

MASTEROPPGAVE

Samfunnsernæring

2014

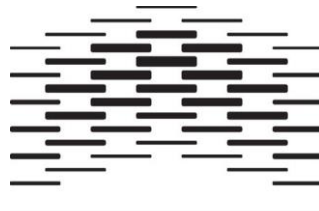
«Skal jeg virkelig servere det her til deg?»

Måltidssituasjon hos eldre med tygge- og svelgevansker

Miriam Agnete Ebba Ribbegren Svendsen

Fakultet for helsefag

Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Som 18-åring begynte jeg som pleieassistent på Stabæktunet bo- og behandlingssenter. Da visste jeg verken mye om ernæring eller dysfagi, men jeg syntes synd på pasientene som måtte få servert most mat. Det så rett og slett ikke delikat ut. Jeg bestemte meg for at jeg heretter måtte ta godt vare på tennene mine. Da jeg fem år senere skulle velge meg et emne til min masteroppgave, og et av forslagene fra skolen var en studie om most mat, var valget lett.

Arbeidet med oppgaven har vært en lang og vanskelig prosess, men også utrolig lærerik. Det har utfordret meg på flere plan, og jeg har lært mye både faglig og personlig som jeg vil ta med meg videre i livet. Jeg har hatt det både gøy og vanskelig under arbeidet, og uten støttespillere ville ikke oppgaven eksistert.

Jeg ønsker å takke mine to veiledere Asta Bye og Stine Marie Ulven for deres engasjement, konstruktive tilbakemeldinger og uvurderlige hjelp under arbeidet. En stor takk rettes også til Laura Terragni for at hun har tatt seg tid til å hjelpe meg med spørsmål vedrørende den kvalitative metoden. Hennes kunnskap og tilbakemeldinger har betydd mye for oppgaven slik den fremstår i dag.

Jeg vil rette en stor takk til Heidi Brunner og Willi Brunner fra SooftMeals for det gode samarbeidet, og den økonomiske støtten til å gjennomføre prosjektet. En varm takk går også til Vegar Bakken-Løvås fra storkjøkkenet, samt avdelingslederne og ansatte ved de to bo- og behandlingssentrene som deltok. Uten deres hjelp, deltagelse og tålmodighet ville gjennomføring av oppgaven vært umulig.

Tusen takk til mine fantastiske foreldre for at dere har hatt tro på meg, når jeg ikke har hatt tro på meg selv. For at dere har vært stolte av meg, og motivert meg til å fortsette. Jeg vil takke Marianne Schage for samarbeidet og de uendelig mange telefonsamtalene fylt med både frustrasjon og glede. For at du har hjulpet meg, motivert meg og trøstet meg. Jeg vil takke Siri Løvsjø Solberg og Hege Martinsen for uvurderlig selskap og mye latter under de lange dagene på lesesalen.

Sist, men ikke minst, tusen takk til de herlige vennene mine som har hatt forståelse for mitt sosiale fravær. Jeg gleder meg virkelig til å ta det igjen i tiden som kommer!

Miriam Agnete Ebba Ribbegren Svendsen

Oslo, mai 2014

Sammendrag

Introduksjon: Forekomsten av underernæring er høy blant pasienter i sykehus, sykehjem og brukere av hjemmetjenesten. Dysfagi, som omfatter vansker med å tygge og svelge, er en viktig årsak til underernæring. Modifisering av måltidssituasjonen er vist å spille en viktig rolle i å øke appetitt og tilfredshet ved måltidet. Five Aspects Meal Model (FAMM) er en modell som tar for seg fem faktorer ved selve måltidet; rommet, møtet, produktet, styringssystemet og atmosfæren.

Hensikt: Hensikt med studien var å undersøke rutiner rundt måltidet for pasienter med tygge- og svelgevansker på to bo- og behandlingssentre, samt utforske ansattes holdninger til maten og måltidet for denne pasientgruppen.

Metode: For å kartlegge måltidssituasjonen for pasientene og de ansattes holdninger til maten og måltidet ble det brukt observasjoner og fokusgrupper som datainnsamlingsmetode. Et middagsprodukt ble innført på seks avdelinger på to bo- og behandlingssentre i en periode på omtrent to måneder. Før innføringen ble 14 observasjoner av måltidssituasjonen under middagen gjennomført, fordelt på to avdelinger. To fokusgrupper med ansatte fra de to bo- og behandlingssentrene ble også utført. Etter innføringen av prosjektmaten, ble 14 tilsvarende observasjoner og to tilsvarende fokusgrupper gjennomført. Five Aspects Meal Model ble brukt som rammeverk for analysen.

Resultater: Ansatte ved bo- og behandlingssentrene var opptatte av ernæring og at pasientene skulle ha en god måltidssituasjon. For dårlig tid kunne komme i veien for dette, og andre gjøremål i jobben hadde høyere prioritet. Informantene hadde en negativ holdning til maten som ble servert pasienter med tygge- og svelgevansker fra sentralkjøkkenet, og syntes prosjektmaten til sammenligning var mye bedre. Allikevel konkluderte informantene med at det varierte hvilke pasienter denne maten passet til. Rutinene rundt måltidene og måltidssituasjonen varierte mellom sykehjemmene, og det ene sykehjemmet hadde en bedre atmosfære enn det andre. Støy under måltidet var en viktig faktor som ga en dårligere atmosfære.

Konklusjon: FAMM kan benyttes til systematisk vurdering av mattilbudet på et bo- og behandlingssenter. Informantene i studien ønsket å skape en god måltidssituasjon for pasientene med tygge- og svelgevansker, men det kunne være vanskelig da flere av pasientene

hadde demens og kunne være urolige. Dette illustrerer at det er viktig å ta individuelle hensyn i måltidssituasjonen. Informantene hadde en positiv holdning til prosjektmaten, men det varierte hvilke pasienter de mente maten passet til. Dette viser at også når det gjelder type moset mat, porsjonsstørrelse og smak er det viktig å ta individuelle hensyn.

Nøkkelord: Tygge- og svelgevansker, måltidssituasjon, Five Aspects Meal Model, observasjon, fokusgruppeintervju.

Summary

Introduction: The prevalence of malnutrition is high among patients in hospitals, nursing homes and users of homecare services. Dysphagia, which includes difficulty in chewing and swallowing, is a major cause of malnutrition. Adjustment of the meal situation is shown to play an important role in increasing appetite and satisfaction with the meal. Five Aspects Meal Model (FAMM) addresses five aspects of the meal; the room, the meeting, the product, the management control system and the atmosphere.

Purpose: The purpose of this study was to examine the routines around the meal for patients with chewing and swallowing disorders in two nursing homes, and to explore the employee's attitudes to food and meals for this patient group.

Method: Focus groups and observations were used as to collect data about the meal situation and the employees' attitudes to food and the meal. A new food product was introduced for dinner at six departments in two nursing homes over a period of about two months. 14 observations during dinner, in two departments, were conducted before the new meal was introduced. In the same period of time two focus groups with staff members from the two nursing homes were completed. After the introduction of the food product, 14 similar observations and two similar focus groups were conducted. Five Aspects Meal Model was used as a framework for analysis.

Results: The staff at the nursing homes was concerned with nutrition and wanted to make a good meal situation for their patients. Too little time was an obstacle for this to happen and other tasks in the job had higher priority. The interviewees had a negative attitude towards food that was served patients with chewing and swallowing difficulties from the central kitchen, and believed the project-food was much better in compare. However, informants concluded that it varied which patients this food would fit for. The routines around the meals and the meal situation varied between the nursing homes. One of the nursing homes had a better atmosphere than the other. Noise during the meal was an important factor that worsened the atmosphere.

Conclusion: FAMM can be used for systematic assessment of food served in a nursing home. The informants in the study wanted to create a good meal situation for patients with chewing

and swallowing difficulties. This could be difficult when several of the patients had dementia and could act uneasy. This illustrates that it is important to individualize the meal situation. The interviewees had a positive attitude towards the project-food, but they didn't think all patients would benefit from it. This demonstrates that also in type of pureed food, portion size and taste, it is important to take into account the individual preferences.

Keywords: Dysphagia, chewing and swallowing difficulties , meal situation , Five Aspects Meal Model, observation, focus group interviews.

Innhold

1. Introduksjon	1
1.1 Hensikt og problemstilling.....	3
2. Teori.....	5
2.1. Teoretisk rammeverk: Five Aspects Meal Model	5
2.1.1. Rommet	6
2.1.2 Møtet	7
2.1.3 Produktet.....	8
2.1.4 Atmosfæren	9
2.1.5 Styringssystemet	10
2.2 Spesielle hensyn ved tygge- og svelgevansker.....	11
2.3 Spesielle hensyn ved demens	12
2.4 Ernæringspraksis og holdninger til ernæring	13
3. Metode	15
3.1 Forskningsdesign	15
3.2 Hermeneutisk tilnærming og forforståelse	16
3.3 Fokusgruppeintervju	18
3.3.1 Fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode.....	18
3.3.2 Utformingen av en intervjuguide	18
3.3.3 Utvalg til fokusgruppeintervju.....	19
3.3.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervju	20
3.3.5 Analyse av fokusgruppeintervju	20
3.4 Observasjon	22
3.4.1 Observasjon som datainnsamlingsmetode.....	22
3.4.2 Utforming av protokoll for observasjon.....	22
3.4.3 Utvalg til observasjon.....	22
3.4.4 Gjennomføring av observasjon	23

3.4.5 Analyse av observasjon	23
3.5 Ethiske aspekter	24
4. Resultater	25
4.1 Utvalget	25
4.2 Fokusgrupper	26
4.2.1 Rommet	26
4.2.2 Møtet	26
4.2.3 Produktet.....	29
4.2.4 Styringssystemet	36
4.2.5 Atmosfæren	38
4.2.6 Prioriteringer	39
4.2.7 Oppsummering av funn	40
4.3 Observasjoner	40
4.3.1 Rommet	40
4.3.2 Møtet	42
4.3.3 Produktet.....	42
4.3.4 Styringssystemet	44
4.3.5 Atmosfæren	44
4.4 Oppsummering av funn og fortolkninger.....	44
5. Diskusjon	45
5.1 Diskusjon av metoden.....	45
5.1.1 Forskningsdesign	45
5.1.2 Fokusgruppene.....	46
5.1.3 Observasjon	52
5.1.4 Overførbarhet/generaliserbarhet	55
5.2 Drøfting av studiens resultater.....	56
5.2.1 Rommet	56

5.2.2 Møtet	57
5.2.3 Produktet.....	59
5.2.4 Styringssystemet	60
5.2.5 Atmosfæren	60
5.2.6 Prioriteringer.....	61
5.3 Oppsummering av drøfting	61
6. Konklusjon	63
Referanseliste	65

Liste over tabeller

Tabell 1: Effekter på matinntak og sultfølelse av matvarer med høy hedonisk aroma (god lukt) og mat som har lav hendonisk aroma (mindre god lukt) (Blackwell, 1997). (IS= ikke signifikant)	10
Tabell 2: Inndeling av konsistenstilpasset mat, hentet fra (Arsky et al., 2012).	11
Tabell 3: Utvalg til fokusgruppeintervju på de to bo- og behandlingssentrene	25

Liste over figurer

Figur 1: Five Aspects Meal Model (Gustafsson, Öström, Johansson, & Mossberg, 2006)	5
Figur 2: Tre ulike måltider, fra venstre; enkelt tilrettelagt måltid, ferdig påsmurt måltid, enkelt måltid uten valg. Bilder tatt fra kosthåndboken(Arsky et al., 2012)	12
Figur 3: Illustrasjon av maten som ble servert under prosjektet	16
Figur 4: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier i analysen av fokusgruppeintervjuene	26
Figur 5: Maten som leveres fra sentralkjøkkenet	43
Figur 6: Maten som ble servert under prosjektet	43

Liste over forkortelser

FAMM	Five Aspects Meal Model
HiOA	Høyskolen i Oslo og Akershus
NSD	Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Søknad til Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD)
Vedlegg 2: Svar på søknad fra Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD)
Vedlegg 3: Informasjonsskriv om prosjektet
Vedlegg 4: Samtykkeerklæring
Vedlegg 5: Protokoll for fokusgruppeintervju
Vedlegg 6: Protokoll for observasjon

1. Introduksjon

But food is like sex in its power to stimulate imagination and memory as well as those senses – taste, smell, sight... The most powerful writing about food rarely addresses the qualities of a particular dish or meal alone; it almost always contains elements of nostalgia for other times, places and companions, and of anticipation of future pleasures.

Joan Smith, Hungry for You (1996, p. 334)

Det er lite tvil om at mat er viktig for mennesker, både for å overleve, og ikke minst for selve nytelsen. Mat har en sosial, kulturell og religiøs betydning, og sunn mat er et hvert menneskes rettighet (WHO, 2004). Dessverre viser tall fra flere internasjonale undersøkelser at forekomsten av underernæring blant pasienter som legges inn på sykehus er mellom 20-50 % (Akner et al., 2001; Albiin, Asplund, & Bjermer, 1982; Bruun, Bosaeus, Bergstad, & Nygaard, 1999; Edington et al., 2000; McWhirter & Pennington, 1994; M. Mowe, Bohmer, & Kindt, 1994; Thomas, Verdery, Gardner, Kant, & Lindsay, 1991; Wathne et al., 2006). Hos pasienter på sykehjem har forekomsten vist seg å kunne være så høy som 54 % (Thomas et al., 1991). Sammenlignet med eldre pasienter med god ernæringsstatus har underernærte, eldre pasienter høyere dødelighet, lengre sykehusopphold og flere komplikasjoner under sykehusoppholdet (Giner, 1996; Mowé, 2002).

En av årsakene til underernæring blant eldre kan være tygge- og svelgebesvær (dysfagi). Disse pasientene er en spesielt utsatt gruppe og det er estimert at omtrent 18,6 % av de i risiko for utvikling av underernæring har dysfagi (Sura, 2012). En amerikansk undersøkelse fra 1986 viste at tilstanden forekommer hos 60 % av beboerne ved alders- og sykehjem (Siebens, 1986). Tilstanden kan sees ved at pasienten sikler, har kvelningsfornemmelser eller hoster under eller etter et måltid, mangler evne til å bruke sugerør, har grøtete stemme, samler mat i kinnene (ofte uten å være klar over det) og mangler brekningsrefleks (Escott-Stump, 2008).

Årsakene til dysfagi kan være dårlig tannhelse, munntørrhet eller ulike nevrologiske sykdommer som kan gi endringer i svelgeprosessen (Escott-Stump, 2008). Eksempel på slike sykdommer som er vanlig hos eldre er hjerneslag, demens, og Parkinsons sykdom (Jacobsen, 2009).

Det er anbefalt at pasienter med tygge- og svelgebesvær spiser en kost hvor maten og drikken er konsistenstilpasset (Escott-Stump, 2008; Sura, 2012). Utvalget av matretter er derfor redusert, og kan framstå som mindre appetittvekkende og estetisk. Det krever et større arbeid ved tilberedning, og kan være tungvint.

Selve måltidssituasjonen er også svært viktig for denne pasientgruppen. Det anbefales lite forstyrrelser under måltidet (at man ikke snakker sammen, ingen radio eller TV i bakgrunnen) slik at pasienten kan konsentrere seg om måltidet (Escott-Stump, 2008; Stensvold & Utne, 1999). God belysning og lun atmosfære vil også være positivt for pasienten (Stensvold & Utne, 1999).

En modell som kan benyttes for å vurdere måltidssituasjoner er «The five aspects of meal model» (FAMM). Denne modellen beskriver hva som utgjør en hel måltidsopplevelse, og blir mye brukt i utviklingen av måltider i restauranter (Öström, Rapp, & Prim, 2008). Modellen beskriver flere aspekter som bidrar til den totale opplevelsen (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008). *Rommet* man spiser måltidet i beskrives som den første faktoren. *Møtet* er den andre faktoren, og beskriver både interaksjon mellom gjester/pasienter og personalet. Det tredje aspektet er *produktet*; mat og drikke og hvordan det tilberedes. *Styringssystemet* er aspekt nummer fire som inkluderer budsjetter og kontoer, lover og regler og logistikken bak hele måltidet. Disse fire aspektene danner sammen det siste og femte aspektet; *atmosfæren* rundt måltidet.

Det er gjort flere studier som viser økt vekt eller matinntak hos pasienter der spisesituasjonen ble endret ved å blant annet dekorere spisesalen i en hjemmekoselig stil og servere maten fra serveringsfat på bordene (Elmståhl, Blabolil, Fex, Küller, & Steen, 1987; Mamhidir, Karlsson, Norberg, & Kihlgren, 2006; Mathey, Vanneste, Graaf, Groot, & Staveren, 2001). Studier gjort av Livsmedelsverket (2011) og Edwards et al. (2008) viste at et godt måltidsmiljø bidro til økt appetitt og et høyere matkonsum.

En undersøkelse gjort på beboere på somatiske sykehjem i Østfold viste at 26 % av beboerne ikke så fram til måltidene med glede og at de hadde mange synspunkter på forbedringstiltak (Aagaard, 2010). Dette gjaldt dog måltidene generelt, og ikke spesielt til pasienter med dysfagi. Flere studier har funnet at de fleste sykepleiere på institusjoner mener at en god ernæringspraksis er viktig, men at det ikke prioriteres (Bonetti, Bagnasco, Aleo, & Sasso, 2013; Buccheri et al., 2010; Morten Mowe et al., 2006). Det er lite kjent hvilke holdninger og meninger ansatte ved institusjoner har om maten som serveres og

måltidssituasjonen på institusjoner til pasienter med tygge- og svelgevansker. Det er tydelig at det er behov for studier som fokuserer på dette.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikt med studien var å undersøke rutiner rundt måltidet for pasienter med tygge- og svelgevansker på to bo- og behandlingssentre, samt utforske ansattes holdninger til maten og måltidet for denne pasientgruppen. Bakgrunnen for dette var at sentralkjøkkenet ønsket å sikre god kvalitet på mattilbudet for pasienter med tygge- og svelgevansker på bo- og behandlingssentrene. Et nytt middagsprodukt ble testet, og en ville undersøke holdningene til de ansatte til dette produktet i forhold til eksisterende mattilbud på institusjonene. Følgende forskningsspørsmål ble utformet;

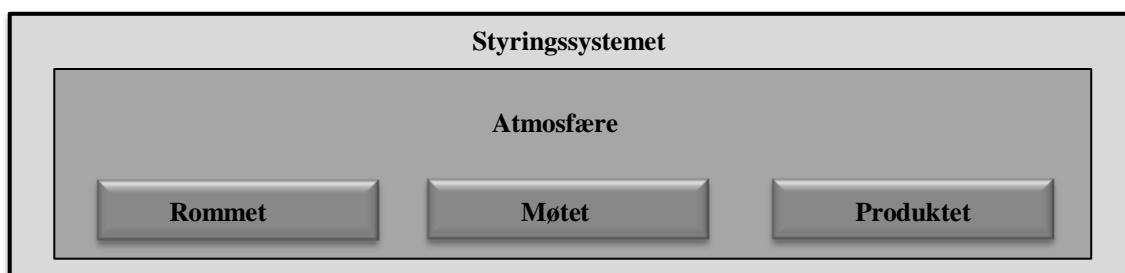
1. Hvilke holdninger og tanker har ansatte på institusjoner til måltidssituasjonen og maten som serveres til pasienter med tygge- og svelgevansker?
2. Hvordan er de faktiske forholdene i forbindelse med måltid og hvilke tanker har de ansatte om betydningen av rommet, møtet, produktet, styringssystemet og atmosfæren (Five Aspects Meal Model)?

2. Teori

2.1. Teoretisk rammeverk: Five Aspects Meal Model

Five Aspects Meal Model (fem aspekter ved måltidet-modellen/FAMM) er et verktøy utviklet av forelesere ved Örebro Universitet i Sverige (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004). Arbeidet med modellen begynte allerede i 1993 og ideen hadde sitt utspring i Michelin Guidens (nåværende Guide Rouge) evaluering av hoteller og restauranter (Gustafsson, 2004; Gustafsson et al., 2006). Verktøyet kan brukes til å forstå og håndtere forskjellige aspekter innenfor kommersielle måltider, og dermed gi gjesten en best mulig måltidsopplevelse (Gustafsson et al., 2006; Nyberg & Grindland, 2008). Five Aspects Meal Model tilbyr en strukturert måte å bedømme måltider, fra forskjellige vinkler, som alle påvirker måltidsopplevelsen (Gustafsson et al., 2006; Hansen K. V., 2005) og matinntaket (Dickinson, Welch, & Ager, 2008; Hickson, Connolly, & Whelan, 2011; Ullrich, McCutcheon, & Parker, 2011).

Tanken bak modellen er at man besøker en restaurant (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004; Gustafsson et al., 2006). Besøket starter ved at man går inn i restauranten, *rommet*, som er det første aspektet. Dette representerer settingen av måltidet inkludert bruken og formen på fasilitetene. Det andre aspektet er *møtet*. Dette gjelder både møtet mellom servitører og kunder, mellom kunder, og mellom personalet. Selve *produktet* er det tredje aspektet, og refererer både til mat og drikke, og måten dette prepareres. Det fjerde aspektet er *styringssystemet*, som omhandler økonomi, lover og regler og hele logistikken bak å servere måltidet. Alle disse fire aspektene gir sammen det siste og femte aspektet, *atmosfæren*, som innebærer hvordan hele situasjonen tolkes. Gustafsson et al. (2006) har fremstilt dette i en figur som er gjengitt i under (figur 1)



Figur 1: Five Aspects Meal Model (Gustafsson, Öström, Johansson, & Mossberg, 2006)

2.1.1. Rommet

I FAMM er rom-aspektet selve settingen av måltidet (Gustafsson, 2004). Det inkluderer formen på rommet, hvordan rommet er forbundet med andre rom og hvordan menneskene bruker rommet. Dette er alle faktorer som er relatert til hvordan rommet brukes innenfor en tidsramme, for eksempel inngangen, utstyret i rommet, toalettet og utgangen. Rommet trenger ikke nødvendigvis å være en restaurant, det kan også være sykehus og skoler, et hotell, hjemme eller ute i friluft (Gustafsson et al., 2006).

