg kroppsvikt per dygn. I figur 7 har intaget av vatten justerats för kroppsvikten. Där kan man se att ungefär hälften av kvinnorna och två tredjedelar av männen får i sig mindre än 30 ml/kg kroppsvikt per dygn. Ett lågt intag av vatten innebär risk för dehydrering (uttorkning).



**Figur 7** Intag av vatten justerat för kroppsvikten (ml/kg kroppsvikt/dygn) för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje. Riktlinjen om ett intag av 30 ml/kg kroppsvikt är markerat med en streckad linje.

## Intag av protein

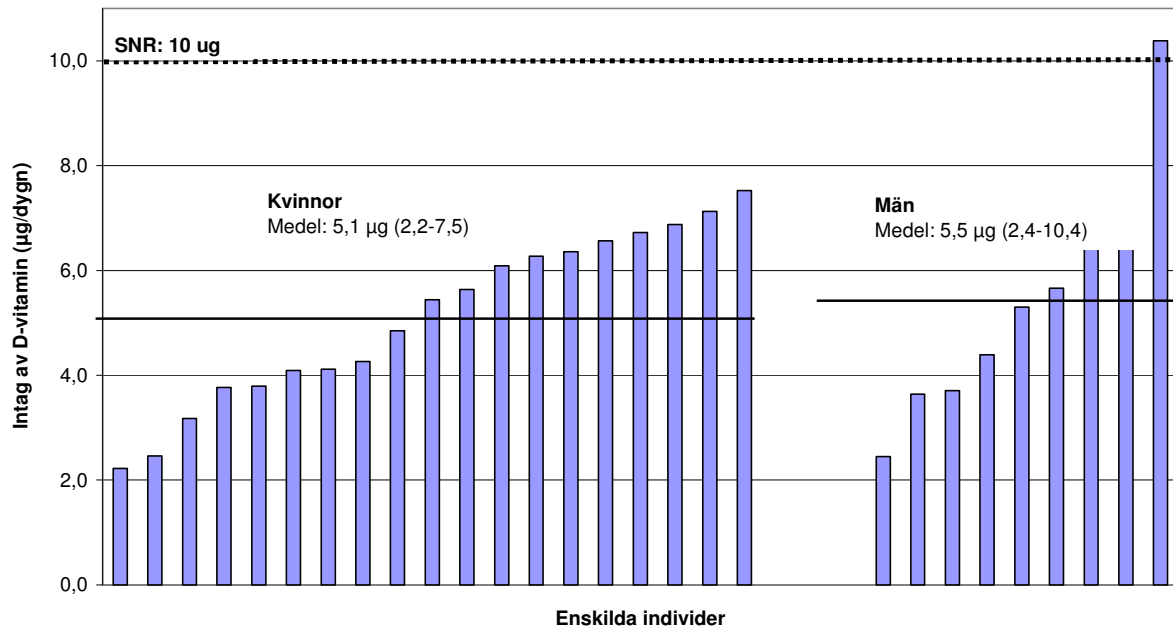
Intaget av protein är av stor vikt för äldre personer, särskilt om de har sjukdomar eller skador som leder till nedbrytning av proteiner, framförallt i skelettmuskulaturen. SNR anger att proteinintaget bör ligga på 0,8 gram/kg kroppsvikt per dygn med samma rekommendation för både yngre och äldre personer. Många forskare hävdar dock att äldre personer bör få i sig 1,0 eller 1,2 gram/kg kroppsvikt per dygn. Figur 8 visar att sex personer av de 28 som deltog i inventeringen (cirka 20 %) åt mindre än 0,8 gram protein/kg kroppsvikt per dygn. Endast fyra personer hade ett intag över 1,2 gram/kg kroppsvikt per dygn.



**Figur 8** Intag av protein för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Den streckade horisontella linjen motsvarar rekommenderat intag enligt SNR. Medelvärdet markerat med heldragen horisontell linje.

## Intag av vitamin D

D-vitamin har traditionellt kopplats till benskörhet och frakturer, men på senare tid har D-vitaminets betydelse för andra funktioner uppmärksammats, till exempel för utveckling av cancer, hjärt- och kärlsjukdom samt diabetes. D-vitaminbrist har även satts i samband med smärta, depression och inte minst muskelfunktion. I SNR anges behovet av D-vitamin vara 7,5 µg/dygn för personer under 65 år, och 10 µg/dygn för äldre personer. Figur 9 visar att ingen person i denna inventering kom i närheten av SNR för D-vitamin. Observera att D-vitamin givet som tabletter inte har tagits med i denna beräkning.



**Figur 9** Intag av D-vitamin (µg/dygn) för de 28 deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

Tabell 12 visar ett urval av energigivande näringsämnen, kostfiber, vitaminer och mineraler. Alla parametrar visar på stora spridningar, för alla våningsplan. Vad gäller kostfiberintaget anger SNR att intaget bör vara 20-25 gram per dag, vilket är mycket högre än resultatet vid inventeringen. För sjuka äldre personer får ofta intaget av fiber dock stå tillbaka på bekostnad av ett adekvat energiintag, vilket kan vara fallet här. Ett ökat intag av fiber skulle eventuellt kunna, tillsammans med ett tillräckligt vätskeintag, minska förekomsten av förstoppning och därmed behovet av laxermedel.

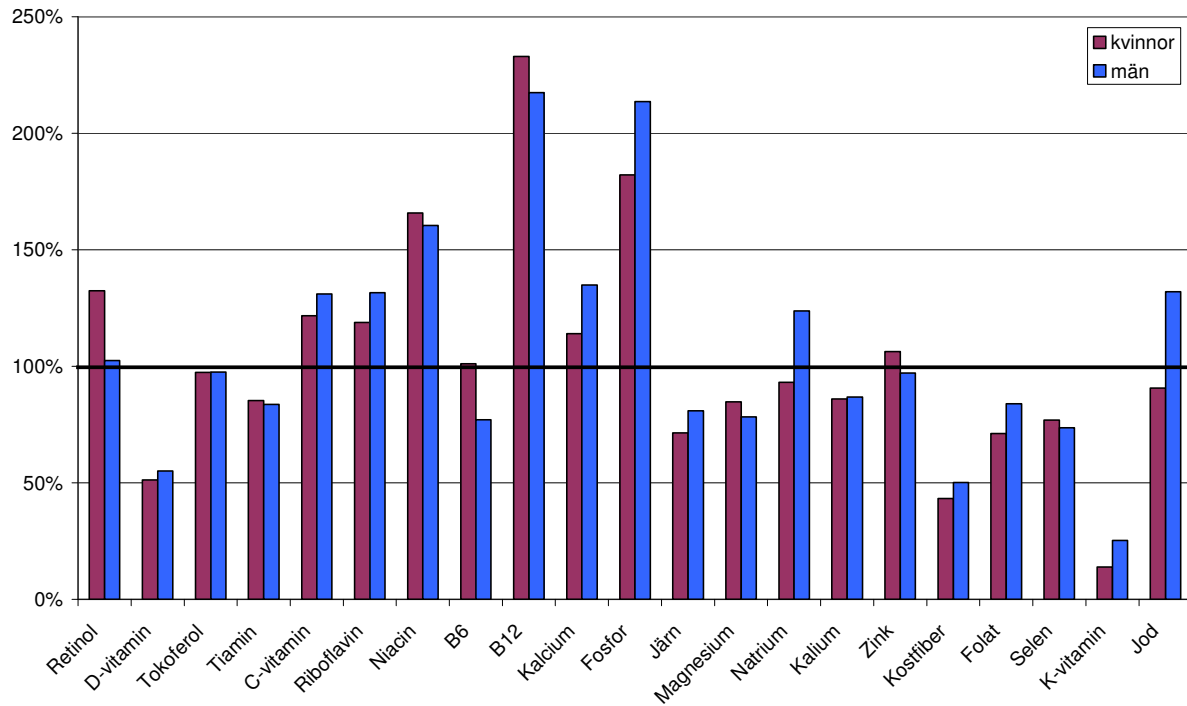
Parameter	enhet	Plan 2 n=7	Plan 3 n=5	Plan 4 n=9	Plan 5 n=7
Energi	kcal	1490 (1110-2280)	1710 (960-2440)	2280 (1030-3380)	1760 (540-2550)
Protein	gram	50,6 (33-62)	60,7 (28-96)	61,4 (21-96)	59,9 (18-93)
Fett	gram	62,4 (25-116)	68,3 (30-110)	106,0 (40-183)	82,7 (8-154)
Kostfiber	gram	11,7 (7-19)	12,9 (7-20)	16,0 (6-23)	13,1 (7-21)
D-vitamin	µg	3,9 (1,5-6,6)	5,7 (1,0-15,9)	5,6 (1,6-20,5)	5,9 (0,9-14,4)
C-vitamin	mg	72 (13-178)	112 (43-218)	109 (37-238)	82 (4-223)
Kalcium	mg	931 (550-2000)	988 (520-1700)	957 (270-1540)	998 (330-1600)
Järn	mg	6,9 (4-11)	5,9 (3-9)	7,2 (3-13)	6,4 (2-10)

**Tabell 12** Intag av energi och ett urval av näringsämnen via maten.

SNR anger hur mycket av respektive vitamin och mineral som kvinnor och män i olika åldrar bör få i sig varje dygn. Rekommendationerna är dock satta med ganska stora säkerhetsmarginaler, eftersom det biologiska behovet skiljer sig mellan olika personer. Rekommendationerna bör därför endast användas som jämförelser inom och mellan större grupper och under en längre tidsperiod.



I figur 10 har intaget av vitaminer, mineraler och kostfiber (för kvinnor respektive män) angivits i förhållande till att SNR för respektive näringsämne satts till 100 %. Figuren visar att både kvinnornas och männens intag i genomsnitt ligger under rekommendationen för D-vitamin, tiamin, järn, magnesium, kalium, fiber, folat, selen och kalium. Kvinnornas intag av natrium och jod samt männens intag av vitamin B6 ligger också under markeringen om 100 %, det vill säga SNR.



**Figur 10** Intag av näringsämnena i förhållande till rekommenderat intag enligt SNR (K-vitamin enligt rekommendation av Institute of Medicine, USA). Röda staplar är kvinnor (n=19), blå staplar är män (n=9).

I tabell 13 finns en sammanställning av energi- och näringsintaget enligt de matdagböcker som användes vid inventeringen. I tabellen visas medelvärden och spridningar för män respektive kvinnor samt medelvärden för hela den sammanslagna gruppen deltagare om 28 personer. I kolumnen längst till höger finns SNR som jämförelse. Tabellen visar bland annat att andelen energi som kommer från socker (socker) ligger över rekommendationen, vilket är vanligt inom äldreomsorgen. Männen hade också ett något högt intag av natrium i förhållande till SNR.

		Totalt intag per dag							SNR (>75 år)		
		Män (n=9)			Kvinnor (n=19)			Alla	Män	Kvinnor	
		Intag	SD	Spridning	Intag	SD	Spridning	Intag	SD		
Energi	kcal	2075	582	1252-3384	1743	492	539-3210	1850	545		
	MJ	8,7	2,4	5,2-14,2	7,3	2,1	2,3-13,8	7,7	2,3		
Protein	g	64	15	41-93	55	16	18-96	58	16		
	E%	13	2	9-20	13	3	5-21	13	3	10-20 E%	
Fett	g	91	34	51-182	79	34	8-183	83	35		
	E%	39	7	27-55	39	9	13-57	39	8	25-35 E%	
Mättat fett	g	44	17	23-94	41	19	4-108	42	19		
	E%	19	4	11-28	20	5	7-34	20	5	<10 E%	
Enkelomättat fett	g	29	11	15-58	25	10	2-56	26	11		
	E%	12	2	10-17	12	3	3-18	12	3	10-15 E%	
Fleromättat fett	g	11	3	4-24	8	4	1-24	9	5		
	E%	5	2	2-12	4	2	1-10	4	2	5-10 E%	
Kolesterol	mg	365	122	133-570	314	160	31-865	330	151		
Kolhydrater	g	239	74	127-461	196	56	96-384	210	66		
	E%	46	6	33-58	46	9	29-71	46	8	50-60 E%	
Sackaros	g	69	34	3-169	59	30	5-153	62	32		
	E%	13	5	1-20	14	6	2-26	13	6	<10 E%	
Fiber	g	15	5	6-23	13	4	7-22	14	5	25-35	
Vitamin A (Retinolekv.)	µg	923	268	501-1490	927	478	59-2310	926	422	900	700
Vitamin D	µg	5,5	4,0	1,5-20,5	5,1	3,6	0,9-14,4	5,2	3,8	10	
Vitamin E (Tokoferol)	mg	9,8	4,4	3,6-21,9	7,8	2,9	1,0-16,5	8,4	3,5	10	8
Vitamin K	µg	27	33	1-149	15	10	0-42	19	21		
Vitamin B1 (Tiamin)	mg	1,0	0,4	0,5-2,1	0,9	0,3	0,3-1,7	0,9	0,3	1,2	1,0
Vitamin B2 (Riboflavin)	mg	1,7	0,5	1,0-2,8	1,4	0,4	0,5-2,4	1,5	0,5	1,3	1,2
Vitamin B3 (Niacinekv.)	mg	24	6	14-36	22	6	6-36	22	6	15	13
Vitamin B6	mg	1,2	0,3	0,8-2,2	1,2	0,4	0,5-2,5	1,2	0,4	1,6	1,2
Vitamin B12	µg	4	2	2-9	5	3	1-15	5	2	2,0	
Folsyra	µg	252	104	91-600	214	110	43-592	226	110	300	
Vitamin C	mg	98	61	8-238	91	54	4-223	94	56	75	
Natrium	mg	2448	800	1137-4568	2143	808	853-3838	2568	3214	<2800	<2300
Kalium	mg	3038	739	1819-4621	2666	734	843-4274	2786	755	3500	3100
Fosfor	mg	1281	276	886-1932	1093	305	408-1912	1154	309	600	
Kalcium	mg	1079	259	698-1597	913	338	267-1998	966	325	800	
Magnesium	mg	274	71	155-425	237	61	97-369	249	67	350	280
Zink	mg	9	2	4-15	7	2	3-12	8	2	9	7
Järn	mg	7	2	3-13	6	2	2-13	7	2	9	
Jod	µg	198	300	58-1701	136	80	27-421	156	185	150	
Selen	µg	37	14	12-77	31	15	7-68	33	15	50	40

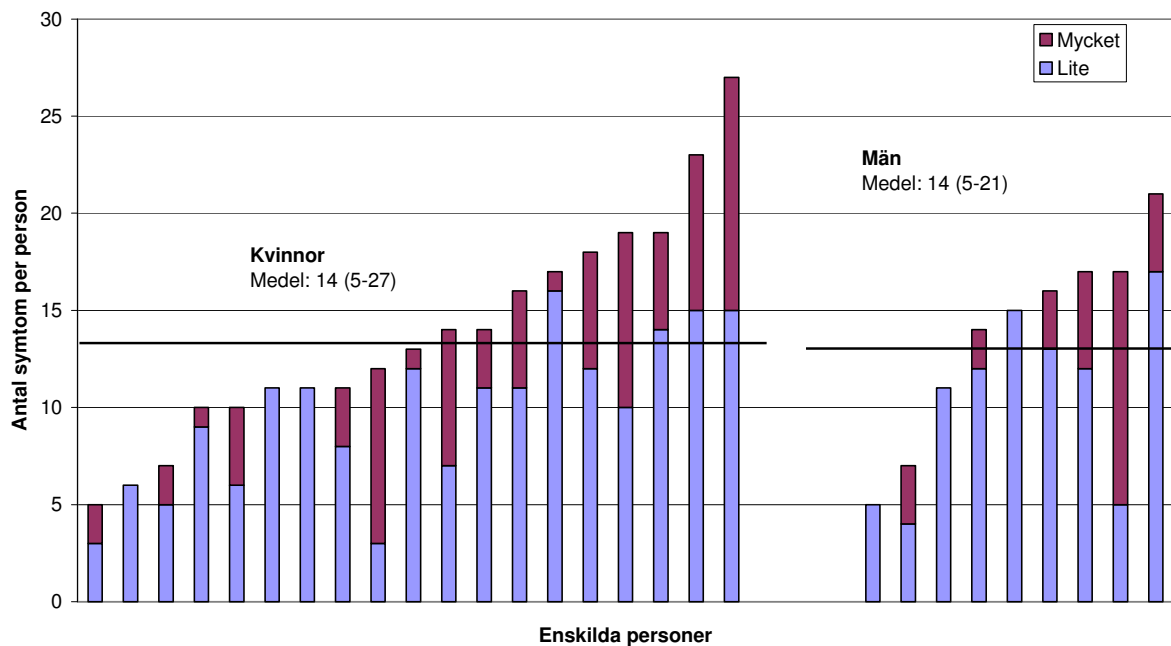
**Tabell 13** Intag av energi och näringsämnen, fördelat på män och kvinnor samt för alla deltagare. För varje näringsämne anges intaget som medelvärde, standardavvikelse (SD) samt spridning. SNR finns som jämförande material längst till höger.

