



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C,
15hp

Grundnivå
ht 2014

Fyra små rätter

— ett utvecklingsarbete av E-kost

KARIN ANDERSSON & CAMILLA JAKOBSSON

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Fyra små rätter – ett utvecklingsarbete av E-kost

Författare: Karin Andersson och Camilla Jakobsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Undernäring är vanligt förekommande inom den svenska vården. Att upprätthålla en god nutritionsstatus och att få i sig tillräckligt med protein är av stor betydelse för en patients tillfrisknande. Vid sjukdom är det vanligt att aptiten minskar och att den sjuke drabbas av illamående, trötthet och smärta och därför inte vill eller orkar äta tillräckligt stora portioner med mat. Ett sätt att hjälpa svårt sjuka patienter att få i sig tillräckligt med energi är att servera en så kallad E-kost: protein- och energirik kost. E-kosten består av mer energität mat och därav mindre portioner samt en hög andel protein.

Syfte: Syftet med uppsatsen var att utveckla menyn för E-kost till en flerrättersmeny på ett utvalt lasarett samt att utvärdera densamma med hjälp av enkätundersökningar.

Metod: En meny togs fram där lunch och middag bestod av fyra små rätter. Menyn utgick från den befintliga menyn för E-kost på lasarettet och utgjorde en veckas matsedel.

För att utvärdera om den nya menyn uppskattades mer av patienterna än den befintliga menyn utfördes en enkätundersökning bland ineliggande patienter som åt E-kost.

Enkätundersökningen utfördes under två omgångar. Den första undersökningen gjordes under två veckor då den befintliga menyn serverades. Den andra undersökningen gjordes under en vecka då den nya menyn prövades. En muntlig utvärdering gjordes efter testveckan med personalen i köket och på avdelningarna som deltog.

Slutsats: Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de två enkätundersökningarna men den nya menyn fick positiv respons från såväl patienter, vårdpersonal och kökspersonal.

Författarna tror på konceptet med flera rätter per måltid.

Titel: Four small courses – a development of an energy- and proteinrich diet
Authors: Karin Andersson and Camilla Jakobsson

ABSTRACT

Background: Malnutrition is common in the Swedish medical care. To maintain a good nutritional status and to ingest a sufficient level of protein is important for a patients recovery. When being sick, decreased appetite often appears. The patient is often in pain, suffering from nausea and fatigue and is therefore not able to eat enough of food to keep a good nutritional status. One way to help those sick people to eat enough of food is to serve the patients an energy- and proteinrich diet. This diet contains a high level of protein and energy and is therefore able to be served in small portions.

Aim: The aim with this essay was to develop the menu for energy- and proteinrich diet to a several dishes menu on a selected hospital and the developed menu was evaluated with surveys.

Method: A menu was developed where the lunch and dinner was consisted of four small courses. The resulting menu were based from the hospitals existing menu and contained seven days. To evaluate the new menu and to see if the new menu was more appreciated than the existing menu, there was an survey done among the patients that ate energy- and proteinrich diet. The survey was performed during two periods; one two-week period when the existing menu was served, the other period was the week when the new menu was served. A verbal evaluate were done afte the testing week on the care- and kitchen staff.

Conclusion: There was no significant difference between the results of two surveys but the new menu got positive respons from both patients, the care staff and the kitchen staff. The authors believe that the concept with several small dishes per meal is good.

Förord

Den här uppsatsen har gjorts i samarbete med ett medelstort lasarett i Mellansverige.

Uppdraget de gav oss var att utveckla deras meny för E-kost. Fokus lades på portionsstorlek och proteininnehåll. För att utvärdera menyförslaget som togs fram gjordes två stycken enkätundersökningar, en före och en efter den förändrade E-kostmenyn, vilka besvarades av inneliggande patienter på lasarettet som var ordinerade E-kost.

Vi vill tacka vår handledare Malin Skinnars Josefsson samt kostchefen och menyplaneraren på lasarettet för allt stöd och all hjälp.

Vi vill också tacka all personal och alla patienter på lasarettet som hjälpt oss att genomföra det här arbetet.

Innehållsförteckning

Ordlista	6
1. Inledning	7
1.1 Malnutrition	7
1.2 Att äta på sjukhus	8
1.3 Energi- och proteinbehov vid sjukdom	9
1.4 E-kost	9
1.5 Kosttillägg	10
1.6 Information om för den här studien aktuella sjukhuset	11
2. Syfte och frågeställningar	12
3. Metod	13
3.1 Utveckling av meny	13
3.2 Enkätundersökning	14
3.3 Deltagare	14
3.4 Utvärdering med personalen	15
3.5 De forskningsetiska grundprinciperna	15
3.6 Validitet och reliabilitet	15
3.7 Databearbetning	15
4. Resultat	17
4.1 Energi- och näringsinnehåll i den nya menyn för E-kost	17
4.2 Hypotesprövning	17
4.3 Enkätundersökning	17
4.4 Utvärdering med personalen	23
5. Diskussion	24
5.1 Bakgrundsdiskussion	24
5.2 Metoddiskussion	24
5.3 Resultatdiskussion	26
5.4 Uppsatsens resultat i förhållande till dietistprofessionen	27
5.5 Slutsats	28
6. Referenser	29
Bilaga 1 – Arbetsfördelning	
Bilaga 2 – Ursprunglig meny E-kost	
Bilaga 3 – Utvecklad meny E-kost	
Bilaga 4 – Enkät	
Bilaga 5 – Följebrev	
Bilaga 6 – Instruktionsbrev till personal	

Ordlista

BMI	Body Mass Index. Ett mått på kroppens vikt i relation till längden. BMI definieras som vikten (kg)/längden i kvadrat (m ²)
Dysfagi	Ät- och sväljsvårigheter
Energiprocent (E%)	Hur mycket energi som kommer från respektive energigivande näringsämne, sett som andel av det totala energiinnehållet
Enteral nutrition	Nutrition via sond direkt till magsäcken eller tarmen
Kakexi	Sjukdomsrelaterad ofrivillig viktnedgång
Katabol	Nedbrytande
Kcal	Kilokalorier
SNR	Svenska näringsrekommendationer
Parenteral nutrition	Nutrition direkt in i blodbanan

1. Inledning

1.1 Malnutrition

Förekomsten av undernäring är stor i västvärlden. Den vanligaste orsaken är sjukdom och trots avancerad sjukvård och hög kunskapsnivå är prevalensen störst på sjukhus och vårdhem (Stratton R, J., Green, C, J. & Marinos, E., 2003). Rasmussen et al. (2003) har i sin studie på danska sjukhus visat att oberoende nutritionsstatus vid inläggning så gick 30 procent av patienterna ner mer än 10 procent av sin vikt under tre månader. Studien visade också att 37 procent av patienterna hade ett BMI under 20,5. Detta innebär att de låg i riskzonen för undernäring (Socialstyrelsen, 2011). Även Socialstyrelsens *hälso- och sjukvårdsrapport* (2009) pekar åt samma håll. Rapporten visar att i 25 svenska studier som gjorts på mer än 5000 inneliggande patienter var 28 procent av patienterna undernärda.

Vid sjukdom minskar oftast aptiten samtidigt som energi- och näringsbehovet kan öka. En minskad aptit kan bland annat bero på mediciner, matleda, illamående, kräkningar, dysfagi samt magtarmsbesvär. Det kan även bero på katabol sjukdom, löständer som inte passar, maten som serveras eller rörelsehinder av något slag (Stratton et al. 2003).

När kroppen får i sig mindre mat än vad behovet är utvecklas undernäring. Undernäring behöver inte alltid synas utantill, ibland handlar det om brist på spårämnen och vitaminer. När patienten får i sig för lite energi och protein så börjar det synas, i första hand som vikttnedgång (Abrahamsson, Andersson & Nilsson, 2013). Utöver risken för näringsbrist har personer som ligger utanför normalområdet för BMI, oavsett om det är över eller under, ett större behov av hälso- och sjukvård (Stratton et al. 2003). Efter en lång tid utan tillräckligt med mat börjar kroppen brytas ner, så kallad *kakexi* och det kan leda till en rad nya sjukdomar och komplikationer. När en kakexi pågått tillräckligt länge blir den irreversibel och tillståndet leder till döden. Ett barn som befinner sig i tillväxt och blir undernärmd kan stanna i sin tillväxt och därmed bli underutvecklad (Stratton et al. 2003). Eftersom undernäring kan vara svårt att upptäcka uppmanar Socialstyrelsen (2011) i sin rapport *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring* att alla patienter och vårdtagare inom sjukvård och omsorg genomgår en riskbedömning eller nutritionsscreening. Kriterierna som Socialstyrelsen (2011) satt som riskmarkörer för undernäring är en sammanvägning av:

- Ofrivillig viktförlust – oavsett tidsförlopp eller omfattning
- Ätsvårigheter – till exempel aptitlöshet, dysfagi, orkeslöshet eller motoriska störningar.
- Undervikt – BMI under 20 (eller under 22 om patienten är över 70 år)

För att få diagnosen undernäring ska patienten, enligt Socialstyrelsen (2011) ha en viktförlust på mer än 10 procent av sin normalvikt samt något av följande symtom:

- BMI under 19 kg/m² om under 70 år, under 21 kg/m² om över 70 år
- Fettfrimasseindex (FFMI) under 15 kg/m² (kvinnor), under 17 kg/m² (män)
- Gånghastighet under 1 m/s
- Nedsatt handgreppsstyrka

I dessa riktlinjer tas ingen hänsyn till brist på vitaminer eller spårämnen.

Ett sätt att förebygga malnutrition kan vara att göra upp en nutritionsplan samt att noga övervaka intag av mat och dryck, så kallad mat- och vätskeregistrering (Socialstyrelsen, 2011; Beck et al., 2001). Rasmussen et al. (2003) såg dock i sin studie att det endast genomfördes kostregistreringar hos 14 procent av patienterna.

I en studie av Cederholm (2006) framgår det att utöver en stor andel (20-25 procent) undernärda patienter inom den akuta slutenvården äter ytterligare 25 procent av patienterna för lite för att kunna upprätthålla en adekvat nutritionsstatus. Även Kondrup et al. (2002) har fått resultat som visar på samma trend. De screenade slumpmässigt utvalda inneliggande patienter på ett flertal sjukhus i Danmark för undernäring. Av deras undersökta patienter var 22 procent i riskzonen för undernäring och 25 procent av dessa hade ett tillräckligt protein- och energiintag. Mer än hälften (60 procent) screenades för undernäring och av de som bedömdes ligga i riskzonen var det 47 procent som fick en nutritionsplan. Vikt- samt kostregistrering genomfördes på 30 procent av patienterna.

Barton, Beigg, Macdonald & Allison (2000) visar i sin studie att medelintaget av energi under en dag på avdelningar på brittiska universitetssjukhus var mindre än 80 procent av lägsta rekommenderade energiintaget på 1800 kcal (Department of Health, 1991) samtidigt som proteinintaget var lågt. De kunde dessutom visa att 42 procent av maten som serverades på avdelningarna slängdes. Att endast äta en liten del av den maten som serveras är förenat med en ökad risk för dödlighet då återhämtningen försämras (Hiesmayr et al., 2009).

En bra näringsstatus är att föredra ur flera perspektiv. Förutom att livskvaliteten ökar så har patienter med en bra näringsstatus generellt mindre vårdkostnader än patienter som är undernärda (Livsmedelsverket, 2014).

1.2 Att äta på sjukhus

Nutritionen är viktig för en patients tillfrisknande (Holm, L. & Tange S., 2012) och en del av den medicinska behandlingen (Livsmedelsverket, 2014) men kan komma i skymundan då övrig behandling är det som står i fokus kring den inneliggande patienten. Patienten är utlämnad åt sjukhusets bestämmelser, rutiner och personal. Patienten befinner sig utanför sitt vardagliga liv, sina rutiner och sin familj. Den som är i behov av sjukvård är också i beroendeställning till sjukhuset och många kan i detta läge känna sig sårbara. Måltiderna blir en viktig del inte bara för patientens tillfrisknande utan också för upplevelsen av sjukhusvistelsen. Att vara utlämnad till sjukhuset och dess miljö, rutiner och personal kan beskrivas med den teori Erwin Goffman kallar *den totala institutionen*. Goffman menar att man som människa utsätts för personliga kränkningar av att inte själv helt kunna bestämma över bland annat sitt matintag och sina livsmedelsval (Holm, L. et al. 2012).

Isacsson Schiller (2010) skriver i sin uppsats *Sjukhusmåltiden ur patientens perspektiv* att de flesta patienter ansåg att matens upplägg, temperatur, smak, kvalitet, variation samt måltidsmiljö var viktiga eller mycket viktiga för att maten skulle ätas med god aptit. Patienterna i studien ansåg även att måltiderna på sjukhuset var något för stora då en stor del av kvinnorna endast åt upp $\frac{3}{4}$ av portionen. Även Rasmussen et al (2003) såg i deras studie att 25 procent av de tillfrågade patienterna åt mindre än $\frac{1}{4}$ av måltiderna. De flesta patienterna i undersökningen av Isacsson Schiller uppgav att mat är viktig för återhämtning och tillfrisknande men endast cirka hälften av de tillfrågade ansåg att den måltid de ätit senast var tillräckligt bra för att uppfylla patienternas krav på maten.