Edwards og medarbeidere (2003) fant at opplevelsen av et måltid påvirkes signifikant av hvor måltidet foregår. I studien ble det servert en identisk matrett på sykehus, skoler, militærkjøkken og kommersielle restauranter. Resultatene viste at kundene hadde best opplevelse med maten på eksklusive restauranter, og dårligst opplevelse på institusjonelle spisesteder. Dette samsvarer med resultatene i en studie av Gibbons og Henry (2004), der eldre mennesker spiste signifikant mer i et restaurantmiljø, framfor i en kantine. I en annen studie vurderte mennesker hvor fornøyde de var med maten på ulike steder i denne rekkefølgen: hjemme > tradisjonell restaurant > diner/fastfood-restaurant > skolemat > militærmat > flymat = sykehusmat (Cardello, Bell, & Kramer, 1996). King et. al (2004) oppdaget at identiske matvarer ble gitt ulik vurdering i forskjellige settinger. Blant annet ble måltidet i hjemmet eller på en restaurant vurdert høyere enn i et laboratorie eller en institusjonell kafeteria. Ahlgren et al. (2005) fikk lignende resultater på en studie på forbrukere av ferdigmat. Maller et al. (1980) viste at sykehuspasienter vurderte måltidene høyere når de ble servert i spisestuen framfor på sengeposten. Aksepten for matvarer er også vist å være forskjellig når det ble konsumert på bakken, framfor på et fly. På et fly så passasjerene mer kritisk på maten, og små endringer på utseende, farge og smak hadde en betydelig effekt på aksepten (Green & Butts, 1945).

At opplevelsen av et måltid påvirkes av hvor måltidet foregår kan forklares av at interiør har vist seg å ha en påvirkning på oppfatningen av måltidet (Andersson & Mossberg, 2004; Wakefield & Blodgett, 1996). Både lyssetting, lyder, farger og designet på tekstiler kan påvirke måltidet (J. S. Edwards et al., 2003). Det er viktig at fargene i rommet harmonerer og ikke er for sterke (Hansen K. V., 2005; Warde, 2000). Møblene bør også harmonere med resten av rommet, og være komfortable (Hansen K. V., 2005; Wakefield & Blodgett, 1996). Elmståhl et al. (1987) fant at matinntaket hos eldre pasienter, som fikk langtidsbehandling på sykehus, ble forbedret dersom det var et hjemmekoselig (40-talls stil) og rolig miljø.

Sandmann, Adolfson, Nygren og Hallmanns (1987) fant det samme hos pasienter med demens.

Den at opplevelsen av et måltid avhenger av hvor det foregår, kan også forklares av kontekstuelle faktorer (King et al., 2004). Forskjellige settinger kan forbedre tiltrekkingen til maten, da negative holdninger er situasjonsavhengig (Ahlgren et al., 2005). Tidligere opplevelser av måltider i lignende omgivelser kan påvirke verdsettelsen av måltidet i forskjellige kontekster.

Nyberg og Grindland (2008) utførte en kvalitativ studie blant ansatte på et sykehus og en barnehage der de undersøkte påvirkningen av rommet på måltidsopplevelsen. De fant at dekorasjon, atmosfære, plass til å spise, mennesker til stede, lyd, temperatur og lyssetting påvirket aksepten, verdsettelsen og hvordan de likte maten. Spiserommet på slike institusjoner er ofte multifunksjonelle; måltidet er en integrert del av flere andre aktiviteter og sjelden en prioritert aktivitet alene. Dette fant Nyberg og Grindland (2008) at kunne ha en påvirkning på opplevelsen av selve måltidet, og at det blant annet kunne ha en stressende og distraherende effekt. Det lager forvirrende forventninger til måltidet, hva som skal spises og hva som skal karakterisere hendelsen. Dette er annerledes enn restaurantbesøk, der man har klarere forventninger. Ikke bare påvirker det stressende og forvirrende miljøet hvordan måltidet oppfattes, men også utformingen på rommet, farge, størrelse, lukt, hvordan det er møblert og organisert og også hvem som er tilstede. Både de ansatte i barnehagen og på sykehuset ønsket et rolig måltid uten for mange mennesker og lyd rundt. Det er tydelig at forventninger og ønsker om måltider kan variere med kontekst, da en for eksempel vil ha andre forventninger til et restaurantbesøk eller en bar på kvelden.

2.1.2 Møtet

Aspektet *møtet* refererer til mellommenneskelige relasjoner og inkluderer samspillet både mellom kunder og personalet, mellom personalet og mellom kundene (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004). Her er service sett på som «et møte» med tanke på hvordan gjestene blir behandlet. Personalet er som regel hovedkontakten mellom restauranten/spisestedet og kunden, og derfor vil deres oppførsel ha en påvirkning på hvor fornøyde gjestene er. Personalet må kunne gjøre en rask vurdering av gjesten og oppfylle dens personlige ønsker (Kelly & Le Bel, 1995; Martin, 1986), da service er en essensiell del av opplevelsen av å spise på restaurant (Hansen K. V., 2005). Det er derfor viktig at møtene mellom ansatte er positive slik at gjestene opplever en vennlig atmosfære (Gustafsson, 2004).

Andersson & Mossberg (2004) fant at kunder var villige til å betale mer for en ideell service enn for den de faktisk fikk. Det er viktig at de ansatte er der når kundene trenger det, og at kundene føler tillitt til de ansatte (Hansen K. V., 2005)

Selskapet og andre gjester påvirker opplevelsen av måltidet (Andersson & Mossberg, 2004). Det blir spist mer av personer som spiser i en gruppe, enn personer som spiser alene (Clendenen, Herman, & Polivy, 1994; De Castro & de Castro, 1989; Edelman, Engell, Bronstein, & Hirsch, 1986; Klesges, Bartsch, Norwood, Kautzrnan, & Haugrud, 1984; Redd & de Castro, 1992). Dette gjelder også pasienter på sykehus/sykehjem (J. Edwards & Hartwell, 2004; Zimmerman et al., 2005).

Matinntaket varierer med antall mennesker tilstede, og forholdet mellom disse menneskene (Clendenen et al., 1994; De Castro, 1993, 1994; De Castro & de Castro, 1989; Redd & de Castro, 1992). Effekten er vist å være sterkere med familiemedlemmer og venner til stede, i forhold til kollegaer og ukjente (Clendenen et al., 1994; De Castro, 1994). I en studie av Paquet et al. (2008) fant man at den totale mengden interaksjon mellom eldre pasienter var positivt relatert til inntak av mat. Disse effektene kan delvis kunne forklares ved økt varighet på måltidene (J. S. Edwards & I. B. Gustafsson, 2008; Paquet et al., 2008). Det er også funnet motstridende resultater, der en har sett at aksepten for matvarer har gått ned ved sosial interaksjon (King et al., 2004)

2.1.3 Produktet

Produkt-aspektet inkluderer maten og drikken som serveres, og kombinasjonen av disse (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004; Gustafsson et al., 2006). Maten og drikken som serveres påvirker opplevelsen av hele måltidet (Andersson & Mossberg, 2004). Det kreves både godt håndverk, praktisk/estetisk kunnskap og vitenskap for å produsere et godt måltid for gjesten (Gustafsson, 2004).

Det blir ofte sagt at man «spiser med øynene», og Watz (2008) mener at et måltid handler om farger, komposisjon, størrelse, harmoni, smak og tilstand. Flere studier har vist at den visuelle effekten av produktet er viktig for måltidsopplevelsen (Burke, 1997; Hansen K. V., 2005; Warde, 2000). Dog har det vist seg at dersom smaken ikke når opp til forventningene, er ikke det visuelle alene nok (Fine, 1992; Hansen K. V., 2005).

En studie av Nijs, De Graaf, Kok og Van Staveren (2006) fant at «family style» måltider økte det daglige energiinntaket og beskyttet beboere på eldreheim mot feilernæring.

Family-style måltider er måltider der en serverer maten på serveringsfat, slik at pasienten selv kan forsyne seg (Altus, Engelman, & Mathews, 2002). Elmståhl og Blabolil (1987) fikk lignende resultater.

2.1.4 Atmosfæren

Atmosfæren er aspektet som også blir kalt «helheten av måltidet». Atmosfære ble i 1973 beskrevet av Kotler som «...*the effort to design buying environments to produce specific emotional effects that enhance his purchase probability.*» (Kotler (1973-1974, s.50) gjengitt av Areni & Kim, 1994, p. 117) i sammenheng med markedsføring. Med fokus på måltidet, beskriver Edwards og Gustafsson (2008) atmosfæren som en gruppe immaterielle faktorer som omdanner måltidet til mer enn bare summen av delene.

Atmosfære defineres av Gustafsson (2004) som å føle seg komfortabel og vel, og er en viktig faktor for måltidsopplevelsen (Lashley, Morrison, & Randall, 2004; Mattila, 2001). Samspillet på stedet, interiøret, anledningen for måltidet og servicen bidrar til en ramme som danner ulike følelser som resulterer i en atmosfære (Finkelstein, 1989; Riley, 1994). Atmosfæren påvirker humøret i rommet og er derfor svært viktig for helheten av måltidet (Watz, 2008). En god atmosfære og et godt fysisk miljø kan øke matinntak og kroppsvekt hos pasienter på sykehjem (Mathey et al., 2001). En god atmosfære er også viktig for å trekke kunder til restauranter (Mattila, 2001).

I det store og hele formes atmosfæren av middagsgjestene selv, og praten rundt bordet er et av elementene som bidrar til atmosfæren (Gustafsson, 2004; Hansen K. V., 2005). De andre aspektene, som rommet, møtet og produktet bidrar også til atmosfæren, og det ser ut til at atmosfæren er et produkt av både materielle og immaterielle faktorer, og balansen mellom disse to (Gustafsson, 2004; Johns & Kivela, 2001)

Hansen et. al (2005) fant at atmosfæren ble laget av to hoved-kategorier: sansene og miljøet. Sansene ble beskrevet som den subjektive personlige opplevelsen av *produktet*, miljøet representerte *rommet*. Alle sansene (syn, hørsel, luktesans, smakssans og berøring) må harmonere for at man skal være fornøyd med matopplevelsen. Miljøet inkluderte møtet mellom de ansatte og kundene, lyder fra kjøkkenet og andre hendelser som sammen lagde en oppfatning av restauranten. Som en del av dette er kulturen og konteksten en viktig faktor for hva vi ser på som en god eller dårlig måltidsopplevelse. Musikk viste seg også å være en viktig del av atmosfæren, dette er også vist i andre studier (Areni, 2003; J. S. Edwards & I. B. Gustafsson, 2008; Hansen K. V., 2005; Wilson, 2003). Musikk påvirker både varighet og

kostnader ved et måltid (Sullivan, 2002). I et markedsføringsperspektiv kan bakgrunnsmusikk påvirke hvor lang tid og hvor mye penger som blir brukt, samt redusere angst og depresjon og øke humøret (Herrington, 1996; Sweeney & Wyber, 2002; Yalch & Spangenberg, 2000). Hvis kundene liker musikken, vil de anse atmosfæren som bedre og ønske å komme tilbake (North & Hargreaves, 1996).

På et eldre hjem ble det vist at avslappende musikk under måltidet signifikant reduserte det generelle nivået av uro hos pasienter med alvorlig kognitiv svikt (Goddeer & Abraham, 1994). Det er også vist at musikk under måltidet fikk pasienter med demens til å spise mer. (Ragneskog, Bråne, Karlsson, & Kihlgren, 1996). Musikken bør ikke overskride et nivå på 65-70 desibel, da lyd høyere enn dette kan ha motsatt effekt (Yoshida et al., 1997).

Lukt er vist å ha en effekt på mat-inntaket. Blackwell (1997) fant ut at matvarer med en høy hedonisk aroma (god lukt, f.eks. grillet bacon) hadde positive effekter på matinntak og sultfølelse (se tabell 2), sammenlignet med matvarer med en lav hedonisk aroma (mindre god lukt, f. eks kokt rosenkål).

Tabell 1: Effekter på matinntak og sultfølelse av matvarer med høy hedonisk aroma (god lukt) og mat som har lav hedonisk aroma (mindre god lukt) (Blackwell, 1997). (IS= ikke signifikant)

Høy hedonisk vurdering/rate av lukt	Lav hedonisk vurdering/rate av lukt
Økning i sultfølelse (P<0,05)	Redusert sult (IS)
Økning i matinntak (P<0,05)	Redusert matinntak (IS)
Økning i aksept (P<0,05)	Redusert aksept (IS)

2.1.5 Styringssystemet

Styringssystemet er et aspekt som omfatter administrative systemer som økonomiske og juridiske aspekter og lederskap (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004; Gustafsson et al., 2006). Det er blant annet både interne og nasjonale regler for behandling av mat og håndtering av alkohol, personalsystemer og atferdsnormer (Bergman, 2003; Mathis & Koscianski, 2003; Yukl, 2005). Styringssystemet tar også for seg logistikken bak å servere måltidet og andre forvaltningshensyn (Kiviela, 1994)

Styringssystemet opererer bak kulissene og blir derfor som regel ikke observert av gjestene (J. S. A. Edwards & I.-B. Gustafsson, 2008; Gustafsson et al., 2006). En kan derfor lure på om dette aspektet har noen påvirkning på måltidsopplevelsen. Allikevel er

styringssystemet svært viktig, da det er det overordnede aspektet som styrer de andre aspektene. Feil i styringssystemet vil kunne være tydelig for kundene, men de vil se på det som en feil i for eksempel produkt-aspektet (Hansen, Jensen, & Gustafsson, 2004). Iglesias og Guillen (2004) har også vist at kvalitet og pris har en betydelig påvirkning på kundenes tilfredshet, noe som tyder på at alle aspektene interagerer med hverandre (Gustafsson et al., 2006).

2.2 Spesielle hensyn ved tygge- og svelgevansker

Det er anbefalt at pasienter med tygge- og svelgevansker får mat som er tilpasset deres tygge- og svelgefunksjon (Escott-Stump, 2008; Sura, 2012). Helsedirektoratet har utviklet en inndeling i ulike nivå av konsistenstilpasset mat som vist i tabell 2 (Arsky et al., 2012).

INNDELING AV KONSISTENSTILPASSET MAT		
Konsistensnivå III	Lettyggelig kost	Noe tyggevanter og redusert munnmotorikk
Konsistensnivå II	Findelt kost (puré)	Store tyggevanter og dårlig munnmotorikk
Konsistensnivå I	Geleringskost	Omfattende munnmotoriske vansker, samt svelgevansker. Geleringskost krever ingen tygging
Flytende kost	Tyntflytende kost	Normal svelgefunksjon, men forsnevninger i spiserør, sår i munn og svelg eller kjevelås
	Tyktflytende kost	Svelgevansker, som aspirerer (feilsvelger) tyntflytende veske
	Krem	Omfattende svelgevansker

Tabell 2: Inndeling av konsistenstilpasset mat, hentet fra (Arsky et al., 2012).

Drikkevarer må også ofte konsistenstilpasses (Escott-Stump, 2008). Dette kan gjøres med et fortykningsmiddel. Her kan man, i likhet med matvarene, tilpasse konsistensen etter graden av tygge- og svelgevansker. Helt fra gele-konsistens, til et litt tykkere vann.

Det anbefales gjerne at maten er kald (der det passer), da lav temperatur stimulerer svelgereflexen (Escott-Stump, 2008). Rikelig med saus er ønskelig, da det gir bedre konsistens (Arsky et al., 2012; Escott-Stump, 2008). Escott-Stump anbefaler aromatiske og smakfulle ingredienser som hvitløk, paprika, løk, kanel og chili (Escott-Stump, 2008). Det er også viktig å servere næringstett mat til underernærte og mennesker som spiser lite, slik at de får tilstrekkelig inntak av vitaminer, mineraler og kalorier gjennom kostholdet (Drevon, 2007).

Arsky et al. (2012) anbefaler at hver matvaregruppe bør legges hver for seg på tallerkenen ved servering, og ikke sammenmost. Det er også viktig at maten er appetittvekkende, både i form og farge. Når matvaregruppene serveres separat gir det varierte

smaksopplevelser, og pasienten kan velge bort noe dersom det ikke faller i smak. Det anbefales å bruke rikelig med saus, da det gjør maten lettere å svelge.

Andre hensyn er å sørge for god oppreist sittestilling og å unngå forstyrrelser som radio og TV(Arsky et al., 2012). Det er viktig at spisesituasjonen er så hyggelig som mulig og at man har nok tid.

2.3 Spesielle hensyn ved demens

Spiseproblemer har ofte en sammenheng med kommunikasjonsproblemer (P. Sandman, Norberg, & Adolfsson, 1988) som inkluderer problemer med å tolke pasientens oppførsel og ønsker under spisesituasjonen (Athlin, Norberg, & Asplund, 1990). Pasienter i et sent stadiet av demens har i større grad problemer med å forstå eller tolke måltidssituasjonen (Mamhidir et al., 2006). Mange vet ikke hva de driver med, og som en konsekvens av dette, slutter å spise. Noen pasienter kan ha problemer med å gjenkjenne at det er mat som står foran dem, og ikke vite hva de skal gjøre med bestikket. Et hjemmekoselig og rolig miljø vil forbedre matinntaket blant pasienter med demens (P. Sandman et al., 1988).

Kosthåndboka nevner at matlukt kan stimulere appetitt (Arsky et al., 2012). Det anbefales å tilrettelegge måltidet gjentatte ganger i samme rom med få personer tilstede, da dette kan bidra til gjenkjenning. God belysning, ro og lite støy er hensiktsmessig. Det er anbefalt å ha fargekontraster på dekketøy og underlag, men man skal unngå pådekking som skaper «uro» (eks. blomstrete duk og servietter kombinert med mønstrede dekketøy). Et hjemmekoselig og personlig interiør og måltider servert på serveringsfat er vist å ha positiv effekt på vekten til pasienter med Alzheimer's sykdom (Mamhidir et al., 2006).

Fargekontraster anbefales på maten, da for eksempel potet, brød, ris eller pasta kan være vanskelig å skille fra en lys tallerken. Avhengig av graden av demens, anbefales tre ulike presentasjoner av måltidet; enkelt tilrettelagt måltid, ferdig påsmurt måltid eller enkelt måltid uten valg (se figur 2).



Figur 2: Tre ulike måltider, fra venstre; enkelt tilrettelagt måltid, ferdig påsmurt måltid, enkelt måltid uten valg. Bilder tatt fra kosthåndboken(Arsky et al., 2012)

2.4 Ernæringspraksis og holdninger til ernæring

Ernæring og måltider er viktig, og det er mange faktorer som påvirker spisesituasjonen og matinntaket. Allikevel viser flere studier at vurdering av matinntak og ernæringsstatus hos pasienter på sykehus ofte ikke er optimalt og generelt ikke utført (Bavelaar, Otter, Van Bodegraven, Thijs, & van Bokhorst-de van der Schueren, 2008; Beck et al., 2002; Bonetti et al., 2013; Cereda et al., 2010; Meijers, Halfens, van Bokhorst-de van der Schueren, Dassen, & Schols, 2009; Morten Mowe et al., 2006; Persenius, Hall-Lord, Bååth, & Larsson, 2008; Singh, Watt, Veitch, Cantor, & Duerksen, 2006; Vanderwee et al., 2011). Det viser seg også at mange feilernærte pasienter ikke får ernæringsmessig behandling (Bavelaar et al., 2008; Cereda et al., 2010). Dette gjelder også i Norge (Morten Mowe et al., 2006).

Det er et forhold mellom holdninger og handlinger, og en positiv holdning er antatt å være viktig for helsepersonells arbeid med eldre under måltidet (Christensson & Bachrach-Lindström, 2009; Fishbein & Ajzen, 1975). Mowé et al. (2006) utførte en studie blant helsepersonell der 90 % av deltagerne mente at det var en viktig oppgave å øke innsatsen og fokuset på ernæringspraksis. 95-97 % av deltagerne mente også at vurdering av ernæringsstatus og måling av matinntak var viktig. Lignende resultater ble funnet i en italiensk studie der pleiepersonalet så på underernæring som et viktig problem, men at det hadde sekundær betydning i forhold til andre aspekter ved omsorg (Bonetti et al., 2013). En undersøkelse av ansatte i primærhelsetjenesten fant at 99 % var enige i at ernæring spiller en viktig rolle i å forebygge sykdom, men 76 % mente at de hadde for lite tid (Buccheri et al., 2010). Flere studier fant at pleiepersonalet mente at de hadde for lite tid (Bjerrum, Tewes, & Pedersen, 2012; Bonetti et al., 2013), og at andre gjøremål i jobben hadde høyere prioritet (Bonetti et al., 2013).

En studie av Perry (1997) viste at 65 av 92 pleiepersonell var enige i at det ikke er viktig å undersøke ernæringsstatus på hver pasient som blir innlagt i avdelingen. 71 av 92 var dog enige i at det var viktig å veie alle pasientene ved innleggelse. Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin og Christensson (2007) fant at 53 % av pleiepersonellet var positive til faktorer som var viktig for ernæringsmessig omsorg. En studie av Christensson, Unosson, Bachrach-Lindström og Ek (2003) fikk lignende resultater. Barnes (1990) fant at pleiepersonell hadde negative holdninger til pasienter som var vanskelige å mate.

I en studie nevnte pleiepersonalet viktigheten av det estetiske ved måltidet, og at de forsøkte å forbedre smaken på supplement-drikke ved å legge i isbiter (Bjerrum et al., 2012).

Omgivelsene ble også nevnt, det var viktig med god ventilasjon i rommet og at serveringsbrettet var rent.