## Hälsotillstånd

Här redovisas deltagarnas hälsotillstånd ur olika synvinklar.

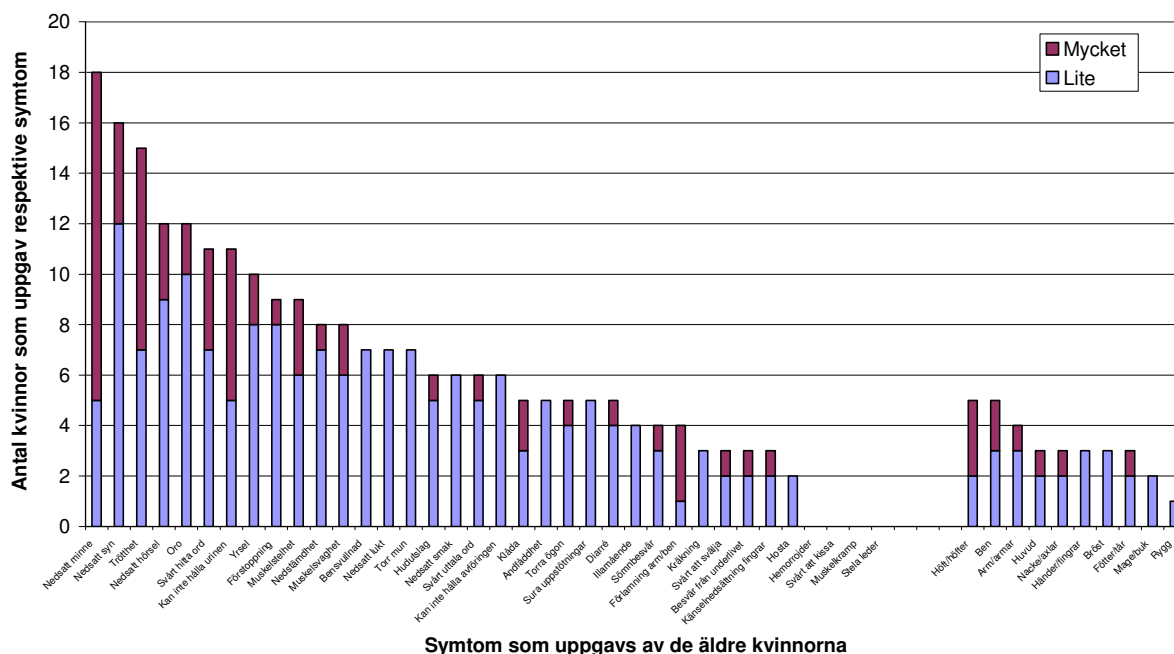
### Symtom

Med symtom avses en persons subjektiva upplevelse av hälsoproblem eller besvär från kroppen. Symtomskattning gjordes med en särskild lista (bilaga 3), där de äldre personerna kunde ange vilka symtom de hade, och om de var konstanta (som "lite" eller "mycket") eller bara förekom ibland. Figur 11 visar antalet symtom hos de deltagande äldre personerna fördelat på kvinnor och män, med mycket stora skillnader mellan olika personer.

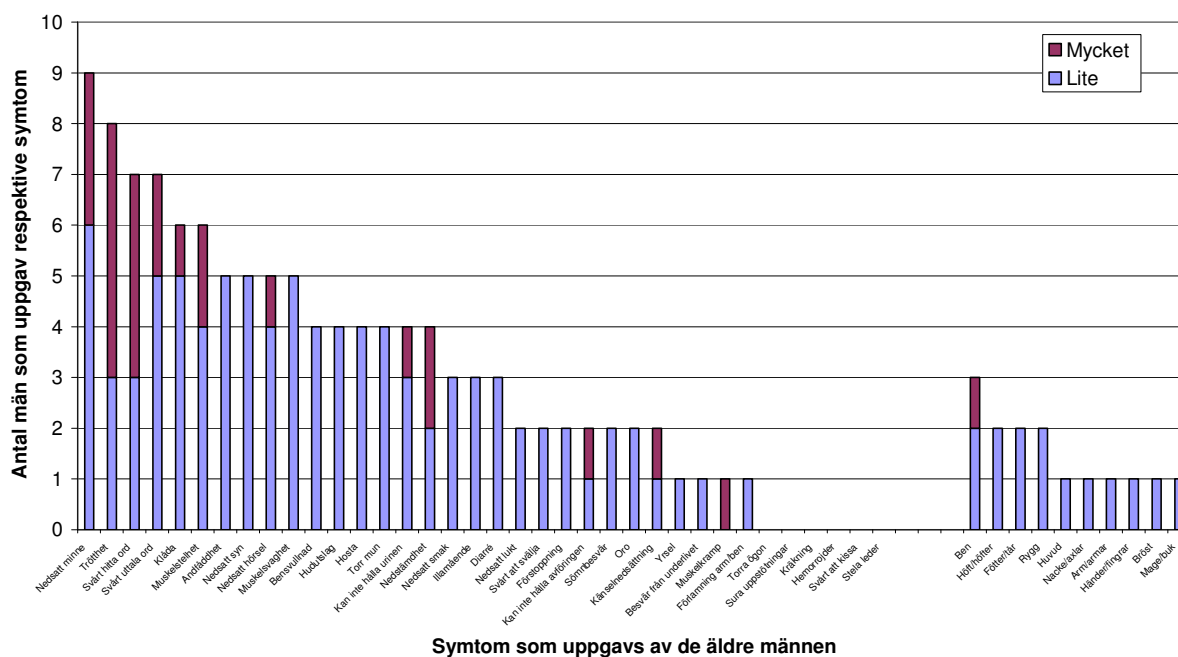


**Figur 11** Totalt antal symtom per deltagare fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Staplarna visar totalt antal symtom, röd del visar antal symtom med graden "mycket". Medelvärde markerat med horisontell linje.

Figur 12 (kvinnor) och 13 (män) visar antalet personer som uppgav olika symtom. Totalt uppgav deltagarna 36 olika symtom, samt smärta från tio olika delar av kroppen. Bland både kvinnor och män var nedsatt minne och trötthet två av de fem vanligast angivna syntomen. Inga personer upplevde symtom med stela leder, svårt att kissa eller hemorrojder. Smärtan var framförallt lokaliserad till höfter och ben.



**Figur 12** Antal kvinnor (n=19) som uppgav olika symtom. De som angivit "mycket" av respektive symptom har markerats med rött. Till höger i figuren specificeras förekomsten av symtomet "smärta".

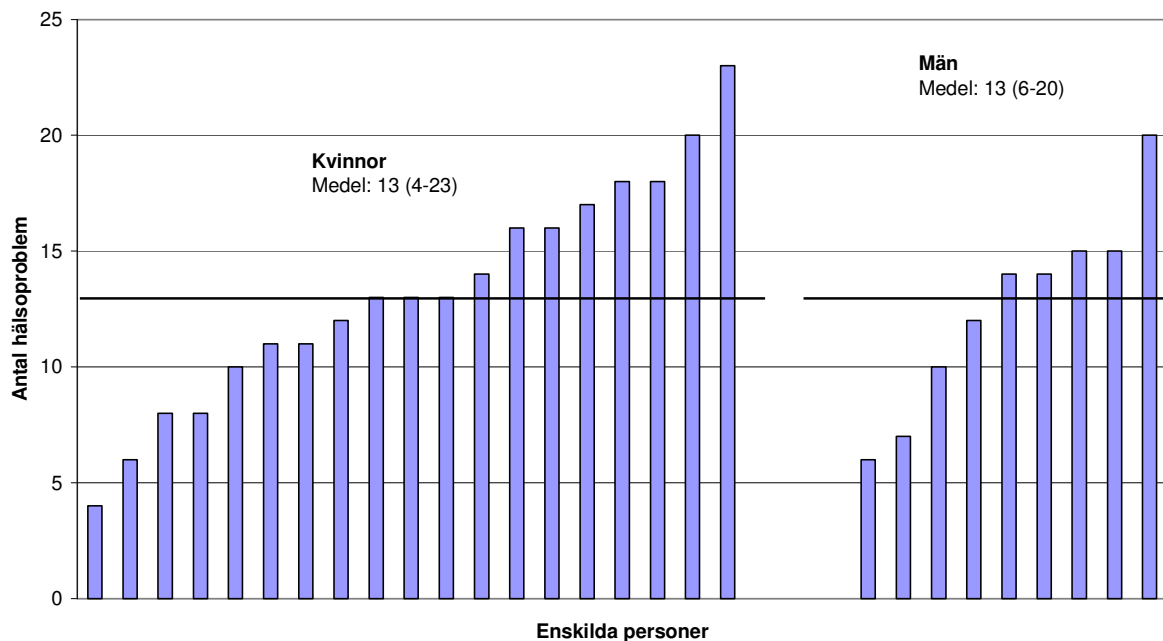


**Figur 13** Antal män (n=9) som uppgav olika symtom. De som angivit "mycket" av respektive symptom har markerats med rött. Till höger i figuren specificeras förekomsten av symtomet "smärta".

### Antal samtidiga hälsoproblem (multisjuklighet)

Antalet långvariga hälsoproblem har analyserats genom att gå igenom samtliga journalhandlingar i öppen och sluten vård för de senaste tio åren för alla deltagare. Eftersom de äldre personerna inte intervjuats om sina hälsoproblem och inte blivit läkarundersökta i samband med inventeringen innebär journalgenomgången troligen en betydande underskattning av antalet hälsoproblem. Skälet till detta är att en rad hälsoproblem nästan aldrig blir föremål för formell diagnosättning i journalerna, till exempel smärta, sväljningsproblem, förstoppning, urininkontinens, sår, under-nutritionstillstånd och många andra.

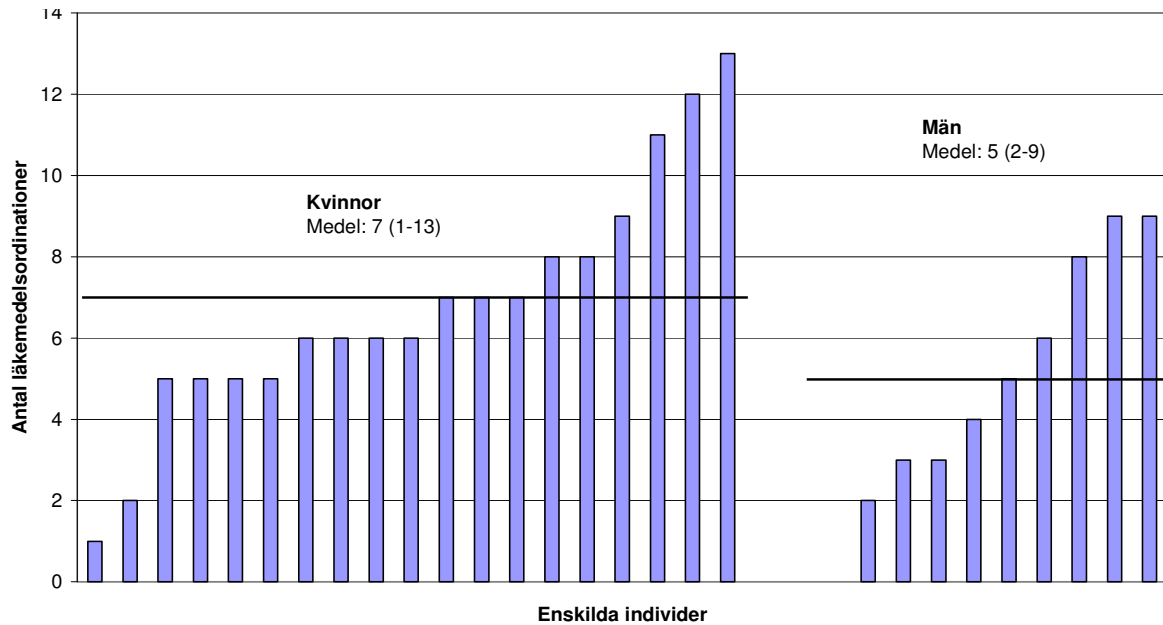
Figur 14 visar antalet påvisade samtidiga långvariga hälsoproblem. I genomsnitt hade både män och kvinnor 13 långvariga hälsoproblem med mycket stora skillnader mellan olika personer.



**Figur 14** Antal samtidiga långvariga hälsoproblem hos de 28 personer (19 kvinnor, 9 män) som ingick i inventeringen. Medelvärdet markerat med horisontell linje.

## Behandling med läkemedel

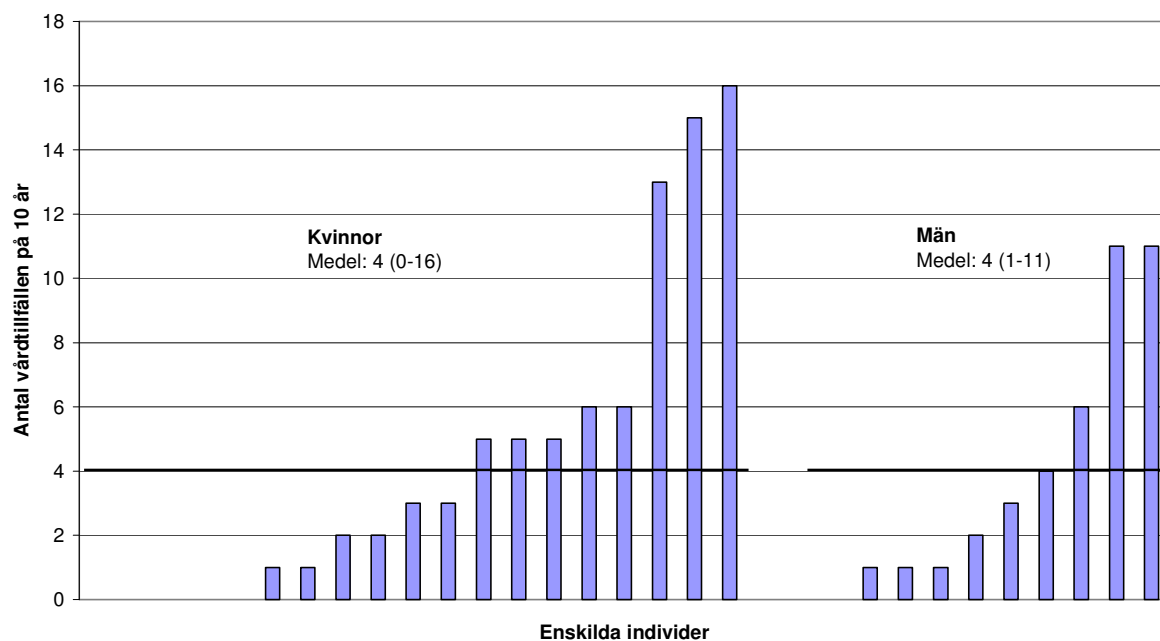
Antalet läkemedel har analyserats genom att gå igenom Örebro läns landstings kliniska portal och modulen Läkemedelslista. Endast kontinuerliga ("stående") ordinationer har tagits med. Figur 15 visar resultatet. I genomsnitt hade kvinnorna ordinerats sju och männen fem kontinuerliga läkemedel med mycket stora skillnader. Ingen detaljanalys har gjorts angående de enskilda läkemedlen.