Svenska livsmedelsverket [SLV] har tagit fram riktlinjer för hur sjukhusmåltiden bör vara och de tar bland annat upp det som kallas ”måltidens sex pusselbitar”, det vill säga *god, integrerad, trivsamt, hållbar, näringsriktig* och *säker*.

Att maten ska vara god kan tyckas vara en självklarhet, men eftersom alla människor har olika uppfattning om vad som är gott är det en utmaning att planera en meny som passar så många

som möjligt. Att ha flera maträtter med olika smak, konsistens och doft ökar chansen att alla äter något. Med god mat menas också att råvarorna har hög kvalitet samt att transporten av den färdiglagade maten ska minimeras då varmhållning under längre tid kan ge sämre smak, lukt och utseende. Med hållbar menas att maten ska vara producerad på ett för miljön hållbart sätt samt att matsvinnet ska vara så litet som möjligt. De huvudmåltider som serveras är oftast näringsberäknade och därmed näringsriktiga, men om maten på tallriken sedan inte äts upp så uteblir önskat resultat. Faktorer som en trivsamt måltidsmiljö och att alla får den hjälp de behöver för att äta är viktigt för att maten ska ätas upp (Svenska livsmedelsverket, 2014).

För personer som mår illa kan kalla rätter tolereras bättre än varma, då kall mat oftast inte avger någon lukt (Faxén Irving et al, 2010). Det är även bra att äta i välventilerade rum. Intaget av mat bör vara ofta och i små portioner. Det är även rekommenderat att ha energirika mellanmål nära till hands så att intaget av mat kan ske i stunder då patienten mår bra. Patienten bör äta med en till två timmars mellanrum. Fet, oljig, väldigt sockerrik och stark mat bör undvikas då det kan öka illamåendet, medan torr och salt mat som kex, oliver, chips, etc. brukar gå bättre att äta. Mjuk mat som yoghurt, konserverad frukt, kokt potatis, mjukkockt kött och mycket sås eller dressing är att föredra, speciellt vid problem i munnen och halsen. Eftersom vätska är mättande och ökar på flödet är det bättre att dricka mellan måltider än till, samtidigt som det är viktigt att vätskebehovet tillgodoses (Bischoff & Renzer, 2006; Mahan et al. 2012). Om patienten får smakförändringar är det extra viktigt att upprätthålla en god munhygien samt undvika den mat som inte längre tolereras. Många mediciner kan ge biverkningen att kött smakar metalliskt. Marinader och starka kryddor kan hjälpa till att maskera den smaken (Mahan et al., 2012).

1.3 Energi – och proteinbehov vid sjukdom

Energibehovet för en ineliggande patient är beräknat till 9 megajoule (MJ)/dag (Socialstyrelsen, 2011). Då lunch och middag ska utgöra 50 procent av det totala energiintaget under en dag innebär det att lunch samt middag bör innehålla 4,5 MJ/dag, vilket motsvarar 1100 kcal.

Den enskilt viktigaste faktorn för bra läkning av kroppen, speciellt vid sår som exempelvis efter operation, benbrott eller brännskador, är att få sitt proteinbehov tillgodosett (MacKay & Miller, 2003; Batool, Butt, Sultan, Saeed & Naz, 2015). För att proteinet ska kunna användas som byggstenar till exempelvis läkning är det viktigt att energibehovet är uppnått, annars kommer proteinet att användas som energi (Mahan et al., 2012). Proteinbehovet på 15–25 E% omräknat till gram ger 1,1 – 1,9 gram protein/kg kroppsvikt för en referensperson på 70 kg (Nordic Council of Ministers, 2012). Socialstyrelsen (2011) rekommenderar att proteinbehovet när man är sjuk ska ligga på 1,0 – 1,5 gram protein/ kg kroppsvikt/dag. Varje måltid bör innehålla minst 25-30 gram högvärdigt protein, det vill säga protein som kommer från animaliska källor, för att minska risken för muskelnedbrytning (Paddon-Jones & Rasmussen, 2009). Mängden protein ska dock inte överdoseras (> 2 gram/kg kroppsvikt) då stora doser protein under lång tid kan skada njurarna genom ett ökat tryck på njurarnas filtrationshastighet (GFR) som över tid kan leda till regression av detsamma (Martin, Armstrong & Rodriguez, 2005).

1.4 E-kost

E-kost står för energi- och proteinrik kost och kan ges till patienter som är eller riskerar att bli undernärda, exempelvis på grund av dålig aptit. En ordination av E-kost bör alltid ges utifrån den specifika patientens behov och näringsstillstånd. E-kosten skiljer sig från svenska näringsrekommendationer (SNR) genom att andelen fett och protein är högre, 40 – 50

respektive 15 – 25 energiprocent (E%) och därmed andelen kolhydrater mindre, 24 – 45 E% (socialstyrelsen 2011). Energiprocent avser andelen energi i en måltid som kommer från fett, kolhydrater eller protein. En större andel protein och fett ger mindre portionsstorlekar vilket är en av grundtankarna bakom E-kosten. Genom att äta många små måltider spridda över dygnet kan ett tillräckligt energi- och näringsintag uppnås även för den som inte kan eller vill äta normalstora portioner. Det är viktigt att patienten får i sig tre huvudmål: *frukost, lunch* och *middag* samt tre-fyra *mellanmål*. Frukost brukar vara det som är lättast att äta av huvudmålen och för att underlätta de andra två kan man dela upp måltiden i tre delar, *förrätt, huvudrätt* samt *efterrätt*, eftersom flera rätter stimulerar aptiten och ökar smakvariationen (Socialstyrelsen, 2011).

E-kosten grundas på livsmedel med högt energiinnehåll, till exempel helfeta mejeriprodukter. Pålägg bör ha högt energi- och proteininnehåll. Maten kan behöva berikas med extra fett, till exempel olja, smör eller margarin. Detta kan till exempel göras genom att tillsätta vispgrädde i potatismos, vispgrädde eller olja i grytor, basera såser på grädde eller tillsätta extra ost i gratänger. För att uppnå tillräckligt högt proteininnehåll bör varje huvudmål bestå av minst ett proteinrikt livsmedel, till exempel kött, fisk, ägg eller mjölkprodukter. Vid nedsatt aptit på grund av sjukdom kan helt kött eller köttbaserade rätter vara svåra att äta varför ägg och mjölkprodukter kan ha stor betydelse. Ibland är det svårt att med hjälp av den vanliga maten uppnå tillräckliga mängder protein. Vid dessa tillfällen kan maten behöva berikas med proteinpulver, vilka vanligen baseras på mjölkprotein (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010). Att tillsätta proteinpulver till den vanliga sjukhusmaten ökar chansen att patienten med risk för undernäring får i sig tillräckligt med protein (Munk et al. 2014) men detta ska göras med försiktighet då de kan ge bismaker (Faxén Irving, Karlström & Rothenberg, 2010).

1.5 Kosttillägg

Kosttillägg definieras som ett komplement till vanlig kost när denna inte räcker för att tillgodose en persons behov av energi- och näringsämnen. Kosttilläggen ges till patienter som inte kan eller orkar äta tillräckliga mängder med mat då dessa kan vara lättare att äta samt har en hög energi- och näringsstäthet. Kosttilläggen innehåller energi- och näringsämnen och kan bestå av till exempel drycker, puddingar eller pulver. Innehållet varierar från komplett energi- och näringsinnehåll till berikning med till exempel enbart protein (Socialstyrelsen, 2011). Kompletta kosttillägg innehåller kolhydrater, fett, protein samt vitaminer och mineraler. Energiinnehållet är vanligtvis 1,0 kcal/ml. Det finns även extra energitäta kosttillägg med en högre energitäthet på upp till 2,4 kcal (Nutricia, 2015).

Statens beredning för medicinsk undersökning [SBU] (2014) visar i sin rapport "Kosttillägg för undernärda äldre" att det inte finns tillräcklig evidens som visar att intag av kosttillägg ger bättre effekt än intaget av vanlig mat. Det finns heller inga studier som visar hur kosttillägg används i dagsläget. Användning av kosttillägg bör därför vägas mot fördelarna med ett intag av enbart vanlig mat. En metaanalys av Potter (2001) visar att de äldre som fick tillägg av näringsdrycker, både hemma och på sjukhus, i regel ökade i vikt eller hade en mindre viktnedgång jämfört med kontrollgrupperna. Dessutom ökade livslängden hos de som fick näringsdrycker. En studie gjord på barn visar däremot att intaget av näringsdrycker var relaterat till en minskad aptit och en minskning av det totala energiintaget (Chillingworth & Wright, 2012). En annan studie gjord på patienter före och efter operation visar att de som fick näringsdryck ökade sitt energi- och proteinintag utan att minska på den vanliga maten men de kunde inte se någon skillnad i exempelvis dödlighet eller antal dagar i slutenvården (MacFie, Woodcock, Palmer, Walker, Townsend & Mitchell, 2000).

I en debattartikel, som svar på SBU:s rapport, skriver Cederholm et al. (2014) att flertalet metaanalyser visar att kosttillägg förlänger livet på undernärda äldre. Författarna menar att äldre i första hand ska få sitt näringsbehov tillgodosett av vanlig mat, i andra hand genom supplementering med exempelvis energi- och näringstät kosttillägg. Kosttillägg ska inte serveras till vare sig äldre eller sjuka utan anledning, utan ges efter utredning av dietist. Användandet av kosttillägg ska dessutom göras patientsäkert, dokumenteras och utvärderas utifrån individen.

1.6 Information om för den här studien aktuella sjukhuset

Lasarettet är det största i sitt landsting och har 455 vårdplatser. Dagligen lagas cirka 1000 portioner mat på sjukhuset till patienter, restaurang samt andra verksamheter, till exempel café. Av all mat som tillreds i köket lagas 80 procent från grunden. De har ett brett utbud av specialkost, till exempel flytande kost, allmän kost vid sjukdom (A-kost), kost som bygger på SNR för de som är friska (SNR-kost), en särskild meny för barn, konsistenanpassad kost samt E-kost. Maten serveras till sjukhusets patienter med hjälp av ett kantinsystem, där vårdpersonalen på avdelningarna är de som lägger upp och portionerar ut maten. Antalet portioner E-kost är cirka 35 stycken per måltid, det vill säga totalt ca 70 portioner per dag. E-kosten följer den vanliga menyn för SNR-kost och består av varmrätt + efterrätt till lunch och enbart varmrätt till middag.

E-kosten tillagas i dietköket. All personal roterar mellan de olika arbetsstationerna i köket för att få variation. All personal är utbildade inom matlagning och många har tidigare erfarenhet från restaurangbranschen.

De brister i E-kosten som personalen på kostservice på lasarettet upplevde var främst för stora portioner med delvis för lågt protein- och energiinnehåll. Vissa måltider ansågs svårare att uppnå adekvat proteininnehåll i än andra. Maträtter bestående av fisk och kött uppnådde i regel tillräckligt proteininnehåll medan andra rätter som kålpudding innehöll ett för lågt proteininnehåll. Flertalet rätter var berikade med proteinpulver och hade därför viss bismak. Med vissa måltider upplevdes en administrativ svårighet då E-kosten utgick från lasarettets SNR-kost men gjordes om till mindre portioner. Detta blev en svårighet då till exempel ströbakad fisk stod på menyn. En hel filé var för stor medan den såg för liten och mindre aptitlig ut om den halverades.

Önskemålet om att förbättra E-kosten sändes från kostchefen på lasarettet till Institutionen för kostvetenskap vid Uppsala Universitet som ett förslag på C- uppsatsämne. De önskemål lasarettet hade angående E-kosten var att den helst skulle vara utan berikning med proteinpulver, mindre portioner samt ett högre, mer jämnt proteininnehåll i måltiderna. Det fanns även önskemål om att ändra lunch och middag från två respektive en rätt till flera mindre rätter.

Önskemål från författarna var att testa idén om flera mindre rätter i varje måltid och att så långt som möjligt tillgodose energi- och proteinbehovet utan tillsatt berikning.

Det har inom det aktuella landstinget arbetats fram en kosthandbok (2013) där riktlinjer för mathållning, hygien, måltidsmiljö och de olika kosterna har tagits fram. Materialet bygger på Socialstyrelsens riktlinjer samt landstingets handlingsplan för kostpolicy 2013.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen var att utveckla menyn för E-kost till en flerrättersmeny på ett utvalt lasarett samt att utvärdera densamma med hjälp av enkätundersökningar.

Frågeställningarna löd enligt följande:

- Gör förändring av E-kosten någon skillnad i acceptans och intag av maten hos patienterna med ordinerad E-kost på det aktuella lasarettet?
- Hur upplever köks- och vårdpersonal på det aktuella lasarettet att det fungerar med en flerrättersmeny?