3. Metode

3.1 Forskningsdesign

Hva en ønsker å undersøke bestemmer valget av forskningsdesign og metode (Lorensen, 1998). Denne studien var et samarbeid mellom Høyskolen i Oslo og Akershus (HiOA), SooftMeals, samt et sentralkjøkken og to sykehjem i Akershus fylke. Sentralkjøkkenet ønsket å få evaluert sitt nåværende mattilbud til beboere med tygge- og svelgevansker, og se om ferdiglagde porsjonerte og konsistenstilpassede måltider fra SooftMeals kunne være et aktuelt tilbud til denne gruppen. To studenter fra HiOA ønsket å delta på dette prosjektet, hvilket ga mulighet for flere tilnærminger til oppgaven. Studien ble derfor delt inn i en kvantitativ del og en kvalitativ del. Marianne Hoff Schage sin oppgave tar for seg den kvantitative delen. Denne oppgaven tar for seg den kvalitative delen.

Vi vet lite om dysfagi og optimal spisesituasjon, da det er gjort lite forskning på dette. En åpen og fleksibel metode vil derfor være nyttig, og en kvalitativ tilnærming egner seg godt til denne studien (Thagaard, 1998). Den kvalitative tilnærmingen vil kunne produsere hypoteser og rike beskrivelser, samt gi oss en større innsikt og forståelse for emnet (Arsky et al., 2012; Carlsen, 2012). Forsker ønsket i denne studien å utforske holdninger til måltidssituasjon og spisemiljø for pasienter med tygge- og svelgevansker, samt rutiner rundt måltidet. Studien ble gjort som en intervensjon der man testet en ny middagsmat (SooftMeals) i en periode på to måneder for å sammenligne denne med eksisterende mattilbud. To bo- og behandlingssentre i Akershus deltok i studien, derav fire forskjellige avdelinger. Fra 16. desember til 23. februar ble den eksisterende middagsmaten til pasienter med tygge- og svelgevansker byttet ut med den nye type maten (SooftMeals).

SooftMeals er ferdiglagde porsjonerte og konsistenstilpassede måltider. Konsistensen er av nivå 1 – geleringskost (se tabell 1 – kapittel 2.2) (SooftMeals, 2013). Disse måltidene er ekstra næringsrike etter helsedirektoratets anbefaling til næringstette måltider. En porsjon (295 g) skal ha omtrent samme næringsinnhold som en vanlig middag (450-500 gram), men være mindre på størrelse. Måltidene varierte mellom syv varianter.



Figur 3: Illustrasjon av maten som ble servert under prosjektet

Den kvalitative metoden kjennetegnes ved «myke data» som tanker, opplevelser, holdninger og prosesser (Carlsen, 2012). Kvalitative forskere ønsker å forstå hvordan mennesker tolker sine opplevelser og erfaringer, og hvilken mening de legger i dette (Merriam, 2009). For å fange opp dette er det vanlig å bruke intervju. I denne studien ble det valgt å benytte fokusgruppeintervjuer, der man intervjuer en gruppe mennesker samtidig. Det ble rekruttert ansatte fra sykehjemmene til å delta i disse.

Det ble utført to fokusgruppeintervjuer på hvert bo- og behandlingssenter, et intervju før intervensjon og et etter. Intervjuet fokuserte i hovedsak på produktaspektet fra Five Aspects Meal modellen. Det ble også gjennomført til sammen 28 observasjoner av middagen på en utvalgt avdeling på hvert av de to sykehjemmene. 7 observasjoner før intervensjon og 7 observasjoner etter. Observasjonene fokuserte hovedsakelig på de tre aspektene; rommet, produktet og atmosfæren, fra Five Aspects Meal Model. Observasjonene ble gjennomført før fokusgruppene, og skulle være utfyllende for å forstå det som ble pratet om i fokusgruppene bedre.

3.2 Hermeneutisk tilnærming og forforståelse

Kvalitative metoder knyttes til forskjellige fortolkende teoretiske retninger (Thagaard, 1998). En forskers fortolkning kan knyttes til hans teoretiske utgangspunkt, men også oppstå gjennom den forståelsen forsker utvikler i løpet av forskningsprosessen. Det finnes flere fortolkende teoretiske retninger som vektlegger mening og betydning. I denne oppgaven ble hermeneutikk brukt som metodisk retning.

Hermeneutikk er læren om skrevne tekster, der tolkning og forståelse står i sentrum (Merriam, 2009; Patton, 2002). I hermeneutisk metode mener man at mennesker opplever verden gjennom språket, og at dette språket gir oss både forståelse og kunnskap (Dowling, 2004; Patel & Davidson, 2003). Den hermeneutiske metoden er holistisk og baserer seg på at mening kun kan forstås i lyset av den sammenhengen det vi studerer er en del av (Patel & Davidson, 2003). Hermeneutikken er en vanlig retning innenfor kvalitative metoder der man jobber med forståelse og tolkning og har en åpen forskerrolle (Patel & Davidson, 2003).

Fortolkning av tekster (transkripsjoner av intervju og observasjon) er en stor del av denne studien, og hermeneutikk som metodisk retning var derfor naturlig. Forsker ønsket å oppnå forståelse og kunnskap om spisesituasjonen til pasienter med tygge- og svelgevansker. Tolkning er et viktig nøkkelord i denne studien, da de ansattes tolkning av spisesituasjonen vektlegges, og deretter forskers tolkning av det de ansatte formidler. I denne studien har forsker tolket delene av dataene ut fra helheten av datasettet.

Et sentralt konsept innen hermeneutikken er vår egen forforståelse, altså vår forutinntatthet, våre fordommer eller meninger som er en del av våre språklige erfaringer og som gjør forståelse mulig. Denne forforståelsen spiller en ekstra stor rolle i tolkningen vår, og vi verken bør eller kan eliminere den (Dowling, 2004; Vallgård & Koch, 2008). Denne subjektiviteten kan sees på som en tilgang snarere enn et hinder for å tolke og forstå forskningsobjektet, og bør derfor brukes som et verktøy i tolkningen. Forsker har selv jobbet på et bo- og behandlingssenter og har lang erfaring med pasienter med tygge- og svelgevansker. Dette har bidratt til engasjement fra forsker. Forskers eksisterende kunnskap kan også ha bidratt til at forsker lettere kunne vite hva hun skulle spørre om og se etter under fokusgruppe og observasjon. Denne erfaringen kan også ha bidratt til at forsker lettere har kunnet forstå og tolke dataene hun har samlet inn.

Selv om forforståelsen er et verktøy som hjelper oss i tolkningsprosessen, er det også viktig å være klar over forforståelsens innvirkning på denne prosessen (Nyström, 2001). Man kan ende opp med et resultat som hovedsakelig er et speilbilde av det som eksisterer i forforståelsen. Her spiller også forskers arbeidserfaring en stor rolle, da det er naturlig at hun har dannet seg en mening om emnet på forhånd. Denne negative eller positive holdningen kan påvirke forskers «linse» og hvordan resultatene tolkes. Forsker har også deltatt på flere møter med leverandørene av prosjektmaten, noe som har ført til et nært og personlig forhold til

produktet. Denne positive holdningen til produktet kan ha gitt forsker et skeivt syn under tolkningsprosessen.

3.3 Fokusgruppeintervju

3.3.1 Fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode

Å bruke intervju er en effektiv måte å få innblikk i menneskers tolkning og forståelse av et tema. Et fokusgruppeintervju er et uformelt gruppeintervju der man snakker om et spesielt emne (Nøtnæs, 2001). I denne studien var emnet måltidssituasjonen til pasienter med tygge- og svelgevansker. Målet med denne typen intervju er å se hvordan informantene diskuterer et tema som en gruppe, fremfor som et uavhengig individ. Gruppediskusjonene skal gi innsikt i informantenes holdninger, følelser og forståelse av virkeligheten, og man ser hvordan informantene responderer på hverandres synspunkter og bygger opp synspunkter på grunnlag av gruppens interaksjon (Bryman, 2012; Nøtnæs, 2001). Diskusjonene kan tvinge informantene til å tenke igjennom og kanskje endre sine synspunkt, eller si seg enig i ting andre nevner som vedkommende ikke har tenkt på tidligere (Bryman, 2012). Dette har i denne studien bidratt til å få et helhetlig bilde av situasjonen og å skille oppfatninger som deles av mange, fra oppfatninger som gjelder kun en informant. Det bidrar også til at informantene gir veloverveide svar under intervjuet, noe som øker validiteten.

3.3.2 Utformingen av en intervjuguide

Til fokusgruppen ble det utformet en intervjuguide (se vedlegg 5). Intervjuguiden fungerer som en veiledning for forsker under intervjuet, og er en viktig del av arbeidet med intervjuet (Ahrne & Svensson, 2011; Barbour, 2010; Nøtnæs, 2001). Intervjuguiden i fokusgrupper er ofte ustrukturert og gir større rom til informantene å fortelle om emner de synes er viktige (Bryman, 2012; Patel & Davidson, 2003). Dette har vært nyttig, da man på forhånd ikke visste mye om emnet og det var vanskelig å vite hva man skulle se etter. Dette ga informantene muligheten til selv å fremheve det de selv mente var viktig.

Litteraturen understreker viktigheten av bruken av en intervjuguide (Ahrne & Svensson, 2011; Barbour, 2010; Nøtnæs, 2001). «*The devil is in the detail*» i følge Barbour (2010). Det er viktig å arbeide grundig med intervjuguiden, da man har liten tid til rådighet til å innhente informasjon under selve intervjuet (Nøtnæs, 2001). Som rammeverk for intervjuguiden ble Five Aspects Meal Model brukt, der hovedfokus lå på produktaspektet. De andre aspektene lå også i bakgrunn for spørsmålene.

Nøtnes (2001) sitt hefte om fokusgrupper ble i stor grad brukt som veiledning til utforming av intervjuguiden. Her anbefales det å bruke fem hovedtyper spørsmål; åpning-, introduksjon-, overgang-, nøkkel-, og avslutningsspørsmål, og at selve intervjuet deles inn i fire faser; rammesetting, erfaringer, fokusering og tilbakeblikk. Intervjuguiden ble utformet etter de overnevnte retningslinjene. Det er vanlig å innlede og avslutte med nøytrale spørsmål, og ha mer spesifikke spørsmål i kjernen av intervjuet (Patel & Davidson, 2003). Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet etter dette prinsippet, og det ble brukt spørsmål som «Hva slags erfaringer har dere med maten som tilbys pasienter med tygge- og svelgevansker?» (overgangsspørsmål) og «Ville dere spist maten som tilbys pasienter med tygge- og svelgevansker?» (nøkkelspørsmål). Det er anbefalt å bruke få spørsmål (Bryman, 2012; Nøtnæs, 2001; Patel & Davidson, 2003), og det ble derfor utarbeidet syv hovedspørsmål. Selv om det ble utarbeidet en detaljert intervjuguide, har en fokusgruppe lav grad av både standardisering og struktur (Patel & Davidson, 2003). Intervjuguiden ble kun sett på som en rettleiding, og forsker kunne i stor grad frigjøre seg fra denne.

3.3.3 Utvalg til fokusgruppeintervju

Til fokusgruppene ble det rekruttert ansatte fra avdelingene der intervensjonen skulle finne sted. Informantene måtte ha jobbet i minst et halvt år i minimum 50 % stilling. Det var viktig at de ansatte hadde arbeidsoppgaver der de var tilstede under måltidene, spesielt middagen. Litteraturen er sprikende når det gjelder anbefalt antall informanter. Nøtnæs (2001) nevner at en vanlig størrelse er på åtte til ti informanter, Bryman (2012) påstår seks til ti, Barbour (2010) bruker eksempler på fem til åtte informanter. Både Bryman (2012) og Nøtnæs (2001) er enige om at det bør være minst fire informanter. Peek og Fothergill (2009) opplevde i sine studier at det gikk lettere med mindre grupper på tre til fem informanter, og at det i disse gruppene var større sjanser for uenighet. Mindre grupper blir også anbefalt når man regner med at informantene har mye å si om emnet. I denne studien antok vi at informantene hadde mye kunnskap om emnet, da dette var noe de jobbet med til daglig. Store grupper kan gjøre det vanskelig å stimulere til diskusjon (Bryman, 2012). Det kan gjøre analysearbeidet vanskelig på grunn av mange stemmer å skille mellom (Bryman, 2012). Gruppestørrelsen ble valgt på bakgrunn av det overnevnte, men hva som var mulig å gjennomføre spilte også en stor rolle. Rekrutteringen ble gjort gjennom avdelingslederne på de to sykehjemmene. Det viste seg å være vanskelig å få de ansatte til å bidra etter arbeidstid, og intervjuet ble derfor holdt i arbeidstiden på et møterom på Bo- og Behandlingssentrene. Bryman (2012) nevner problemet med rekrutterte informanter som ikke dukker opp, og anbefaler derfor over-

rekruttering. På bakgrunn av dette, ble det ønsket seks informanter i hver fokusgruppe, minimum fire.

3.3.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Antall fokusgrupper som kan brukes i en studie varierer (Bryman, 2012). I følge Bryman (2012) er det utført tilstrekkelig antall grupper når kommentarer og mønstre gjentar seg og det produseres lite nytt materiale. Mange grupper kan gi svært mye datamateriale, og tid og penger er derfor en viktig faktor. På grunn av tidsbegrensningen i denne studien, ble det valgt å bruke fire fokusgrupper til sammen, to før intervensjon og to etter intervensjon.

Fokusgruppene ble holdt i arbeidstiden til informantene på et møterom på bo- og behandlingssentrene. Det ble satt av 1,5 time til intervjuet da det er dette som anbefales i litteraturen. En time sies å være for lite og stresser informantene, mens to timer kan gjøre at informantene blir utmattet og lei (Nøtnæs, 2001; Seidman, 2013).

Alle fokusgruppene ble tatt opp på lydbånd. Ved lydopptak kan forsker konsentrere seg om prosessen av meningene som oppstår, samt at lydopptaket gjengir tonefall og måten ting blir sagt på (Bryman, 2012; Patel & Davidson, 2003). En båndopptaker kan påvirke informantene, og Patel og Davidson (2003) hevder at de kan bli mindre spontane og forsøke å fremstå som logiske og fornuftige. Lydbånd krever også en stor mengde tid til transkribering. Et alternativ til båndopptakeren er notater, men det krever både god trening og kan være forstyrrende for informantene (Bryman, 2012). Opptak ble derfor sett på som det beste valget.

Det er vanlig at informantene selv har vanskelig for å se nytten i en fokusgruppe. Både Patel og Davidson (2003) og Nøtnæs (2001) understreker viktigheten av å motivere informantene, blant annet ved å fortelle dem om prosjektet og betydningen av deres bidrag. Det er også vanlig å gi informantene et honorar (Nøtnæs, 2001). Da studiens budsjett ikke ga plass til utbetaling av honorarer, ble det i stedet bakt kake og kjøpt inn godterier til fokusgruppene, i håp om å glede informantene og utvise takknemmelighet for deres deltagelse.

3.3.5 Analyse av fokusgruppeintervju

Analyse og fortolkning av intervjuer er en pågående prosess som skjer både under selve intervjuet og under det senere arbeidet med intervjumaterialet (Krumsvik, 2013; Kvale, 1997). Kvale (1997) beskriver denne prosessen i seks mulige trinn. Det første trinnet består av informantenes beskrivelser, med lite fortolkning eller forklaring verken fra informant eller

intervjuer. Trinn to er informantenes egen oppdagelse av nye relasjoner og betydninger i løpet av intervjuet, uten fortolkninger fra intervjueren. Det tredje trinnet innebærer at intervjueren kondenserer (trekkes sammen til kortere utsagn) og fortolker meningen av det informantene beskriver, og sender så meningen tilbake, slik at informanten kan bekrefte eller avkrefte at det er blitt tolket riktig. Alle disse trinnene fant sted i denne studien. På det fjerde trinnet blir det transkriberte intervjuet fortolket av intervjueren. Dette trinnet kan deles i tre nye ledd:

1. *Strukturering*: Intervjumaterialet struktureres slik at det kan analyseres (Kvale, 1997). Vanligvis gjennom transkripsjon. Transkripsjonene bør ikke sees på som undersøkelsens grunndata, men som et hjelpemiddel i fortolkningen. Hvor mye som transkriberes, og hvordan, avhenger av materialet og undersøkelsens formål, samt tid og penger til rådighet. I denne undersøkelsen ble alt som ble sagt under intervjuene transkribert ordrett. Latter og andre viktige aspekter i tonefall, som sarkasme, og lange pauser ble tatt med. Kvale (1997) anbefaler å transkribere pilotintervjuer på forhånd for å gjøre forsker oppmerksom på viktige faktorer som opptagelsens lyd kvalitet og at man snakker klart og tydelig (Kvale, 1997). Det vil også gjøre forsker oppmerksom på den tid som kreves til transkriberingen og beslutningene som er forbundet med arbeidet. Dette ble ikke gjort i denne studien, da tiden ikke strakk til.
2. *Avklaring av materialet*: Materialet gjøres tilgjengelig for analyse og unyttig stoff fjernes (Kvale, 1997).
3. *Hovedanalysen*: Meningsinnholdet i intervjuene og informantenes egen forståelse kommer frem, og forskeren legger nye perspektiver over fenomenene (Kvale, 1997). Kondensering, kategorisering, narrativ strukturering, fortolkning og Ad Hoc-metoder er de fem viktigste tilnærmingene i meningsanalysen. I hermeneutisk metode er det vanlig å bruke meningsfortolkning (Kvale, 1997). Meningsfortolkning er en grundig fortolkning som går utover det som sies direkte. I denne oppgaven ønsket forsker å fokusere på det informantene fortalte uten å se etter en dypere mening med det som ble sagt. Forsker hadde allikevel et hermeneutisk syn til grunn for analysen, da hun ønsket å tolke det som ble sagt opp mot helheten av hele intervjuet, framfor å dele det opp i biter. På bakgrunn av dette ble meningskategorisering/meningskoding brukt som analysemetode. Dette innebærer at intervjuet kodes i kategorier som er utarbeidet på forhånd eller som oppstår under analysen (Krumsvik, 2013; Kvale, 1997). I dette tilfellet var kategoriene utarbeidet på forhånd, utviklet fra Five Aspects Meal Model;

rommet, møtet, produktet, styringssystemet og atmosfæren. Programmet QSR Nvivo 10 ble brukt til å kode materialet i disse fem kategoriene. Det ble gjort utskrift av disse kodene som ble lest igjennom. Under gjennomlesingen ble flere underkategorier oppdaget. Disse ble sortert og kodet gjennom å klippe og lime. Analysen hadde en temasentrert tilnærming. Den baserer seg på at man sammenligner informasjon om hvert tema fra alle informantene for å få en dyptgående forståelse av hvert enkelt tema (Thagaard, 1998). For å få en helhetlig og hermeneutisk forståelse av hvert tema, ble utsnitt av teksten analysert i forhold til sammenhengen teksten var en del av.

Når det ferdige intervjuet er analysert og fortolket, kan forskeren levere fortolkningene tilbake til informantene slik at de kan kommentere og utdype utsagnene (Kvale, 1997). Dette kalles gjenintervju og er det femte trinnet. Dette ble ikke gjennomført da tiden ikke strakk til.

3.4 Observasjon

3.4.1 Observasjon som datainnsamlingsmetode

Det ble valgt å gjøre observasjoner av spisesituasjonen, dette for å komplementere informasjonen som ble samlet inn i fokusgruppene (Patel & Davidson, 2003). Observasjon gir en mulighet til å studere atferd og hendelser mens de skjer, og i en naturlig sammenheng. Observasjon krever verken god hukommelse eller god formidlingsevne hos informantene. Observasjon er også en egnet metode da den krever lite samarbeid og aktivitet fra informantene. Dog er observasjon både dyrt og tidskrevende, og det fins en del fallgruver. Det er vanskelig å vite om de observerte hendelsene er representative, eller om det er noe som bare har skjedd den ene gangen, derfor er det lurt å gjøre flere observasjoner.

3.4.2 Utforming av protokoll for observasjon

Patel og Davidson (2003) understreker viktigheten av å være forberedt til en observasjon. Man må planlegge hva som skal observeres, hvordan det skal registreres og hvordan observatøren skal forholde seg. Det ble derfor utarbeidet en protokoll for observasjon (se vedlegg 6) som ble brukt som retningslinje under observasjonene. Protokollen tok utgangspunkt i de tre aspektene fra Five Aspects Meal Model: rommet, produktet og atmosfæren.

3.4.3 Utvalg til observasjon

Observasjonene ble gjort på to avdelinger på to forskjellige Bo- og Behandlingssenter. Utvalget av disse avdelingene ble gjort strategisk på bakgrunn av antall pasienter som fikk servert most mat i hver avdeling. Det ble kun valgt ut to avdelinger på grunn av oppgavens

tidsbegrensning. Observasjonene hadde fokus på rommet, produktet og atmosfæren. Personersensitive aspekter ble ikke observert.

3.4.4 Gjennomføring av observasjon

Det ble gjort til sammen 28 observasjoner, 14 før intervensjon og 14 under intervensjon, fordelt på to avdelinger. Observasjonene ble gjort under middagen på Bo- og Behandlingssentrene. Hver observasjon varte rundt en time. På forkant av observasjonene ble det utformet et informasjonsskriv til alle ansatte på avdelingen, der det ble redegjort for studien og hva den gikk ut på, og at det kom til å komme en for å observere dem over en uke (vedlegg 3). Dette informasjonsskrivet ble gitt til avdelingslederne, og det var deres ansvar å formidle dette videre. Sanger (1996) nevner at ansatte ofte ikke får beskjed om at de skal observeres, noe som kan skape frustrasjon, sinne og forvirring. Under observasjonene virket det som det var mange som ikke var klar over hvem observatøren var og hva hun gjorde der.

En observasjon kan være både skjult og åpen, og deltagende eller ikke deltagende (Patel & Davidson, 2003). Det er en del etiske dilemmaer rundt det å gjøre en skjult observasjon, og det ble derfor valgt å gjøre observasjonen åpen. Å være kjent observatør gir en mulighet til å spørre dersom man lurer på noe, og man trenger ikke følge gruppen, men observere det man vil. En kjent observatør vil dog kunne påvirke deltagerens naturlige atferd. Denne påvirkningen vil bli mindre dersom man er deltagende. Observasjonene ble derfor gjort deltagende og åpne. Observatøren hadde samme bekleddning som de ansatte, for å påvirke beboerne på bo- og behandlingssenteret minst mulig, men også for å ikke virke skremmende eller overordnet de observerte (Sanger, 1996).