**Figur 15** Antal kontinuerliga läkemedelsordinationer för de 28 deltagarna (19 kvinnor, 9 män), som deltog i inventeringen. Medelvärde markerat med horisontell linje.

## Vårdtillfällen på sjukhus

Antalet vårdtillfällen på sjukhus under perioden 2000-2010 har analyserats genom landstingets kliniska portal. Då det under denna period funnits flera parallella system för att registrera slutenvård innebär resultatet troligen en viss underskattning. Figur 16 visar antalet vårdtillfällen på sjukhus. I genomsnitt hade både kvinnorna och männen vårdats ineliggande fyra gånger med mycket stora skillnader. En kvinna hade vårdats 16 gånger och två män 11 gånger på sjukhus under denna tid.



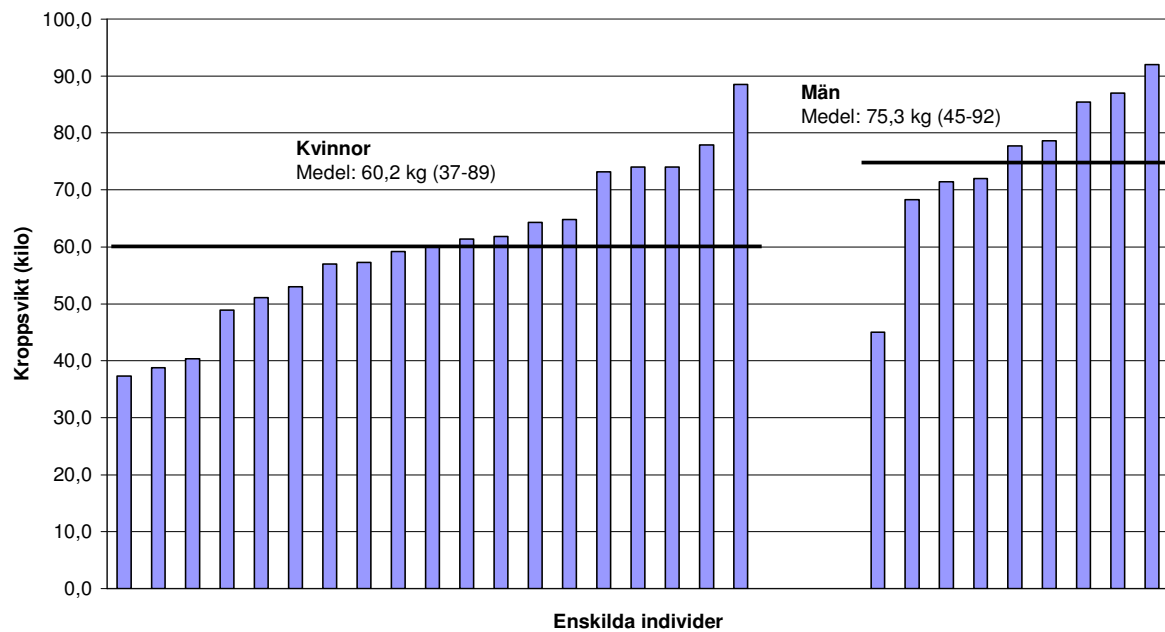
**Figur 16** Antal vårdtillfällen under år 2000-2010, för de 28 personer (19 kvinnor, 9 män), som deltog i inventeringen. Medelvärde markerat med horisontell linje.

## Kroppssammansättning

Kroppen sammansättning av muskler och fett är viktig information för diskussioner om en persons nutritionstillstånd. Vid denna inventering har mätningarna gjorts vid ett tillfälle, men parametrarna bör också följas över tid.

### Kroppsvikt

Det enklaste måttet på kroppssammansättningen är kroppsvikten och framförallt hur den utvecklas över tid. Figur 17 visar kroppsvikten för de äldre personerna. Det var mycket stora skillnader mellan olika personer. Spridningen för kvinnorna var 37 till 89 kilo, vilket är mer än tvåfaldig skillnad och det var det även för männen med en spridning mellan 45 till 92 kilo.

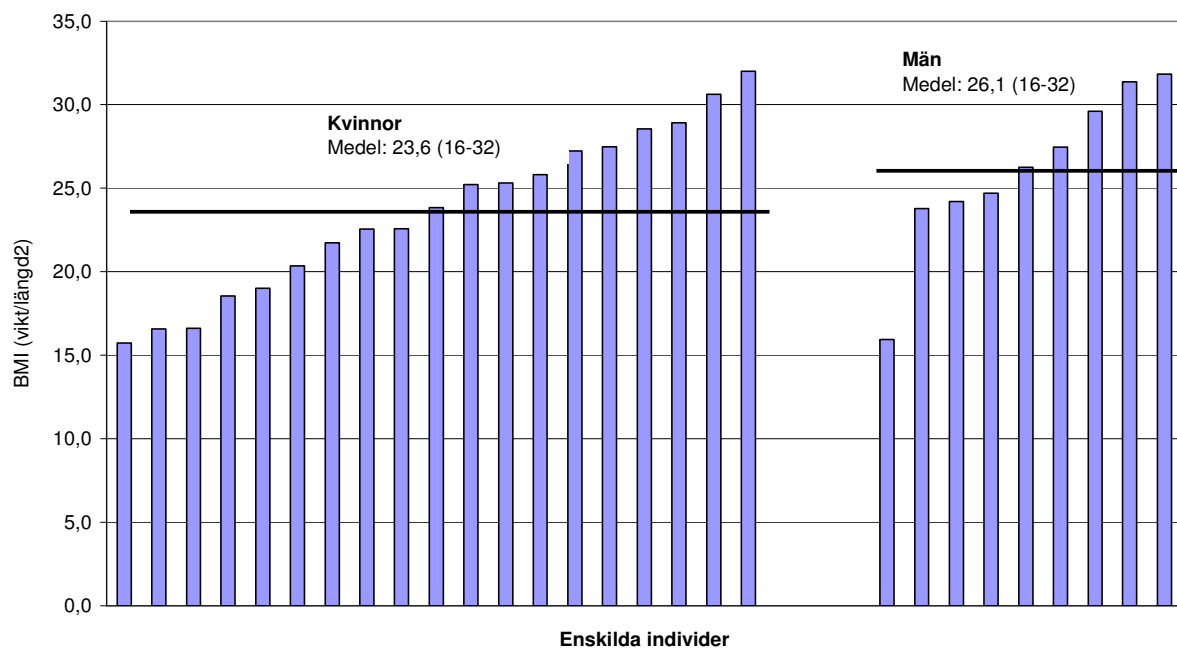


**Figur 17** Kroppsvikten för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.



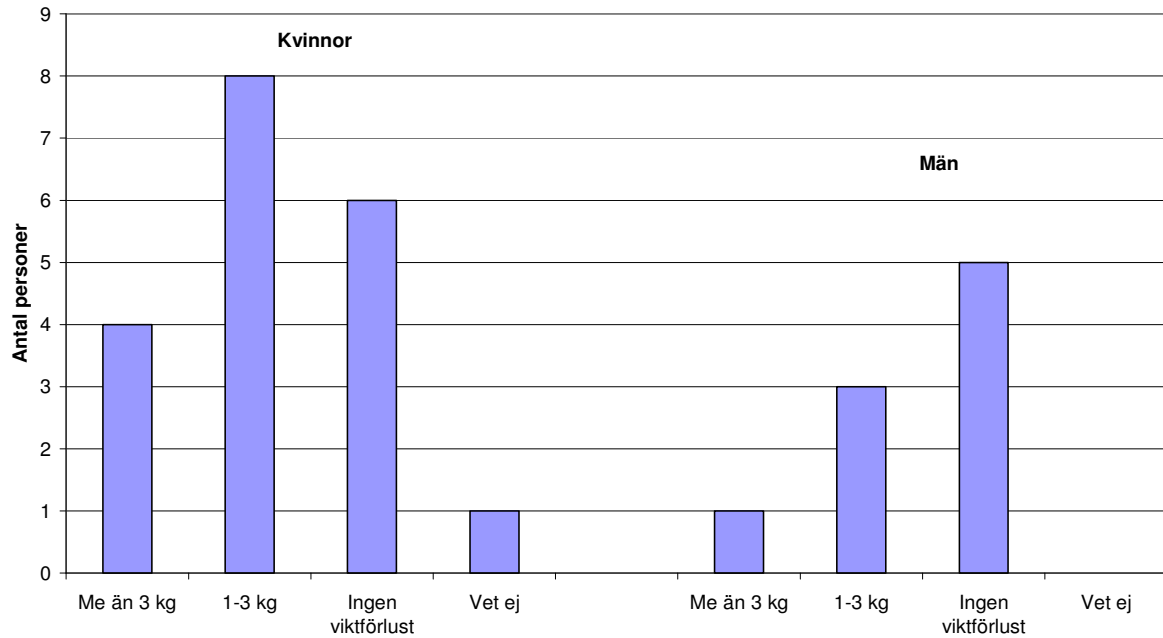
## BMI – Body mass index

Att korrigera kroppsvikten för kroppslängden kan göras med hjälp av body mass index (BMI, kroppsmasseindex), där vikten divideras med längden i kvadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Figur 18 visar att medelvärdet var cirka  $24 \text{ kg}/\text{m}^2$  för kvinnor och cirka  $26 \text{ kg}/\text{m}^2$  för männen. Spridningen var stor för båda könen: från 16 till 32 för både kvinnor och män. Fem kvinnor (26 %) och en man hade BMI under 20, vilket indikerar undervikt. Två kvinnor och två män hade BMI över 30, vilket är gränsen för obesitas (fetma). För vuxna personer anses BMI 20-25 vara normalvikt, medan det för äldre personer brukar accepteras ett högre BMI (22-28). Anledningen är bland annat a) att många personer minskar i kroppslängd på grund av exempelvis kotkompressioner och sammanpressade diskor i ryggraden, vilket kan ge ett falskt förhöjt BMI trots en stabil vikt men även b) att äldre personer med något högre BMI har visat sig ha bättre prognos för överlevnad än personer med lägre BMI.



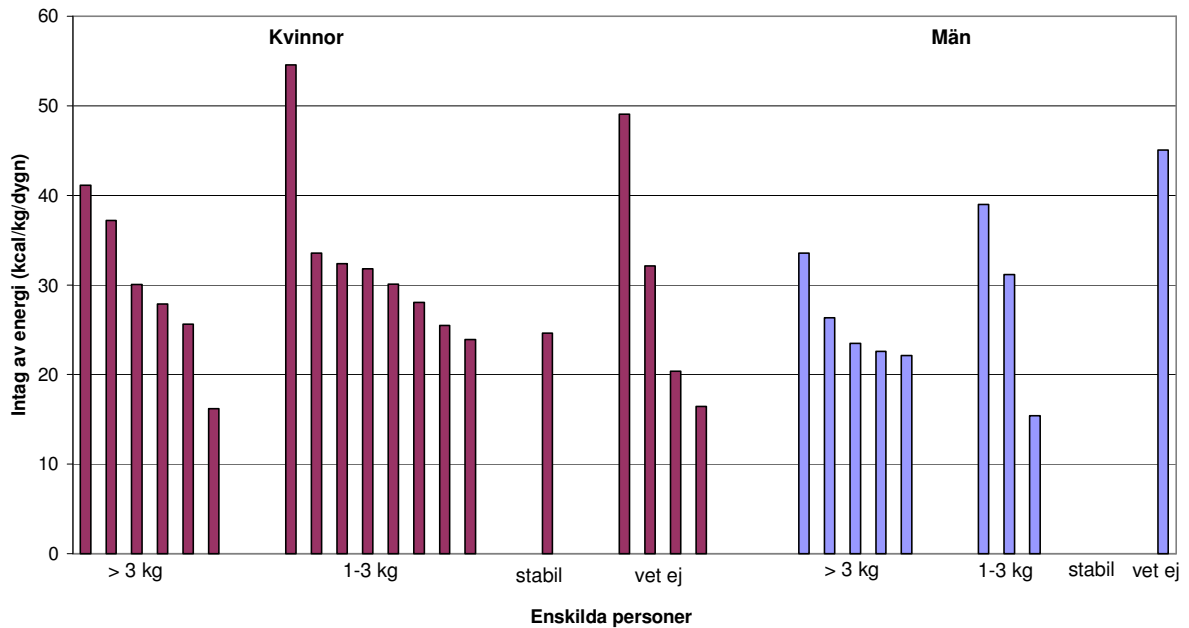
**Figur 18** Body mass index (BMI) = kroppsmasseindex för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

Kroppsviktens förändring över tid är ett bra mått för att följa hälsotillståndet. Figur 19 visar resultatet från den fråga i MNA som behandlar viktminskning de senaste tre månaderna, med fyra fasta svarsalternativ: mer än 3 kg, 1-3 kg, ingen viktförlust och vet ej. Majoriteten av deltagarna, 16 personer (57 %) hade förlorat kroppsvikt, vilket bör föranleda närmare utredning.



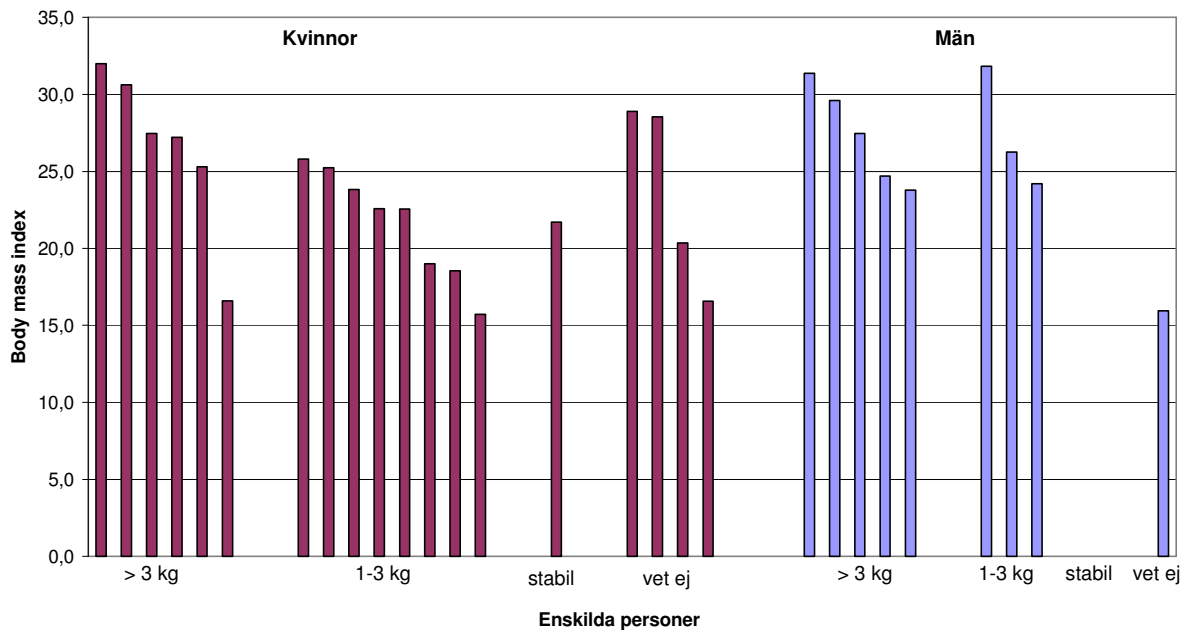
**Figur 19** Viktminskning under de senaste tre månaderna (enligt MNA), för de 28 deltagarna i inventeringen fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9).