3. Metod

3.1 Utveckling av meny

Arbetet började med att lasarettet kontaktades för att få en bild av vad respektive parter önskade få ut av samarbetet. Detta följdes av ett studiebesök i kökslokalerna på lasarettet. Ett samarbete startades med teamchef samt kostplaneraren på kostservice. Den befintliga menyn för E-kost (Bilaga 2) granskades och en veckas matsedel valdes ut för att utvecklas. Sedan bestämdes det vilken kalendervecka som skulle fungera som testvecka då den utvecklade menyn skulle provas i verkligheten. Frågan ställdes om det var något livsmedel som behövdes tas extra hänsyn till, men svaret var att eventuella avvikelser, exempelvis allergi eller ätsvårigheter, tas omhand om och när behovet finns. Önskemål från lasarettet var att minska portionsstorlekarna samt se över energi- och proteininnehåll. Det fanns en tanke om att ändra måltidsupplägget från dagens två respektive en rätt per måltid (varmrätt och dessert samt enbart varmrätt) till flera stycken mindre rätter. En annan önskan från sjukhuset var att berikningar såsom proteinpulver etcetera skulle användas i så liten utsträckning som möjligt vägt mot smak, kostnad samt arbetsinsats. Det vill säga den eventuella proteinberikningen bör inte ge någon bismak, bör inte kosta mer än att laga maten utan berikning och bör inte ta avsevärt mer tid för personalen att tillreda jämfört med mat utan berikning.

Författarna bestämde att fokus skulle ligga på att skapa flertalet mindre rätter i varje måltid, samt att försöka uppfylla ett adekvat energi- och proteininnehåll utan berikningar. Antalet rätter per måltid bestämdes till fyra stycken: en soppa, en förrätt, en varmrätt samt en dessert.

För att minska arbetsbelastningen för köket behölls den befintliga menyn, där varmrätten halverades och eventuella berikningar plockades bort från recepten. Recept på sopporna togs från lasarettets befintliga 7-dagars meny för flytande kost. En förslagslista på desserter och smårätter togs fram utifrån egna idéer samt recept från internet och kokböcker. Vikt lades vid att det skulle vara proteinrikt samt att de olika rätterna varje dag skulle vara så olika som möjligt för att skapa variation vad gäller smak, färg samt konsistens. Förutom att välja proteinrika livsmedel i varje rätt som ägg, fisk, kött, ost eller mjölkprodukter valdes även fullfeta produkter, exempelvis vispgrädde framför matlagningsgrädde, för att få ett adekvat energiinnehåll trots små portioner. Alla rätter näringsberäknades i Dietist Net, även de som ursprungligen kom från lasarettet eftersom eventuella berikningar plockats bort. Menyn komponerades därefter (Bilaga 3). Riktlinjerna var att lunch och middag tillsammans skulle innehålla 1100 kcal samt minst 38,5 g protein, det vill säga 15 E% av måltiderna. Måltiderna var för sig bör landa på mellan 430 – 540 kcal (Socialstyrelsen, 2011). Lasarettets kosthandbok har använts för att få fram rätt portionsstorlekar. Alla tillagda rätter (förrätter och desserter) provlagades i köken på Institutionen för kostvetenskap på Uppsala Universitet och torsdagens lunch och middag lagades upp i sin helhet för att få en bild av resultatet. En del justeringar gjordes under tiden, framförallt minskades många portioner ytterligare och några recept byttes ut.

Under testveckan avsatte lasarettet en personal som endast jobbade med den nya menyn och var chef över arbetsgruppen, det vill säga personalen i dietköket. Eftersom lasarettet inte hann provlaga maten innan testveckan började så blev hela veckan en form av provlagning. En del av förrätterna gjordes klara nere i köket och några förrätter fick plockas ihop uppe på avdelningarna, beroende på hur avancerad rätten var. Då bemanningen är lägre under helgerna förbereddes en del av helgens rätter i förväg på fredagen. Hela testveckan administrerades av personalen på sjukhusets kostservice.

3.2 Enkätundersökning

För att utvärdera om den nya menyn för E-kost uppfattades bättre av patienterna än den ursprungliga genomfördes en enkätundersökning på målgruppen. Information till vårdavdelningarna om testveckan och enkätundersökningen gavs av personalen på kostservice. Datainsamlingen gjordes i samarbete med köks- och vårdpersonalen på lasarettet och utgjordes av en enkät (bilaga 3). Syftet med enkäten var att få fram patienternas upplevelse av sjukhusmaten, både före och efter förändringen. Som hjälpmedel till utformningen av enkäten har böckerna *Enkäten i praktiken* (Ejlertsson, 2014) samt *Enkätboken* (Trost, 2012) använts.

Det gjordes en pilotstudie där tio deltagare svarade på enkäten. Deltagarna valdes genom ett bekvämlighetsurval och bestod av studenter på Institutionen för kostvetenskap vid Uppsala Universitet samt bekanta med akademisk bakgrund.

Enkäten innehöll nio frågor om måltidens helhet, smak, upplägg, portionsstorlek, dryck till maten, variation av rätter, uppskattat intag samt anledning till varför maten eventuellt inte hade ätits upp. Enkäten innehöll även tre bakgrundsfrågor om kön, vilken måltid som åts samt var måltiden åts någonstans. Frågorna var tänkta att lätt kunna förstås och att enkelt kunna fyllas i efter avslutad måltid, antingen en lunch eller en middag. Enkäten innehöll såväl öppna som slutna frågor och innehöll inga känsliga frågor vilket möjliggjorde att patienten kunde ta hjälp av någon utomstående för att fylla i den. Med enkäten medföljde ett följebrev (bilaga 4) med information om studien, varför den gjordes, varför patienten var utvald samt kontaktinformation till de studenter som stod bakom undersökningen. Det skickades även ut ett instruktionsbrev (bilaga 5) till vårdpersonalen på de avdelningar där enkäten delades ut, då författarna själva inte hade möjlighet att närvara under testveckan. Det fanns möjlighet för personalen att kontakta författarna via mejl och telefon vid eventuella frågor.

Enkäten lämnades ut under två tillfällen. Första gången under två veckor då den vanliga menyn för E-kost serverades. Andra gången under en vecka då den nya menyn testades. Enkäten delades ut under en längre period vid första tillfället jämfört med det andra, detta för att öka chansen till fler besvarade enkäter. Under omgång två fanns inte möjligheten att samla in enkäter under mer än sju dagar då den nya menyn enbart testades en vecka. Enkäten samt tillhörande följebrev skickades ut med matvagnen till deltagande avdelningar den första testdagen och delades sedan ut av vårdpersonalen i samband med lunch och middag under veckorna då studien genomfördes. Varje patient som uppfyllde kriterierna för att delta i undersökningen ombads fylla i enkäten en gång under samma period. Om samma patient låg kvar på sjukhuset även den andra omgången då enkäten delades ut, i samband med att den nya menyn testades, fick patienten fylla i enkäten en gång till enligt ovan. Ifyllda enkäter skickades sedan tillbaka till köket med matvagnen där de samlades in.

Totalt lämnades 72 stycken exemplar av enkäten ut i varje omgång, vilket är dubbelt så många som genomsnittligt antalet portioner E-kost som tillagas varje måltid. Antalet besvarade enkäter var 26 stycken i första omgången och 30 i den andra.

3.3 Deltagare

Målgruppen som skulle delta i studien var de ineliggande patienterna som var ordinerade E-kost på lasarettet. Det gjordes ett obundet slumpmässigt urval (Ejlertsson, 2012) där inklusionskriterierna för deltagarna var att de skulle vara ordinerade E-kost.

Exklusionskriterierna var att de inte hade någon form av stödnutrition (enteral eller parenteral nutrition). Att inta kosttillskott under undersökningsperioden var accepterat. Enkäten delades

ut till de avdelningar som beställde E-kost under de veckor då undersökningen utfördes. Då samtliga deltagande avdelningar var avdelningar för vuxna var samtliga deltagande patienter över 18 år.

3.4 Utvärdering med personalen

Efter testveckan besöktes lasarettet igen för att diskutera den gångna veckan och hur tillagningen av den nya menyn hade fungerat. Samtal fördes med teamchefen och kostplaneraren på kostservice som redogjorde för hur tillagning och förberedelser av samtliga måltider samt samarbetet med avdelningarna hade fungerat. Dagen efter kontaktades samtliga åtta avdelningar som hade varit berörda under testveckan via telefon. Sju av avdelningarna svarade varav fem stycken hade personal på plats som var insatt i matserveringen på avdelningen och kunde svara på hur testveckan fungerat. Frågorna som ställdes handlade om hur vårdpersonalen upplevde att serveringen av den nya menyn hade fungerat, det vill säga hur menyn hade fungerat praktiskt. Frågorna innefattade även hur personalen upplevde att patienterna uppfattade maten. Dock användes inga standardiserade frågor.

3.5 De forskningsetiska grundprinciperna

Informationskravet: De som tillfrågades att delta i enkätundersökningen fick information om uppsatsen, dess syfte samt att det var frivilligt att delta, genom det följebrev som delades ut tillsammans med enkäten.

Samtyckeskravet: Deltagarna fick själva välja om de ville besvara enkäten eller ej. Ingen av de tillfrågade var under 15 år.

Konfidentialitetskravet: Samtliga enkäter fylldes i anonymt och det fanns därför ingen möjlighet att identifiera vilka som besvarat enkäterna eller vem som besvarat vilken enkät.

Nyttjandekravet: Den data som samlades in har endast använts till det deltagarna fick information om att den skulle användas till, det vill säga för att utvärdera kosten samt att vägleda författarna i arbetet med att utveckla E-kosten (Vetenskapsrådet, 2015).

3.6 Validitet och reliabilitet

Validitet innebär att man i praktiken mäter det man avser att mäta. Reliabilitet avser tillförlitligheten i en mätning, det vill säga att om mätningen utförs igen så bör resultatet bli detsamma (Bryman, 2011).

För att uppnå en hög grad av validitet användes noga utvalda frågor i enkäten som syftade till att mäta det som avsågs att mätas. För att uppnå en hög grad av reliabilitet användes samma enkät under båda undersökningstillfällena. Enkäten delades även ut till samma målgrupp under båda tillfällena. För att upprepa samma mätning igen bör samma meny serveras. Dock kan faktorer som matens tillagning, smak och upplägg, som påverkar undersökningens resultat, inte påverkas av författarna.

3.7 Databearbetning

Databearbetningen gjordes i IBM SPSS 22.0. Samtliga variabler från enkäten lades in. De variabler som var intressanta att titta på var *måltidens helhet*, *måltidens smak*, *portionsstorlek* samt *uppskattat intag*. Alla variabler som ingår i testet är ordinala. Då urvalet i undersökningen var litet ($N_1=26$ och $N_2=30$) och ingen variabel normalfördelad krävdes ett icke-parametriskt hypotestest. Eftersom deltagarna är oberoende slumpmässigt utvalda och inte kan kopplas till varandra på något sätt så görs ett Wilcoxons rangsummetest (Ejlertsson, 2012). Enligt Johanssons föreläsning i Statistikens grunder är förutsättningar för testet att

stickprovet är oberoende slumpmässigt samt att variabeln kan rangordnas, det vill säga minst ordinalskala. Fördelar med testet är att det går att användas på små grupper och extremvärden har mindre påverkan än vid parametriska test.

Som nollhypotes valdes $H_0 =$ Variabelns fördelning är densamma för de två tillfällena och som mothypotes valdes $H_1 =$ Värdena för de två tillfällena skiljer sig systematiskt åt. Signifikansnivån sattes till $p=0,05$.

4. Resultat

Enkäten besvarades av totalt 56 personer, 26 i den första och 30 i den andra. Det var 20 män och 36 kvinnor som deltog. Deltagarna hade legat inne allt ifrån 1 dygn till mer än två veckor. Majoriteten av deltagarna (59 %) åt lunch och 80 % av deltagarna åt måltiden på rummet.

4.1 Energi- och näringsinnehåll i den nya menyn för E-kost

Den nya menyn (Bilaga 2) innehöll fyra rätter; soppa, förrätt, huvudrätt samt dessert, på både lunch och middag. Energiinnehållet i varje måltid varierar mellan 466 – 582 kcal och proteininnehållet mellan 19 – 31 g. Totalt för både lunch och middag är energiinnehållet 954 – 1072 kcal och proteininnehållet 44 – 51 g. E% för protein fördelar sig mellan 15-20, med ett medelvärde på 18 E% för hela veckan. Hela menyn tillagades utan energi- och/eller proteinberikning. Den ursprungliga menyn med sina två respektive en rätter samt energi- och proteinberikning hade ett energiinnehåll mellan 302 – 584 kcal och ett proteininnehåll mellan 12-38 g per måltid. Energi procenten för protein fördelar sig mellan 16-26 E% för både lunch och middag med ett medelvärde på 19,5 E% för hela veckan.