Patel og Davidson (2003) understreker hvor viktig det er å redegjøre for det observerte så fort som mulig etter observasjon. Det ble umiddelbart etter observasjon gjort en redegjørelse av det observerte på lydbånd, som senere ble transkribert og renskrevet. Det ble ikke skrevet notater under observasjonen da dette kan gjøre deltagerne selvbevisste (Bryman, 2012).

3.4.5 Analyse av observasjon

Analysen av observasjonene ble gjort etter samme prosedyrer som ved fokusgruppeintervjuene, og var kontinuerlig gjennom hele prosessen. Opptak av observasjonsnotatene ble transkribert og strukturert. Transkripsjonene ble deretter gjennomgått, og overflødig materiale ble fjernet. Hovedanalysen av transkripsjonene bestod av å kode transkripsjonene inn i de fem kategoriene fra Five Aspects Meal Model; rommet,

møtet, produktet, styringssystemet og atmosfæren. Til grunn for analysen hadde forsker et hermeneutisk holdepunkt, og hver del ble sett på i helheten av hele datasettet.

3.5 Etiske aspekter

Som forsker har man en del etiske forpliktelser. Man må innrette seg etter de eksisterende nasjonale og internasjonale lover og retningslinjer. Man har et ansvar for å gjennomføre arbeidet i samsvar med god forskningsskikk og anerkjente vitenskapelige og etiske prinsipper (HiOA, 2011). Det ble på bakgrunn av dette søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning til å gjennomføre fokusgruppeintervjuer og observasjoner (vedlegg 1). Denne søknaden ble godkjent (vedlegg 2). En samtykkeerklæring ble utarbeidet til informantene (vedlegg 4). Lydbånd, transkripsjoner og samtykkeerklæringene ble oppbevart innelåst for å sikre konfidensialitet. Transkripsjoner gjort av fokusgruppeintervju og observasjoner ble anonymisert. Både disse og lydbåndene skal slettes ved studiens slutt. Navn på bo- og behandlingssentrene eller hvilken kommune disse ligger i vil være konfidensielt for å sikre informantenes anonymitet.

4. Resultater

4.1 Utvalget

Fokusgruppene ble holdt i arbeidstiden til informantene på et møterom på bo- og behandlingssentrene. På tross av ønsket om seks informanter (minimum fire), dukket kun fem opp på fokusgruppe 1 og 3 på bo- og behandlingssenter 1. Kun tre informanter dukket opp på fokusgruppe 2 og 4 på bo- og behandlingssenter 2 (tabell 4). Det var også ønsket at de samme informantene fra hvert bo- og behandlingssenter skulle delta på den oppfølgende fokusgruppen. På begge bo- og behandlingssentrene var to av informantene endret fra intervjurunde en til intervjurunde to (tabell 4). På tross av for få informanter på to av fokusgruppene (2 og 4) og en annen gruppesammensetning (på intervjurunde to; fokusgruppe 3 og 4), valgte forsker å fullføre intervjuene. Begge de to første fokusgruppene varte 1,5 time, og informantene hadde mye å prate om. Fokusgruppene i intervjurunde 2 varte kun en time, da informantene hadde mindre å snakke om. På bo- og behandlingssenter 2 hadde avdelingsleder kun satt av en time til intervjuet.

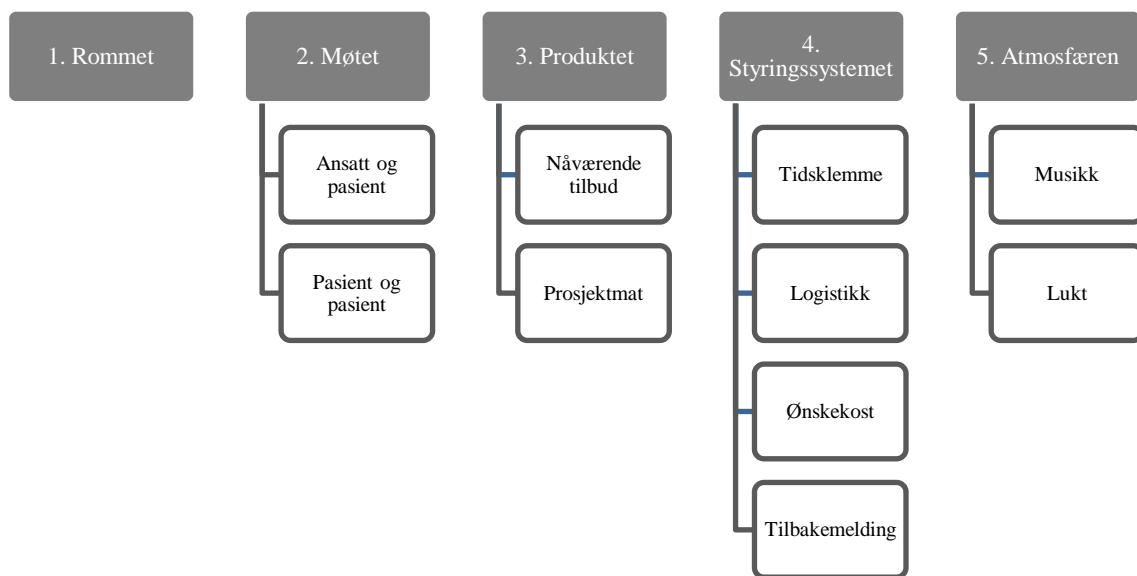
Tabell 3: Utvalg til fokusgruppeintervju på de to bo- og behandlingssentrene

		Informant	Kjønn	Alder	Stilling	Antall år i jobben
Bo- og behandlingssenter 1	Fokusgruppe 1 (før innføring av prosjektmat)	I1	Kvinne	66	Assistent	26
		I2	Kvinne	44	Hjelpepleier	5
		I3	Kvinne	38	Hjelpepleier	7
		I4	Kvinne	38	Sykepleier	5
		I5	Kvinne	54	Assistent	12
	Fokusgruppe 3 (etter innføring av prosjektmat)	I1	Kvinne	66	Assistent	26
		I2	Kvinne	44	Hjelpepleier	5
		I5	Kvinne	54	Assistent	12
		I6	Kvinne	32	Hjelpepleier	5
		I7	Kvinne	42	Sykepleier	3
Bo- og Behandlingssenter 2	Fokusgruppe 2 (før innføring av prosjektmat)	I8	Kvinne	42	Hjelpepleier	8 år
		I9	Kvinne	32	Hjelpepleier	10 år
		I10	Kvinne	43	Hjelpepleier	5 år
	Fokusgruppe 4 (etter innføring av prosjektmat)	I10	Kvinne	43	Hjelpepleier	5 år
		I11	Mann	53	Sykepleier	0,5 år
		I12	Kvinne	50	Sykepleier	4,5 år

4.2 Fokusgrupper

Analysen av fokusgruppene tok utgangspunkt i Five Aspects Meal Model med fem hovedkategorier; 1) Rommet, 2) Møtet, 3) Produktet, 4) Styringssystemet og 5) Atmosfæren. Noen av hovedkategoriene ble delt i flere underkategorier (figur 4). Alle hovedkategoriene henger i noen grad sammen. Sett i sammenheng bidrar de fire første hovedkategoriene til den femte kategorien; atmosfæren.

Figur 4: Oversikt over hovedkategorier og underkategorier i analysen av fokusgruppeintervjuene



4.2.1 Rommet

Under fokusgruppene ble det pratet om atmosfæren under måltidet og informantene nevnte omgivelsene. De prøvde å skape en hyggelig atmosfære ved å pynte med servietter og gjøre det «*litt sånn ordentlig*». Noen ganger var det vanskelig å pynte, da de hadde urolige beboere. Mange puttet pynten i munnen eller dro det ned på gulvet. På bakgrunn av dette ble ikke alle bordene pyntet, og bordplasseringen ble planlagt slik at de urolige pasientene satt atskilt fra de som er rolige.

4.2.2 Møtet

Ansatt og pasient

Informantene fikk spørsmål om hvordan et perfekt måltid ville vært. De ønsket at de kunne sitte en og en med pasientene og ha god tid. Da kunne de mate i rolig tempo uten å «*trøkke maten inn*». På en avdeling startet de middagen litt tidligere for de som skulle mates, slik at de

hadde bedre tid til alle, og det ble mindre uro. Da kunne de sitte med dem og prate litt. Noen pleide selv å ta litt mat på en asjett for å spise sammen med pasientene; «*For da ser dem på oss også begynner dem å spise*».

På den ene fokusgruppen fortalte de ansatte at de ønsket å tilby pårørende mat dersom de kom på besøk. Dette hadde de ikke lov til, og de opplevde det som vanskelig. De syntes at det var viktig at pasientene kunne spise sammen med sin familie, og mente at det var en positiv opplevelse for pasienten og pårørende.

Informant 2: Vi må værre imøtekommende (...) Det er viktig at vi er syns jeg. Dette er hjemme demmes.

Informant 4: Vi er bare på besøk vi.

Stort sett fikk de ansatte til hyggelige og rolige middager, men noen dager kunne de komme skeivt ut. Dette kunne gjøre dem stresset, og planlegging var derfor viktig.

Informantene mente at pasientene merket at de var stresset. Det førte til uro blant pasientene. Mye å gjøre kunne føre til at de ansatte måtte gå ifra en pasient de matet. Det føles ikke så bra, fortalte en informant.

Ofte opplevde de ansatte maten som ble servert fra sentralkjøkkenet som udelikat. Da syntes de ikke det var ålreit å servere. Noen mente at pasientene kunne merke at de ansatte hadde en negativ holdning, mens andre mente at det ikke merkes. Informantene prøvde å tenke at det var den samme maten som de andre fikk, bare at den var mosa. En forteller at hun tenkte at de trengte maten for å leve, og at den tanken ga henne en bedre holdning til maten. De fortalte at de måtte vise respekt og at de ikke oppførte seg noe annerledes når de serverte den beste maten. En ansatt tenkte mye over at det skulle være ålreit for pasientene, og det var viktig å gjøre det bedre for alle.

Informant 2: Jeg tror dem kan se det på oss noen ganger, at det her var kanskje ikke så ålreit å servere. For dem tror jo det er vi som står og lager mat. Hvert fall hos oss. Og jeg tenker at det er ikke noe ålreit å servere ting som omtrent ser ut som det skulle vært i søpla. Det er ikke spesielt ålreit.

På et sykehjem fortalte de at de hadde en bedre holdning til maten som ble servert i prosjektet. Den var lettere å servere, og de ansatte trodde pasientene kunne merke dette på dem. Informantene trodde at deres positivitet bidro til en bedre atmosfære.

Informant 12: Det er klart det er de gamle som skal spise det, men det er ikke no god følelse å servere dem mat som du føler at du ikke kan stå inne for selv. Når du får det oksekjøttet så tenker du «Offamei, skal jeg virkelig servere det her til deg?» Men sånn tenkte vi ikke med den maten, for det at den så delikat og fresh ut, freeesh liksom! I forhold til mye av det fra...

Pasient og pasient

Bordplassering var viktig, da det var mange pasienter som ikke gikk sammen. Noen pasienter lagde såpass mye bråk og uro at de måtte spise alene (skjermes) for ikke å ødelegge måltidet for de andre. På en avdeling hadde de fått et langbord, framfor å ha to separate bord. Dette hadde gitt mer uro, da det gjorde det vanskeligere å skille de pasientene som ikke gikk sammen. I intervjurunde en fortalte informantene at noen pasienter reagerte på og kommenterte maten til de pasientene som spiser most mat. Da forklarte de ansatte til pasienten hvorfor den andre pasienten fikk slik mat. Dersom de upassende kommentarene fortsatte, byttet de plass på pasientene.

Informant 8: Man tenker jo litt på de, vi har jo de som jeg føler som har mest mosa, de sitter jo allerede egentlig ved samme bord. Men man tenker jo litt på de rundt og. Sånn helhetlig, hva de tenker på. Vi kan jo være fæle til å si ting til hverandre noen ganger da, litt sånn når det kanskje ikke ser så delikat ut da. Det tenker man jo litt på da...

I intervjurunde 2 fortalte informantene at dersom de selv var pasienter hadde de følt seg mer bekvem med prosjektmaten eller en annen mer delikat mat. Det ville ha følt mer verdig, med tanke på at andre pasienter kunne se på maten deres og kommentere. En informant var uenig og fortalte at hun kun ville ha det som var bra for henne, for at hun skulle leve. Hun ville ha samme mat som ble servert alle, uavhengig av om det var delikat eller ikke.

Informant 8: (...)jeg ser heller for meg at hvis de kunne sagt noe disse pasientene, så ville enkelte av dem heller vært mer bekymra for hva naboen syns.

Informant 13: Sammen med de andre som spiser normal mat, så hadde jeg ju absolutt følt at de pakkene som maten var liksom i porsjons, jeg hadde følt meg mye mer bekvem med det, enn å få den her grå massan med.. det ser mer ut som mat, som middag.

4.2.3 Produktet

Maten fra sentralkjøkkenet

På fokusgruppeintervju runde 1 ble informantene spurt om de selv kunne spist den moste maten fra sentralkjøkkenet. På fokusgruppe 1 var alle enige om at det kunne de aldri gjort. Informantene på fokusgruppe 2 var litt usikre, men var klare på at dersom de ikke hadde hatt tenner, så hadde de spist det.

Informant 8: Jeg kunne spist det, men jeg vet ikke, det er liksom noe med det utseendet da tror jeg asså...

Informant 10: Jeg tror det er ikke noe feil med det da men...

Informant 8: Det kræsjer litt liksom..

Informant 10.: Ja

Informant 8: Tror jeg, det er liksom ikke sånn «sitte og kose deg».

Utseendet virket som den viktigste faktoren for at informantene ikke ønsket å spise maten. Det var bred enighet om at produktet ikke så delikat ut, og det ble brukt ord som «pellets», «mølje», «hønsemat», «dyrefor», «hønsefor» og «gjenvinning». Fargene på maten ble beskrevet som «blass», «grå» og «ikke fullt så appetittlig». Mange av informantene nevnte at det var kjøttet som så verst ut, men at potetmosen var helt grei. Noen mente også at grønnsakene så greie ut, mens andre var uenige. På den ene fokusgruppen fortalte de at de ofte brukte sausen til å dekke over den moste maten, slik at det ikke skulle være like udelikat. Det var vanskelig å se hva slags mat det var når det er most, og de ansatte måtte fortelle pasientene hva de serverer.

Informant 12: I dag er det rosa...rosa pellets i dag

Informant 9: Men jeg skjønner jo det at for utenforstående, når du kommer første gang og ser det der, det ser jo ut som pellets liksom; «Hva eer det dere skal putte i dem liksom?!»

Informant 3: Noen ganger når det er sånn ordentlig flytende, hvis det for eksempel er lapskaus da, så er det sånn derre, det ser ut som om det er noe helt annet for å si det sånn. Så at dem mister matlysta av det, det kan jeg forstå!

De ansatte fortalte under første intervjurunde at de fikk opplæring i å ikke blande poteter, kjøtt og grønnsaker sammen, men fordele det på tallerken så det så mer delikat ut. De syntes det var viktig at det ble lagt opp på en delikat måte og at de «gjør det beste ut av det». Pasientene reagerte dersom det ble lagt i en haug på tallerkenen. I en annen fokusgruppe fortalte mange at de blandet maten sammen etter at de hadde presentert den for pasientene. De blandet maten fordi det gjorde at pasientene fikk det i seg. Kjøttet fra sentralkjøkkenet, og spesielt fisken, var veldig tørr, og ble bløtere dersom det ble blandet med resten. Noen var uenige og syntes det ble eklere dersom det ble blandet. De tok heller litt og litt på skjea fra hver haug når de matet.

På tross av et udelikat utseende, mente flere av informantene at det var bra at most mat fantes for de som hadde tygge- og svelgevansker. Pasientene hadde forskjellige behov, og noen av pasientene behøvde mer fin-most mat. Andre klarte seg med mat most med gaffel. Maten som vanligvis ble servert pasientene med tygge- og svelgevansker fra sentralkjøkkenet var hakket. De ansatte var ofte redde for at pasientene skulle sette maten i halsen, da maten var «klumpete», «knudrete», «grov» og «veldig tørr». Noen tror at dette kunne være årsak til at pasientene brukte lang tid på måltidet. Mange ønsket å mose maten mer på avdelingen, men de hadde ikke lov på grunn av strenge regler for hygiene. På tross av noe misnøye med konsistensen på middagsmaten, fortalte informantene om dessertene med positivt fortegn;

Informant 8: ...men dessert spiser jeg heller den mosa jeg hvis jeg skal smake på den

Informant 10: Jadaa mhm

Informant 8: Jeg synes det er såå mye bedre jeg!

Informant 10: Ja sånn som, ja det er sant det du sier da. Det der eplegreiene

Informant 8: Ja den for eksempel, den er så mye bedre når den er mosa! Får blanda alt inn.

Informant 10: Åja, og vaniljesaus på så er jo bedre med den mosa. «Er det ikke bedre å ha den her a?», «Joda» sier vi. Noen av dem vil ha den, men de ser eplebiter så er det jo så, også den der rosin. Dem synes det er bedre med mosa.

Noen av informantene hadde smakt på maten, og fortalte at den var god. Den smakte det samme som vanlig mat. En sa at hun syntes det smakte litt mer fett enn vanlig mat, og lurte på om noe ble tilsatt maten når den ble mosa. På en fokusgruppe var de enige om at potetmosen var god, mens på en annen fokusgruppe fortalte de at de ikke likte potetmosen.

De trodde den var laget av pulver. Informantene virket opptatt av at maten skulle være hjemmelaget. Den samme gruppen fortalte at de syntes sausen var veldig god.

Informant 5: Det har sikkert, smake kanskje godt, det har akkurat samme smak som kjøttkaker, hva som helst, men det ser ikke pent ut. Smaker sikkert godt.

Informant 4: Jeg har spist kalkunmos, sånn kylling.. kalkunfilet heter det. Den sausen. Det er samma. Noen ganger egentlig bedre. Det er samma mat ikke sant, for det er ikke no forskjell. De bare moser.

Informant 3: Ja men man mister liksom matlysten

Informant 5: Matlysten ja!

Informant 3: Det smaker jo likt, selvfølgelig gjør det det, men du mister liksom matlysten av å sitter der og...ja..

Informant 2: Det er utseendet. Ja, det er utseendet.

Informantene var usikre på lukten på den moste maten. Noen mente at den ikke luktet i det hele tatt, mens andre mente at den luktet godt. Noen fortalte at fordi de hadde annen mat der også, var det vanskelig å merke om den moste maten luktet, men at maten generelt luktet godt. En fortalte at hun selv ikke hadde merket vond lukt, men at hun opplevde at noen klagde på vond lukt da hun hadde åpnet maten. På en fokusgruppe var informantene enige om at de dagene det var fisk, luktet det veldig fisk.

Informant 10: Og en ting jeg prøver å merke... lukt. Jeg har ikke merka no vond lukt, aldri. Så helt fint, selv om er mosa.

De ansatte ønsket mer variasjon i matrettene, da det var de samme rettene som gikk igjen. Det var spesielt kjedelig med risengrynsgrøt hver lørdag. En sa at hun trodde pasientene var vant til «den derre typiske potet og kokte grønnsaker» som for yngre virket «fryktelig kjedelig». De fortalte at dersom de selv bodde på bo- og behandlingssenteret hadde de bestilt take-away mat.

Informantene fortalte at det var vanskelig å tolke om pasientene likte maten. De fleste var i «sin egen verden» (demente) og hadde et varierende humør. Noen pasienter spurte etter most mat, selv om de hadde tenner og kunne spise vanlig mat. Informantene trodde dette var fordi det er lettere å spise, og de slapp harde grønnsaker. Noen pasienter spiste mosa mat og

fortalte at det var godt. Få pasienter reagerte negativt på maten, og en informant trodde at pasientene var glade for å få mat som var lett å tygge og svelge. De fleste pasientene som spiste mosa, spiste godt, så lenge de var i god form og ikke var syke. Noen pasienter skjøv den meste maten vekk. En pasient ville ikke ha maten i starten, men nå var det den meste maten hun foretrakk. De ansatte trodde det var en tilvennings sak, og noen nevnte også at dersom pasientene hadde vært klare, hadde situasjonen vært annerledes:

Informant 8: Jeg vet ikke hva, om det er verdigheten dems. Jeg ser for meg, jeg hadde satt det foran en helt vanlig pasient. Da så jeg for meg han ene vi har. Da hadde jeg sikkert fått spørsmål. «Hva er detta forno? Jeg trenger ikke det der». Asså jeg så for meg litt sånn..

Informantene ytret under intervjurunde en at de ikke trodde pasientene ville reagere dersom de hadde fått en ny mat som så mer delikat ut, og mente det ville vært annerledes dersom de var klare i hodet. På en annen fokusgruppe var det noen som mente at noen av pasientene ville lagt merke til det, og de virket usikre på hvor mange som oppfattet det da de ikke har mulighet til å uttrykke seg. Men de understreket at alle må behandles likt og de ville gjøre det bedre for alle.

Informant 8: De smaker som oss altså, vi må jo tenke at hvis det er en dement der som ikke sier noen ting, og smaken faktisk er bedre, så er det jo bedre for den.

Informantene fra første intervjurunde kunne tenkt seg at kjøttet og grønnsakene hadde blitt most på en annen måte slik at det så mer delikat ut, og også tilrettelagt for den enkelte. Grønnsakene burde moses hver for seg og ikke i en grønnsaksblanding. Informantene ønsket også mer saus og pynt. En foreslo at man kunne lage maten i fine former, og pynte med en liten grønnsaksbit eller urte. Men de fleste av informantene synes det var vanskelig å tenke seg hvordan maten kunne endres utseendemessig.

Informant 4: Det skulle ha vært formet på pen måte. Pene tallerken. Litt sånn at du vil gjerne spise.

Informantene snakket en del om krydder og smak, og at det var viktig. Eldre pasienter likte mat med smak. Informantene fortalte at de hadde hatt med mat fra andre land og at pasientene likte det. Blant annet kylling, ris og pizza.