Figur 20 visar sambandet mellan viktnedgång under de senaste tre månaderna i förhållande till energiintaget justerat för kroppsvikt (kcal/kg/dygn).



**Figur 20** Grad av viktnedgång de senaste tre månaderna i relation till energiintaget (kcal/kg/dygn), fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9).

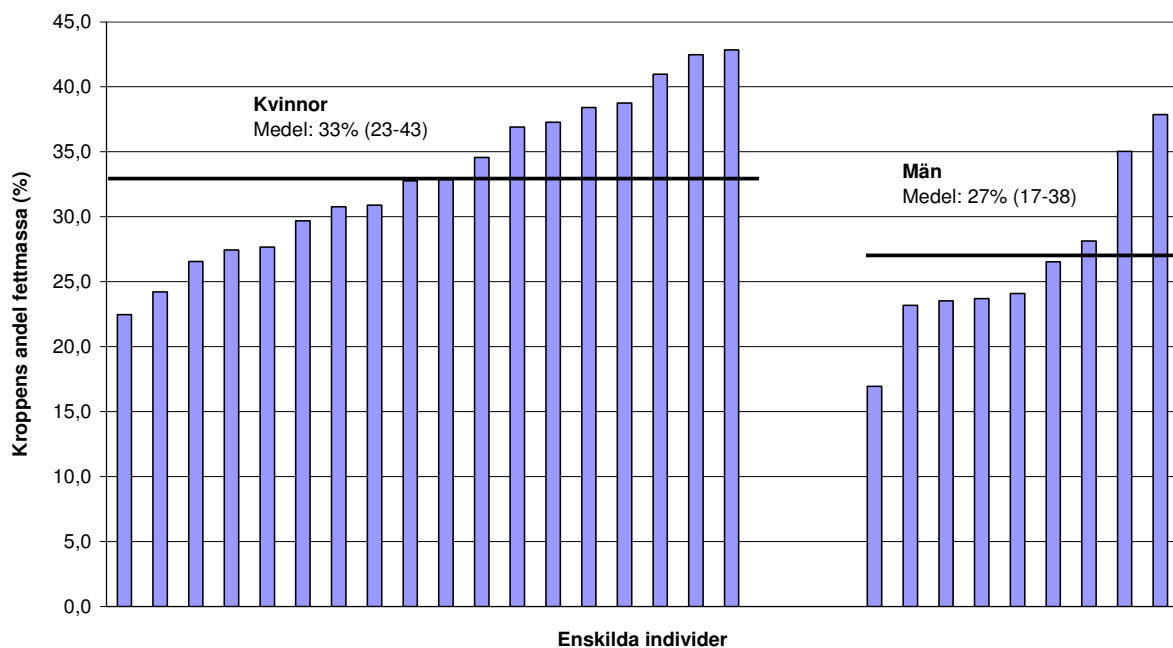
Figur 21 visar sambandet mellan viktnedgång under de senaste tre månaderna i relation till BMI. Viktnedgången indelades enligt MNA i tre klasser: mer än 3 kg, 1-3 kg och stabil vikt. Det fanns inget samband mellan grad av viktnedgång och aktuellt BMI.



**Figur 21** Grad av viktnedgång de senaste tre månaderna i relation till BMI, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9)

## Andel fett i kroppen

Mängden fett i kroppen är intressant ur flera olika aspekter. Fettandelen kan användas som underlag för diskussion i samband med läkemedelsordination, men även i förhållande till fysisk funktion. Förutom andelen fett kan den fettfria vikten, det vill säga skillnaden mellan den totala kroppsvikten och fettvikten, associeras till fysisk funktionsförmåga, då en stor del av den fettfria vikten är just muskler. Figur 22 visar fördelningen av fettmassan. Medelvärdet var 33 % för kvinnor och 27 % för män. Tre kvinnor, men ingen man, hade en fettmassa på 40 % eller mer. Det finns inga referensvärden för totalt kroppsfett. Stora undersökningar från USA visar att äldre (75+), vita kvinnor hade 30-45 % fett medan äldre (75+) vita män hade 20-35 % fett.



**Figur 22** Andelen kroppsfett (%) för deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

Tabell 14 visar en sammanställning av kroppssammansättningen hos de äldre personerna på Backagården samt resultatet av screeningmetoden Mini nutritional assessment (MNA). Det var mycket stora spridningar i kroppssammansättningen, men det var också skillnader mellan de olika våningsplanen. Exempelvis var medelvärdet för muskelmassa högre på plan 2 (cirka 27 %), medan de övriga våningsplanen hade medelvärden kring 20 %. Detta illustrerar betydelsen av att individanpassa maten och måltiderna efter de enskilda personernas behov, men även att individanpassa den fysiska träningen.

MNAs initiala del ger maximalt 14 poäng, vilket endast en person uppnådde. Om man även gör den slutliga bedömningen kan MNA ge maximalt 30 poäng. Den initiala delen genomfördes på alla 28 deltagarna, medan den totala MNA genomfördes på 22 personer. De sex personer (21 %) som endast genomgick den initiala bedömningen hade alla resultat över 12, vilket MNA bedömer som "Normalt, och att ingen risk finns för undernäring".

Av de personer som screenades med den totala MNA hade 21 av de 22 personer (95 %) MNA under 23,5 poäng ("risk för undernäring") och tio personer (45 %) hade MNA under 17 poäng ("undernär"). Sammantaget innebär detta att 75 % av de 28 äldre personerna på Backagården som deltog i inventeringen enligt MNA hade "risk för undernäring" och 36 % hade "undernäring". Enligt MNA föreligger därmed ett stort behov av utredning och ställningstagande till behandling av nutritionsrelaterade hälsoproblem hos de äldre personerna på Backagården.

Parameter	Enhet	Plan 2 n=7	Plan 3 n=5	Plan 4 n=9	Plan 5 n=7
BMI (n=28)	kg/m <sup>2</sup>	27,4 (23-32)	23,3 (19-30)	22,5 (16-32)	24,8 (19-28)
Muskelmassa (n=27)	%	27,1 (21-35)	17,9 (15-21)	19,7 (12-27)	20,7 (17-23)
Fettmassa (n=27)	%	36,6 (24-43)	28,9 (27-33)	27,2 (17-38)	32,0 (23-39)
MNA (n=28)	Initial del (max 14)	9,9 (7-13)	8,0 (5-11)	8,4 (2-13)	10,9 (6-14)
MNA (n=22)	Totalt (max 30)	17,7 (14,5-22,0)	15,7 (10,5-22,0)	18,6 (12,0-23,0)	20,0 (15,5-24,0)

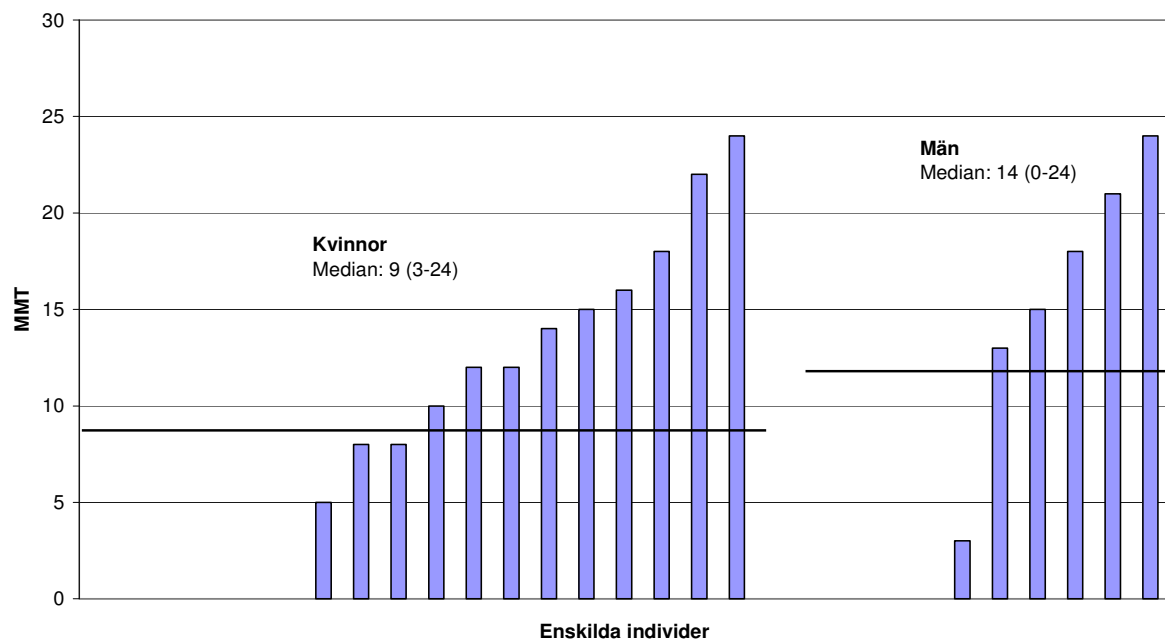
**Tabell 14** Olika mått på kroppssammansättningen hos deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor och män (medelvärde och spridning). BMI = body mass index. MNA = Mini nutritional assessment.

## Kognitiv, affektiv och fysisk funktion samt livskvalitet

Nedan presenteras resultat av funktionsmätningar, fördelade på kognitiv funktion (mental funktion), affektiv funktion (sinnesstämning), fysisk funktion samt hälsorelaterad livskvalitet.

### Kognitiv funktion

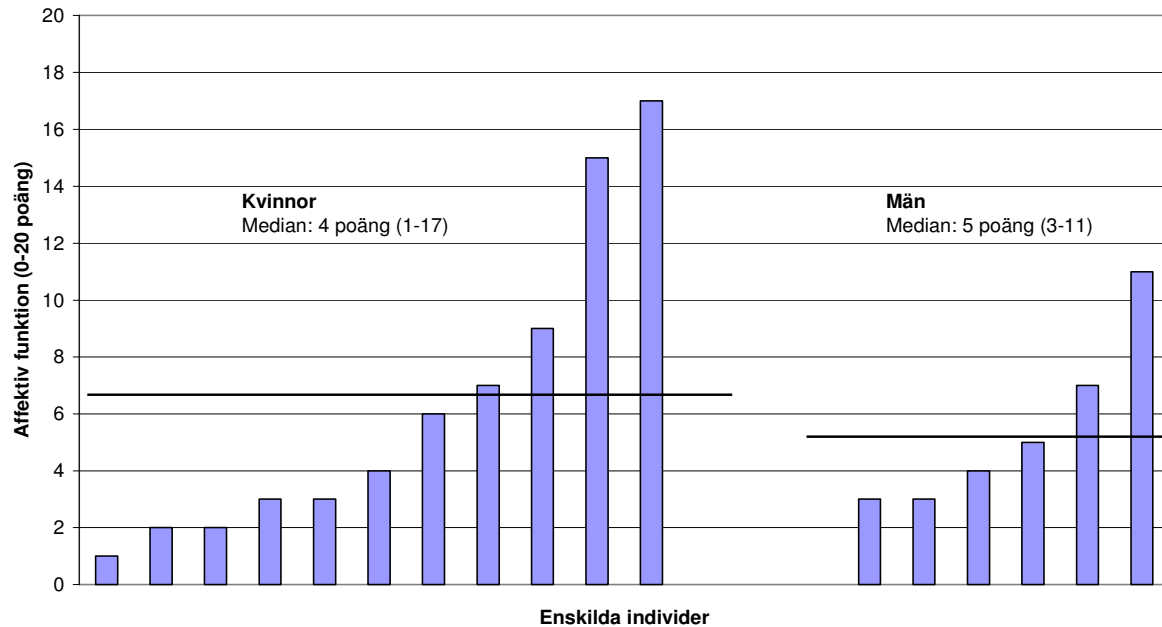
Figur 23 visar fördelningen av kognitiv funktion för kvinnor och män. Det var mycket stora skillnader för både kvinnor och män och det var många som hade mycket låga poäng. Sexton kvinnor (90 %) och sex män (75 %) hade MMT under 20 poäng, vilket innebär en kraftigt nedsatt kognitiv funktion. Totalt genomfördes MMT på 26 av de 28 deltagarna (93 %), men åtta personer fick noll poäng.



**Figur 23** Kognitiv funktion, enligt MMT, för kvinnor (n=18) respektive män (n=8). Median markerat med horisontell linje.

## Affektiv funktion

Figur 24 visar fördelningen av affektiv funktion (stämningläge), där det var mycket stora skillnader för både kvinnor och män. Fem kvinnor (45 %) och två män (33 %) hade sex poäng eller mer på GDS-20, vilket anges vara den nivå där det finns misstanke att depression föreligger. Totalt kunde 17 av de 28 personerna (61 %) genomföra GDS.



**Figur 24** Affektiv funktion, enligt GDS-20, för kvinnor (n=11) respektive män (n=6). Median markerat med horisontell linje

## Fysisk funktion

Fysisk funktion mättes genom tre olika parametrar. ADL mättes med Katz index och muskelstyrka mättes med handgreppstyrka samt med peak expiratory flow (PEF).

### ADL-funktion

ADL skattades med Katz index, där följande sex aktiviteter ingår.