4.2 Hypotesprövning

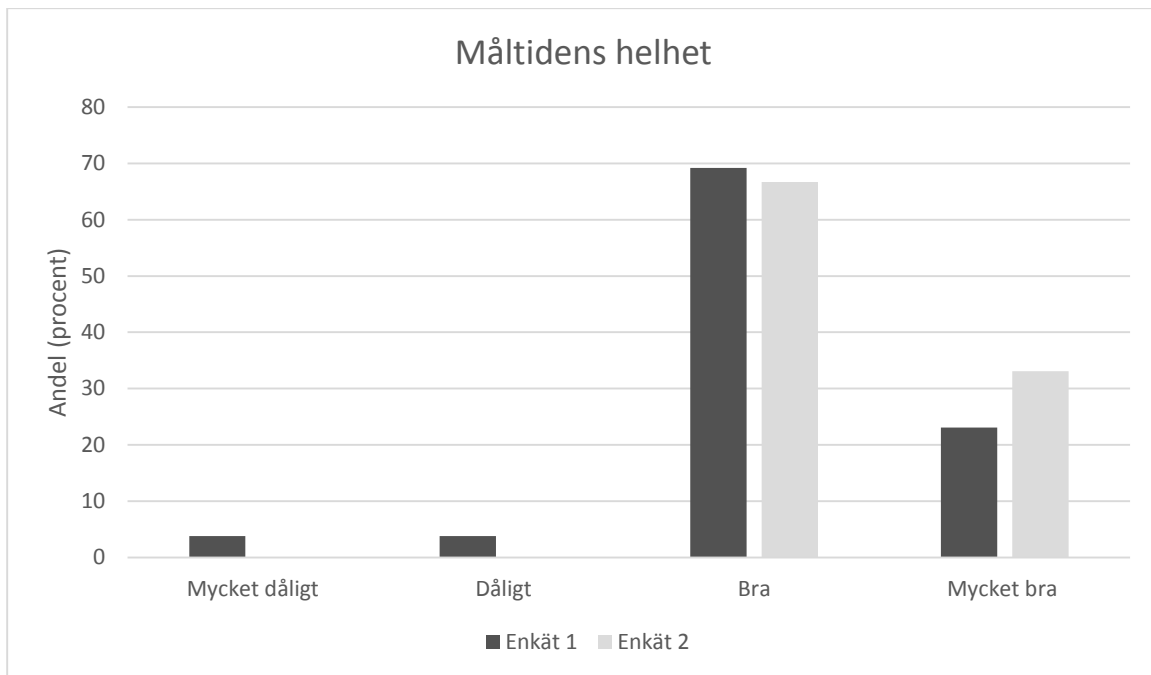
Variablerna som testades var *måltidens helhet*, *måltidens smak*, *portionsstorlek* samt *uppskattat intag*. Ingen signifikant skillnad fanns hos någon av variablerna, se tabell 1, det vill säga nollhypotesen förkastas inte. Den valda signifikansnivån var $p=0,05$.

Tabell 1. Resultat från Wilcoxons rangsummetest.

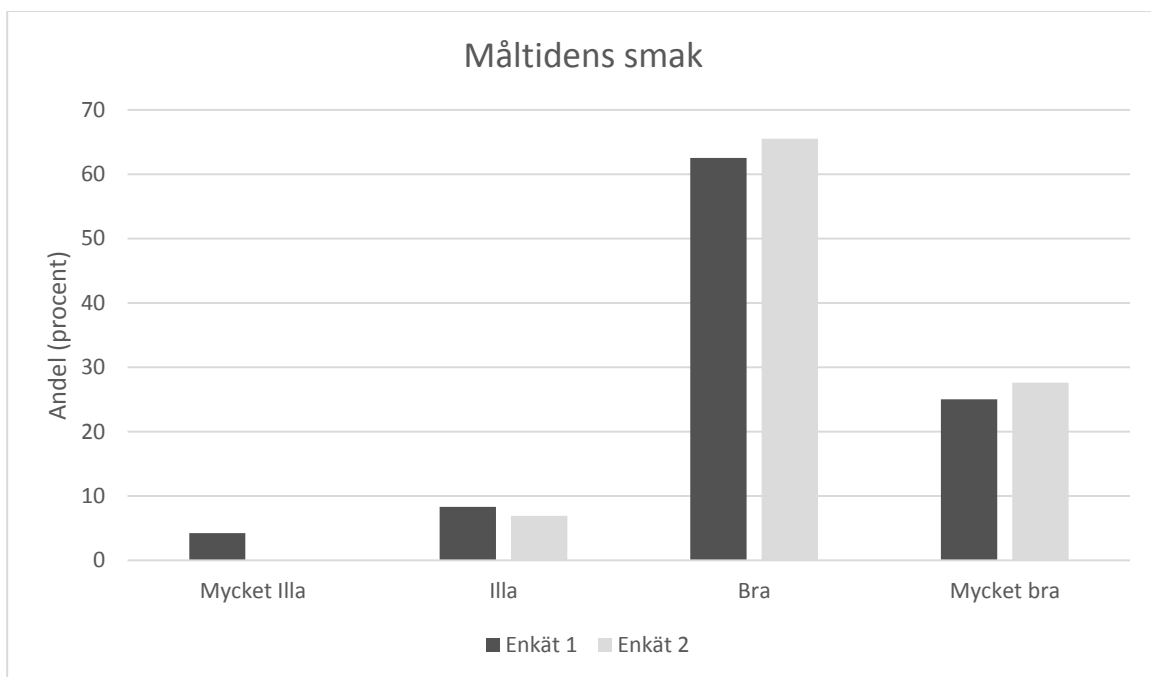
Variabel	P-värde
Måltidens helhet	$p = 0,227$
Måltidens smak	$p = 0,428$
Portionsstorlek	$p = 0,423$
Uppskattat intag	$p = 0,869$

4.3 Enkätundersökning

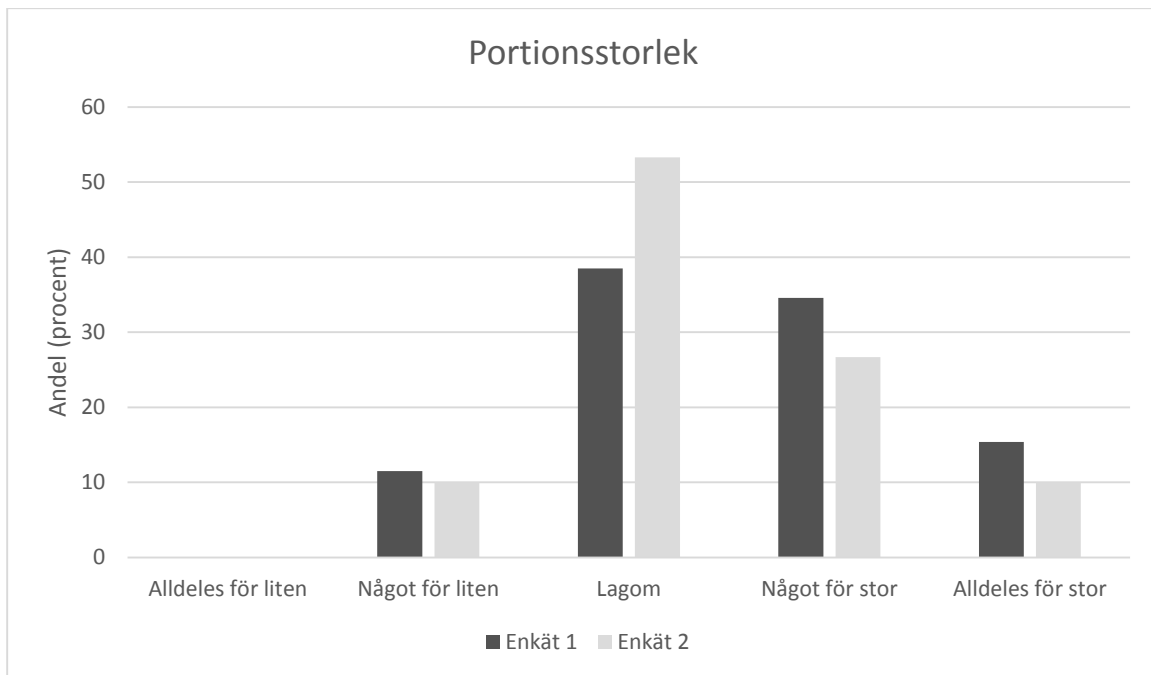
Figur 1-4 visar hur faktorerna *måltidens helhet*, *måltidens smak*, *portionsstorlek* samt *uppskattat intag* fördelar sig i procent i respektive enkät.



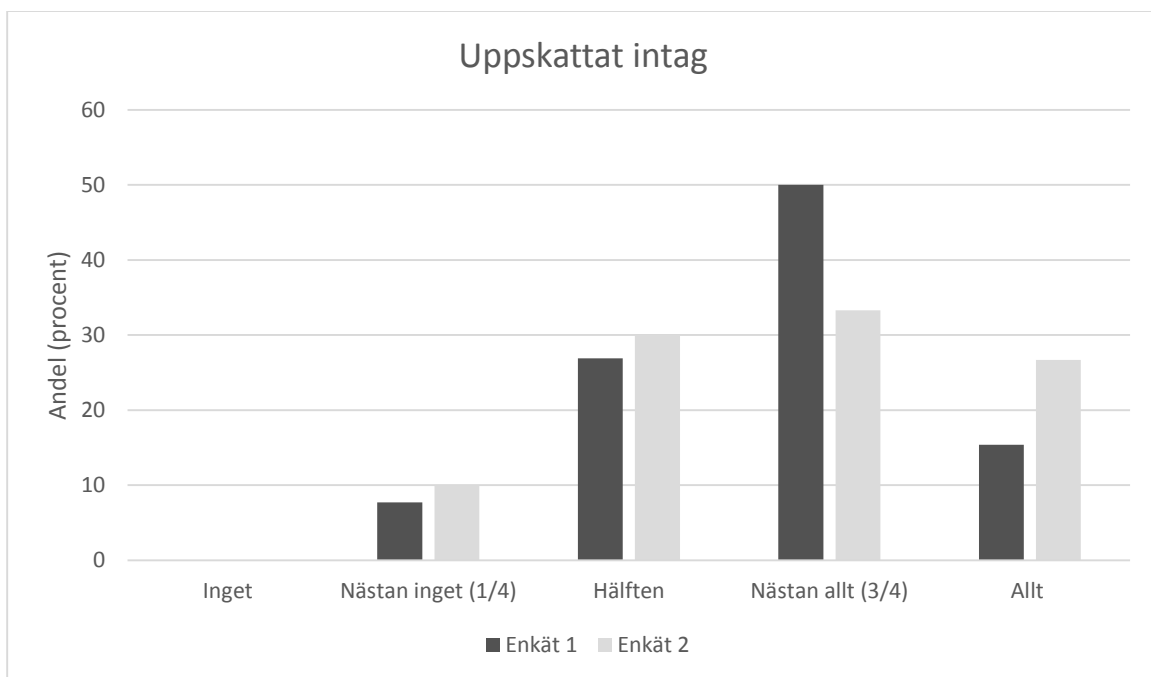
Figur 1. Uppfattning om måltidens helhet i respektive enkät. $N_1=26$ och $N_2=29$



Figur 2. Uppfattning om måltidens smak i respektive enkät. $N_1=24$ och $N_2=29$

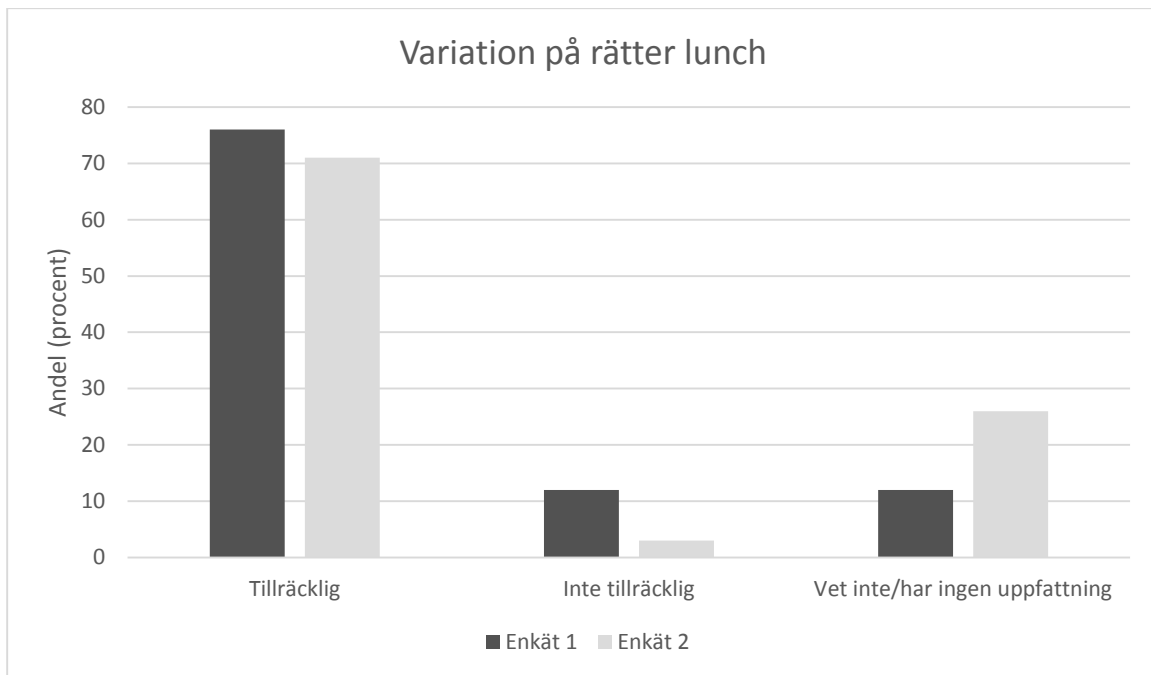


Figur 3. Uppfattning om portionsstorlek i respektive enkät. $N_1=26$ och $N_2=30$