Informant 2: Men det er veldig viktig med eldre mennesker altså, atte maten smaker (...) Det er veldig rart for atte vi kan gi de pizza, når vi steiker pizza te dem, da spiser dem det, da tygger dem det på gomma!

Andre fortalte at det ikke var populært og at de ikke likte moderne mat. De likte salt og pepper. Det var det generasjonen var vant til, og alle informantene virket enige i dette.

Informant 2: Ja, de er en annen generasjon. Dem spiser joo, dem tenker tilbake ikke sant. Gammalt.

Prosjektmat

Da informantene snakket om prosjektmaten i intervjurunde 2 var alle utelukkende veldig positive. De fortalte at nå som prosjektet var over, var det flere som hadde etterlyst maten, både av ansatte, pasienter og pårørende. Noen fortalte at de hadde endret innstilling til moset mat, og at opplevelsen av prosjektmaten var helt forskjellig fra den vanlige maten. De ansatte var fremdeles litt nølende til å skulle spise maten til daglig og sa de ikke ville gjort det frivillig. Noen meddelte at de hadde smakt og at de ville foretrukket prosjektmaten framfor den nåværende maten fra sentralkjøkkenet.

Informantene beskrev maten som «delikat», «appetittelig», «fresh», «fint», «pent» og «skikkelig». De understrekte at det var fine farger, men ønsket flere mer varierte farger, da mange hadde problemer med å se forskjell på matrettene. En sa at det minnet henne om mat som ble servert på skikkelige restauranter. En annen sa at det minnet henne om en paté, og at «det er jo en delikatesse».

Informant 13: Jeg syns den maten der den gjer et mye bedre visuelt av at det er mat, mhm. Det gjør det at du får det liksom i forskjellige segmenter, at det ikke er som en hel massa. Og at hvertfall oppfatningen som jeg har fått er at dom har likt det og har spist opp porsjonen. Jeg mener mat er jo visuelt og det er jo ikke bara smak.

Informantene snakket mye om konsistensen på maten. De var ikke redde for klumper eller at pasientene skulle sette noe i halsen. Noen erfarte at det virket som det var lettere for pasientene å svelge og at de ikke lengre samlet mat i kinnene eller hostet. En «bedre matopplevelse» sa en. Noen av pasientene brukte kortere tid på måltidet, men dette gjaldt ikke alle. Informantene trodde at dette kunne skyldes at maten ikke var så tørr, i tillegg til at den var fin-most. Selv om konsistensen var fin-most, var informantene enige om at maten var

bedre og passet for alle som trengte most mat. Det var ikke nødvendig med flere grader av mosethet, selv om det kunne vært en mulighet. For de fleste pasientene var maten enkel å spise, men den måtte deles opp for noen på forhånd.

Informant 7: Jeg merker det går fortere nå. Særlig hu ene som pleier å sitte som den lengre tid. Nå kan du servere og rydde tallerken akkurat samme som de andre. Så på den måte syns jeg det blir lettere for henne å tygge ekstra moset, derfor det går fort.

Informant 12: Men den vi har prøvd nå har jo vært liksom en helt annen konsistens på mosa kjøtt og mosa fisk, ja nesten som en paté, og det er jo en delikatesse, så det er jo hehe ja

Noen av informantene hadde smakt på maten, og var enige om at det smakte godt. Det smakte som vanlig mat. En informant fortalte at eldre hadde dårligere smaksløker enn unge, og de ble enige om at dersom maten trengte mer krydder burde det tilbys ved siden, slik at det kunne være opp til hver enkelt.

I den ene fokusgruppen var alle enige om at maten luktet godt, mens i den andre var de enige om at det luktet helt greit, det luktet mat, mens en syntes det luktet «fresht».

Informantene var enige om at prosjektmaten var lite variert. Mange fortalte at de synes fargene er like, og at de derfor var usikre på om det var en ny rett, eller samme rett. En syntes spesielt grønnsakene var lite variert. Alle var enige om at det burde tilbys fler enn syv retter. Som regel samsvarte heller ikke maten med maten som servertes de som ikke fikk most mat.

Informant 13: En matsituasjon, opplevelsen av mat, det blir ju en to-veis kommunikasjon. Både den som mater og den som får, og man gir signaler på liksom at «jaha, nå er det en uke siden det her». Man gjør det ubevisst altså, man gjør det. (...) Hvis vi opplever at den maten er herregud, er samma, samma ukedag og liksom det er liksom man kan nesten (..) hvis vi syns at nå går det liksom rundt rundt rundt og det er bare syv forskjellige retter, det er jo egentlig ingen som skulle orka å ha det... i årevis... Så det syns jeg faktisk

Informantene fortalte at de syntes det var vanskelig å vurdere om pasientene likte prosjektmaten eller ikke, da mange av dem ikke kommuniserte verbalt. De fortalte videre at

alle spiste opp, og at de tolket det som at de likte maten. Noen av pasientene ville ikke ha maten. Blant annet var dette fordi de så at det var en annen mat enn det de andre fikk, mens andre pasienter så ikke ut til å merke noe til det. Det var også en pasient som ikke ville spise maten, de ansatte tror dette var fordi hun synes det så ut som oasis. En var også misfornøyd fordi han ikke fikk nok mat. En annen pasient som ikke likte fisk, ble servert fisk og spiste det, Informantene tenkte at det var et tegn på at det smakte godt. På fokusgruppe 4 syntes de at beboerne spiste mye bedre, og de syntes de kunne se på pasientene at det smakte tiltalende, da de som vanligvis spiste relativt dårlig spiste mer med prosjektmaten. En av pasientene var også veldig opptatt av fargene, spiste godt, og sykepleieren oppfattet det som positivt.

Informant 7: Ja, jeg tenker på min avdeling siden vi har begynt. Vi begynte med to, og ho ene ho spiser alt. Så det er vanskelig å vurdere om hun liker eller hun liker ikke, for hu spiser alle maten (...) Og så det er vanskelig å vurdere om ho blir mett eller om ho blir liksom for lite i tallerken (...) Ho kan ikke liksom gi tilbakemelding med språk da (...) Også den andre mat da er veldig mye i tallerken så hun spiser til hun orker ikke, men nå hun spiser til hun spiser opp. Så enten det er nok eller det er ikke nok. Vi vet ikke.

Flere av informantene trodde ikke pasientene hadde merket at de hadde fått en ny mat eller registrerte at den var mer delikat. Men syntes det var vanskelig å vite sikkert siden pasientene ikke ga tilbakemelding eller uttrykk for det. Noen informanter mente at flere pasienter merket at det var en ny mat. Noen av pasientene hadde presisert at de trengte most mat, da maten ikke så most ut.

Informant 13: De har gitt uttrykk for «jeg må ha most mat», da har vi måttet forklara at det er most mat, så har vi måttet gjort sånn. Ja, så det er jo helt klart et tegn på at det er en annen opplevelse av det.

Informant 12: Jaja, vi har jo en pasient som stort sett ikke vil ha, og hu satt liksom, hvert fall noen ganger, jeg sier ikke hver gang, men oftere da. Og særlig det der med disse fine fargene og liksom pekte og viste det veldig godt da. Hun var sånn bortpå. Og det er klart at det er jo, det ser man ikke sant.

Noen av informantene mente at noen av pasientene hadde merket at det var en ny type mat, iallfall i den forstand at de hadde en bedre smaksopplevelse, men noen hadde også kommentert at det var en annen mat.

Informant 12: For det er klart at hvis du skal gå så pirkete til verks som å tenke liksom klarer dem å tenke «åå i dag fikk jeg ny mat», men det er jo ikke det det handler om.. Det handler jo om at det er den smaksopplevelsen, og at det smakte annerledes og da har jeg lyst på mer... Det er det vi må tyde det ut fra.

På begge sykehjemmene opplevde de ansatte usikkerhet rundt om porsjonene var store nok for alle. De ansatte fortalte at de hadde noen pasienter som spiste lite, og andre pasienter som spiste mer, men at det stort sett var tilstrekkelig. De kunne allikevel ønske at det var muligheter for å servere mer, da det var flere pasienter de var usikre på om var mette. En pasient klaget på at han ikke fikk mat. Den ansatte fortalte at hun var usikker på om det var på grunn av at han ikke var mett, eller fordi han så at han fikk annerledes mat enn de andre. En ansatt trodde det kunne være fordi det kunne se ut som kake eller noe annet som ikke var middag. Noen foreslo større porsjoner, andre foreslo å ha noe ekstra liggende. En fortalte at hun syntes maten passet til de som skulle slanke seg. Andre snakket om at det også var viktig med en stabil vekt, og at det derfor var synd hvis pasientene la på seg hvis man hadde gitt for mye næringstett mat.

Informant 7: Det er bare ta en skje, andre skje, tredje skje; ferdig!

Da forsker spurte hvordan informantene fra intervjurunde to ville beskrive den perfekte moste maten, fortalte de at den ville vært ganske lik som prosjektmaten, men at de ønsket to porsjonsstørrelser. De nevnte også flere forskjellige farger og former, og at det ikke hadde gjort noe med friske urter til. En sa at dersom det skulle vært bedre så kunne de laget mat som så ut som vanlig mat som fiskefilet eller grønne kuler som erter.

Informant 9. Altså mosa mat er mosa mat. Du, da lurer jeg på hvordan, altså ja, kanskje hvis du kan lage mosa mat som ser ut som en fiskefilet da, eller mosa mat som ser ut som erter. Altså skjønner du hva jeg mener? Daaa snakker vi.

Informantene på sykehjem 1 virker enige om at maten var bra for noen pasienter, mens andre ikke, og at behovet derfor måtte vurderes fra person til person. På sykehjem 2 virket informantene enige om at maten passet til hele deres brukergruppe som trengte most mat.

4.2.4 Styringssystemet

Tidsklemme

Samtlige informanter var enige om at drømmen hadde vært å ha en-til-en-kontakt med pasientene, spesielt under matingen, og hatt god tid. De hadde ofte dårlig tid og det var mange

som skulle mates. De ønsket flere ansatte på jobb, slik at de kunne gjøre ting som var koselig. De snakket også om at de kunne hatt en ekstra bemanning på kjøkkenet slik at de kunne gjøre ting som å steke vafler. Noen ønsket også at de skulle lage all mat på avdelingen.

Informant 3: Mere folk, så får vi til mye, men vi blir bare færre og færre!

Dersom informantene hadde hatt makten til å endre hva som helst, svarer de at antall ansatte er viktigst.

Informant 8: (...)Da må du jo sitte ned da og hjelpe. Og jeg føler ofte noen ganger så må du gå litt fra, og det føles heller ikke så veldig ålreit å gå fra den du sitter og hjelper. Men du må kanskje gjøre det fordi noen andre skal ha noe og sånn. Det blir litt sånn da. Så klart i en perfekt verden hadde vi hatt en-til-en

Logistikk

Informantene fortalte at det noen ganger kunne være vanskelig med temperaturen på maten, og at de noen ganger måtte varme maten på nytt. En informant fortalte at han syntes det var lettere å holde temperaturen med prosjektmaten da den var i porsjonspakker, for da kunne man åpne hver og en når man skulle mate vedkommende. Den gamle maten ble fort kald da det var en pakke for alle, og den ble stående på benken uten noen mulighet for å stå på oppvarmingsplate (pga. plastikk). De fortalte at de ikke syntes det tok noe lengre tid å tilberede prosjektmaten, og en sa at dersom det tok litt lengre tid så syns hun det var verdt det.

Informantene syntes forpakningen på prosjektmaten til tider kunne være vanskelig å åpne. På det ene sykehjemmet opplevde de at maten skled utover under transportering, og at de ønsket at forpakningen var mer solid. Det andre sykehjemmet hadde de ikke opplevd dette.

De fortalte også at de ga medisiner før middag for å unngå uro. Og prøvde å bli ferdig med alt før middag. En sa at det hadde de ikke tid til. Noen fortalte at på sin avdeling matet de de pasientene som trengte mating før de andre som klarte seg selv kunne sitte og kose seg.

Informant 2: Det er mange som gir medisiner mens de sitter og spiser frokost, og da forstyrrer du matsituasjonen demmes.

Ønskekost

Informantene sa at i en perfekt verden ville pasientene kunne ønske seg den maten de ville, og at de også kunne spist middag når de selv ville.

Tilbakemelding

De ansatte fortalte at dersom det var noe de ikke var fornøyd med, ga de tilbakemelding til kjøkkenet. Da har de opplevd at ting ble bedre.

Informant 14: Men da skriver vi bakemelding, det gjør vi. Hvis ikke kjøttene er kokt, da skriver vi, eller i dag er det grønnsaker, eller den dessert var veldig flytende, eller det var det, så da skjønner de. Vi må skrive tilbakemelding hver dag.

4.2.5 Atmosfæren

Musikk

Informantene i alle fokusgruppene var enige i at lav musikk kunne bidra til en bedre atmosfære. Det var viktig at musikken var på et lavt volum og at det var musikk de eldre likte.

Informant 2: Jeg har ikke hatt på radio når dem skal spise, og da lissom er det mere uro ved bordet. Hvis jeg setter på den, på lavt, da begynner dem å spise, så begynner dem å nynne, så begynner dem å spise

På det ene sykehjemmet mente de at musikk ikke alltid fungerte, og kunne bidra til uro. Noen av pasientene kunne oppleve musikken som støy. Da kunne det være bedre at den som ville høre på musikk spiste på rommet, dersom det var nok bemanning.

Lukt

Informantene fortalte at mange pasienter reagerte hvis det var matlukt på kjøkkenet. Matlukta gjorde det mer hjemmekoselig. De ønsket å kunne bake og steke på avdelingen oftere, men det var strenge regler for hygiene som gjorde dette vanskelig.

Informant 2: (...) så varma vi jo all maten sjøl. Der borte. Og da fikk vi den lukta på kjøkkenet, den trakk jo seg ut i spise... der dem satt og spiste, og jeg husker da, vi varma jo surkålen til jul.. Du vet du hva, det lukta jo ribbe og surkål. Og dem syns det var, dem kjente at det lukta godt altså!

Informant 5: Ja ikke sant, det føles som hjemme!

Atmosfære

Forsker spurte informantene i intervjurunde to om de følte at atmosfæren rundt måltidet hadde blitt bedre under prosjektet. På sykehjem 1 sa de at det ikke var noen forskjell men på sykehjem 2 mente en at det hadde blitt triveligere.

Informant 13: Atmosfæren blir jo vanskelig å si liksom på hela måltidet da, med alla andre brukere og pasienter. Men jeg syns jo for min egen del, så syns jeg det har blitt mye triveligere, eller var mye triveligere å servera den maten, så for meg så opplevde jeg at atmosfæren var liksom litt mer hyggelig.

Deres beskrivelser av et godt måltid var et måltid med musikk, at man satt en og en, uten bråk, at man ble matet på en rolig måte. To informanter beskrev i intervjurunde en andre sykehjem de hadde vært på. Forsker tolket dette som en beskrivelse av noe informantene oppfattet som trivelig;

Informant 4: Jeg var på en sykehjem i irak at det var sånn. To stykker er på sykehjemmet, og gud, da var det åtte pleier! Rundt heele tia! De jobber uansett fast der. Så er det ikke mye, bare to stykker, som var, som trengte hjelp da. De var nesten som dronning og prins. Spurte dem ville ha vann, skjærte frukt hele tia. Alt! Så det ikke, det får du ikke her. Da må du vente.

Informant 2: (...)der var det fint. Der stod det kaffe, kaker, ute i korridoren. Eller gangen da. For det er ikke sånne korridorer som vi har her. Ikke på den måten, for de er pynta opp litt annerledes. Og når pårørende kom så var det bare å forsyne seg. Og hvis du kom til middag så kom dem og spurte «Har du lyst på middag?»

4.2.6 Prioriteringer

Et tema som kom opp under fokusgruppene og som ikke var en del av rammeverket, var prioriteringer. Informantene i intervjurunde en virket positive til et bedre måltid for pasientene, men ikke dersom det gikk ut over noe annet, for eksempel at de måtte være en mindre ansatt på jobb. I intervjurunde to fortalte de at dersom de selv ble gamle og trengte most mat, ville de klart seg med den opprinnelige maten framfor prosjektmaten, dersom den kostet mer penger og gikk utover noe annet.

Informantene snakket også en del om ernæring og at næringsrik mat og mattilbud er viktig, mens andre var uenige. Disse mente at det er siste stadium i livet til pasientene og at

trivsel var viktigere enn ernæring. Det var viktigere at maten var delikat og smakte godt slik at pasientene spiste.

Informant 9: ... det kan se fin og flott ut egentlig, føler jeg da, det er min personlige mening, det ser fint og flott ut, og hvis det ikke er noe ernæring i det så er det lite hensiktsmessig på en måte.

Informant 2: Da har dem levd så lenge at da skal døm få det de vil ha!

4.2.7 Oppsummering av funn

Under fokusgruppene ble det pratet om temaer som dekket alle de fem aspektene i Five Aspects Meal Model. Det var størst fokus på de ansattes holdninger til maten.

Informantene virket opptatte av å gjøre det best mulig for pasientene, både når det gjaldt pynting, maten og deres egen service til pasientene. Tid og prioriteringer virket som det største hinderet for å gjøre det best mulig, men også reglement hindret dem i å gjøre slik de ønsket.

Det viste seg mange negative holdninger til den meste maten som blir servert på avdelingene. Informantene var positive til prosjektmaten, selv om erfaringene var varierende. Informantene kom fram til at maten passet fint til noen, men ikke til alle. De konkluderte med at det måtte bli en vurderingssak fra person til person om maten passer vedkommende.

4.3 Observasjoner

4.3.1 Rommet

Den ene avdelingen hadde en egen spisesal med tilknytning til kjøkken. Spisesalen hadde store vinduer på hele den ene veggen, med hvite, lette gardiner og blomster i vinduskarmen. Veggene var malt i en lys beige farge, mens én vegg var malt i en limegrønn farge. Det var noen bilder på veggene og et vitrineskap på den grønne veggen. Rommet fremstod som lyst, fint og nytt. Det var tre bord i rommet, disse var pent dekket med servietter i glassene og elektriske telys. Bordene var også pyntet med blomster, med unntak av det bordet der pasientene med tygge- og svelgevansker satt.

Det pleide å være ca. 2-3 pleiere tilstede under måltidet. Dette varierte litt, og noen ganger var det ingen der. Pasientene med tygge- og svelgevansker (tre stykker) begynte middagen før de andre pasientene, da de trengte hjelp med matning. Etter omtrent 30 minutter

kom de andre pasientene inn, noen kom inn før, noen kom inn senere. Det var nesten ingen som spiste samtidig på grunn av dette.

Som regel var det rolig og stille i spisesalen når pasientene med tygge- og svelgevansker spiste. Av og til var radioen lavt på, men det var sjelden. Da spilte den som regel populærmusikk. Når de andre pasientene kom inn ble det som regel mer bråk og forstyrrelser. Både fra at folk kom og gikk, og også for at det ble mer å gjøre for de ansatte. Stoler som bevegde seg, ansatte som pratet med hverandre og gikk rundt, og bråk fra kjøkkenet (glass, tallerkener og oppvaskmaskin).

Da forsker kom tilbake på avdelingen i februar var det ikke lenger noen av pasientene med tygge- og svelgevansker som spiste i spisesalen. En pasient spiste i storestua, en på lillestua og en på sitt eget rom. Storestua var en stor og koselig stue med flere sofa-sittegrupper. Det er lyse beige farge på veggene, og i likhet med spisesalen, en limegrønn vegg. Det er flere sofaer og sofastoler der med mørkegrønt trekk. Rommet bærer preg av at det er en institusjon, men er allikevel svært hjemmekoselig, tatt i betraktning. Det er flere bilder på veggene og rødmønstrede gardiner på vinduene. Det er to dører inn til stua på den ene veggen. I hjørnet ved den ene døren er det en rød sofastol, en «god-stol». Denne blir brukt av pasienten som skal spise. Foran stolen er et spisebrett som kan skyves over stolen og reguleres. Av og til står CD-spilleren på, en variert CD-plate med blant annet DDE og Sigmund Groven står i. Forsker opplever det som veldig koselig og føler seg i godt humør. Som regel var det lite forstyrrelser i rommet, kun når folk gikk forbi i korridoren. Av og til kom det en pasient inn og satt seg i andre enden av rommet og pratet litt. En annen gang kom det fem pasienter inn og satte seg i sofagruppen. Det var noe forstyrrende.

Lillestua var en mye mindre stue, men vel så koselig som storestua. Her var også en sofa med grønt trekk, og en svart skinnstol. På den ene veggen stod et piano med mye pynt oppå; blomster og lysestaker. Det var store vinduer med rødmønstrede gardinger. Det var en flatskjerm-TV på den ene veggen. Den stod som regel på. Den uken forsker observerte var det OL, og det hendte ansatte kom inn for å oppdatere seg på resultatene. Det var god stemning og lagånd i rommet, men det kan ha vært litt forstyrrende.

Den andre avdelingen hadde også en spisesal. Spisesalen var et ganske stort rom med vanlige bord og stoler. Lys med hvite vegger og lyse furumøbler. Det var to store vinduer, med lyse florlette gardiner med blomsterbroderi og utvendige persiennner. Som regel var persiennene igjen, men når de ikke var det kunne man se ut på taket til et annet bygg. Av og

til skinte solen inn, det var veldig koselig. Det hang to bilder på veggen; en plakate av et maleri, og et bilde av kongen. Det hang også en flatskjerm-tv på den ene veggen, men den gjorde lite ut av seg. Et vitrineskap i furu stod på den ene veggen. Inni skapet stod det fine glass og pent kaffeservise. Det var lite pynt på bordene med unntak av en enkel hvit telysholder i frostet glass. Oppi var det elektriske telys som ikke var tent. Ved døra stod en åpen søppelkasse/søppelsekk. På den ene siden av rommet var det to «tarmer» med et kjøkken (tilberedningsside/ren side) og ett oppvaskrom (uren side). Mellom disse er det en skyvedør som enten kunne stå på midten eller skyves over et av rommene. Det kan være positivt at kjøkken og oppvaskrom er i umiddelbar nærhet med tanke på effektivitet ved servering av måltidet. Det er også mer hygienisk at maten har kortes mulig vei fra tilberedning på tallerken til pasienten. Men den åpne løsningen kan virke forstyrrende for pasientene, da det fører til et høyere lydnivå i rommet, og mer gåing frem og tilbake. Rommet virket i det store og det hele lite personlig, og ganske institusjonspreget.