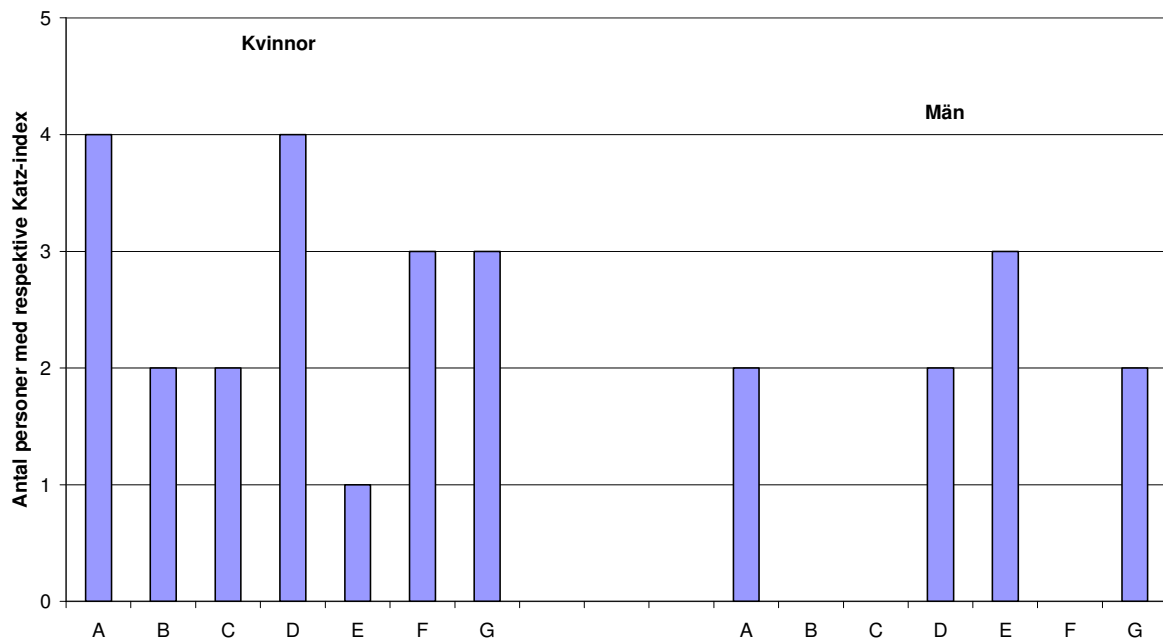
- Badning/dusch = ta sig till tvättplatsen och tvätta hela kroppen
- På- och avklädning = ta fram, ta på och av kläderna
- Toalettbesök = ta sig till toaletten och klara toalettbestyren
- Förflyttning till exempel förflyttning från säng till stol eller mellan två stolar
- Kontinens = förmåga att hålla urin och avföring
- Födointag = förmågan att få in mat i munnen

Vid olika sjukdomar och skador försvinner ofta dessa aktiviteter i en trappstegsformad, hierarkisk ordning och kan återkomma i omvänd ordning i samband med förbättring, till exempel vid rehabilitering. En person som klarar att tvätta sig själv över hela kroppen (= det översta trappsteget) är sannolikt oberoende av hjälp också vid de andra fem personliga aktiviteterna. Vid undersökning av

ADL-funktionen skattas ADL-index på följande sätt:

- Grad A = Oberoende vid samtliga sex aktiviteter
- Grad B = Beroende vid en aktivitet
- Grad C = Beroende vid badning/dusch och en aktivitet till
- Grad D = Beroende vid badning/dusch, på-/avklädning och en aktivitet till
- Grad E = Beroende vid badning/dusch, på-/avklädning, toalettbesök och en aktivitet till
- Grad F = Beroende vid badning/dusch, på-/avklädning, toalettbesök, förflyttning och en aktivitet till
- Grad G = Beroende vid samtliga sex aktiviteter

Figur 25 visar fördelningen av ADL-funktion hos deltagarna. Det var mycket stora skillnader mellan deltagarna: Fyra kvinnor (20 %) och två män (20 %) hade Katz-index A, det vill säga var oberoende i alla sex aktiviteterna. Sju kvinnor (37 %) och fem män (56 %) hade Katz-index E, F eller G, det vill säga de var beroende i fyra till sex av aktiviteterna.

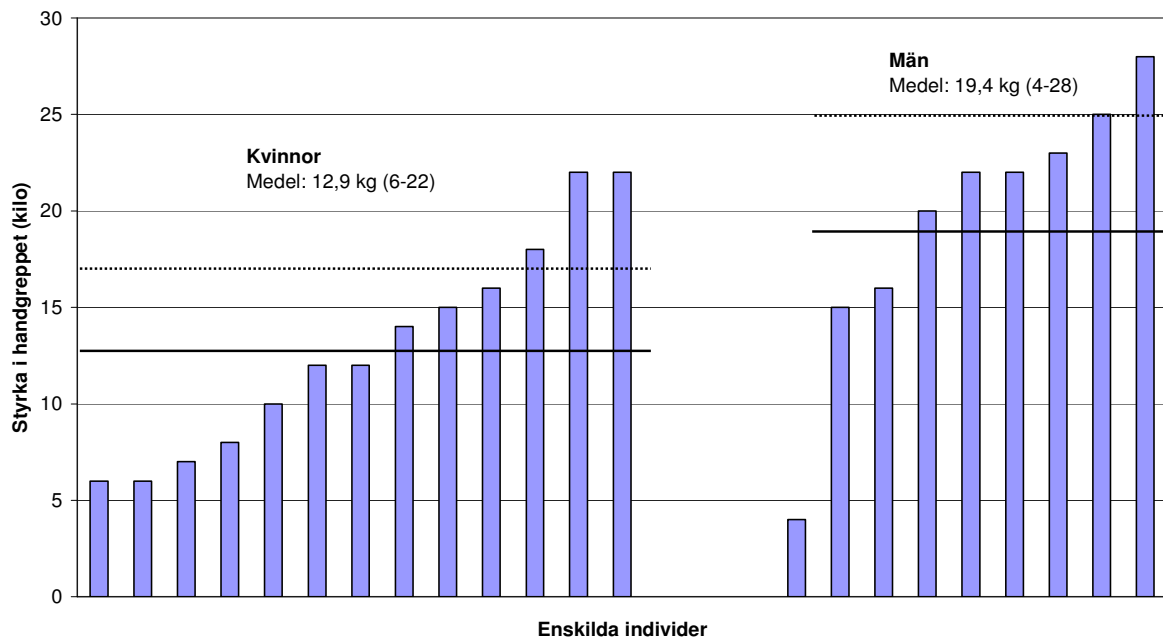


**Figur 25** Antal personer som kategoriserades med respektive Katz-index för att klassificera ADL-funktion. Redovisas separat för kvinnor (n=19) och män (n=9).



## Muskelstyrka – handgrepp

En enkel och praktiskt användbar metod för att mäta muskelstyrka är att mäta styrkan i handgreppet. Vid inventeringen användes en dynamometer av märket Jamar och deltagarna ombads att pressa ihop instrumentet så hårt de kunde med tre försök med varje hand. Figur 26 visar det högsta värdet för handgreppsstyrka för den starkaste handen. Medelvärdet för kvinnorna var cirka 13 kg och för männen 19 kg. Totalt kunde 22 av de 28 personerna (78 %) genomföra mätning av handgreppsstyrka. Studier av personer 80-90 år har visat följande populationsmedelvärden: kvinnor cirka 17 kg, män 25-30 kg. Två kvinnor och en man av de deltagande äldre personerna på Backagården uppnådde dessa referensvärden.

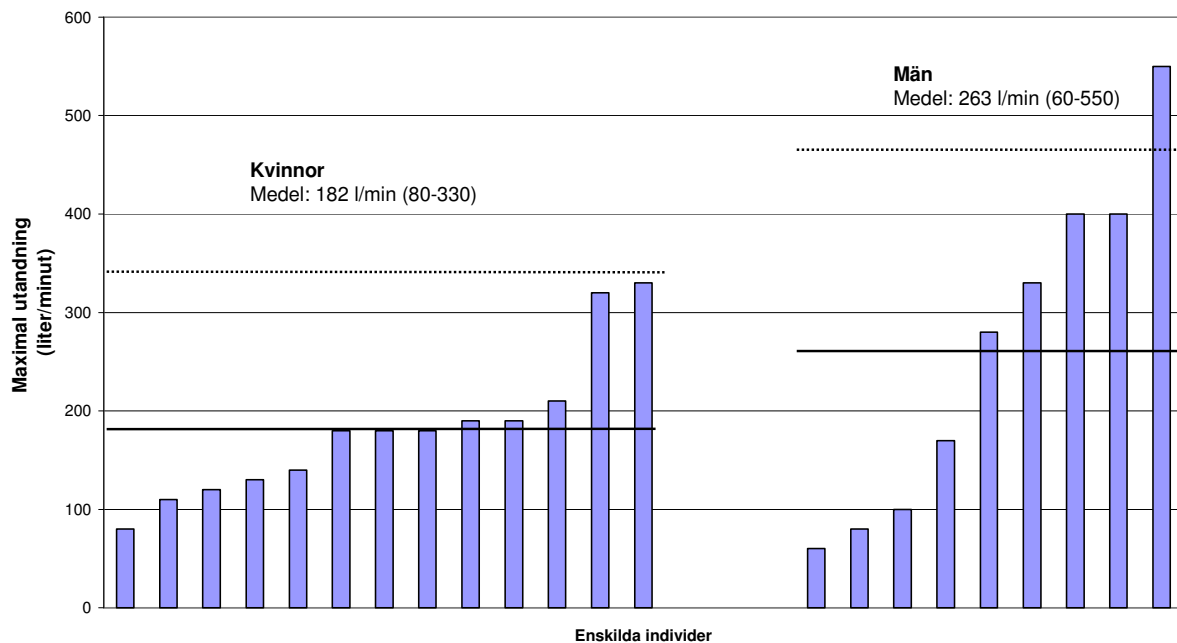


**Figur 26** Handgreppsstyrka hos kvinnor (n=13) respektive män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje, referensvärdet markerat med streckad linje

## Muskelstyrka – utandning

Förutom handgreppsstyrka har undersökning av den fysiska funktionen gjorts genom mätning av peak expiratory flow (PEF). PEF mäter hur mycket luft som man maximalt klarar att blåsa ut under en utandning (liter/min) och är ett mått på styrkan i andningsmusklerna, men även graden av obstruktivitet (förträngning) i luftvägarna, vilket förekommer vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Ett lågt värde på PEF kan därför orsakas av både minskad muskelkraft i andningsmusklerna och en förträngning av luftvägarna.

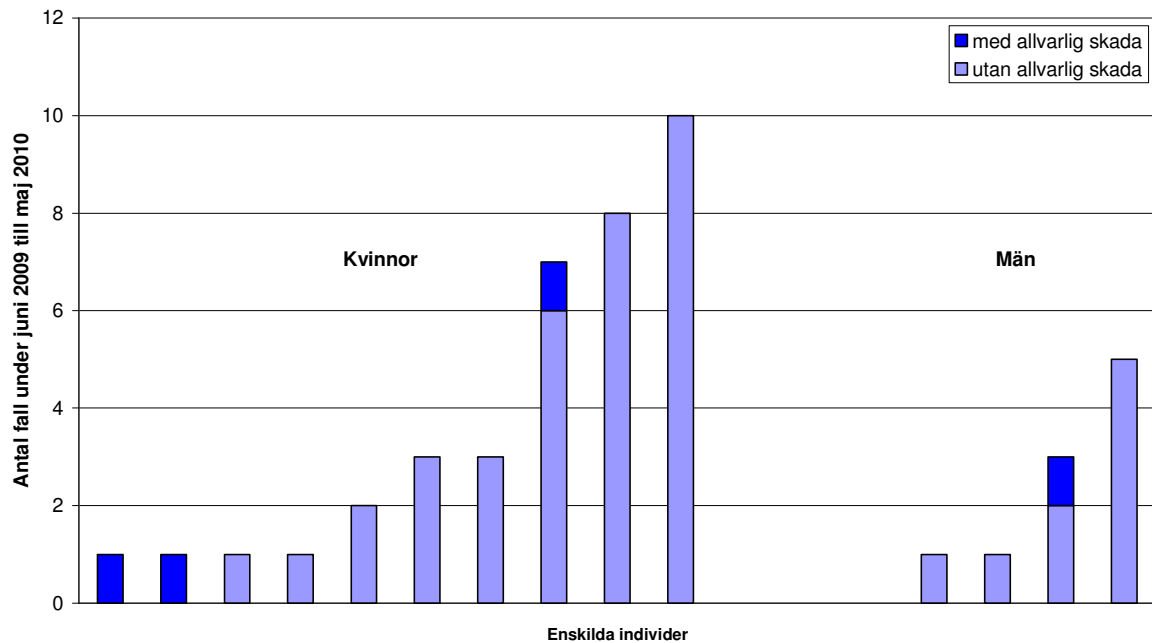
Figur 27 visar fördelningen av PEF hos de deltagande äldre personerna. Medelvärdet för kvinnorna var 182 liter/minut och för männen 263 liter/minut. Totalt kunde 22 av de 28 personerna (78 %) genomföra mätningen. Studier av personer över 80 år har visat följande populationsmedelvärden: kvinnor cirka 340 liter/minut, män cirka 470 liter/minut. Ingen kvinna men en man av deltagarna på Backagården uppnådde detta referensvärde.



**Figur 27** Styrka i andningsmusklerna mätt som PEF (Peak Expiratory Flow) för kvinnor (n=13) respektive män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje, referensvärdet med streckad linje

## Fall

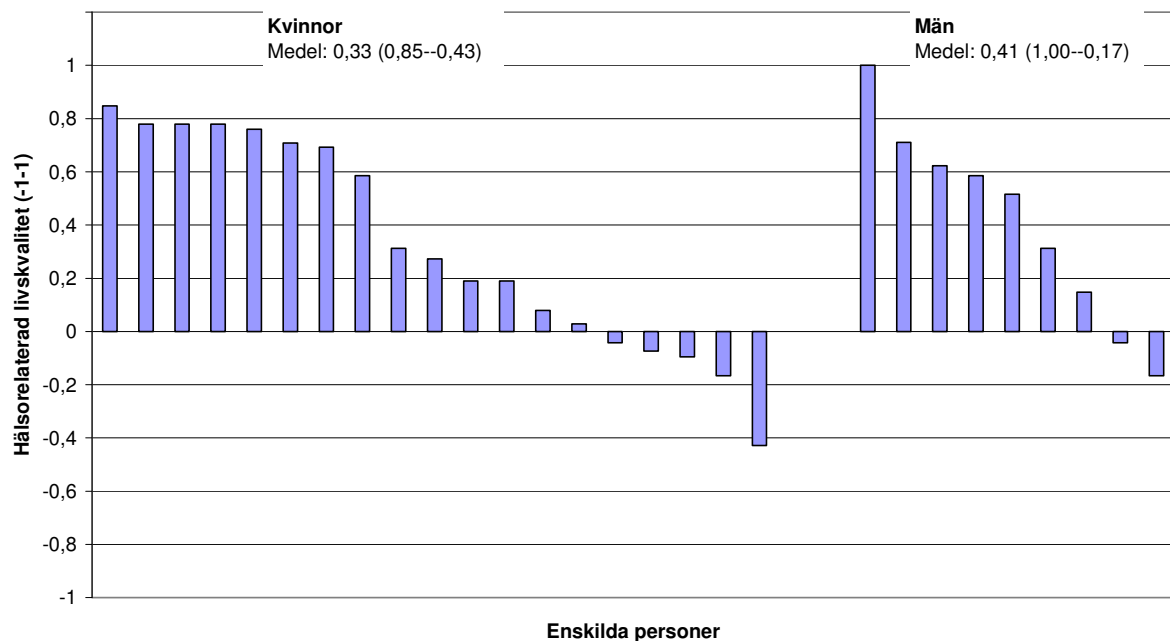
Figur 28 visar fallincidensen under ett år, perioden juni 2009 till maj 2010, där fall med respektive utan allvarlig skada som följd har indikerats. Det inträffade totalt 47 fall hos 14 personer (10 kvinnor, en man), men bara 4 frakturer (9 %). En person föll tio gånger under perioden (knappt ett fall per månad) utan att få någon fraktur. Men det finns också två kvinnor som föll bara en gång, men båda drabbades av allvarlig skada.



**Figur 28** Antal fall med och utan allvarlig skada som följd, för kvinnor (n=10) respektive män (n=4). Övriga 14 personer råkade inte ut för några fall under perioden

## Hälsorelaterad livskvalitet

Hälsorelaterad livskvalitet mättes med metoden EQ-5D. Den består av fem olika aspekter av livskvalitet: Rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet och resultaten beräknas utifrån ett normalmaterial från England. Resultaten anges i ett intervall från (-1) till (+1), där -1 motsvarar sämsta och +1 motsvarar bästa tänkbara livskvalitet. Data från ett slumpmässigt urval av befolkningen i Kalmar och Östergötlands län 1999 visade att äldre personer i åldersgruppen 70-74 år hade ett genomsnittligt EQ-5D-index på 0,7-0,8 (Eriksson & Nordlund, 1999). Figur 29 visar fördelning av hälsorelaterad livskvalitet. Medelvärdet låg kring 0,3 med mycket stora skillnader. Kvinnorna hade något lägre medelvärde än män, vilket stämmer med tidigare undersökningar.