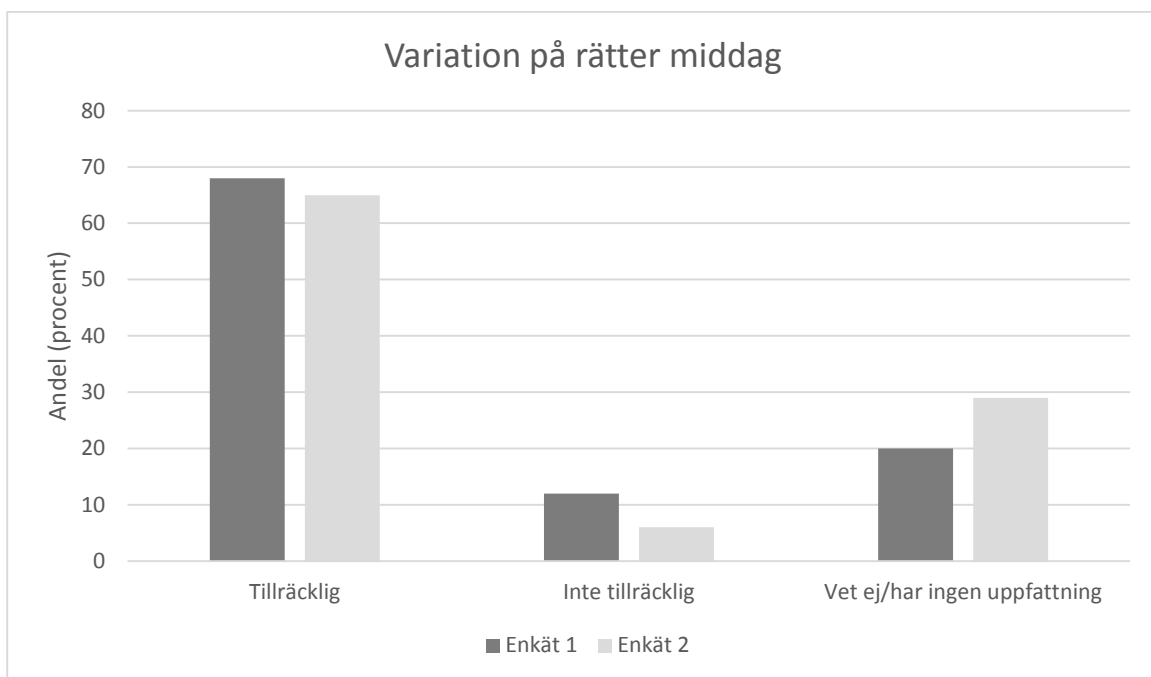


Figur 4. Uppskattat intag av måltiden i respektive enkät. $N_1=26$ och $N_2=30$

Fråga sex i enkäten handlade om vad patienten ansåg om variationen av rätterna på lunch och middag. Fördelningen visas i figur fem a och b.

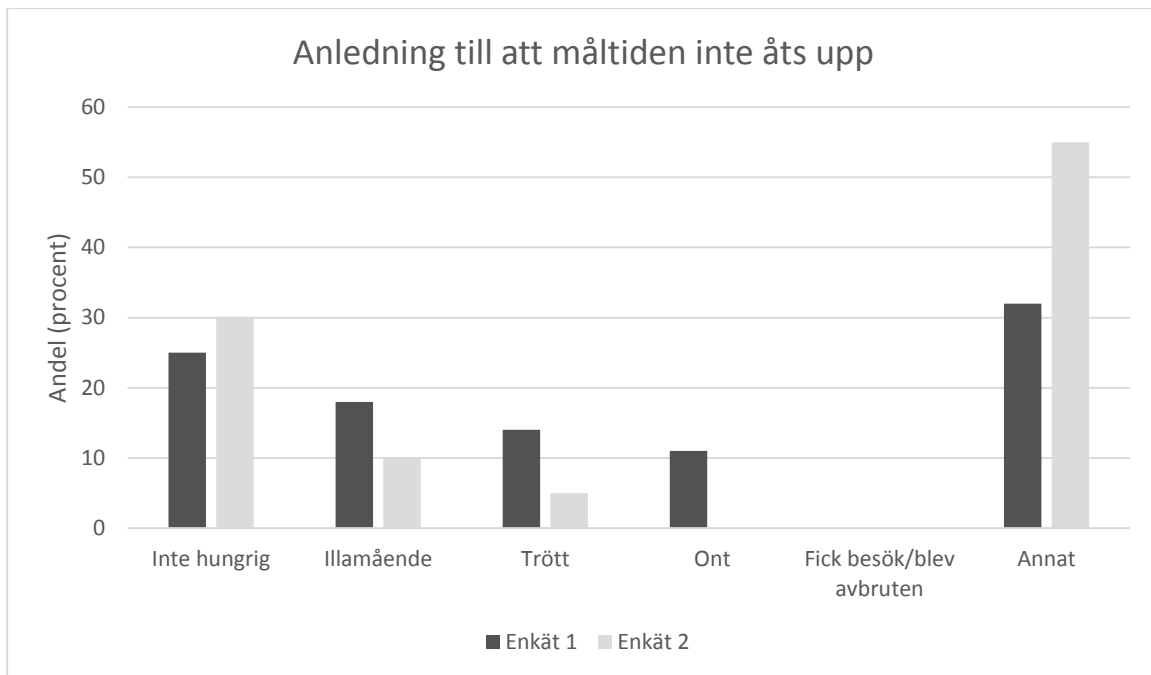


Figur 5 a. Variationen av rätter på lunchen i respektive enkät. $N_1=26$ och $N_2=30$

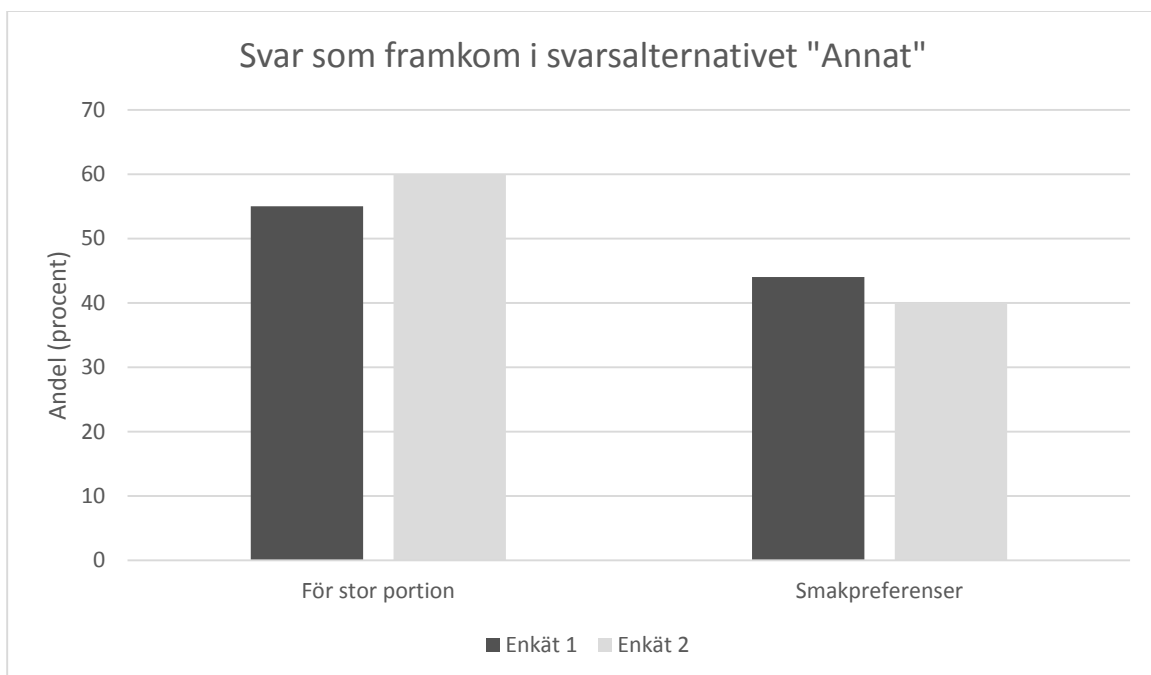


Figur 5 b. Variationen av rätter på middagen i respektive enkät. $N_1=26$ och $N_2=30$

I enkäten frågades det även om anledning till att portionen inte åts upp. Svaren sammanställdes i figur sex. Under kategorin *annat*, som var en öppen fråga, finns bland annat svaren ”mätt/för stor portion”, ”jag är liten i maten”, ”maten smakade inte bra/inte min favoriträtt” och ”jag åt upp allt utom soppan/desserten”. Dessa kan delas in i kategorierna *För stor portion* och *Smakpreferenser* och fördelningen mellan enkäterna visas i figur sju. En av patienterna hade problem med tänderna och kunde därför inte äta hela måltiden.

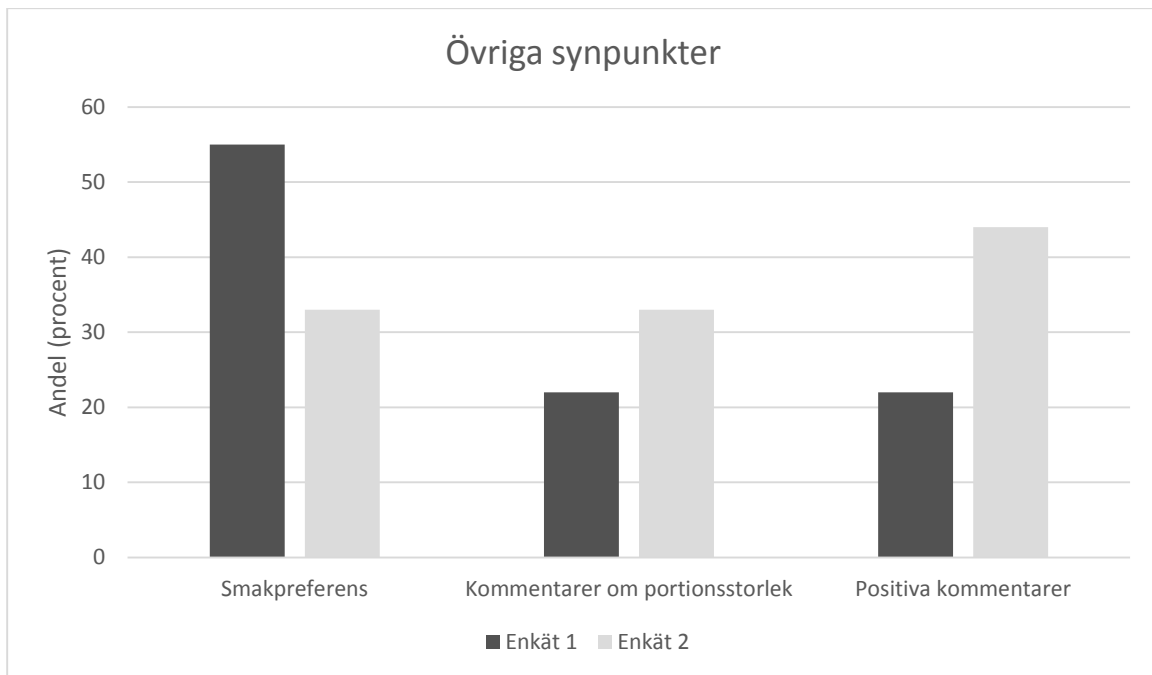


Figur 6. Anledning till att måltiden inte åts upp. Samlade svar från båda enkäterna. $N_1=21$ och $N_2=21$