Spisesalen hadde plass til 16 pasienter, fordelt på 4 bord. Pasientene kom inn til forskjellige tider. Pleierne gikk rundt hele tiden, en delte medisiner, noen delte ut mat og noen kom inn for å hente mat til beboere som satt på rommet. Oppvaskmaskinen ble ofte skrudd på, og det klirret i glass. Det var forholdsvis mye som skjedde, og det var litt kaotisk til tider.

4.3.2 Møtet

Måltidene var som regel rolige på begge avdelingene. Det var vanligvis lite prating mellom både pasient og pasient, og pleier og pasient.

4.3.3 Produktet

Den fleste maten fra sentralkjøkkenet så helt grei ut (se figur 5). Kjøttet var semi-most, ikke som puré, men som godt hakket kjøttdeig. Grønnsakene var også semi-most, og potetene var finmost til potetmos. Forsker synes det så ganske bra ut til å være most mat. Maten ble dandert pent på tallerken, men ble ofte rørt og blandet sammen ved servering. Det ble en slags oransje-brun-hvitaktig masse som kunne minne om oppkast. Det så udelikat ut, og det var vanskelig å se hva det var. Maten luktet veldig godt.



Figur 5: Maten som leveres fra sentralkjøkkenet

Prosjektmaten var litt fastere i konsistensen og kunne minne om en paté (se figur 6). Den bestod av tre runde biter; to rundinger med grønnsaker, og en runding med kjøtt. Grønnsakene var oransje, grønne eller hvite. Kjøttet var brunt, hvitt eller rosa. I tillegg var det potetmos og saus. Pleierne på den ene avdelingen var flinke til å legge det pent på tallerkenen og rørte det ikke sammen ved servering. På den andre avdelingen var det mer varierende hvor pent det ble lagt på tallerken. Det så ganske fint ut om det dandert på riktig måte, og luktet utrolig godt. Det er vanskelig å se hva det er som serveres, og maten ser ganske lik ut fra dag til dag. Da det ble servert fisk synes forsker det var vanskelig å se om det var hvit eller rød fisk da den var veldig lyserosa i fargen, nesten hvit.



Figur 6: Maten som ble servert under prosjektet

Det ble som regel servert suppe til forrett, eller en dessert, i tillegg til middagen. Det var ofte klumper og biter i disse, og suppene kunne være veldig tynne. Det virket vanskelig å spise for pasienter med tygge- og svelgevansker.

4.3.4 Styringssystemet

Maten kommer opp i en slags elektrisk tralle der den vanlige maten ligger øverst i beholdere som ligger i vannbad slik at det holder seg varmt. Den meste maten kommer i egne plastdunker, prosjektmaten i porsjonspakker, som oppbevares i et rom på undersiden av trallen. Når disse tas ut av trallen, har de ikke mulighet for å stå på noe som holder det varmt. Maten tillages på kjøkkenet og serveres pasientene på tallerkenen. Virker som om det går fort og greit både med prosjektmaten og med den opprinnelige maten. Muligens tar det litt lengre tid med prosjektmaten.

Det virket som om pleierne hadde mye å gjøre. På bakgrunn av dette måtte pasienter vente med å bli matet, og noen ganger ble maten kald. Noen ble også matet av flere forskjellige, noe som kanskje kan ha virket forstyrrende.

4.3.5 Atmosfæren

Atmosfæren på begge avdelingene virker varierende, men den opplevdes generelt bedre på den første avdelingen. Her var rommet hyggeligere og maten så bedre ut. Noen dager virket roligere enn andre, og det påvirket atmosfæren. Det var liten forskjell mellom hverdag og helg, men forsker følte en noe roligere atmosfære i helgene.

4.4 Oppsummering av funn og fortolkninger

Observasjonene som ble gjort bekrefter mye av det som ble sagt i fokusgruppene. Forsker så at pleierne hadde mye å gjøre og dårlig tid. Forsker oppfattet også maten fra sentralkjøkkenet som lite delikat, og syntes prosjektmaten så en god del bedre ut. I tillegg til disse observasjonene, fikk forsker et inntrykk av hvordan rommene der pasientene spiser ser ut. Det var stor forskjell mellom avdelingene, og det ene sykehjemmet var hyggeligere innredet enn det andre.

5. Diskusjon

5.1 Diskusjon av metoden

”Attaining absolute validity and reliability is an impossible goal for any research model”

(LeCompte & Goetz, 1982, p. 55)

For at forskningen vi gjør skal ha en betydning, er det viktig at den er så pålitelig og troverdig som mulig. Troverdigheten av en studie innebærer å drøfte validitet, reliabilitet og overførbarhet (generaliserbarhet). Validiteten refererer til tolkningen av dataene i studien, og gyldigheten av disse (Krumsvik, 2013; Thagaard, 1998). Validiteten vurderes utfra om resultatet av studien representerer virkeligheten som er studert (Thagaard, 1998).

Gjennomsiktighet (transparens) i studiens metode styrker forskningens validitet. Det innebærer å redegjøre for hva som er blitt gjort for å komme fram til resultatene i studien. Validiteten styrkes ved å kritisk gå gjennom analysearbeidet. Reliabilitet kan knyttes til hvorvidt metoden kan etterprøves og komme frem til samme resultat (repliserbarhet) (Thagaard, 1998). Dette kan være vanskelig å oppnå i kvalitative studier, da relasjoner mellom forsker og de som studeres vil ha innvirkning på resultatene, og objektivitet vil være et umulig mål. Reliabiliteten til en studie omhandler både reliabiliteten til intervjueren, transkripsjonen og analysearbeidet (Krumsvik, 2013). Full validitet og reliabilitet er imidlertid umulig å oppnå.

5.1.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet i denne studien var både fokusgruppeintervjuer og observasjoner. Begge metoder utfylte hverandre og ble sett på som godt egnet til å besvare forskningsspørsmålet, som var knyttet et tema vi visste lite om og det var ønskelig med rike beskrivelser. Det å velge to metoder (metodetriangulering) øker validiteten ved at man får holdepunkter fra flere perspektiv og forsker kan sjekke det som blir fortalt i intervju opp mot det som blir observert (Krumsvik, 2013; Merriam, 2009). Validiteten er også styrket da metodene ble utført ved to forskjellige tidspunkt i studien, og på to ulike steder (datatriangulering). Å triangulere med flere forskere er også en måte å øke validiteten på, for eksempel ved å samarbeide, eller ved at en annen forsker gir en kritisk vurdering av studiens metode (Krumsvik, 2013; Merriam, 2009; Thagaard, 1998). Det lot seg ikke gjøre innenfor oppgavens rammer og begrensninger, men forsker har fått mye god veiledning fra veilederne sine. For å øke validiteten ytterligere kunne man brukt deskriptiv statistikk for å validere funnene. Dette kan man gjøre ved å for

eksempel sende ut et spørreskjema til alle ansatte på bo- og behandlingssenteret med spørsmål om de viktigste funnene. Resultatene vil bekrefte eller avkrefte om holdningene som ble avdekket under fokusgruppene er representative for alle ansatte på bo- og behandlingssenteret (Krumsvik, 2013). Dette kan være et forslag til videre kvantitativ forskning på emnet.

5.1.2 Fokusgruppene

Fokusgruppeintervju ble sett på som et godt valg av metode da det gir tilgang til rike beskrivelser fra flere respondenter på kortere tid (Krumsvik, 2013). Siden intervjuene ble utført både før og etter innføring av prosjektmaten, ga dette tilgang til en fyldig og rik skildring av situasjonen. Gruppedynamikk bidrar til å bygge opp synspunkter (Bryman, 2012; Nøtnæs, 2001). Diskusjonen førte til at informantene måtte tenke igjennom ting de ikke hadde tenkt på tidligere, førte til mer veloverveide svar (Merriam, 2009). En slik interaksjon ville ikke oppstått under et individuelt intervju. Individuelle intervju uten påvirkning fra gruppen kunne imidlertid gi mer informasjon om enkeltpersonenes holdninger bedre, men dette var ikke målet med denne studien. I tillegg ville individuelle intervju vært mye mer tidskrevende og vanskelig å gjennomføre på grunn av tidsbegrensningen.

Intervjuguide

For å sikre kvaliteten av intervjuguiden ble den utformet i samarbeid med veiledere med erfaring på området. Det er anbefalt å utføre et pilotintervju for å teste intervjuguiden (Krumsvik, 2013). For uerfarne forskere er dette også en god måte å øve seg på å holde gode intervjuer og bli klar over blant annet intervjutempo, plassering i rommet og ordstyring. Det viste seg å være svært vanskelig å finne personer som var villige til å delta, og et slikt intervju ble derfor ikke gjennomført.

Thagaard (1998) skriver om problemet med for abstrakte og generelle spørsmål under kvalitative intervju. Forsker merket selv at noen av spørsmålene gjorde informantene usikre på hva de skulle svare. Blant annet virket informantene forvirret da det brede spørsmålet «Hva slags erfaring har dere med maten som tilbys pasientene med tygge- og svelgevansker?» ble stilt. Dette problemet var størst ved begynnelsen av intervjuet og avtok da informantene «ble varme». Intervjuguiden inneholdt eventuelle oppfølgingsspørsmål dersom hovedspørsmålene ikke skulle gi svar på det forsker ønsket å vite. Informantene var stort sett svært snakkesalige, og det var varierende hvor mye disse ble brukt.

Under gjennomføring av intervjuene merket forsker at noen av spørsmålene kunne være forvirrende for noen av informantene. Det var uklart om forsker siktet til prosjektmaten,

den beste maten fra sentralkjøkkenet eller den vanlige maten fra sentralkjøkkenet. Forsker så i ettertid at dette kunne vært gjort klarere i intervjuguiden. Dette kan i verste fall ha påvirket informantenes svar ved at de har snakket om en annen mat enn den forsker siktet til. Forsker hadde inntrykk av at dersom informantene var usikre spurte de forsker om å klargjøre. Forsker oppdaget også at informantene rettet opp hverandre dersom de merket at en kollega hadde misforstått. Forsker stilte også lignende spørsmål flere ganger for å dobbeltsjekke at man fikk samme respons. På bakgrunn av dette, er det sannsynlig å tro at misforståelsene hadde lite å si for reliabiliteten av resultatene.

Forsker mener at intervjuguiden alt i alt var godt egnet, da spørsmålene stort sett førte til gode diskusjoner.

Utvalg

Informantene til fokusgruppene ble valgt fra samme populasjon, det vil si at alle var ansatte ved bo- og behandlingssentre. Derimot varierte utvalget blant annet ved at informantene kom fra til sammen fem forskjellige avdelinger fordelt på to sykehjem. Dette gjorde at de hadde varierte erfaringer. Erfaringene kunne vært enda mer varierte dersom en hadde inkludert flere sykehjem/avdelinger.

Rekrutteringen ble gjort av avdelingsleder etter kriteriene forsker hadde satt (se kapittel 3.3.3). Noen av de rekrutterte var matkontakter, og hadde ekstra ansvar for matsserveringen på avdelingen. Dette kan ha ført til et utvalg av informanter som er mer interessert i matsserveringen enn et tilfeldig utvalg av den aktuelle populasjonen (ansatte på bo- og behandlingssenteret). Forsker så på det som positivt å ha informanter som sannsynligvis har reflektert over emnet tidligere. Det gir mer gjennomtenkte og fyldige svar.

Utvalget var dominert av kvinner, kun én mann deltok. Det kunne vært ønskelig med en jevnere kjønnsfordeling, men populasjonen utvalget ble trukket ut fra var dominert av kvinner. Utvalget er derfor representativt for den aktuelle populasjonen.

Informantene varierte i alder, fra 28 til 66 år. Dette kan ha vært positivt for funnene i studien, da ulik alder gir ulik erfaringsbakgrunn. Det var også varierende hvor lenge informantene hadde jobbet på bo- og behandlingssentrene. Det korteste var et halvt år og det lengste var 26 år. Dette kan ha påvirket informantenes holdninger. Eksempelvis kan en som har jobbet kort tid synes utseendet på produktet var mye verre enn en som har jobbet lengre og er vant til det.

Utdanningsbakgrunnen til informantene varierte også. Dette gir informantene ulikt faglig grunnlag om emnet og kan ha påvirket deres synspunkter. Informantene var stort sett enige på tross av ulik faglig bakgrunn. Dette mener forsker er en styrke og øker validiteten av studien.

Et variert utvalg øker generaliserbarheten til studien (Merriam, 2009), og med tanke på oppgavens omfang, oppfattet forsker utvalget som svært variert. På bakgrunn av de rike beskrivelsene som er kommet fra fokusgruppen, tyder det på at utvalget var godt egnet.

På tross av at det ble ønsket at de samme informantene deltok på intervjurunde 1 og 2, var ikke utvalget det samme i noen av gruppene. Dette gjorde det vanskeligere for forsker å stille oppfølgingsspørsmål fra intervjurunde en, da informantene ikke hadde deltatt på dette. Dette krevde at forsker måtte improvisere og endre spørsmålene underveis, og dynamikken i intervjuene ble dårligere. Forsker tror ikke endringen i informanter utover dette hadde negativ påvirkning på resultatene, men snarere førte til mer nyanserte beskrivelser.

I to av intervjuene dukket kun tre informanter opp. Dette kan ha ført til at mindre informasjon ble samlet inn enn dersom det var flere informanter som kunne bidratt med meninger og skapt diskusjoner. Diskusjonene og gruppedynamikken var litt tammere på de mindre fokusgruppene. Forsker tror dette skyldtes det lave antallet informanter, fremfor dårligere spørsmål. I fokusgrupper vil det være en fare for at informantene vil følge flertallets mening. Forsker hadde inntrykk av at dette ikke var et særlig stort problem, da det ble ytret uenigheter i alle fokusgruppene, både de store og de små.

Gjennomføring

Det ble holdt fire fokusgrupper, to før innføring av prosjektmat, og to etter innføring av prosjektmat. Det sies at man har hatt nok fokusgrupper når informasjon gjentar seg og det genereres lite nytt materiale (Bryman, 2012; Merriam, 2009). Informasjonen som kom frem fra fokusgruppene ved de forskjellige bo- og behandlingssentrene var svært lik, noe som kunne tyde på at antallet fokusgrupper hadde vært tilstrekkelig. Det var noen nevnte temaer som differerte mellom gruppene, og for å sikre en enda høyere validitet kunne man holdt fokusgrupper på et tredje sykehjem. På grunn av tidsbegrensningen i oppgaven, ville ikke dette latt seg gjøre, og forsker ser på antall fokusgrupper som adekvat for å sikre en høy validitet.

Fokusgruppeintervjuene fant sted på et møterom på hver av de to bo- og behandlingssentrene. Forsker tror dette har vært positivt for intervjuet da jobben til

informantene antageligvis er et sted informantene føler seg trygge og selvsikre, og der forsker kun er gjest. Dette kan gi en «maktfordeling» som er positiv i informantenes favør, og kan føre til at de er mindre redde for å si sine eksakte meninger. En ulempe med at intervjuene fant sted på arbeidsplassen kan være at informantene kunne være redde for å kritisere faktorer ved arbeidsplassen da det for eksempel kan være en sjanse for at sjefen kunne høre det.

Forsker var uerfaren i å arrangere fokusgrupper, og synes det var vanskelig å være en god ordstyrer. Det førte til at noen informanter snakket mer enn andre, det gjaldt spesielt i de fokusgruppene der det var fem informanter. Noen informanter var veldig stille, og for å øke validiteten av studien forsøkte forsker å spørre disse informantene direkte om deres mening. Slik ble meningene til alle hørt.

Under intervjuet frigjorde forsker seg i stor grad fra intervjuguiden, for å sikre at det ble samlet inn tilstrekkelig mengde data. Forskers uerfarenhet påvirket måten spørsmål ble stilt, og ved gjennomhøring av lydopptak ble det avdekket at forsker har stilt noen ledende spørsmål. Dette kan ha påvirket validiteten negativt da informantene kan ha følt seg presset til å svare det spørsmålet ledet til (Kvale, 1997). Ledende spørsmål kan dog være positive dersom de tar utgangspunkt i hva informanten selv har sagt (Thagaard, 1998). Dette benyttet forsker seg av innimellom for å bekrefte at hun hadde forstått riktig.

Dialogisk validering kan styrke dataenes pålitelighet (Malterud, 2003). Det blir brukt ved at man oppsummerer det man har forstått og informantene kan bekrefte eller avkrefte om det er riktig. Dette ble gjort i noen grad under fokusgruppene, men kunne med fordel ha blitt gjort flere ganger. Respondentevaluering er også en måte å forsikre seg om at tolkningene er gjort riktig (Krumsvik, 2013; Merriam, 2009). Dette kan man gjøre etter analysen, ved å vise transkripsjonene eller funnene til informantene slik at de kan justere mulige feiltolkninger. Dette ble ikke gjort på grunn av tidsbegrensningen.

Under transkripsjonsarbeidet oppdaget forsker at hun ved et par anledninger hadde avbrutt informanten fordi hun trodde vedkommende var ferdig å prate. Dette kan ha ført til at forsker gikk glipp av informasjon. Forsker regnet ikke dette som et stort problem, da informantene generelt snakket mye og fritt.

Stabilitet øker reliabiliteten i en studie (Kidd & Parshall, 2000). Samme fasilitator bør derfor lede alle intervju (Wibeck, 2000). I denne studien var forsker fasilitator i alle intervjuene. Det anbefales å bruke en assisterende fasilitator/sekretær, som kan notere ned

interessante uttalelser (Nøtnæs, 2001). I denne studien ble det ikke brukt en assisterende fasilitator. Det var vanskelig å finne noen som hadde tid og anledning til å være med på et intervju midt på dagen. Siden intervjuet ble tatt opp på bånd, og forsker selv var fasilitator, er det liten grunn til å tro at viktig informasjon ble mistet grunnet mangel på assisterende fasilitator.

Hvordan forskeren fremstår for informanten kan påvirke hva informanten og utviklingen av intervjuet (Thagaard, 1998). Ytre kjennetegn som kjønn, alder og sosial bakgrunn samt personlige egenskaper spiller inn. Hvordan forskeren reagerer på informanten og deres personlige kontakt er også en faktor. Det er viktig å danne tillit under intervjuet, og ikke avstand, slik at informanten vil berette åpent om sine erfaringer. Forsker prøvde å danne en tillitsfull og hyggelig intervjusituasjon ved å være positiv til det informantene fortalte. Forsker serverte også kaker og godteri for å gjøre intervjusituasjonen ekstra hyggelig og for å vise takknemmelighet. Forsker prøvde å danne en tillitsfull atmosfære ved å kle seg avslappet og anonymt. Forsker understreket også at informantene satt på kunnskapen, ikke henne selv, slik at informantene ikke skulle føle seg underlegne og plassere forsker i en overordnet kategori. Det at forsker var ung, kan også ha bidratt til at forsker ikke ble oppfattet som overlegen over informantene, og kan ha bidratt til en uformell atmosfære. Forsker jobber selv på en lignende institusjon, og Thagaard (1998) nevner at når en undersøkelse blir gjort i et miljø som forsker kjenner godt, vil det redusere avstanden mellom forsker og informanter. Det gir også forsker et godt grunnlag for å forstå og gjenkjenne fenomenet som studeres (Thagaard, 1998). Det kan dog være negativt da forskeren kan overse faktorer som er forskjellig fra egne erfaringer. Forsker har prøvd å hele tiden være klar over dette, og å se på forskningstemaet med «nye» øyne, selv om det har vært vanskelig.

Samtlige informanter, med unntak av en, var kvinner. Thagaard (1998) nevner at dersom forsker og informanter er av samme kjønn kan det gi utgangspunkt for en felles forståelse. Dersom forskeren er en kvinne og informantene er menn, kan mennene ha behov for å dominere intervjusituasjonen (Thagaard, 1998). Forsker i denne studien merket ikke noe til at mannen som deltok hadde behov for å dominere, og følte at samtlige intervjuer ble kjennetegnet av harmoni og likeverdighet.

Forsker hadde inntrykk av at hun lyktes i å danne en tillitsfull atmosfære, og at intervjuet var en hyggelig opplevelse for alle. Det er allikevel alltid en risiko for at informantene forteller det de tror forsker vil høre, fremfor hva de egentlig mener.

Analyse

Under analysen av dataene, har forsker prøvd å gjenta det informantene formidlet så direkte og presist som mulig. Forsker var ute etter holdninger om måltider for pasienter med tygge- og svelgevansker, og baserte seg på rammeverket FAMM. På bakgrunn av dette har analysen vært enkel og direkte.

Transkripsjonene ble gjort ordrett av forsker selv, og ikke-verbale aspekter i intervjuet som forsker så på som viktige ble inkludert i transkripsjonen. Dette gjaldt blant annet lange pauser, usikkerhet i stemmen og sarkasme. En del av intervjuene kunne med fordel blitt transkribert også av en annen forsker og sammenlignet med forskers egen transkripsjon, for å bedre reliabiliteten til transkripsjonene (Krumsvik, 2013). Slik kan man avdekke variasjoner i transkripsjonene, og et eventuelt behov for forsker å øve mer på å få en eksakt transkripsjon. Forsker var veldig nøye under transkriberingene, og forsøkte så godt det lot seg gjøre å skrive eksakt det informantene sa, for å sikre høy intervjuvaliditet (Krumsvik, 2013). Allikevel kan faktorer som for eksempel hvor man plasserer komma kunne påvirke meningen med setningen.

Faktorer som sarkasme og usikkerhet i stemmen kan være subjektive ting som forsker kan ha tolket annerledes enn det opprinnelig har vært ment. Her spiller forskers forforståelse inn. Forsker har under analysen og presentasjonen av resultatene som regel gjengitt holdninger som er bekreftet flere ganger av informantene for å øke troverdigheten.