**Figur 29** Hälsorelaterad livskvalitet hos de 28 deltagarna i inventeringen, fördelat på kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

Tabell 15 visar en sammanställning av de äldre personernas funktionstillstånd, vad gäller kognitiv, affektiv och fysisk funktion.

	enhet	Plan 2 n=7	Plan 3 n=5	Plan 4 n=9	Plan 5 n=7
Kognitiv funktion (MMT) (n=26)		13 (0-22)	5 (0-15)	12 (0-21)	8 (0-24)
Affektiv funktion (GDS-20) (n=17)	%	4 (1-15)	7 (6-17)	4 (2-9)	3 (2-11)
Aktivitet i dagliga livet, ADL (Katz) (n=28)		E (C-G)	E (D-G)	B (A-G)	D (A-G)
Handgrepp (starkaste handen) (n=23)	kg	12,8 (4-22)	9,5 (4-20)	18,0 (6-28)	17,6 (12-22)
PEF (Peak Expiratory Flow) (n=22)	ml/min	131 (80-293)	136 (80-170)	225 (60-380)	203 (113-340)

**Tabell 15** Olika mått på funktion hos de 28 deltagarna i inventeringen. Redovisas som medelvärde och spridning, förutom MMT, GDS och ADL som redovisas som median och spridning.

## Hjälpmedel

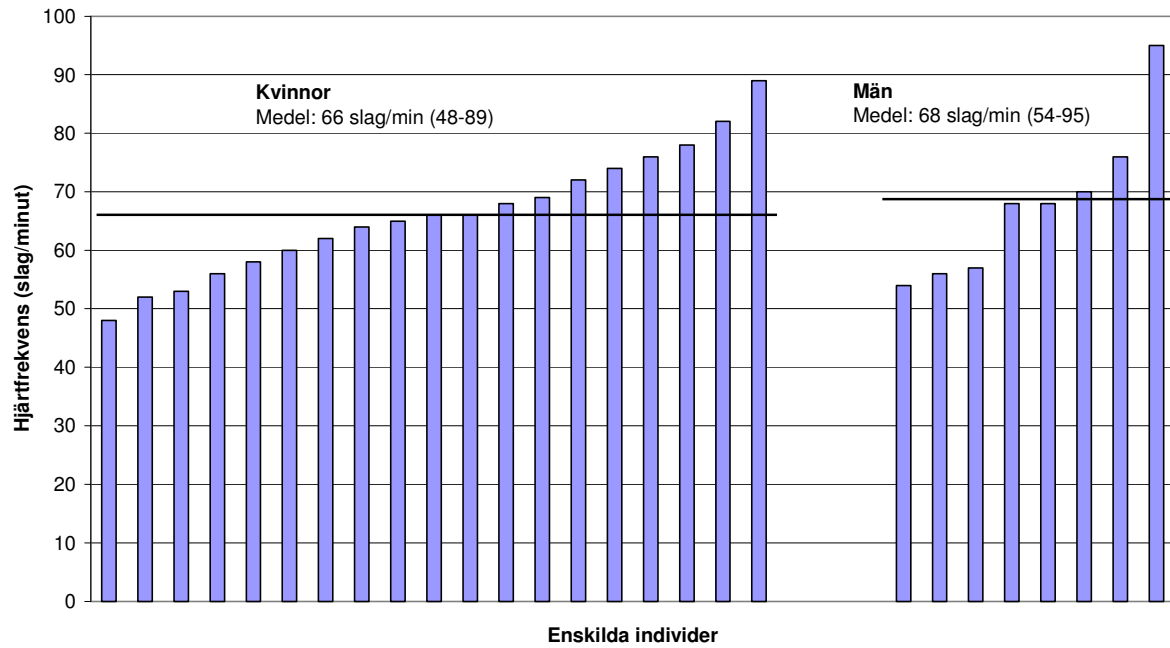
Tabell 16 visar användningen av hjälpmedel vid tidpunkten för inventeringen. Här framgår att nästan alla deltagare hade en duschstol eller hygienstol (93 %) och att de flesta hade rollator eller rullstol (75 % vardera).

Hjälpmedel	Backagården (n=28)
Käpp	2
Rollator	21
Rullstol	21
Duschstol/hygienstol	26
Toaförhöjning	5
Sittdyna	0
Ryggstöd	0
Sele	8
Trancellmadrass	8
Dävert/handtag	7
Grindskydd	2
Lift	1

**Tabell 16** Antal personer på respektive avdelning som hade tillgång till hjälpmedel av olika slag (n=28).

## Hjärtfrekvens

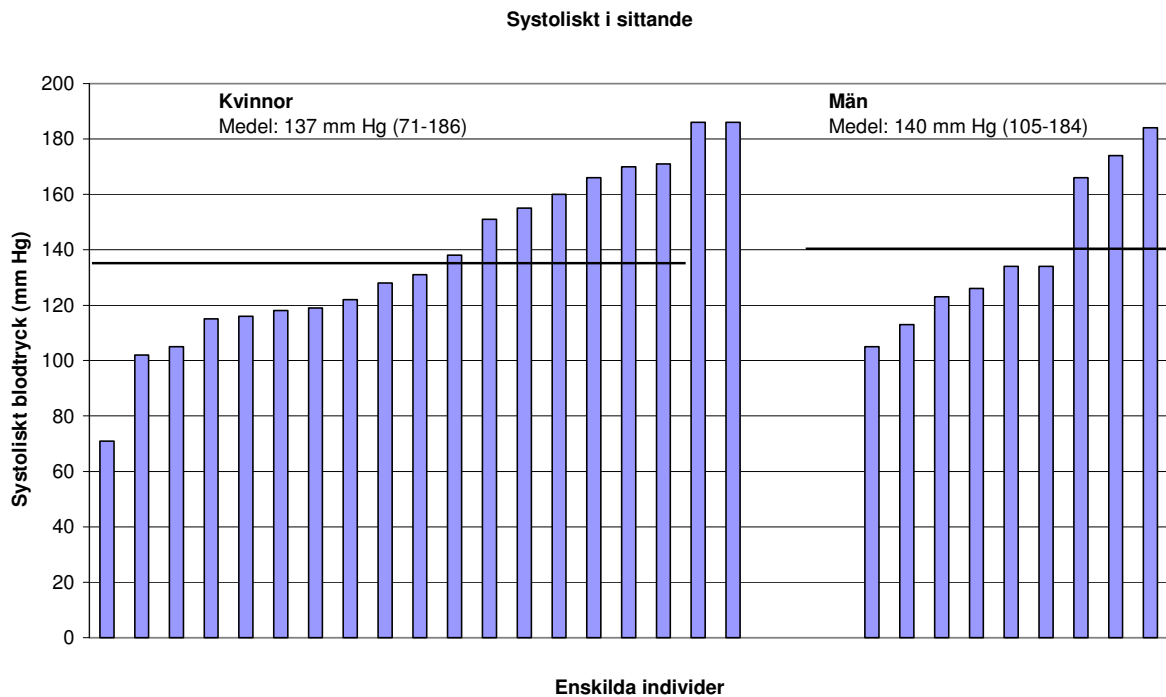
Figur 30 visar hjärtfrekvensen (pulsen) i vila i sittande ställning. Hjärtfrekvensen ligger för de flesta mellan 50 och 80 slag/minut. Två personer (båda män) hade patologiskt långsam respektive snabb vilopuls.



**Figur 30** Hjärtfrekvens i vila (slag/minut) i liggande ställning fördelat på kvinnor (n=15) och män (n=9). Medelvärde markerat med horisontell linje.

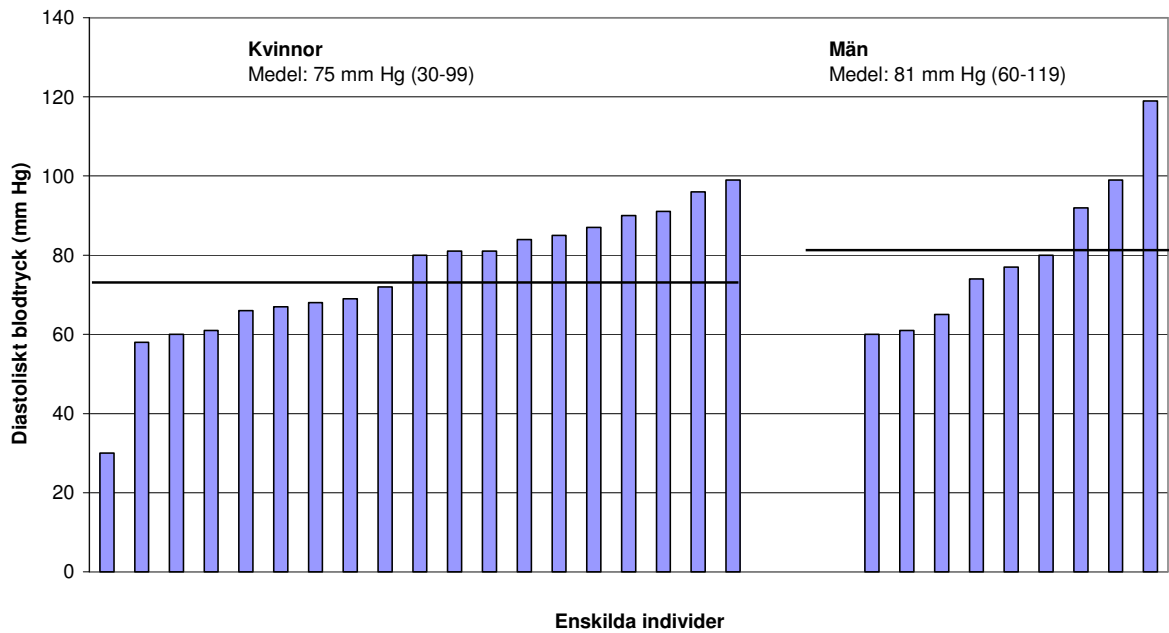
## Blodtryck

Figur 31 visar det systoliska blodtrycket i vila i sittande ställning. Medelvärdet var 137 mm Hg hos kvinnor och ungefär samma hos män, 140 mm Hg. Åtta kvinnor (53 %) och tre män (33 %) hade systoliskt blodtryck över 140, vilket definieras som systolisk hypertension (högt blodtryck).



**Figur 31** Systoliskt blodtryck i vila i sittande ställning för kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

Figur 32 visar det diastoliska blodtrycket i vila i sittande ställning. Medelvärdet var 75 mm Hg hos kvinnor respektive 81 mm Hg hos män. Fyra kvinnor (21 %) och tre män (33 %) hade diastoliskt blodtryck över 90 mm Hg, vilket definieras som diastolisk hypertension (högt blodtryck).



**Figur 32** Diastoliskt blodtryck i vila i sittande ställning för kvinnor (n=19) och män (n=9). Medelvärdet markerat med horisontell linje.

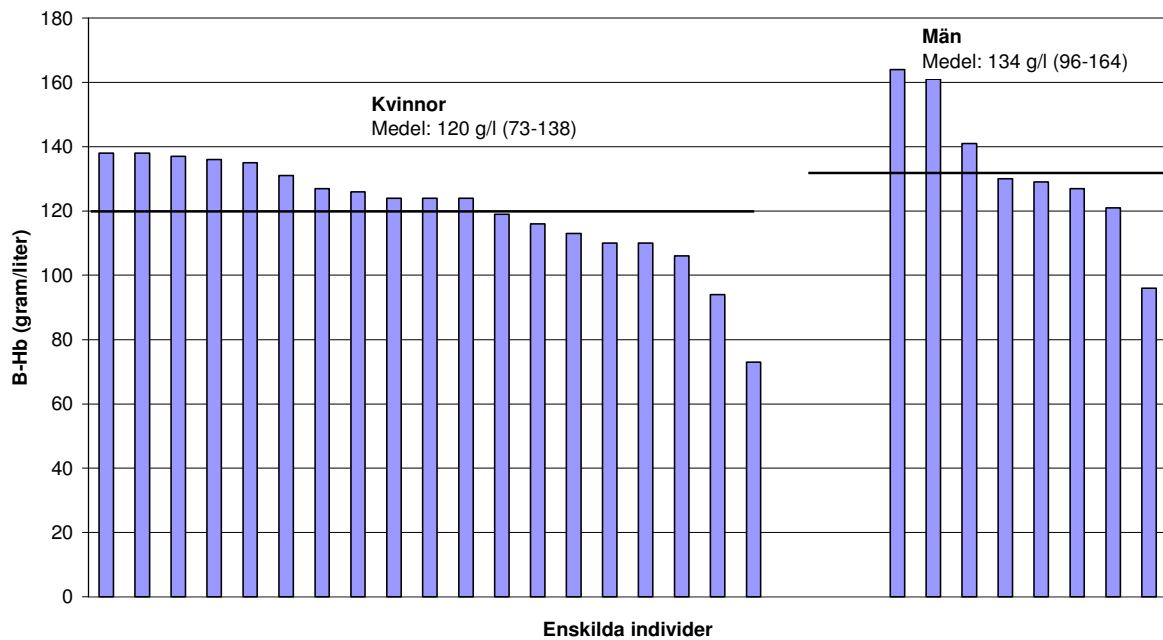


## Blodprover

Alla blodprover togs av personalen på Backagården och skickades till Universitetssjukhuset i Örebro för analys.

### Hemoglobin (Hb)

Figur 33 visar fördelningen av B-Hb som redovisas i gram per liter (g/l). I genomsnitt hade kvinnorna 120 g/l och männen 134 g/l med stora variationer. Referensområdet för anemi ("blodbrist") går vid 117 g/l. Med denna definition hade sju kvinnor (37 %) och en man anemi.