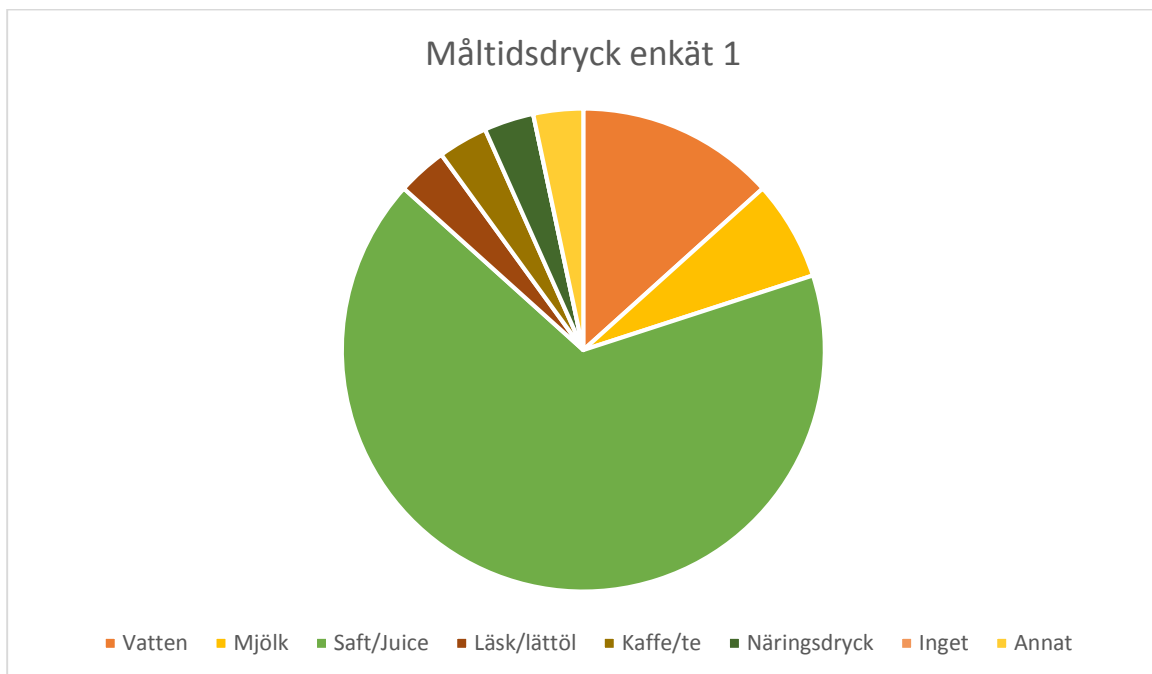
Figur 7. Svaren under svarsalternativ "Annat" i föregående diagram, uppdelat i kategorier och fördelat för respektive enkät. $N_1=9$ och $N_2=11$

Den sista frågan i enkäten var en öppen fråga om övriga synpunkter. Kommentarererna kan delas in i kategorierna *Smakpreferenser*, *kommentarer om portionsstorlek* samt *positiva kommentarer om maten*. Fördelningen i respektive enkät kan ses i figur 8. I de två första kategorierna är svaren i huvudsak att maten är för dåligt kryddad eller dåligt tillagad eller att portionen var för stor. En patient har uppgett att äta 1,5 portion och man kan då anta att patienten upplevde portionen för liten.

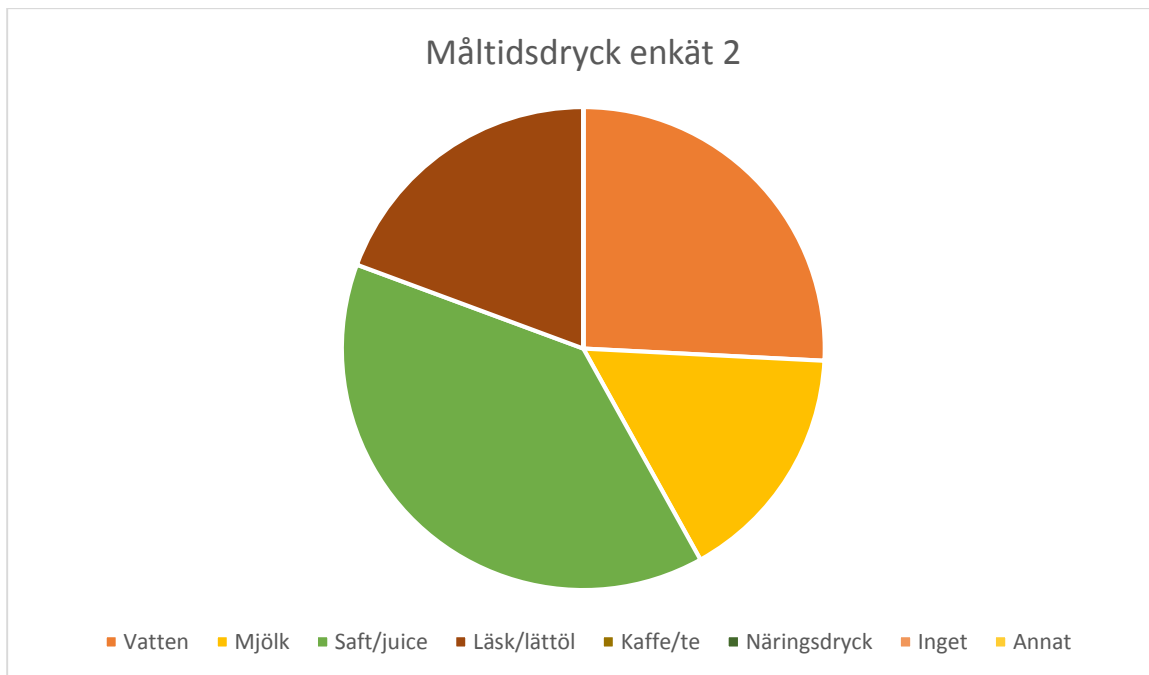


Figur 8. Svaren på sista frågan som var "Övriga synpunkter" från respektive enkät. Uppdelat i kategorier. $N_1=8$ och $N_2=10$

På frågan om vilken dryck som intogs i samband med måltid drack majoriteten, 80 % respektive 39 % saft/juice. Ingen deltagare fyllde i "jag drack inget till maten". Fördelningen visas i figur nio a och b för respektive enkät. Observera dock att flera personer kryssat för att de druckit mer än en sak till maten.



Figur 9 a. Fördelningen av måltidsdryck i enkät 1. $N=26$



Figur 9 b. Fördelningen i måltidsdryck i enkät 2. N=30

4.4 Utvärdering med personalen

Efter samtal med köks- och vårdpersonal på lasarettet kunde det konstateras att testveckan överlag fungerat bra. Från kökspersonalen framgick det att de hade haft en person avsatt för att förbereda E-kosten. Detta fungerade bra och ansågs ha varit nödvändigt för att arbetet i köket skulle flyta på. Kostservice fick under veckan inga frågor eller klagomål kring maten från vårdavdelningarna, utom ett samtal med kritik om sopornas utseende och smak. De recept kostservice fick att utgå ifrån fungerade bra med ett fåtal undantag.

Efter telefonkontakt med fem av de åtta involverade avdelningarna framgick det att patienterna överlag var nöjda med maten och upplägget. Personalen tyckte överlag att det fungerat bra att servera flera rätter, men att de gärna hade fått måltiderna levererade i portioner istället för att flertalet rätter serverades i kantiner i enlighet med det nuvarande kantinsystemet. Två avdelningar ansåg att det tog längre tid att servera jämfört med den vanliga menyn. En av avdelningarna ansåg att serveringen hade fungerat bättre med mer anpassat porslin.

Två av avdelningarna berättade att de äldre patienterna och patienterna med demens ansåg att det var för mycket med fyra rätter. Patienterna tyckte att ”det blev för många pytsar”, ”visste inte i vilken ände de skulle börja” och ”hade svårt att förstå sig på moderna rätter”. Personalen tyckte att upplägget såg trevligt ut och en avdelning ansåg att det var ”roligt att få se tomma tallrikar”.

5. Diskussion

5.1 Bakgrundsdiskussion

Vad gäller litteratursökningen finns många studier som visar att det finns malnutrition och undernäring på sjukhus och vårdhem (Stratton et al., 2003; Rasmussen et al., 2003; Socialstyrelsen, 2009). Det är dock svårt att hitta studier som visar hur dessa problem på bästa sätt kan förebyggas. Undernäring idag kostar mycket pengar och är ett stort samhällsekonomiskt problem (Stratton et al., 2003).

En bra måltid är ett samspel mellan maten och måltidsmiljön (Livsmedelsverket, 2014; Isacson – Schiller, 2010). I den här uppsatsen har fokus legat, förutom på energi- och proteinbehov, på att förändra maten och då handlar det i första hand om smaken och matens upplägg. Kvalitet och temperatur har inte påverkats då det ligger inom kostservice område. Det har heller inte tagits någon hänsyn till måltidsmiljön då det är upp till avdelningarna att se till så att den är bra. Om projektet pågått under en längre tid hade mer fokus kunnat läggas på både hur maten tillagas samt måltidsmiljön.

Att valet föll på fyra rätter kan återknytas till att det är viktigt att ta hänsyn till att maten är god samt är varierad. Det är även bra med olika konsistenser och smaker i samma måltid vilket möjliggörs genom flera olika rätter (Isacson - Schiller, 2010). Eftersom aptiten kan vara nedsatt kan patienten snabbt tappa intresset för maten (Stratton et al., 2003). Därför tänker vi, utifrån egna kunskaper och erfarenheter, att flera olika rätter och smaker ökar chansen att det äts lite av allt. Utöver en ökad chans till ett högre energiintag får patienten även i sig vitaminer och mineraler från flera källor. Kostchefen på lasarettet (personlig kommunikation, 17 november 2014) berättade att konceptet med flera mindre rätter har prövats på andra sjukhus i Sverige och Danmark med tillsynes gott resultat. Inget är dock ännu publicerat.

Vad gäller kosttillslag, till exempel proteinberikning, så finns det forskning som talar både för och emot nyttan av att använda det (SBU, 2014; Cederholm et al, 2014; Chillingworth & Wright, 2012; MacFie, Woodcock, Palmer, Walker, Townsend & Mitchell, 2000). Vår åsikt är att proteinberikning kan användas, men med försiktighet så att inte sensoriskt negativa effekter uppstår eller proteinmängden blir för stor.

5.2 Metoddiskussion

Att valet föll på enkäter beror på att undersökningen endast var i behov av enkla svar framför detaljerade och för det är en enkät med få, noga utvalda frågor det bästa alternativet. En enkät är även enkel att fylla i och man når många på en gång. Eftersom enkäten syftade till att undersöka om måltiden var bra eller dålig önskades så raka svar som möjligt, och därmed valdes det medvetet att inte ha med mellanalternativ som ”okej” eller ”lagom” utom på frågan om portionsstorlek. Trots detta valde ett litet antal deltagare att själva lägga till det alternativet, och dessa svar har inte räknats med i resultatet. Även andra ofullständiga svar har uteslutits i resultatbearbetningen varför populationen (N) varierar i de olika figurerna.

I detta arbete valdes att endast fokusera på energi- och proteininnehåll. Det togs ingen hänsyn till andra näringsaspekter som fettkvalitet, vitamin- och mineralinnehåll, innehåll av kostfiber med mera. Anledningen var dels att energi- och proteininnehåll är det mest betydelsefulla i en E-kost, dels att arbetet var tidsbegränsat och behövde begränsas i utförande.

Under planeringen av den nya menyn valdes ett enkelt koncept genom att behålla den ursprungliga menyn och bara lägga till nya rätter samt korrigera portionsstorlekar. Detta gjordes dels med tanke på förenkla arbetet för kökspersonalen, dels som en anpassning av den begränsade tidsperioden som fanns att tillgå. En idé från sjukhuset var att ha ”tapas”, ju fler rätter desto bättre. För att fullfölja denna idé hade menyn behövts göra om från ett blankt papper vilket hade blivit ett större projekt för både menyplanerare och kökspersonalen som ska tillaga maten.

Vid valet av antalet rätter fanns en viss osäkerhet under den tid menyn planerades. Valet föll på fyra stycken; en förrätt, en soppa, en varmrätt samt en dessert. I efterhand, efter att ha studerat de ifyllda enkäterna samt samtalat med vårdpersonalen, framgick det att tre rätter troligen hade varit mer optimalt. Den äldre patientgruppen tyckte att det blev för mycket med fyra rätter, att de inte visste var de skulle börja och att det blev för många ”pytsar” framför dem. Flertalet patienter svarade i enkäten att portionen var för stor, att antingen soppan eller efterrätten hade lämnats kvar på brickan. Detta framgår i fråga fyra om portionsstorlek och fråga åtta om varför måltiden eventuellt inte åts upp. Tre rätter anses därför vara mer lämpligt både ur ett administrativt perspektiv samt ur patienternas perspektiv. Vi anser att tre rätter är tillräckligt för att ge variation i smak, konsistens och färg. Eftersom protein- och energinivån fortfarande ska vara samma kommer rätternas storlek att öka. Viktigt är att oavsett antal rätter fortsätta hålla en adekvat proteinnivå och överväga användningen av proteinberikning. Valet av livsmedel, att använda livsmedel med högt proteininnehåll, är avgörande.

Ett alternativ hade varit att servera en tapasbricka, likt en av de idéer som fanns från sjukhuset, det vill säga en bricka med enbart småplock. Detta hade troligen inte gett patienterna samma känsla som att behöva äta en flerrättersmeny, utan hade troligen inspirerat till att plocka och äta av det som lockar på tallriken utan att behöva lämna en hel rätt.

Någonting som togs hänsyn till var variation i färg och konsistens på maten. Detta är en viktig aspekt ur ett aptitväckande perspektiv. Det är viktigt att varje måltid (de olika rätterna i måltiden) innehåller en variation i både färg och konsistens (Isacsson Schiller, 2010) och detta är en aspekt som går att utveckla desto mer vid en eventuell förändring av E-kosten till en flerrättersmeny. Att tillsätta garnityr i form av exempelvis en dillkvist till skagenröran, basiliska till tomat- och mozzarellaspetten och ett myntablاد på hallonmoussen gör också stor skillnad och är något vi påminde om när vi skickade in recepten till kostservice.