Fokusgruppene ble tatt opp på lydbånd, som gir data som er mer uavhengig av forskerens oppfatninger (Thagaard, 1998). Mye informasjon fra fokusgruppene (non-verbal kommunikasjon) mistes ved lydopptak, og informantene brukte mye håndbevegelser og ansiktsuttrykk. Dette kunne blitt ivaretatt ved å filme seansen. Dette kunne imidlertid ført til en større følelse av overvåking for informantene enn ved lydopptak. Og følelsen av anonymitet blir også dårligere. Analysene av et filmopptak ville krevd mye lengre tid enn det som var til rådighet. Forsker valgte på bakgrunn av det overnevnte å benytte lydopptak.

Lydopptaket var av god kvalitet. Men på grunn av at forsker var en uerfaren fasilitator hendte det ofte at informantene snakket i munnen på hverandre. Dette gjorde det vanskelig å høre hva som ble sagt. Forsker ble derfor flinkere på de senere intervjuene å be om at informantene snakket en og en, eller gjenta det de hadde sagt.

Transkriberingene ble gjennomgått flere ganger samtidig som lydopptaket ble spilt. Dette sikret påliteligheten av transkripsjonen. Feil ble korrigert, og all kommunikasjon som

var mulig å høre ble inkludert i teksten. Notater fra intervjuet kunne gitt supplerende informasjon om kroppsspråk eller andre visuelle ting fra intervjuet, som kunne gitt transkripsjonene høyere reliabilitet (Krumsvik, 2013). De kunne også fungert som en ekstra sikkerhet dersom det skulle blitt feil på båndopptakeren, og gjort analysearbeidet lettere (Thagaard, 1998). Å skrive notater kan også gi informantene tid til å tenke om de har noe mer å legge til. Forsker hadde med seg notatblokk under intervjuet, men den ble ikke brukt. Forsker ønsket å ha all sin oppmerksomhet på selve intervjuet, og fant det vanskelig å notere og følge med på samme tid. Forsker fant det heller ikke nødvendig å bruke notatblokken for å gi informantene tid til å tenke, da de var mange informanter tilstede og det ble sjelden pinlig stillhet.

Den interne soliditeten (Kidd & Parshall, 2000) er ivaretatt ved at forsker alene har stått for hele analysearbeidet. Validiteten av analysen kan forsterkes dersom to eller flere analyserer samme data og sammenligner deres funn (analysetriangulering) (Merriam, 2009). På bakgrunn av at dette var en oppgave for en student, ble ikke dette gjort.

Under presentasjonen av funnene har forsker valgt å ta inkludere en del direkte sitater for å gi leser et nyansert og ekte bilde av hva som ble snakket om på intervjuet. Slik kan leser selv validere forskerens funn. Noen av sitatene ble endret noe på for å gjøre det lettere for leser å forstå. Dette øker risikoen for feiltolkning av den opprinnelige meningen.

5.1.3 Observasjon

Observasjonene var deltagende observasjoner. Dette er en hensiktsmessig fremgangsmåte der man studerer nye felt der forsker ikke har nok forkunnskaper for å kunne forberede nøyaktig hva prosjektet skal gi informasjon om (Thagaard, 1998). En deltagende observasjon vil si at forsker har en aktiv rolle og til en viss grad deltar sammen med informantene. Slik kan forsker utvikle tilknytninger til informantene som kan gi relevant informasjon.

Protokoll

Det ble utarbeidet en rettleidende protokoll for hva som skulle observeres. Ved begynnelsen av datainnsamlingen fant forsker at protokollen var for omfattende. Protokollen ble derfor noe endret under studien. Slik ble protokollen mer spesifikk, og det var lettere for forsker å fokusere på det som var relevant.

Utvalg

Det ble gjort 28 observasjoner fordelt på to avdelinger. Den lange tiden i feltet øker validiteten av studien (Krumsvik, 2013), da det gjør det mindre sannsynlig at det man har observert er et unntak fra det normale. Lite ny informasjon ble generert under disse observasjonene. Det tyder på at antall observasjoner var tilstrekkelig for en valid tolkning av situasjonen på de aktuelle avdelingene (Merriam, 2009). Det kunne vært et alternativ å gjøre observasjonene på flere avdelinger, men med færre dager på hver avdeling. Slik kunne man fått en større variasjon i data, og et større grunnlag for å generalisere resultatene. Den lange observasjonstiden kan også ha ført til at informantene i større grad oppførte seg normalt, da det er lettere for informantene å «glemme» forskers tilstedeværelse når forsker har vært lenge i felten. Under disse observasjonene var det stor variasjon av hvem av de ansatte som var tilstede hver gang. Det er derfor en sjanse for at de mange observasjonene har hatt liten påvirkning på dette. Forsker følte likevel at hun dannet relasjoner med noen av informantene og at det ble en vane for dem at hun dukket opp.

Gjennomføring

Holdningene deltagerne har til forsker og prosjektet i begynnelsen, kan ha stor verdi for hvordan forskeren blir mottatt (Thagaard, 1998). En god og tillitsvekkende presentasjon av forskeren er derfor viktig. Presentasjonen er også av betydning for hvorvidt deltagerne vil gi forskeren tillatelse til å observere dem. På forhånd av observasjonene ble det sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 3) til avdelingslederne. Avdelingslederne skulle formidle dette videre til ansatte på avdelingene. Under observasjonene oppdaget forsker at det var varierende hvem som hadde fått informasjon. For å sikre at alle ble informert kunne det vært lurt å levere informasjonsskrivet selv, eller delta på et personalmøte og presentere seg der. Det er allikevel slik at det er mange ansatte på slike steder, og vanskelig å få informasjonen ut til samtlige. Mangel på informasjon førte til forvirring, og selv om presentasjonen i seg selv var god, var dette av mindre betydning når det ikke nådde ut til alle. Forsker prøvde så godt det lot seg gjøre å presentere seg for de som var tilstede, men mange hadde dårlig tid og presentasjonen ble ikke særlig god. Det kunne vært en idé for forsker å være mer frimodig samt å forberede seg bedre til å presentere seg selv. Det var mange ansatte på jobb, og det var vanskelig å presentere seg for alle.

Ytre faktorer som klær, alder og kjønn kan påvirke hvordan forsker oppfattes av informantene. Det at forsker var kledd i arbeidsuniform lik den de ansatte brukte, var for at forsker skulle påvirke miljøet minst mulig, men det kan også ha gjort at forsker ikke fremstod

som noe overordnet, men heller likestilt som informantene. Thagaard (1998) nevner at likhet i det ytre understreker et fellesskap med dem som studeres, men forteller også at det kan være et poeng å kle seg forskjellig slik at forsker markerer at man er utenforstående. Forsker oppdaget at påkledningen førte til at få bemerket hennes tilstedeværelse, noe som kan ha bidratt til at forsker fikk observert miljøet i sin naturlige form. Det bidro også til at forsker flere ganger ble tildelt oppgaver, da noen informantene trodde hun var en ansatt/sykepleierstudent i praksis. For at ikke informantene skal føle seg overvåket, er det viktig å være sysselsatt når man observerer (Thagaard, 1998). Forsker hjalp derfor til da hun ble spurt, men oppdaget at dette påvirket miljøet ved at pleierne fikk bedre tid. For å ikke påvirke situasjonen vesentlig, forsøkte forsker å delta lite i tidskrevende oppgaver som mating, men samtidig gli inn ved for eksempel å delta i samtaler rundt bordet. På sykehjem 2 var det trangt i spisesalen da alle var tilstede, og det var vanskeligere for forsker å gli inn da det sjelden var ledig plass ved bordene. Forsker ble ofte stående i et hjørne eller flyttet seg rundt, noe som gjorde situasjonen mer unaturlig. Allikevel så det ikke ut til å påvirke situasjonene nevneverdig da deltagerne var svært opptatt med sine arbeidsoppgaver. Slike situasjoner blir mindre påvirket av observasjon (Thagaard, 1998).

Forskere alder og kjønn kan påvirke relasjonene mellom forsker og informanter (Thagaard, 1998). Dersom informanter og forsker er av samme kjønn kan det oppstå en mer uformell tone enn om de er av forskjellig kjønn. De fleste informantene i denne undersøkelsen var kvinner, men forsker selv opplevde varierende relasjoner mellom henne og informantene. Alder så ut til å være en viktigere faktor da forsker opplevde en større kjemi til deltagerne i hennes aldersgruppe, uavhengig av kjønn. Dette opplevde forsker som negativt, snarere enn positivt. Da informantene virket mer distraheret av hennes tilstedeværelse og ønsket å danne et bedre bekjentskap

Det at forsker selv jobber på en lignende institusjon kan føre til at forsker kan ha oversett forhold som er selvsagte på slike steder. Forsker prøvde å se på situasjonen med nye øyne, men hennes bakgrunn kan også ha vært positiv med tanke på at det er lettere for forsker å forstå ulike faktorer i miljøet.

Det ble ikke tatt notater under observasjonene, da det kunne vært vanskelig da forsker skulle være deltagende. Notatene kunne også gjort at informantene følte seg mer iaktatt og situasjonen kunne blitt mer unaturlig. Det at forsker ikke tok notater gjorde at forsker glemte

detaljer ved observasjonene. For å huske mest mulig tok forsker opptak av notater umiddelbart etter observasjon. Slik mener forsker at det viktigste ble tatt med.

Alt i alt hadde forsker inntrykk av at hun generelt sett påvirket miljøet lite, og at de som befant seg i rommet virket mer eller mindre uanfektet av hennes tilstedeværelse.

Analyse

Analysen av observasjonene startet allerede under selve observasjonene, og tok utgangspunkt i Five Aspects Meal Model, med ekstra fokus på rom-aspektet og produkt-aspektet. Her spiller forskers forforståelse og egne oppfatninger en stor rolle. Allikevel har forsker prøvd å beskrive forholdene så nært virkeligheten som mulig. Det er vanskelig i vurderinger av for eksempel en god eller en dårlig atmosfære, eller hjemmekoselig eller ikke hjemmekoselig. Observasjonene baserte seg kun på å observere ting som ikke inkluderte personsensitive opplysninger om menneskene tilstede, og hvordan enkeltpersoner har oppført seg. Disse er dog en viktig del (kanskje den viktigste) til å påvirke et måltids atmosfære, blant annet ved måten de oppfører seg og fremtrer på. I en større studie kunne det vært fordelaktig å inkludere disse i observasjonene. Det ble imidlertid ikke gjort i denne studien da det er mange etiske dilemmaer rundt dette, og det kan være tidskrevende og vanskelig å få til. Det kreves blant annet godkjenning fra REK og informert samtykke fra alle involverte.

5.1.4 Overførbarhet/generaliserbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt studiens funn kan overføres til en annen lignende kontekst, gruppe eller omgivelse. I denne studien er det presentert en detaljert beskrivelse av metode og analyseprosess, samt brukt flere direkte sitater i presentasjonen av funn. Dette kan bidra til å øke overførbarheten. Allikevel skal man være forsiktig med å generalisere resultater fra en fokusgruppe på til sammen 12 ansatte på to sykehjem, til å gjelde alle ansatte på alle sykehjem. Det er viktig å vurdere bruken av funnene fra situasjon til situasjon. Funnene i studien er mangfoldige, og forsker mener derfor at det er lett å se hvilke sykehjem resultatene eventuelt kunne vært generaliserende for. Uavhengig av dette, gir studien et innblikk i hvilke faktorer som kan ha en betydning for måltidssituasjonen til de aktuelle pasientene.

Resultatene vil kunne ha betydning for andre kontekster, dersom man har i bakhodet at konteksten kan være noe annerledes enn den opprinnelige. Både helsepersonell og ledelsen i helseforetak kan dra nytte av resultatene dersom de ser det opp mot sin egen kontekst.

Resultatene kan også bidra til bevisstgjøring og videre utvikling ved sykehjemmene der dataene ble samlet inn.

The burden of proof lies less with the original investigator than with the person seeking to make an application elsewhere. The original inquirer cannot know the sites to which transferability might be sought, but the appliers can and do

(Lincoln og Guba, 1985 gjengitt etter Merriam, 2009, p. 224)

5.2 Drøfting av studiens resultater

5.2.1 Rommet

I likhet med hva flere studier viser (J. S. Edwards et al., 2003), mener informantene i fokusgruppene at måltidets omgivelser er viktig. De forklarer at de prøver å skape en hyggelig atmosfære ved å blant annet pynte med servietter. Dette kan minne om å gjøre spisestedet mer som en restaurant framfor en institusjon, slik litteraturen viser at kan være fordelaktig (Cardello et al., 1996; J. S. Edwards et al., 2003; Gibbons & Henry, 2004). Informantene forteller imidlertid at det er vanskelig å pynte så mye som de vil på grunn av urolige beboere. Dette viser et viktig aspekt om at alt ikke alltid lar seg gjøre slik man helst skulle ønsket. Selv om pleiepersonalet ytret ønske om å gjøre det beste ut av situasjonen var det vanskelig å få gjennomført det av praktiske årsaker.

Observasjonene viser at det varierte mellom avdelingene hvordan rommene så ut. Den ene avdelingen var innredet mer hjemmekoselig enn den andre. Den var mer lys, harmonisk og rolig, slik flere studier har vist er positivt på oppfatningen av måltidet (Elmståhl et al., 1987; Hansen K. V., 2005; Wakefield & Blodgett, 1996; Warde, 2000). Et hjemmekoselig miljø er viktig også for demente pasienter og er vist å forbedre matinntaket hos denne gruppen (P. Sandman et al., 1988). Det kom fram av observasjonene at selve bordene ikke trengte å pyntes for at rommet skulle virke hjemmekoselig. Her var det store vinduer, fargeglade vegger, et harmonerende interiør og andre elementer som også bidro. Dette tyder på at med litt innsats kan man utforme et koselig og rolig miljø tilpasset pasienter som også er demente eller urolige.

I litteraturen nevnes også faktoren med at spiserom på institusjoner ofte er multifunksjonelle, og at flere aktiviteter enn spising foregår i rommene (Nyberg & Grindland,

2008). Det kan føre til forvirring og kan være distraherende. Begge sykehjemmene hadde egne spisesaler med tilknytning til kjøkkenet, og kun spising foregikk i spisesalen så vidt forsker er kjent. Imidlertid framstod kjøkken og vaskedelen i sykehjem 2 mer «integreert» i resten av rommet, og var som følge mer forstyrrende. I sykehjem 1 var kjøkkendelen mer avsides. Det virket positivt å ha kjøkkendelen i nærheten med tanke på logistikk og rask servering av mat. Dog var det forstyrrende dersom kjøkkenet blir for nærme. Støy kan spesielt forstyrre demente pasienter (Arsky et al., 2012)

Under observasjonene var det flere pasienter som spiste på stue eller eget rom. Det kan være negativt med tanke på at rommene hadde flere funksjoner. Det er også en studie som viste at sykehuspasienter ga en bedre vurdering av maten som bedre når den ble servert i spisestuen fremfor på sengeposten (Maller et al., 1980). Dog kan det å spise alene kunne være positivt da både pasienter med tygge- og svelgevansker og demente pasienter trenger ro under måltidet (Arsky et al., 2012; P. Sandman et al., 1988). Det kan være lurt å se an situasjonen og eventuelt flytte pasienter som lett lar seg distrahere til et annet sted.

Nyberg og Grinland (2008) fant i sin studie at informantene ønsket et rolig måltid uten for mange mennesker og lyd rundt. Under observasjonene var det stort sett slik på sykehjem 1, med rundt 2-3 ansatte tilstede, og en rolig atmosfære. I sykehjem 2 hadde forsker ofte følelsen av «kaos» og mange mennesker (pleiere) som bevegde seg rundt. Lydnivået var også høyere. Dette kan skyldes at det var en større avdeling med flere pasienter og ansatte, samt at det var flere praksis-elever tilstede. For demente pasienter er det også hensiktsmessig med ro og lite støy (Arsky et al., 2012). Under fokusgruppene fortalte noen informanter at de pleide å dele ut medisiner før middag for å ha bedre tid under selve måltidet. Dette virker som et enkelt tiltak for å gjøre måltidet roligere. Under observasjonene opplevde forsker ofte at oppvaskmaskinen ble lastet inn og satt på under måltidet. Å vente med dette til etter måltidet vil kunne ha stor innvirkning på lydnivået under måltidet.

5.2.2 Møtet

Møtet mellom personalet og gjest i en restaurant er viktig for gjestens fornøyelse (J. S. Edwards & I. B. Gustafsson, 2008; Gustafsson, 2004). Informantene i fokusgruppene virket opptatte av å behandle pasientene godt og være imøtekommende. Informantene forteller at de ofte har dårlig tid, og at de ikke alltid kan være der for pasientene. Dette strider imot det Hansen (2005) fant om at det er viktig at ansatte er der når kundene trenger det og at kundene

føler tillit til ansatte. Atmosfæren på sykehjemmet kan da være varierende etter hvor god tid de ansatte har.

Gustafsson (2004) forteller at det er viktig at møtene mellom ansatte og pasient er positive. Informantene i fokusgruppene forteller at de kan ha en negativ holdning til maten fra sentralkjøkkenet, og noen mener at pasientene kan merke dette. Holdningen til prosjektmaten var mer positiv, noe som er viktig for en vennlig atmosfære (Gustafsson, 2004). Det tyder på at en mer delikat mat, vil gjennom pleiepersonalets holdninger, kunne føre til en bedre atmosfære for pasientene, og dermed et høyere matinntak (Mathey et al., 2001)

Generelt sett spiser personer i en gruppe mer enn personer som spiser alene (Clendenen et al., 1994; De Castro & de Castro, 1989; Edelman et al., 1986; Klesges et al., 1984; Redd & de Castro, 1992). Dette er vist å gjelde også for pasienter på sykehus (J. Edwards & Hartwell, 2004) og pasienter med demens (Zimmerman et al., 2005). På sykehjemmene i studien er det varierende om pasientene spiser sammen i spisesalen, eller alene på rom eller stue. Dette avhenger blant annet av om de er urolige og ødelegger stemningen for andre, og virker derfor som en godt begrunnet avgjørelse. Det kan derfor virke som det er mest hensiktsmessig å la pasientene spise sammen når dette lar seg gjøre. Pasienter som skaper uro kan ødelegge atmosfæren og derfor ha motsatt effekt. Her spiller også verdigheten for pasientene inn, og det må bli en vurderingssak fra hver enkelt situasjon.

Under observasjonene fant forsker lite interaksjon både mellom pasient og pasient og pleier og pasient. En studie viste at aksept for matvarer gikk ned ved sosial interaksjon (King et al., 2004). Hvis dette stemmer, kan det være positivt med lite interaksjon. Imidlertid viser en annen studie at matinntaket øker ved interaksjon (Paquet et al., 2008). Flere studier viser at dersom det er familiemedlemmer og venner tilstede under måltidet øker matinntaket mest (Clendenen et al., 1994; De Castro, 1994). Det er da naturlig å tenke at det er mer interaksjon når man spiser med venner og familiemedlemmer fremfor ukjente. På bakgrunn av liten interaksjon under middagen på de to sykehjemmene, kan det tenkes at pasientene ikke kjenner hverandre så godt, og heller ikke kjenner pleierne så godt. Dette kan eventuelt skyldes demens, og at de derfor glemmer å ha møtt hverandre tidligere. Det kan allikevel være grunn til å tro at dersom pleierne oppfordrer til samtaler vil atmosfæren bli bedre og matinntaket som følge av dette øke. For demente pasienter derimot kan matinntaket bli dårligere dersom det er for mye støy (Arsky et al., 2012) og det er viktig også å ta hensyn til disse pasientene.

5.2.3 Produktet

Matens visuelle utseende er viktig for måltidsopplevelsen (Burke, 1997; Hansen K. V., 2005; Warde, 2000). Det kom tydelig fram av fokusgruppene at den visuelle opplevelsen av maten fra storkjøkkenet ikke var den beste. Opplevelsen av prosjektmatens utseende derimot, var litt bedre. Informantene forteller at smaken på begge produktene, maten fra storkjøkkenet og prosjektmaten, er god. Derimot kaller de maten fra storkjøkkenet for «grå» og sier at prosjektmaten har «veldig fine farger». Smak og farger på maten er viktig for måltidsopplevelsen (Watz, 2008). Under observasjonene av maten synes forsker selv at maten fra storkjøkkenet hadde helt greie farger, mens prosjektmaten var litt mer fargerik. Det var tydelig at fargerik mat var viktig for informantene, og de fortalte at flere av pasientene deres likte fargene. Dette kan tas i betraktning i utviklingen av mat til denne pasientgruppen. For demente pasienter er det også gunstig med fargerike måltider og fargekontraster, slik at det er lettere for dem å skille matvarene (Arsky et al., 2012). Smaken på maten er også viktig og dersom maten ikke smaker godt, hjelper det ikke at den ser bra ut (Fine, 1992; Hansen K. V., 2005).

Hvordan maten serveres er enda viktigere enn hvordan den ser ut i utgangspunktet, da det er maten på tallerkenen pasientene faktisk ser. Her er det sykepleiernes ansvar å legge det opp pent. Informantene fortalte at maten fra storkjøkkenet ble ofte dandert pent på tallerkenen, men rørt sammen ved servering. De fortalte dog at de ikke rørte sammen prosjektmaten ved servering. Dette stemmer overens med hva som ble sett under observasjonene. Under observasjonene var det varierende hvor pent prosjektmaten ble lagt på tallerken. Informantene fortalte at de ikke rørte sammen prosjektmaten fordi den var lettere å mate pasientene. Hvorfor den var lettere å mate og derfor ikke ble rørt sammen er vanskelig å si. Det er mulig at fordi maten så visuelt finere ut, at pleiepersonalet ikke ønsket å ødelegge synet, mens med maten fra storkjøkkenet som var mer udelikat ikke gjorde noe fra eller til. Forsker selv oppfattet ved observasjonene at uansett hvilken mat som ble servert, så det penest ut dersom det ikke ble blandet sammen. Dette blir også anbefalt av Helsedirektoratet til pasienter med dysfagi, at matvaregruppene serveres separat for å gi varierte smaksopplevelser (Arsky et al., 2012).