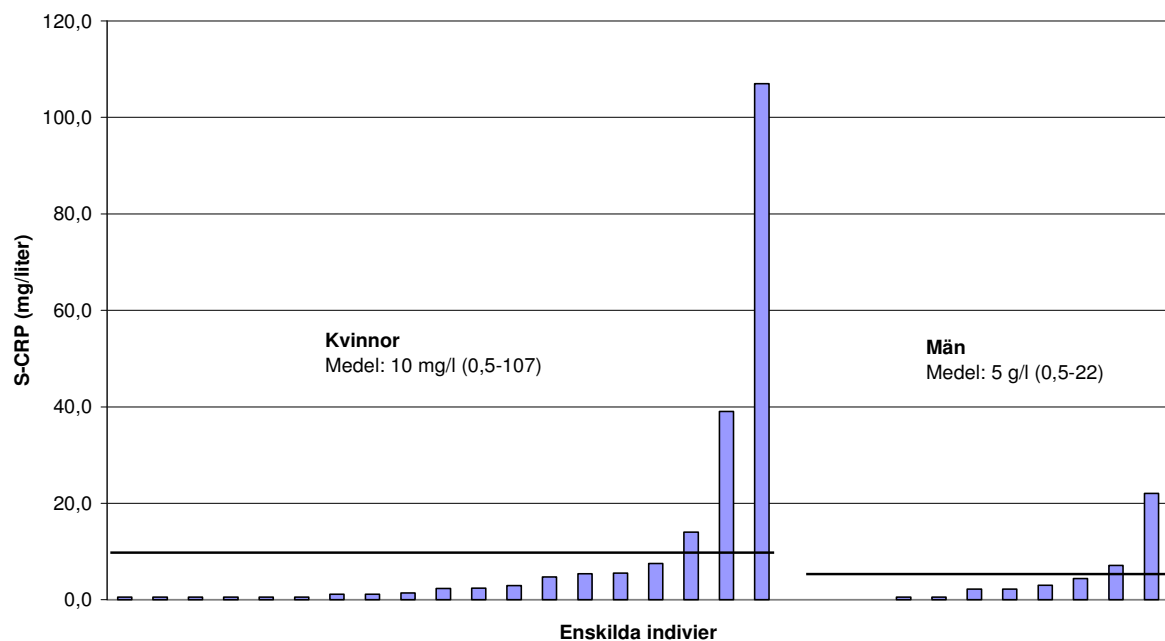


**Figur 33** Fördelning av B-Hb för kvinnor (n=19) och män (n=8). Medelvärden markerat med horisontell linje.

## CRP (C-reaktivt protein)

CRP (C-reaktivt protein) är ett protein som ökar snabbt i koncentration i blodet vid många inflammatoriska tillstånd. Det har kommit att i hög grad ersätta den gamla "sänkan" som mått på inflammatoriska processer, särskilt inom akutsjukvården. Den vetenskapliga litteraturen talar alltmer för att långvariga hälsoproblem är relaterade till lätt inflammatorisk aktivering, som avspeglas i blodprover. Analys gjordes därför av P-CRP för att uppmärksamma eventuell förekomst av låggradig inflammatorisk aktivitet. Höga värden på P-CRP betyder i regel akuta inflammatoriska reaktioner, till exempel vid infektioner eller trauma av olika slag som exempelvis fall eller genomförd kirurgi.

Figur 34 visar fördelningen av P-CRP, där det förelåg mycket stora variationer. Referensområdet för patologiskt stegrat P-CRP med den använda högkänsliga metoden går vid 4 mg/liter. Med denna definition hade sju kvinnor (37 %) och tre män (37 %) patologiskt stegrat P-CRP. Några personer hade kraftiga stegringar av P-CRP talande för akut inflammatorisk reaktion enligt ovan.

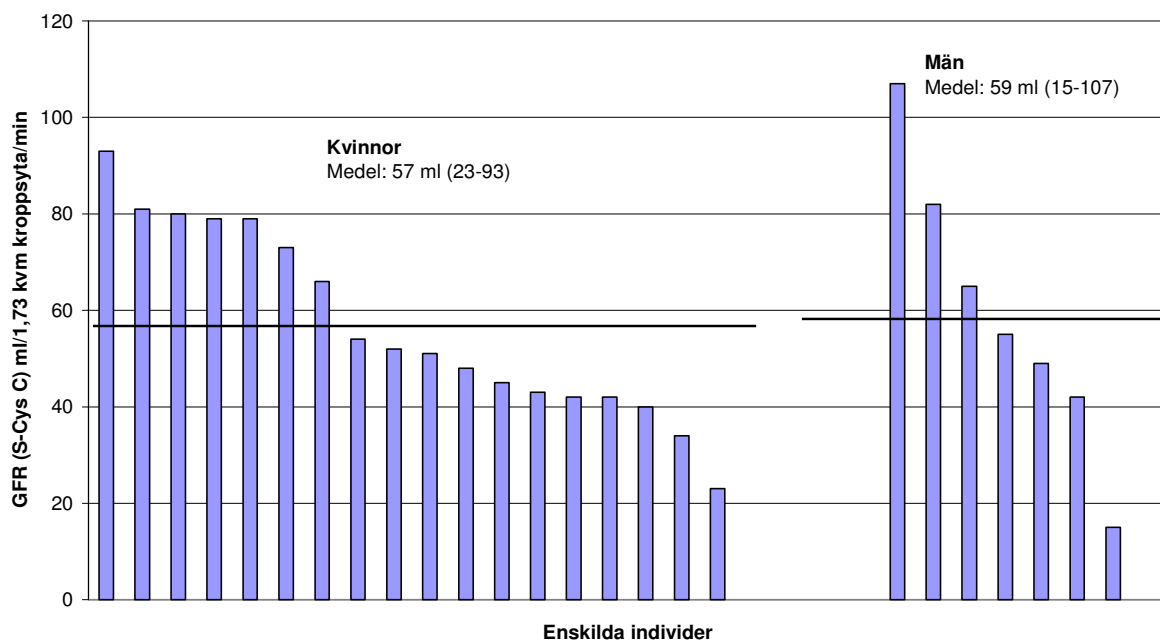


**Figur 34** Fördelning av P-CRP för kvinnor (n=19) och män (n=8). Medelvärdet markerat med horisontell linje

## S-Cystatin C

Njurfunktionen sjunker hos många personer från 40-årsåldern och framåt, dock inte hos alla. En nedsatt njurfunktion kan till exempel påverka salt- och vätskebalansen, bildning av viktiga hormoner (som påverkar blodbildning och hållfasthet i skelett) samt påverka utsöndringen av läkemedel. Njurfunktionen beräknades vid inventeringen med hjälp av prediktionsekvation baserad på S-Cystatin C, beräknad av Kliniskt kemiska laboratoriet på Universitetssjukhuset i Örebro. Beräkningen leder fram till en uppskattning av glomerulär filtrationshastighet, på engelska glomerular filtration rate (GFR).

Figur 35 visar fördelningen av beräknad GFR, som redovisas i förhållande till en standardiserad kroppsytta om 1,73 m<sup>2</sup>. I genomsnitt hade kvinnorna och männen 57-59 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup> kroppsytta med stora variationer. Referensområdet för patologiskt sänkt GFR går vid 50 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup> kroppsytta. Med denna definition hade åtta kvinnor (44 %) och tre män (43 %) patologiskt låg njurfunktion. Några personer hade kraftiga sänkningar av njurfunktionen.



**Figur 35** Fördelning av GFR (predikterat via S-Cystatin C) för kvinnor (n=19) och män (n=8). Medelvärdet markerat med horisontell linje

## Förslag till utveckling och förbättring

Personalen på Backagården har gjort ett gediget och hedervärt arbete med insamling av material som underlag för den här rapporten.

Enkätundersökningarna visar att både de flesta äldre personer är nöjda med matsedel, mat, måltider och med den hjälp och det stöd de får av personalen, och att även personalen är nöjda. Detta är glädjande med tanke på den generella kritik mot maten inom äldreomsorgen som återkommande framhålls i lokal och nationell media. Måltiderna är dessutom näringsvärdesberäknade av tillagningsköket och tillagas efter recept, vilket är en förutsättning för att kunna uppskatta hur mycket energi och näringsämnen som de äldre personerna får i sig.

Det finns en del aspekter som kan förbättras och här nedan anges en del förslag till utveckling och förbättring kategoriserade under rubrikerna Mat, Måltider och Hälsotillstånd samt Övrigt.

### Mat

#### Portionsstorlek

Tillagningsköket definierar inte för våningsplanen hur stor en "normal" portion är. Det försvårar för personalen att uppskatta hur mycket energi och näringsämnen en äldre person får i sig. Samtidigt vill troligen de äldre äta mer av den mat de tycker är god och mindre av mat de tycker är mindre god, och den friheten och det individuella valet måste få göras. Att definiera portionsstorlekar inom äldreomsorg diskuteras inom flera kommuner och det är tydligt att det både finns för- och nackdelar.

*Förslag: Tillagningsköket bör definiera hur stor en "normal" portion är.*

#### Specialkost (inkluderande berikning och kosttillslag)

Indikationerna för användning respektive uppföljning av effekter av specialkost är ibland oklara. Sjuksköterskorna kontaktas inte alltid för bedömning av indikation eller för ordination av specialkost.

I dagsläget levererar inte tillagningsköket någon E-kost (energi- och proteintät kost), vilken ser snarlik ut som A-kosten (allmän kost för sjuka), men är berikad så att den ger lika mycket energi och protein, men är mindre till storleken. E-kosten är därmed bra för personer som äter lite mat, har dålig aptit eller har svårt att få i sig en hel portion.

*Förslag: a) E-kost bör införas som ett alternativ till A-kost och användas som individuell ordination.*

*b) Ordination av alla slags specialkost bör ske på samma noggranna sätt som för läkemedel, där det skall framgå indikation, typ av specialkost och plan för regelbundet upprepad uppföljning av effekt.*

*c) Ansvarig läkare och sjuksköterska bör alltid vara inblandade i och ha ansvaret för bedömning av indikation för och ordination av specialkost.*

*d) En dietist kan fungera som kontinuerligt stöd med information och kunskap om sortiment, tekniska aspekter, produktutveckling med mera. angående specialkost, berikning och kosttillslag.*

## **Egenkontroll**

På Backagården sköter varje våningsplan sin egenkontroll, men ingen uppföljning eller utvärdering görs lokalt.

*Förslag: Struktur för egenkontrollen bör tydliggöras med ett förfarande med återkoppling till enhetschefen.*

Maten till Backagården levereras i matvagnar med en varm och en kall del. Mätning av temperaturen på maten sker genom stickprov varje månad i alla vagnar, men ingen återkoppling verkar ske till tillagningsköket. Inte heller verkar temperaturmätningen göras enligt fasta kriterier.

*Förslag: Mätning av temperaturen i matvagnarna bör specificeras med gränsvärden för när maten ska skickas tillbaka, när köket ska meddelas om en något låg temperatur respektive när maten är säker att servera. Alla temperaturmätningar bör sammanställas och redovisas löpande för ledningen.*

## **Mellanmål**

På alla våningsplan serveras frukost, lunch och middag, men det är olika om och när mellanmål serveras. Till äldre, sjuka personer brukar det generellt rekommenderas tre mellanmål per dag, utöver huvudmålen. För att fördela energi- och näringsintaget över dagen bör cirka 50 % komma från lunch och kvällsmål medan övriga 50 % bör komma från frukost och mellanmål. Framför allt för personer med nedsatt aptit och ett lågt energi- och näringsintag kan mellanmål ha stor betydelse för det totala energi- och näringsintaget. Den näringsmässiga kvaliteten på mellanmålen är också viktig för det totala intaget.

*Förslag: Mellanmål bör definieras i Backagårdens rutiner kring mat och måltider. Regelbunden analys bör ske av hur intaget av energi och näringsämnen fördelas mellanmålen i relation till de tre måltiderna.*

## **Individuella önskemål**

Enligt ett kostombud finns en lista på våningsplanet, där det framgår vad de olika äldre personerna önskar för mat och hur de önskar bli serverade. Detta framkom inte vid intervjuerna på de övriga tre våningsplanen. Sådana listor kan vara ett bra led i att individanpassa maten och måltiderna, men kräver också att det finns en struktur för att regelbundet följa upp, utvärdera och uppdatera informationen. Troligen är den här typen av listor och information även ett bra sätt för att sprida informationen till nyanställda personer och till vikarier.

*Förslag: En sådan lista bör upprättas för varje äldre person som flyttar in på Backagården. Det bör tydliggöras vem som är ansvarig för upprättningen och för att den följs upp regelbundet.*

## Måltider

### Måltidspolicy

Inom det kostprojekt som pågått under 2010 har personalen som arbetar på plan 4 på Backagården tagit fram en måltidspolicy (bilaga 4), som bland annat tar upp hur miljön kring måltiderna bör vara. Policyn nämns inte vid intervjuerna med flera kostombud, vilket kan indikera att policyn inte ännu är spridd till de andra våningsplanen.

*Förslag: En plan bör läggas för spridning av måltidspolicyn till all personal inkluderande de boende och anhöriga på Backagården, samt för hur policyn ska följas upp.*

### Nattfastans längd

Undersökning av nattfastans längd har inte har ingått i inventeringen, men den nämns som en kommentar i personalenkäten. Med nattfasta menas tiden mellan när sista äts eller dricks på kvällen och det första som äts eller dricks på morgonen. Nattfastas längd är en av flera kvalitetsindikatorer som används av Socialstyrelsen för att jämföra vård och omsorg om äldre i Äldreguiden ([www.aldreguiden.socialstyrelsen.se](http://www.aldreguiden.socialstyrelsen.se)), där nattfasta längre än 11 timmar ger sämre poäng för verksamheten i den totala sammanställningen. En person ur personalen har i enkäten kommenterat att det är ett problem att de äldre personerna har lång nattfasta. En närmare undersökning av detta förutsätter en individuell analys, där hänsyn också måste tas till individuella behov och önskemål.

### Delaktighet

De äldre personernas delaktighet i måltiderna förefaller begränsad. Det är bara kostombudet på ett våningsplan som berättar att de ibland använder karotter till några äldre personer.

*Förslag: Karotter bör användas i ökad utsträckning vid alla måltider som ett sätt att öka delaktigheten, men också för att använda måltiderna som funktionsbevarande aktivitet. Att ställa fram bröd, smör och dryck på bordet, vilket personalen på flera våningsplan gjorde, kan också uppmuntra de äldre personerna att delta fysiskt i måltiden och kan bidra till att måltiden känns mer hemlik.*

### Pedagogiska måltider

Pedagogiska måltider kallas måltider där omvårdnadspersonal deltar aktigt i måltiden och det finns på de våningsplan där det är demensboende, vilket både enhetschef och personal verkar nöjda med. Gemensamma måltider är ett bra forum för socialt utbyte, men också för att en möjlighet för personalen att på ett tydligt sätt se hur matsituationen fungerar för de enskilda äldre personerna. Enligt ett enkätsvar får inte sjuksköterskorna delta i de gemensamma måltiderna. Detta har inte undersökts vidare i inventeringen och anledningen är därför oklar. Att även sjuksköterskor vid vissa tillfällen skulle delta vid måltiderna skulle kunna öka deras förståelse för hur de äldre personerna fungerar i matsituationen och hur eventuella ätproblem yttrar sig och hur det kan påverka det generella nutritionstillståndet.

*Förslag: Personalen inkluderande sjuksköterskorna bör uppmuntras att regelbundet äta tillsammans med de äldre personerna.*

## Hälsotillstånd

### Bedömning och behandling av nutritionsrelaterade problem

När det gäller nutritionsrelaterade problem verkar inte omvårdnadspersonalen se sjuksköterskorna som självklara samtalspartners och ansvariga för all slags bedömning, behandling och handläggning. Ofta tar omvårdnadspersonalen själva beslut om olika åtgärder och testar sig fram. Inventeringen har inte kunnat utvärdera närmare huruvida detta fungerar på ett tillfredsställande sätt för de äldre personerna.

Nutritionsbehandling på Backagården sker på flera olika sätt, till exempel i form av berikning, kosttillskott, dryck med mjölksyrabakterier (probiotika) och tidigare även med smoothies, samt mjölk- och glassdrinkar för att öka energi- och näringsintaget. Behandlingen och användningen av produkterna sker dock inte på ett strukturerat sätt som därmed är möjligt att följa upp och utvärdera.

*Förslag: Det ska finnas tydliga indikationer och mål för nutritionsrelaterad bedömning, behandling och handläggning. Utvärdering av effekt(er) av nutritionsbehandling över tid bör ske regelbundet och strukturerat utgående från vissa uppsatta kriterier. Sjuksköterskan är, tillsammans med läkaren, ansvarig för bedömning, behandling och uppföljning av nutritionsrelaterade hälsoproblem.*

### Dokumentation

Dokumentationen av bedömning av nutritionsrelaterade problem sker på flera olika ställen på Backagården:

- a) det datoriserade journalsystemet DocIt sker löpande dokumentation sker enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen,
- b) nutritionsjournal i pappersformat och
- c) en kostplan i pappersformat.