För att underlätta serveringen av flera rätter hade troligen brickservering varit ett mer lämpligt alternativ. Då lägger kökspersonalen upp måltiden redan i köket och avdelningspersonalen slipper därmed det momentet, vilket sparar tid vid serveringen till patienterna. Detta anser vi skulle kunna vara en bra lösning efter att ha gjort studiebesök i köket samt fört dialog med avdelningspersonalen.

Andra praktiska aspekter, som framkom under arbetets gång, var till exempel att låta förrätter utgöras av maträtter som kan lagas som stora måltider men enkelt kan delas upp i mindre portioner. Exempel på detta kan vara pajer, pizzor och omelett som till skillnad från de recept som finns med i menyförslaget kan lagas som stora rätter istället för som portionsbitar. Ett annat förslag på lämplig rätt är paté som kan bestå av exempelvis kött, fisk och/eller grönsaker.

Att få samarbeta med en extern part har gett oss en betydande möjlighet att kunna utföra denna typ av arbete. Samarbetet har fungerat väl och utan den ambitiösa och initiativrika

ledningen på kostservice hade detta arbete inte varit möjligt. En extern samarbetspartner innebär dock också en viss beroendeställning till den andra parten. I vårt fall har kommunikationen fungerat väl men något som till viss del har försenat arbetet har varit att få de ifyllda enkäterna hemskickade, vilket har förskjutit resultatbearbetningen.

5.3 Resultatdiskussion

Jämfört med den ursprungliga menyn så ligger energiprocenten för protein något lägre. Detta kan dels förklaras av att den ursprungliga menyn innehåller proteinberikning samt att några av måltiderna hade ett lågt totalt energiinnehåll och därmed blir det en högre andel energi från protein. Vad gäller energi- och proteininnehåll så är det jämnare, det vill säga ett mindre intervall, i den nya menyn jämfört med den ursprungliga.

Många av måltiderna i den nya menyn har ett protein- och energiinnehåll i överkant. Då problemet på sjukhus i huvudsak är att hela portionen inte äts upp anser vi att det inte är något problem. De personer som faktiskt äter upp hela portionen får ett beräknat för högt intag av energi, baserat på att patienten väger 70 kg (Socialstyrelsen, 2011), men en sjukhusvistelse är under en relativt kort period så det överskottet kommer troligen inte att bidra till en ökad vikt. Många patienter som är ordinerade E-kost ligger i riskzonen för undernäring på grund av nedsatt aptit och illamående och därmed ett minskat energiintag. Ett tillräckligt energiintag är därför av stor betydelse och ett för högt energiintag är mindre troligt. En patient som äter upp hela lunchen och middagen väljer troligen att äta mindre till mellanmål då hunger aldrig hinner uppstå.

Ett överskott av protein kan skada njurarna om det är höga doser under lång tid (Martin et al, 2005), men i likhet med energiintaget så är proteinintaget eventuellt endast för högt under en begränsad tid samt endast marginellt för höga doser och bör således inte göra någon skada. Proteinintaget bör dock reflekteras över om patienten redan har nedsatt njurfunktion eller på annat sätt ligger i riskzonen.

Då torsdagens huvudrätt på lunchen var en soppa i en den ursprungliga menyn så valde författarna att hoppa över förrättssoppan och istället ha två förrätter varav en lite matigare. Det resulterade i att det på torsdagen serveras Böntortilla och tomat- och mozzarellaspett till förrätt och sedan Kycklingsoppa till huvudrätt. Detta medförde att adekvata energi- och proteinnivåer uppnåddes, men om menyn görs om mer permanent bör soppa ej förekomma som huvudrätt utan hänvisas till att vara en enklare förrätt.

Resultatet från enkäten visade inte någon signifikant skillnad mellan den befintliga menyn för E-kosten samt det menyförslag som vi tog fram, med avseende på studerade variabler. Studien som genomfördes var liten med endast 56 deltagare och det går därmed inte att dra någon generell slutsats av resultatet. Vi anser dock att det nya menyförslaget fick en positiv respons från såväl patienter som personal. Menyplaneraren samt teamchefen på lasarettet hade båda en önskan om att fortsätta utveckla E-kosten i samma spår. Vi förespråkar konceptet med fler, mindre rätter. Denna studie kan ses som en pilotstudie inom ämnet och vi hoppas att detta kommer utvecklas nationellt framöver. Det vore naturligtvis intressant att göra om studien i större skala och vi ser även att det vore lämpligt att inkludera flera kosten då problem med undernäring finns i flertalet patientgrupper. En högre kvalitet på maten, som leder till att fler patienter äter mer, som i sin tur leder till en minskad undernäring, gynnar förutom individen även samhället ur ett ekonomiskt perspektiv (Stratton et al. 2003).

Att det inte blev någon signifikant skillnad beror troligen på att patienterna överlag var nöjda med den befintliga menyn. De ansåg att matens helhet var bra, att maten smakade bra, att variationen var tillräcklig och åt upp det mesta av portionen (med viss variation). Detta visar att maten på lasarettet håller en god kvalitet vad gäller upplägg och smak. Det går att urskilja en skillnad i hur patienterna upplevde portionsstorleken, även om denna inte skillnad var signifikant, då det var fler som ansåg att portionen i den nya menyn var ”lagom”. Detta ser vi som ett positivt resultat då fokus legat på proteininnehåll samt portionsstorlek. Några patienter har svarat att portionen är för stor eller alldeles för stor men sedan ätit upp allting eller svarat att portionen är för liten men ändå lämnat. Det sistnämnda kan naturligtvis bero på att patienten inte tyckte om maten, medan det förstnämnda kan vara mer intressant. Om patienten är mätt men ändå äter upp maten kan en av följderna bli att patienten inte orkar nästkommande måltid och detta kan resultera i ett minskat energiintag.

Som man kan se i figur sex är det en större andel i enkät två som har svarat att de är mätta och därmed att portionen var för stor på frågan om varför maten inte åts upp. Detta motsäger svaren i frågan om portionsstorleken, se figur tre, där fler i enkät ett upplevde portionen som ”För stor” eller ”Alldeles för stor”. Det kan tyda på att portionerna i den nya menyn med blotta ögat upplevs som mindre än portionerna i den ursprungliga menyn men att den ändå är för stor för att ätas upp när man är sjuk.

Deltagarna ombads även att uppge vad de drack till maten i syfte att undersöka om valet av dryck kunde minska eller öka mängden mat som åts upp på tallriken. Man kan se att majoriteten druckit saft/ juice vid båda mättillfällen, vilket kan vara energirikt och därmed minska aptiten. Ett fåtal personer har druckit näringsdryck till maten vilket inte alls är att föredra eftersom en näringsdryck beroende på vilken sort det är kan innehålla lika mycket energi som en måltid. Då enkäten inte frågar om mängden dryck som dracks i samband med måltid är det dock svårt att dra några slutsatser om mängden uppäten mat påverkats.

Det fanns flertalet övriga synpunkter i de ifyllda enkäterna (fråga 8, kategori Smakpreferenser) som berörde smaken på maten. Vi valde att förbise flertalet av dessa vid utvecklingen av den nya menyn, då vi dels inte kunde påverka hur maten tillagades och använde oss av redan befintliga recept på soppor och huvudrätten (till exempel ”överkokta grönsaker”, ”skinn på potatisen” och smaken på soppor). Dessutom varierar smaken med olika individer (exempelvis ”för salt”, ”för mycket fisk”, ”önskar mera pasta”) och alla kan inte tillfredsställas. Dock så har synpunkterna naturligtvis lämnats till köket på deras begäran så att de kan jobba vidare med det.

5.4 Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen

Arbetet med att ta fram och testa en ny meny av E-kost har gett oss en praktisk erfarenhet i det omfattande arbetet kring en kvalitativ kost inom vården och en större förståelse för de många faktorer som spelar in, från tillagning till servering av maten till patienten.

Att maten måste vara smakrik och god är viktigt för att den ska ätas upp och att den äts upp är av stor vikt ur ett näringsmässigt perspektiv (Livsmedelsverket, 2014; Isacson – Sciller, 2010). Kostens innehåll och kvalitet är därför av stor betydelse för oss som blivande dietister. Den mat vi rekommenderar eller ordinerar måste vara av god kvalitet ur flera aspekter för att patienten ska uppfylla ett adekvat energi- och näringsintag.

Kökspersonal samt vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor och undersköterskor) har ofta begränsad utbildning inom nutrition. Dietister har inte tillräckligt med tid eller ekonomiska

resurser från vårdorganisationen för att hinna med alla patienter (Beck et al., 2001). Då dietistens specialkompetens är matens innehåll ur ett näringsmässigt perspektiv samt individens behov av näring är ett samarbete mellan dietister och kökspersonal, menyutvecklare och vårdpersonal av stor betydelse.

Vi ser detta arbete som ett exempel på hur ett sådant arbete kan se ut och har som mål att i våra framtida yrkesroller fortsätta arbeta för ett fungerande samarbete olika professioner emellan för en fortsatt utveckling av kost för sjuka.

5.5 Slutsats

Den aktuella menyn för E-kost på det utvalda lasarettet utvecklades till en flerrättersmeny. Med hjälp av en enkätundersökning jämfördes acceptansen av den ursprungliga menyn med den nya, men ingen signifikant skillnad fanns på aspekterna ”måltidens helhet”, ”måltidens smak”, ”portionsstorlek” samt ”uppskattat intag”. Köks- samt vårdpersonal på sjukhuset upplevde att konceptet med en flerrättersmeny fungerade bra och har en positiv inställning till fortsatt utveckling.

6. Referenser

- Abrahamsson, L., Andersson, A. & Nilsson, G. (Red). (2013). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- Beck, A. M., Balknäs, U.N., Fürst, P. Hasunen, K., Jones, L., Keller, U., ... Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition - report and guidelines from the Council of Europé, *Clinical Nutrition*, 28(5), 455-460.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Barton, A.D., Beigg, C.L., Macdonald, I.A. & Allison, P.S. (2000). High food wastage and low nutritional intake in hospital patients, *Clinical nutrition*, 19(6), 445-449
- Bischoff, S, C. & Renzer, C. (2006). Nausea and nutrition. *Autonomic Neuroscience Basic and Clinical*, 129, 22–27
- Batool, R., Butt, M. S., Sultan, M. T., Saeed, F., Naz, R. (2015). Protein – Energy malnutrition: A risk factor for various Ailments, *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 55, 242–253
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö:Liber. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Århus: Scanprint as.
- Cederholm, T., Bosaeus, I., Brummer, R., Ellergård, L., Faxén Irving, G., Larsson, J., Thorell, A. & Rothenberg, E. (2014). Kosttillägg förlänger livet på undernärda äldre. *Läkartidningen*, 111
- Cederholm, T. (2006). Undernäring vanligt inom svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 103(21-22)
- Chillingworth, A. & Wright, C.M. (2012). High energy oral supplements may suppress appetite without benefiting growth *Arch Dis Child*, 97
- Department of Health. (1991). *Dietary reference values for food energy and nutrients for the United Kingdom. Report on Health and Social Subjects*. London: Department of Health.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken – en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Faxén Irving, G., Karlström, B. & Rothenberg, E. (2010). *Geriatrisk nutrition*. Lund: Studentlitteratur.
- Hiesmayr, M., Schindler, K., Pernicka, E., Schuh, C., Schoeniger-Hekele, A., Bauer, P., ... Ljungqvist, O. (2009). Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The Nutrition Day survey 2006. *Clinical Nutrition*, 28, 484–491

- Holm, L. (2012). Patienters måltider på hospitalet. I L. Holm, S. Tange Kristensen (Red.) *Mad, mennesker og måltider: Samfundsvidenskabelige perspektiver* (s. 97-111). Köpenhamn: Munksgaard Danmark.
- Isacsson – Schiller, C. (2010). *Sjukhusmåltiden ur patientens perspektiv*. (D-uppsats, avancerad nivå). Uppsala Universitet, Institutionen för kostvetenskap, 752 37 Uppsala
- Johansson, F. (2014). Grundläggande statistik föreläsning 4. Kostvetenskap C: vetenskapliga metoder. Uppsala: Uppsala Universitet
- Kondrup, J., Johansen, N., Plum, L.M., Bak, L., Højlund, I., ... Lauesen, N. (2002). Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition*, 21, 461-468
- Livsmedelsverket. (2014). *Sjukhusmåltiden – en viktig del av vården*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- MacFie, Woodcock, Palmer, Walker, Townsend & Mitchell. (2000). Oral Dietary Supplements in Pre- and Postoperative Surgical Patients: A Prospective and Randomized Clinical Trial. *Nutrition*, 16, 723-728.
- MacKay, D. & Miller, A.L. (2003). Nutritional support for wound healing. *Altern Med rev.*, 8, 359-377
- Mahan, K. L., Escott - Stump, S. & Raymond, J.L. (2012). *Krause´s Food and the Nutrition Care Process*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Martin, W, F., Armstrong, L, E. & Rodriguez, N, R. (2005). Dietary Protein Intake and Renal Function. *Nutr. Metab. (Lond)*, 2(25).
- Munk, T., Beck, A.M., Rosenbom, E., Rasmussen, H.H., Nielsen, M.A., Thomsen, T. (2014). Positive effect of protein-supplemented hospital food on protein intake in patients at nutritional risk: a randomised controlled trial. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 122-123.
- Nordic Council of Ministers. (2012). *Nordic Nutrition Recommendations 2012*. Århus: Scanprint as.
- Nutricia. (2015). *Produktfaktblad kosttillägg energi- och proteinrika*. Hämtad 2015-01-20, från <http://nutricia.se/tools/produktblad>
- Paddon-Jones, D. & Rasmussen, B.B. (2009). Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 12, 86-90.
- Potter, J.M. (2001). Oral supplements in elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 4, 21-28
- Rasmussen, H.H., Kondrup, J., Staun, M., Ladefoged, K., Kristensen, H. & Wengler, A. (2004). Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals. *Clinical Nutrition*, 23(5), 1009-1015.

SBU. Kosttillägg för undernärda äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); (2014). SBU-rapport nr 228.

Socialstyrelsen. (2009). *Hälsa – och sjukvårdsrapport*. Stockholm: socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: socialstyrelsen.

Stratton R, J., Green, C, J. & Marinos. (2003). *Disease-related malnutrition: an evidencebased approach to treatment*. Wallingford, Oxon: CABI publishing.

Strömquist, S. (2010). *Uppsatshandboken*. Stockholm: Hallgren & Fallgren.

Trost, J. (2012). *Enkät-boken*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet. (2015). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2015.01.19, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1 – Arbetsfördelning

Planering av studien och uppsatsarbetet: Camilla 50 % och Karin 50 %

Litteratursökning: Camilla 40 % och Karin 60 %

Datinsamling: Camilla 50 % och Karin 50 %

Analys: Camilla 50 % och Karin 50 %

Skrivandet av uppsatsen: Camilla 50 % och Karin 50 %

Kontakt med lasarettet: Camilla 60 % och Karin 40 %

Bilaga 2 – Ursprunglig meny E-kost

Dag	Lunch	Middag	Proteininnehåll (g)	Energiinnehåll (kcal)	Totalt protein (g)/ energiinnehåll (kcal)
Måndag	Nötköttgryta m dijonsenap (1.5 dl), ris, salladsblandning m paprika Berikning: Resource Instant Protein (12,47 g), vispgrädde (12,47 ml). Efterrätt: Konserv. päron med grädde	Apelsinfisk (sej, 1 st), potatis, broccoli Berikning: Resource Meritene (10,10 g)	Lunch: 28,7 Middag: 34,04	Lunch: 562,88 Middag: 413,12	Protein: 62,74 Energi: 976
Tisdag	Pasta kycklingsås m spenat (1.5 dl), sallad m ärtor, majs & paprika Berikning: Vispgrädde (15,11 g) Efterrätt: Jordgubbskräm	Dillkött (1.5 dl), potatis, rotfruktsblandning, banan Berikning: Vispgrädde (15,10 ml)	Lunch: 19 Middag: 19,63	Lunch: 496,86 Middag: 593,22	Protein: 38,63 Energi: 1090,08
Onsdag	Kålpudding (nötfärs) (1/2 st), sås, potatis, rårivna morötter, lingonsylt Berikning: Vispgrädde (8,72 ml), Resource Instant protein (5,10 g) Efterrätt: Rabarbersoppa	Fiskgratäng (sej), m senap, dill & dragon, potatis, bukettgrönsaker Berikning: Resource Meritene (10,2 g), vispgrädde (10,20 g)	Lunch: 12 Middag: 37,59	Lunch: 391,22 Middag: 434,08	Protein: 49,59 Energi: 825,3
Torsdag	Lantsoppa med kyckling (1.5 dl) Berikning: Resource Instant Protein (10 g) Efterrätt: Pannkaka (1 st) m sylt & grädde	Chilikryddad nötköttgryta m tomat & kikärter (1.5 dl), ris, sommargrönsaker Berikning: Resource Meritene	Lunch: 19,87 Middag: 19,91	Lunch: 408,22 Middag: 437,5	Protein: 39,78 Energi: 845,72

		(10 g), vispgrädde (2 msk)			
Fredag	Sprödbakad sej (1 st), sås verte (spenat), potatis, rårivna morötter Berikning: Resource Instant Protein (10,02 g) Efterrätt: Bladad fruktkräm	Pannbiff (nötfärs) m stekt lök, sås, potatis, broccoli Berikning: Resource Meritene (15,94 g)	Lunch: 24,67 Middag: 20,65	Lunch: 548,09 Middag: 433,65	Protein: 45,32 Energi: 981,74
Lördag	Grönsakscurry m kyckling (1.2 dl), ris, sallad/gurka Berikning: Resource Instant Protein (5 g), Vispgrädde (5 g) Efterrätt: Konserv. Persika m grädde	Italiensk lax m basilika (1 st), potatis, slottsgrönsaker Berikning: Creme fraiche (1 msk)	Lunch: 17,59 Middag: 18,42	Lunch: 451,25 Middag: 302,32	Protein: 36,01 Energi: 753,57
Söndag	Fläskkarré (65 g), sås, potatis, morötter, ärtor o äppelmos Berikning: Resource Instant Protein (5,10 g), Resource Meritene (5,10 g), vispgrädde (5,10 g) Efterrätt: Kokospannacotta m frukt	Prinskorv (4 st), stuvad spenat, potatis Berikning: Resource Instant Protein (5 g)	Lunch: 22,29 Middag: 19,35	Lunch: 584,19 Middag: 415,57	Protein: 41,64 Energi: 999,76

Ris: 1 dl

Potatis: 1-2 stycken (75 g)

Pasta: 1 dl

Potatismos: 1 dl

Bilaga 3 – Utvecklad meny E-kost

Dag	Rätt	Lunch	Middag	Energi (kcal)	Protein (g)/ E%
Måndag	Soppa	Blomkålssoppa	Oxköttssoppa		
	Förrätt	Rågbröd m kallrökt lax	Ägghalva m majonnäs och räkor		
	Huvudrätt	Nöttköttgryta m ris	Apelsinfisk		
	Dessert	Päronhalva m grädde	Hallonmousse		
				1032	51/20
Tisdag	Soppa	Fisksoppa	Skinksoppa		
	Förrätt	Tunnbrödsrulle	Sill m gräddfil & gräslök		
	Huvudrätt	Pasta m kycklingsås	Dillkött		
	Dessert	Jordgubbskräm	Chokladpudding		
				1073	46/17
Onsdag	Soppa	Kycklingsoppa	Grön ärtsoppa		
	Förrätt	Toast Skagen	Skink- och melonspett		
	Huvudrätt	Kålpudding	Fiskgratäng		
	Dessert	Rabarbersoppa	Ris a la Malta		
				1071	51/19
Torsdag	Förrätt 1	Böntortillas	Fisk- och räksoppa		
	Förrätt 2	Tomat- och mozarellaspett	Ost & vindruvor		
	Huvudrätt	Lantsoppa	Chilikryddad köttgryta		
	Dessert	Pannkaka m sylt och grädde	Vaniljpannacotta m passionsfrukt		
				998	42/17
Fredag	Soppa	Skinksoppa	Morotsoppa		
	Förrätt	Minipaj	Omelett		
	Huvudrätt	Sprödbakad fisk	Pannbiff		
	Dessert	Blandad fruktkräm	Fruktsallad		
				1154	55/19
Lördag	Soppa	Oxköttssoppa	Sellerisoppa		
	Förrätt	Minipizza	Hummus m nachochips		
	Huvudrätt	Grönsakscurry m ris	Italiensk lax		
	Dessert	Persika m grädde	Blåbärssmoothie		
				1003	39/15
Söndag	Soppa	Kycklingsoppa	Fisksoppa		

	Förrätt	Laxbollar	Kycklingröra på grovt bröd		
	Huvudrätt	Fläskkarré	Prinskorv & stuvad spenat		
	Dessert	Kokospannacotta	Ostkaka m sylt och grädde		
				954	44/18

Bilaga 4 – Enkät

Din upplevelse av maten på sjukhuset

Datum: _____

Kön:

- Man
- Kvinna

Hur många dygn har du varit på sjukhuset (denna sjukhusvistelse)?

- 1 dygn
- 2-6 dygn
- 1-2 veckor
- > 2 veckor

Kryssa för den måltid du nyss ätit:

- Lunch
- Middag

Var åt du måltiden?

- På rummet
- I dagrummet
- På annan plats, i så fall var? _____

Frågor om måltiden

Kryssa för det alternativ som stämmer bäst in på den måltid, det vill säga maten på tallriken inklusive dessert och tillbehör, du nyss ätit. Endast ett svar är möjligt

1. Vad tyckte du om måltiden som helhet, vad gäller smak, utseende, upplägg?

- Mycket bra
- Bra
- Dåligt
- Mycket dåligt

2. Hur tycker du att maten smakade?

- Mycket bra
- Bra
- Illa
- Mycket illa

Var god vänd →

3. Vad tyckte du om hur maten är upplagd?

- Såg aptitligt ut
- Såg inte aptitligt ut

4. Vad tyckte du om portionsstorleken?

- Alldeles för stor
- Något för stor
- Lagom
- Något för liten
- Alldeles för liten

5. Vad drack du till maten?

- Vatten
- Mjölk
- Saft/juice
- Läsk/lättöl
- Kaffe/Te
- Näringsdryck
- Jag drack inget till maten
- Annat, i så fall vad? _____

6. Vad tycker du generellt om variationen av rätter på

a) lunchen?

- Tillräcklig
- Inte tillräcklig
- Vet inte/har ingen uppfattning

b) middagen?

- Tillräcklig
- Inte tillräcklig
- Vet inte/har ingen uppfattning

7. Uppskattningsvis, hur mycket ät du upp av din måltid, det vill säga maten på tallriken inklusive dessert och tillbehör?

- Allt
- Nästan allt (3/4)
- Hälften
- Nästan inget (1/4)
- Inget

Var god vänd →

8. Om du inte åt upp hela portionen, finns det något eller några av följande alternativ som stämmer in? *Flera svarsalternativ är möjliga.*

- Jag var inte hungrig
- Jag var illamående
- Jag var trött
- Jag hade ont
- Jag fick besök/blev avbruten
- Annat _____

9. Övriga synpunkter:

Tack för din medverkan!
Camilla & Karin

Bilaga 5 – Följebrev

Hej!

Vi är två dietiststudenter från Uppsala Universitet som skriver vår C-uppsats i samarbete med Falu lasarett. Vårt uppdrag är att utveckla och förbättra den del av sjukhusmaten som kallas E-kost (energi- och proteinrik kost).

Syftet med den här enkäten är att få en bild av hur du som patient upplever maten. Att fylla i enkäten är frivilligt och du kommer att vara anonym. Det tar cirka fem minuter att svara på frågorna. Informationen kommer endast att användas av oss för att utvärdera kosten och vägleda oss i vårt arbete.

Du som deltar har blivit utvald för att du äter E-kost samt inte får näring på annat vis (till exempel via sond eller direkt in i blodet).

Enkäten består av nio frågor och ska fyllas i direkt efter avslutad måltid. Med måltid avses maten på tallriken inklusive eventuell dessert och tillbehör. Ta gärna hjälp av någon (till exempel anhörig eller personal på avdelningen) om du behöver. Ifylld enkät lämnas till personalen på avdelningen.

Observera att enkäten endast ska besvaras en gång!

Om du har några frågor om enkäten eller undersökningen får du gärna höra av dig till oss!

Karin Andersson [telefonnummer] eller [mejladress]

Camilla Jakobsson [telefonnummer] eller [mejladress]

Tack för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Karin Andersson & Camilla Jakobsson

Bilaga 6 – Instruktionsbrev till personal

Hej!

Vi är två dietiststudenter som skriver vår c-uppsats i samarbete med kostpersonalen på Falu lasarett. Vårt syfte med uppsatsen är att utveckla e-kosten på lasarettet. Vi kommer bland annat att fokusera på portionsstorlek och proteininnehåll.

Vi kommer att utföra två stycken enkätundersökningar. En kommer att ske under v. 48 och den andra v. 50, då i samband med att en ny e-kostmeny prövas.

Här är några instruktioner som kan vara till hjälp:

- Enkäten ska delas ut till så många patienter som möjligt som äter e-kost, men som inte får mat via sond eller parenteral nutrition. Intag av näringsdrycker är okej.
- Enkäten får bara fyllas i en gång (under respektive vecka) utav varje patient.
- Enkäten ska delas ut i samband med lunch eller middag
- Enkäten ska besvaras direkt efter avslutad måltid
- Ni som personal får gärna hjälpa patienterna att fylla i enkäten vid behov

Vid frågor eller funderingar, hör gärna av er!

Camilla Jakobsson: [telefonnummer], [mejladress]

Karin Andersson: [telefonnummer], [mejladress]

Stort tack för er hjälp!

Med Vänliga Hälsningar

Camilla & Karin