Innehållet i dessa tre dokumenttyper har inte undersökts vid inventeringen. Det finns hälsorisker och andra kvalitetsrisker för de äldre personerna när dokumentation finns på flera olika ställen, till exempel i form av tidskrävande dubbelarbete svårigheter med uppdatering.

*Förslag: Dokumentationen om de äldre personerna på Backagården bör samlas i ett system, gemensamt för hela verksamheten.*

## Övrigt

### Skriftliga rutiner

Idag finns en måltidspolicy, men inga skriftliga rutiner kring mat och måltider.

*Förslag: Upprätta skriftliga rutiner kring mat och måltider på Backagården.*

### Kompetens

Vid en inventering som denna är det svårt att utvärdera om personalen (omvårdnadspersonal, sjuksköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare med flera) har den kompetens som krävs, till exempel inom området mat, ätande och nutritions-tillstånd. Vid inventeringen framkom att det inte finns någon övergripande utbildningsplan och att inte någon av sjuksköterskorna hade någon nutritionsutbildning.

*Förslag: En övergripande, strukturerad utbildningsplan för personalen bör upprättas för att säkerställa att rätt kompetens finns och att ny information och nya riktlinjer kontinuerligt införs i verksamheten. Det bör även utformas en struktur för hur stöd från nutritions-kompetens (exempelvis dietist) ska fungera och användas i kommunen.*

## Avrundning

Ovanstående förslag till utveckling och förbättring hoppas vi kan fungera som ett underlag till vidare diskussioner och förhoppningsvis kan resultaten från denna inventering bidra till att förbättra kvaliteten på mat, måltider, hälsotillstånd och nutritionstillstånd hos äldre personer i kommunen, både på Backagården och inom kommunens övriga äldreomsorg.

Vi ser fram emot fortsatta diskussioner och ett fortsatt gott utvecklingsarbete.



## Referenser

Kangas H, Strand S, Lammes E, Willén E & Akner G (2002). *Kvalitetskrav gällande kost som serveras till äldre*. Sundbybergs Stad. Webbadress: <http://www.gunnar-akner.se>

Eriksson E, Nordlund A. Hälsa och hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D och SF-36 i Östergötlands och Kalmar län. Resultat från befolkningsenkäterna. Folkhälsovetenskapligt centrum 1999.

Webbadress: <http://www.lio.se/upload/dokroot/Enheter/Fhvc/Rapporter/Rapporten%20m%20bil.pdf>

Livsmedelsverket (2003). *Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg*.

Livsmedelsverket (2005). *Svenska näringsrekommendationer*.

Webbadress: <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Svenska-narings-rekommendationer/>

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). *Genombrott steg för steg inklusive arbetsmaterial*.

Webbadress: [http://www.skl.se/web/Steg\\_for\\_steg\\_-\\_arbetsmaterial.aspx](http://www.skl.se/web/Steg_for_steg_-_arbetsmaterial.aspx)

Örebro kommun (2006a). *Riktlinje för Kost och nutrition inom vård och omsorg*.

Webbadress:

<http://www.orebro.se/download/18.10f1ec7f110cf0d553e800041853/Kost+och+nutrition+i+v%C3%A5rd+o+omsorg.pdf>

Örebro kommun (2006b). *Riktlinje för Mellanmål inom vård och omsorg i Örebro*.

Webbadress:

<http://www.orebro.se/download/18.10f1ec7f110cf0d553e800041847/Mellanmål+i+v%C3%A5rd+och+omsorg.pdf>



ÖREBRO UNIVERSITET  
HÄLSOKADENIN

## Enkät angående maten och måltiderna som serveras på Backgården

Denna enkät riktar sig till alla personer som bor på Backgården. Enkäten är en del av ett pågående forskningsprojekt kallat "Mat, måltider och nutritionstillstånd på Backgården". Syftet är att era åsikter, önskemål och förslag när det gäller maten och måltiderna skall komma fram. Svaren kommer att användas som underlag för kommande utvecklingsarbete angående mat och måltider på Backgården. Dina svar är helt anonyma.

Markera Ditt svar genom att kryssa för ett alternativ för respektive fråga i tabellerna nedan. Kommentera gärna Dina svar (skriv gärna på baksidan).

Lämna den ifyllda enkäten i receptionen på Backgården eller lämna till någon i personalen. Om Du har frågor, kontakta någon av sjuksköterskorna.

Örebro 100322

Stina Engelheart, dietist  
Gunnar Akner, professor, överläkare

<b>I. Vad tycker du om...</b> Kryssa för ett alternativ för respektive fråga	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
variationen på matsedeln?					
måltidernas tidpunkter?					
smaken på maten?					
konsistensen på maten?					
temperaturen på maten när den serveras?					
utseendet på maten?					
hur maten är upplagd på tallriken?					
portionsstorlekarna?					
servicen kring måltiden?					

Kommentarer \_\_\_\_\_

**2. Vilken typ av mat / kost äter Du?**

- Normalkost
- Specialkost; vilken typ? \_\_\_\_\_
- Konsistensanpassad; vilken konsistens? \_\_\_\_\_
- Annat: \_\_\_\_\_

**3. Var föredrar Du att äta?**

- I restaurangen
  - I avdelningens matsal
  - I mitt rum
- Annat: \_\_\_\_\_

**4. Vilka tider skulle Du vilja äta?**

Om Du vill hoppa över en måltid skriver Du ingenting; vill Du t ex dricka kaffe två gånger skriver Du två tider, måltiderna behöver inte vara i den ordning de står angivna)

Frukost?	Kl. _____
Huvudmål? (lunch)	Kl. _____
Mellanmål?	Kl. _____
Kaffe med dopp?	Kl. _____
Kvällsmat? (middag)	Kl. _____
Senare kvällsmål?	Kl. _____

**5a. Tycker Du att det är för lång tid mellan sista målet på kvällen och det första målet på morgonen?**

(Kryssa för ett eller flera alternativ.)

- Ja, det är för lång tid; jag hinner bli hungrig på natten
- Nej, det kunde vara längre tid emellan
- Jag tycker att det är lagom som det är nu

**5b. Om Du svarat ja på förra frågan, vill Du då helst...**

- äta senare på kvällen?
- äta frukost tidigare på morgonen?

**6. Tycker Du att Du får tillräckligt med tid på Dig för att äta upp varje måltid?**

- Ja
- Nej

**7. Tycker Du att Du får den hjälp vid måltiden som Du behöver?**

- Ja
- Nej

**8a. Vill Du äta frukt?**

(Kryssa för ett eller flera alternativ.)

- Till frukost
- Som mellanmål
- Som efterrätt
- På kvällen
- Inte alls

**8b. Vilka frukter tycker Du mest om?**

---

---

**9a. Vill Du äta råa grönsaker eller sallad till maten?**

- Ja
- Nej
- Ibland

**9b. Vilka råa grönsaker tycker Du mest om?**

---

---

10. Vilka kokta grönsaker tycker Du mest om?

---



---



---

## 11. Vilka sorters bröd äter Du helst? (Kryssa för ett eller flera alternativ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vitt bröd     | <input type="checkbox"/> Ljust knäckebröd |
| <input type="checkbox"/> Ljust matbröd | <input type="checkbox"/> Grovt knäckebröd |
| <input type="checkbox"/> Mörkt matbröd | <input type="checkbox"/> Syrat bröd       |
| <input type="checkbox"/> Grovt rågbröd | <input type="checkbox"/> Annat: _____     |

## 12. Vilka smörgåspålägg föredrar Du? (Kryssa för ett eller flera alternativ)

- |   |                                  |                                       |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bara smör/margarin | <input type="checkbox"/> Korv    | <input type="checkbox"/> Ägg          |
| <input type="checkbox"/> Mager ost          | <input type="checkbox"/> Skinka  | <input type="checkbox"/> Marmelad     |
| <input type="checkbox"/> Fet ost            | <input type="checkbox"/> Tomat   | <input type="checkbox"/> Kaviar       |
| <input type="checkbox"/> Mjukost            | <input type="checkbox"/> Gurka   | <input type="checkbox"/> Honung       |
| <input type="checkbox"/> Leverpastej        | <input type="checkbox"/> Paprika | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

## 13. Vilka drycker tycker Du mest om? (Kryssa för ett eller flera alternativ, ange gärna vilken smak, sort, fetthalt m.m. som Du föredrar)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vatten                    | <input type="checkbox"/> Mjolk        |
| <input type="checkbox"/> Mineralvatten/Vichyvatten | <input type="checkbox"/> Kaffe        |
| <input type="checkbox"/> Juice                     | <input type="checkbox"/> Te           |
| <input type="checkbox"/> Saft                      | <input type="checkbox"/> Choklad      |
| <input type="checkbox"/> Lättöl                    | <input type="checkbox"/> Filmjolk     |
| <input type="checkbox"/> Läsk                      | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

## 14. Vilka maträtter skulle Du vilja ha ofta på matsedeln?

(ange max 5 maträtter)

---



---



---



---

**15. Vilka maträtter skulle Du vilja stryka helt från matsedeln?**  
(ange max 5 maträtter)

---

---

---

---

---

**16. Vad äter Du helst till frukost?**

---

---

---

**17. Vad äter Du helst som kvällsmat (middag)?**

- Ett lättare lagat mål
- En riktig måltid liknande huvudmålet som serveras mitt på dagen
- Gröt / smörgås med dryck
- Jag vill ej ha kvällsmat
- Annat: \_\_\_\_\_

**18. Saknar Du något till måltiderna? Vad i så fall?**

---

---

---

**19. Har Du några andra kommentarer när det gäller maten på Backagården?**

---

---

20. Hur ser du på mat och måltider i förhållande till andra aktiviteter under dagen:

	Lika viktigt som mat/måltider	Viktigare än mat/måltider	Mindre viktigt än mat/måltider
Fysisk aktivitet			
Fysisk träning			
Utevistelse			
Utöva hobby (vilken?)			
Duscha/bada			
Husdjur (vilket?)			
Musik			
Resor			
Bio/teater			
Sociala kontakter			
Tidningar			
TV			
Radio			

Namn: \_\_\_\_\_

Avdelning: \_\_\_\_\_ Svardsdatum: \_\_\_\_\_

Namn behövs endast för att underlätta insamlingen av enkäterna. Ingen annan än projektgruppen kommer att kunna se vad just Du har svarat. Ditt namn kommer inte att kunna kopplas till dina svar vid sammanställningen.

Enkäten är ifylld

- Själv (av boende)
- Tillsammans med närstående
- Av närstående
- Tillsammans med kontaktperson
- Av kontaktperson
- Annan person (specificera)

Hjärtligt Tack för Din medverkan!



### Enkät angående maten och måltiderna som serveras på Backagården

Denna enkät riktar sig till all personal vid Backagården. Enkäten är en del av ett pågående forskningsprojekt kallat "Mat, måltider och nutritionstillstånd på Backagården". Syftet är att era åsikter och förslag, när det gäller maten som serveras till de äldre, skall komma fram. Svaren kommer att användas som underlag för kommande utvecklingsarbete inom mat och måltider på Backagården och i Örebro kommun. Dina svar är helt anonyma.

Markera Ditt svar genom att kryssa för ett alternativ för respektive fråga i tabellerna nedan. Kommentera gärna Dina svar (skriv gärna på baksidan)

Lämna den ifyllda enkäten i receptionen på Backagården. Om Du har frågor, kontakta någon av sjuksköterskorna.

Örebro 100322

Stina Engelheart, dietist  
Gunnar Akner, professor, överläkare

I. Vad tycker du om.. Kryssa för ett alternativ för respektive fråga	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
variationen på matsedeln?					
måltidernas tidpunkter?					
smaken på maten?					
konsistensen på maten?					
temperaturen på maten när den serveras?					
utseendet på maten?					
hur maten är upplagd på tallriken?					
portionsstorlekarna?					
servicen kring måltiden?					

Kommentarer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



2. Hur fungerar...	Dåligt	Oftast dåligt	Oftast bra	Bra	Vet ej
kontakten med köket?					
leveransen av maten?					
servering av maten?					
beställning och leverans av specialkost?					

Kommentarer \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. Får de som bor på Backagården	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid	Vet ej
... den mat som han/hon beställt?					
... mat som han/hon tycker om?					
... den hjälp han/hon behöver vid måltiden?					
... så mycket mat som han/hon vill ha?					
... de mellanmål som han/hon vill ha?					

Kommentarer \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Hur viktigt är mat och måltider för de boende på Backagården	Mycket viktigt	Ganska viktigt	Viss betydelse	Ingen större betydelse	Vet ej

Jag jobbar som...

- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Vårdbiträde
- Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Annat:.....

På vilken avdelning jobbar Du? .....

Övriga synpunkter eller kommentarer:

---

---

---

---

---

Tack för din medverkan!

Datum

Namn

Personnummer

**Symtomgenomgång**

Kryssa för det/de symtom som förekommer som antingen "lite" eller "mycket" eller "ibland"

Symtomlista	Specificera (t.ex. sida) Skriv ev. på baksidan	Konstant / nästan konstant		Ibland
		Lite	Mycket	
Trötthet				
Bensvullnad				
Yrsel				
Klåda				
Hudutslag				
Andfäddhet				
Hosta				
Torra ögon				
Nedsatt syn				
Nedsatt hörsel				
Nedsatt smak				
Nedsatt lukt				
Svårt att hitta ord				
Svårt att uttala ord				
Torr mun				
Sura uppstötningar				
Illamående				
Kräkning				
Svårigheter att svälja				
Förstoppning				
Diaré				
Kan inte hålla avföringen				
Kan inte hålla urinen				
Besvär från underlivet (vad?)				
Sömnbesvär				
Nedsatt minne				
Nedstämdhet				
Oro				
Muskelsvaghet				
Muskelstelhet				
Muskelkramp				
Förlamning arm/ben				
Känslnedsättning				
Smärta				
Huvudvärk				
Nacke/axlar				
Armar				
Händer/fingrar				
Bröst				
Mage/buk				
Höfter				
Ben				
Fötter/tår				
För hög kroppsvikt				
För låg kroppsvikt				
Ökade kroppsvikt				
Minskade kroppsvikt				

# Måltidspolicy



- ❖ Skylten "Var god stör ej" skall alltid sättas upp på entrédörren inför måltid.
- ❖ Telefonen är avstängd vid lunch och vid middag.
- ❖ Om matvagnen tas upp tidigt skall den stå i korridoren, inte i köket då den väsnas för mycket.
- ❖ Dukningen skall ge ett trevligt intryck. Till den används bordstabletter, servetter, ljus mm. På söndagarna skall det dukas med vita dukar och ljus.
- ❖ Dukningen med glas, bestick och servetter skall alltid förberedas innan pensionärerna sätter sig till bords. Förbered även saft, bröd och smör.
- ❖ Om musik ska spelas ska det vara enligt pensionärernas önskemål.
- ❖ Tv skall vara avstängd.
- ❖ Ta gärna ut en kantin några minuter före måltiden så att matos sprider sig på våningen. Det finns en aromalampa och doftljor att tillgå. Man kan även koka lite kryddor i vatten.
- ❖ När kantinerna väl är urplockade ur vagnen återstår serveringen. Den görs av **en** personal, de andra sätter sig vid bordet tillsammans med de boende.
- ❖ Även om det är porslin, kantiner och dylikt på bänkarna ska vi se till att det inte ser ut som ett kaos.



- ❖ Låt de boende äta i lugn och ro!
- ❖ Erbjud kaffe efter måltiden.
- ❖ Disken tar vi hand om efter det att alla pensionärer har ätit upp.