Noen av forrettene og dessertene som ble servert under observasjoner så ut til av og til å være uegnet for noen av dysfagipasientene. Det samme fortalte informantene under fokusgruppeintervjuene. Helsedirektoratet har listet opp fire konsistensnivå ved tygge- og svelgevaner (se tabell 2, s 11). Det kan virke som om mye av maten som serveres fra

storkjøkkenet er konsistensnivå III. Dette er for pasienter med lettere tyggevansker og redusert munnmotorikk. Det så ut til at flere pasienter har mer alvorlige tyggevansker og kunne hatt fordel av mat med konsistensnivå II eller I, findelt kost (purè og geleringskost). Prosjektmaten var av konsistensnivå I (geleringskost), og ut i fra fokusgruppene virket det som konsistensen var godt egnet til de fleste pasientene, også de som hadde lettere tyggevansker. Informantene poengterte derimot at hvorvidt prosjektmaten passet til en pasient eller ikke, måtte vurderes fra person til person. Det kan se ut til at det kan være bedre å tilby pasienter med tygge- og svelgevansker en kost som er mer konsistenstilpasset enn nødvendig, framfor en kost som er mindre konsistenstilpasset enn nødvendig. En kost som er for lite konsistenstilpasset skapte mye bekymring hos pleiepersonalet og førte til hosting og at måltidet kunne ta lengre tid hos noen pasienter.

Noen forskere har funnet at «family style» middager, der måltidet serveres på serveringsfat, øker matinntaket og beskytter mot feilernæring (Elmståhl et al., 1987; Nijs et al., 2006). Måltidene ble ikke servert på serveringsfat på noen av sykehjemmene. Dette kan ha bakgrunn i at flere av pasientene var demente og urolige, og at det derfor ble vanskelig med serveringsfat. Det kan også være et godt valg at sykepleierne serverer disse pasientene maten ferdigdandert på tallerken da svært demente pasienter skal ha så få valg som mulig (Arsky et al., 2012). Igjen er det tydelig at situasjonen må vurderes fra sted til sted, og at der det lar seg gjøre kan serveringsfat med fordel benyttes.

5.2.4 Styringssystemet

Av fokusgruppene og observasjonene ser vi at det er flere aspekter ved styringssystemet som påvirker måltidssituasjonen, blant annet antall ansatte, temperatur på maten og så videre. Dette bekrefter det Edwards og Gustafsson (2008) og Gustafsson et al. (2006) sier om at styringssystemet er det overordnede aspektet som styrer de andre aspektene i FAMM. Tidspresset virket som informantenes største hindring i å skape en god atmosfære, og mange ønsket flere ansatte. Informantene snakket også om temperaturen på maten og at det var lettere å bevare riktig temperatur i prosjektmaten som kom i porsjonspakker. Temperatur på maten er vist å være viktig for tilfredsstillelsen til pasienter på sykehus (Stanga et al., 2003).

5.2.5 Atmosfæren

Informantene forteller at de ofte bruker lav musikk under måltidene. Dette er positivt, da musikk er en viktig del av en god atmosfære (Areni, 2003; Hansen K. V., 2005; Wilson, 2003). Studier viser også at musikken må være lav (Yoshida et al., 1997), slik informantene

selv forteller. Observasjonene derimot, viste at det var sjelden radioen faktisk var på. Å ha på radioen oftere ville vært en enkel måte å lage en bedre atmosfære.

I fokusgruppene snakkes det litt om lukt, og informantene forteller at pasientene reagerer på matlukt på kjøkkenet. Det gjør det mer hjemmekoselig. Det samsvarer godt med det Blackwell fant om at lukt har en effekt på matinntak og at matvarer med høy-hedonisk aroma har bedre effekt (Blackwell, 1997). Dersom maten kunne blitt laget på selve avdelingen, slik informantene selv ønsket, ville matlukten blitt sterkere. Av hygieniske og praktiske årsaker kan det være vanskelig å få til, og det kan være lettere å fokusere på å forbedre andre aspekter ved måltidssituasjonen.

5.2.6 Prioriteringer

Pleiepersonellets prioriteringer var et tema som kom opp under fokusgruppene. De fleste informantene virket opptatte av god ernæring til pasientene og var positive til et bedre mattilbud for pasientene med tygge- og svelgevansker. Allikevel fortalte de at dersom et bedret mattilbud ville gått ut over andre ting, som for eksempel færre ansatte, var det ikke like viktig. Det var tydelig at andre faktorer ved arbeidssituasjonen ble sett på som viktigere for de ansatte enn mattilbudet. Dette stemmer godt overens med andre studier gjort på helsepersonell (Bjerrum et al., 2012; Bonetti et al., 2013; Buccheri et al., 2010; Morten Mowe et al., 2006).

5.3 Oppsummering av drøfting

Det kommer fram av resultatene at det er mange ting som kunne vært gjort, og som informantene ønsket å gjøre, som ikke lot seg gjøre. Dette gjaldt blant annet pynting av bord og å ha god tid til pasientene. Det er tydelig at alt må vurderes fra situasjon til situasjon og at man kan prøve å gjøre det beste ut av det.

Det kom også fram flere ting som kunne endres, blant annet kunne spisesalen på sykehjem to vært mer hjemmekoselig og hatt mindre støy fra oppvaskmaskin og personale som for eksempel deler ut medisiner. Det kan fort bli en rolig atmosfære dersom slike oppgaver gjennomføres før eller etter måltidet.

Informantene hadde en bedre holdning til prosjektmaten, og farger og utseende var viktig. En god holdning kan føre til bedre atmosfære og dermed et høyere matinntak blant pasientene. Prosjektmaten virket også å ha en bedre egnet konsistens for pasienter med tygge- og svelgevansker, og det ser ut til at det kan være bedre å tilby disse pasientene en kost som er mer konsistenstilpasset enn nødvendig, enn motsatt.

Gjennom fokusgruppene og observasjonene kom det godt fram at flere aspekter ved styringssystemet påvirker måltidssituasjonen (antall ansatte, temperatur på maten og så videre). Tidspresset var sannsynligvis den største hindringen for pleiepersonalet. På tross av informantenes interesse for ernæring, ville de ikke prioritert et bedre mattilbud for pasientene med tygge- og svelgevansker dersom det ville gått ut over noe annet.

Som rammeverk for oppgaven ble Five Aspects Meal Model brukt. Dette rammeverket var opprinnelig utviklet for vurdering av restauranter og spisesteder, men resultatene fra denne studien viste at det fungerte utmerket til å vurdere andre institusjoner der det serveres mat, i denne sammenheng et bo- og behandlingssenter.

6. Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke rutiner rundt måltidet for pasienter med tygge- og svelgevansker på to bo- og behandlingssentre, samt utforske ansattes holdninger til maten og måltidet for denne pasientgruppen. Rammeverket Five Aspects Meal Model som opprinnelig var utviklet for å evaluere restauranter og spisesteder ble benyttet for å vurdere måltidet og måltidssituasjonen. Denne studien viser at dette rammeverket også kan benyttes til systematisk vurdering av mattilbudet på et bo- og behandlingssenter.

Litteraturen beskriver at utforming av rommet, de sosiale interaksjonene, samt smak og utseende på maten er viktig for måltidssituasjonen. Å spise i et hjemmekoselig eller restaurant-lignende rom med gode venner og mat som ser fristende ut skal kunne bedre opplevelsen av et måltid og øke matinntaket. Avdelingene som ble observert bar noe preg av å være institusjoner, den ene avdelingen mer enn den andre. Informantene fortalte at de var opptatt av å skape en god måltidssituasjon for pasientene, både ved å pynte, ta seg tid til pasientene og ved å gjøre maten mer delikat. Det er vanskelig å skape en måltidssituasjon som er adekvat for pasientene med tygge- og svelgevansker da mange av pasientene også har demens. Demente kan ha vanskeligheter med å oppfatte spisesituasjonen og må ofte spise adskilt fra andre på grunn av uro og søl. Personer med tygge- og svelgevansker som ikke er demente kan som regel spise med andre, ha pyntede bord, høre på musikk og få servert mat på serveringsfat. For noen kan dette imidlertid være distraherende, og påvirke matinntaket negativt snarere enn positivt. Dette illustrerer at det er viktig å ta individuelle hensyn i måltidssituasjonen.

Å produsere mat til pasienter med tygge- og svelgevansker som både er delikat, og som har riktig konsistens kan være utfordrende. Informantene hadde en negativ holdning til maten som ble servert fra sentralkjøkkenet, men virket positive til prosjektmaten. På tross av den positive holdningen til maten, fortalte informantene at dersom kostnadene for en finere mat skulle gå ut over noe annet, var det ikke verdt det. Det ser ut til at et produkt som i stor grad lignet på prosjektmaten, men som varierte mer i farger og type rett, samt hadde mulighet for større porsjoner kunne vært ønskelig. Også når det gjelder type moset mat, porsjonsstørrelse og smak er det viktig å ta individuelle hensyn.

Denne studien tok kun for seg to bo- og behandlingssentre i Akershus, og det er vanskelig å skulle generalisere studiens resultater. Basert på funnene i denne studien kunne

det være interessant å gjøre en større kvantitativ studie for å undersøke pleiepersonells holdninger til ernæring og maten som serveres på flere bo- og behandlingssentre slik at rutiner rundt måltidet og selve måltidssituasjonen blir så optimal som mulig.

Referanseliste

- Aagaard, H. (2010). "Ærlig talt": mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold.
- Ahlgren, M. K., Gustafsson, I. B., & Hall, G. (2005). The impact of the meal situation on the consumption of ready meals. *International journal of consumer studies*, 29(6), 485-492.
- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Akner, G., Bosaeus, I., Cederholm, T., Eckerlund, I., Elmståhl, S., Johansson, I., . . . Unosson, M. (2001). Näringsproblem i vård och omsorg - Prevention och behandling *SoS-rapport 2000:11*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Albiin, N., Asplund, K., & Bjermer, L. (1982). Nutritional status of medical patients on emergency admission to hospital. *Acta Med Scand*, 212(3), 151-156.
- Altus, D. E., Engelman, K. K., & Mathews, R. M. (2002). Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(9), 47-53.
- Andersson, T. D., & Mossberg, L. (2004). The dining experience: do restaurants satisfy customer needs? *Food Service Technology*, 4(4), 171-177.
- Areni, C. S. (2003). Exploring managers' implicit theories of atmospheric music: comparing academic analysis to industry insight. *Journal of Services Marketing*, 17(2), 161-184.
- Areni, C. S., & Kim, D. (1994). The influence of in-store lighting on consumers' examination of merchandise in a wine store. *International Journal of Research in Marketing*, 11(2), 117-125.
- Arsky, G. H., Arntzen, R., Bø, I., Berg, O., Eyvind, B., Brantsæter, A. L., . . . Aas, A. M. (2012). *Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo, Norge: Helsedirektoratet.
- Athlin, E., Norberg, A., & Asplund, K. (1990). Caregivers' perceptions and interpretations of severely demented patients during feeding in a task assignment system. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(4), 147-156.
- Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R., & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11).
- Barbour, R. S. (2010). Focus Groups. In R. D. V. Dingwall, Raymond; Bourgeault, Ivy (Ed.), *The sage handbook of qualitative methods in health research*. London: Sage.

- Bavelaar, J., Otter, C., Van Bodegraven, A., Thijs, A., & van Bokhorst-de van der Schueren, M. (2008). Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: the performance of medical and nursing staff. *Clinical Nutrition*, 27(3), 431-438.
- Beck, A., Balknäs, U. N., Camilo, M. E., Fürst, P., Gentile, M. G., Hasunen, K., . . . Melchior, J.-C. (2002). Practices in relation to nutritional care and support—report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 21(4), 351-354.
- Bergman, E. (2003). HotCalc Business Simulation and Training. fra <http://hotcalc.se>
- Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2012). Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition—before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 81-89.
- Blackwell, L. (1997). *The role of olfactory cues and their effects on food choice and acceptability*. (PhD), Bournemouth Univeristy.
- Bonetti, L., Bagnasco, A., Aleo, G., & Sasso, L. (2013). 'The transit of the food trolley'—malnutrition in older people and nurses' perception of the problem. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 440-448.
- Bruun, L. I., Bosaeus, I., Bergstad, I., & Nygaard, K. (1999). Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clin Nutr*, 18(3), 141-147. doi: 10.1054/clnu.1999.0006
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Buccheri, C., Mamma, C., Giammanco, S., Giammanco, M., Guardia, M. L., & Casuccio, A. (2010). Knowledge, attitudes and self-reported practices of food service staff in nursing homes and long-term care facilities. *Food control*, 21(10), 1367-1373.
- Burke, A. (1997). *Hungry in hospital?* London.
- Cardello, A. V., Bell, R., & Kramer, F. M. (1996). Attitudes of consumers toward military and other institutional foods. *Food Quality and Preference*, 7(1), 7-20.
- Carlsen, K. C. L., Staff, A. (2012). *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon* (5 ed.). Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Cereda, E., Lucchin, L., Pedrolli, C., D'Amicis, A., Gentile, M., Battistini, N., . . . Muscaritoli, M. (2010). Nutritional care routines in Italy: results from the PIMAI (Project: Iatrogenic MALnutrition in Italy) study. *European journal of clinical nutrition*, 64(8), 894-898.
- Christensson, L., & Bachrach-Lindström, M. (2009). Adapting “the staff attitudes to nutritional nursing care scale” to geriatric nursing care. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(2), 102-107.

- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M., & Ek, A. C. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(3), 223-231.
- Clendenen, V. I., Herman, C. P., & Polivy, J. (1994). Social facilitation of eating among friends and strangers. *Appetite, 23*(1), 1-13.
- De Castro, J. M. (1993). The effects of the spontaneous ingestion of particular foods or beverages on the meal pattern and overall nutrient intake of humans. *Physiology & behavior, 53*(6), 1133-1144.
- De Castro, J. M. (1994). Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. *Physiology & behavior, 56*(3), 445-455.
- De Castro, J. M., & de Castro, E. S. (1989). Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. *Am J Clin Nutr, 50*(2), 237-247.
- Dickinson, A., Welch, C., & Ager, L. (2008). No longer hungry in hospital: improving the hospital mealtime experience for older people through action research. *Journal of Clinical Nursing, 17*(11), 1492-1502.
- Dowling, M. (2004). Hermeneutics: an exploration. *Nurse Researcher, 11*(4), 30-39.
- Drevon, C. A., Blomhoff, R., Bjørneboe, G-E. A. (2007). *Mat og medisin - Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring* (Vol. 5). Kristiansand, Norge: Høyskoleforlaget.
- Edelman, B., Engell, D., Bronstein, P., & Hirsch, E. (1986). Environmental effects on the intake of overweight and normal-weight men. *Appetite, 7*(1), 71-83.
- Edington, J., Boorman, J., Durrant, E. R., Perkins, A., Giffin, C. V., James, R., . . . Coles, S. J. (2000). Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. *Clin Nutr, 19*(3), 191-195. doi: 10.1054/clnu.1999.0121
- Edwards, J., & Hartwell, H. (2004). A comparison of energy intake between eating positions in a NHS hospital—a pilot study. *Appetite, 43*(3), 323-325.
- Edwards, J. S., & Gustafsson, I. B. (2008). The room and atmosphere as aspects of the meal: a review. *Journal of Foodservice, 19*(1), 22-34.
- Edwards, J. S., Meiselman, H. L., Edwards, A., & Leshner, L. (2003). The influence of eating location on the acceptability of identically prepared foods. *Food Quality and Preference, 14*(8), 647-652.
- Edwards, J. S. A., & Gustafsson, I.-B. (2008). The Five Aspects Meal Model. *Journal of Foodservice*(19), 4-12.

- Elizabeth Barnes, K. (1990). An examination of nurses' feelings about patients with specific feeding needs. *J Adv Nurs*, 15(6), 703-711.
- Elmståhl, S., Blabolil, V., Fex, G., Küller, R., & Steen, B. (1987). Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. I. Effects of a changed meal environment. . *Comprehensive Gerontology. Section A. Clinical and Laboratory Sciences*, 1(1), 29-33.
- Escott-Stump, S., Mahan, L.K. (2008). *Krause's Food & Nutrition Therapy* (12 ed.). Canada: Saunders Elsevier.
- Fine, G. A. (1992). The culture of production: Aesthetic choices and constraints in culinary work. *American Journal of Sociology*, 97(5), 1268.
- Finkelstein, J. (1989). *Dining out: a sociology of modern manners*: Polity Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour. An introduction to theory and research*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Gibbons, M., & Henry, C. (2004). Does eating environment have an effect on food intake in the elderly? *The journal of nutrition, health & aging*, 9(1), 25-29.
- Giner, M., Laviano, A., Meguid, M. M., Gleason, J. R. (1996). In 1995, a correlation between malnutrition and poor outcome in critically ill still exists. *Nutrition*, 12, 23.
- Goddaer, J., & Abraham, I. L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(3), 150-158.
- Green, D., & Butts, J. (1945). Factors affecting acceptability of meals served in the air. *Journal of the American Dietetic Association*, 21(8), 415-419.
- Gustafsson, I. B. (2004). Culinary arts and meal science—a new scientific research discipline*. *Food Service Technology*, 4(1), 9-20.
- Gustafsson, I. B., Öström, Å., Johansson, J., & Mossberg, L. (2006). The Five Aspects Meal Model: a tool for developing meal services in restaurants. *Journal of Foodservice*, 17(2), 84-93.
- Hansen K. V., J. Ø., Gustafsson I-B. (2005). The meal experiences of á la carte restaurants customers. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*(5), 135-151.
- Hansen, K. V., Jensen, Ø., & Gustafsson, I. B. (2004). Payment—an undervalued part of the meal experience? §. *Food Service Technology*, 4(2), 85-91.
- Herrington, J. D. (1996). Effects of music in service environments: a field study. *Journal of Services Marketing*, 10(2), 26-41.

- Hickson, M., Connolly, A., & Whelan, K. (2011). Impact of protected mealtimes on ward mealtime environment, patient experience and nutrient intake in hospitalised patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(4), 370-374.
- HiOA. (2011, 10.11.2011). Forskningsetikk. Hentet 21. august, 2013, fra <http://www.hioa.no/For-tilsatte/Rutiner-og-prosedyrer/FoU/Arbeidsstoette2/Forskningsetikk>
- Iglesias, M. P., & Guillén, M. J. Y. (2004). Perceived quality and price: their impact on the satisfaction of restaurant customers. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 16(6), 373-379.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O. (2009). *Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2 ed.). Oslo: Gyldendal.
- Johns, N., & Kivela, J. (2001). Perceptions of the first time restaurant customer. *Food Service Technology*, 1(1), 5-11.
- Kelly, T., & Le Bel, J. (1995). Critical success factors in foodservice concepts: an analysis of North American fine dining. *Health and Pleasure at the table*.
- Kidd, P. S., & Parshall, M. B. (2000). Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative health research*, 10(3), 293-308.
- King, S. C., Weber, A. J., Meiselman, H. L., & Lv, N. (2004). The effect of meal situation, social interaction, physical environment and choice on food acceptability. *Food Quality and Preference*, 15(7), 645-653.
- Kiviela, J. (1994). *Menu planning*. Melbourne: Hospitality Press.
- Klesges, R. C., Bartsch, D., Norwood, J. D., Kautzrnan, D., & Haugrud, S. (1984). The effects of selected social and environmental variables on the eating behavior of adults in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 3(4), 35-41.
- Krumsvik, R. J. (2013). *Innføring i forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S. (1997). *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forl.
- Lashley, C., Morrison, A., & Randall, S. (2004). memorable meal ever! Hospitality as an emotional experience. *Culinary Taste*, 165.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of educational research*, 52(1), 31-60.
- Livsmedelsverket. (2011). Vetenskapligt underlag til råd om bra mat i äldreomsorgen. Uppsala.

- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Maller, O., DuBose, C. N., & Cardello, A. V. (1980). Consumer opinions of hospital food and foodservice. *Journal*.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Mamhidir, A.-G., Karlsson, I., Norberg, A., & Kihlgren, M. (2006). Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *Journal of Clinical Nursing*, 987-996.
- Martin, W. B. (1986). Quality service. The restaurant manager's bible. *Quality service. The restaurant manager's bible*.
- Mathey, M.-F. A. M., Vanneste, V. G. G., Graaf, C. d., Groot, L. d., & Staveren, W. A. v. (2001). Health Effect of Improved Meal Ambiance in a Dutch Nursing Home: A 1-Year Intervention Study. *Preventive Medicine*, 32, 416-423.
- Mathis, S., & Koscianski, J. (2003). *Microeconomic Theory: an integrated Approach*. New Jersey: Prentice Hall.
- Mattila, A. S. (2001). Emotional bonding and restaurant loyalty. *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 42(6), 73-79.
- McWhirter, J. P., & Pennington, C. R. (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ*, 308(6934), 945-948.
- Meijers, J. M., Halfens, R. J., van Bokhorst-de van der Schueren, M. A., Dassen, T., & Schols, J. M. (2009). Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators. *Nutrition*, 25(5), 512-519.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research - A Guide to Design and Implementation* (2 ed.). United States of America: Jossey-Bass.
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(122), 815-818.
- Mowe, M., Bohmer, T., & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr*, 59(2), 317-324.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532.

- Nijs, K., De Graaf, C., Kok, F. J., & Van Staveren, W. A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, *332*(7551), 1180-1184.
- North, A. C., & Hargreaves, D. J. (1996). The effects of music on responses to a dining area. *Journal of Environmental Psychology*, *16*(1), 55-64.
- Nyberg, M., & Grindland, B. (2008). The influence of the room context in the meal experience: examples from a hospital and a nursery. *Journal of Foodservice*, *19*(1), 35-43.
- Nyström, M. (2001). Pre-understanding and openness - a relationship without hope? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *15*, 339-346.
- Nøtnæs, T. (2001). Innføring i bruk av fokusgrupper.
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_200124/notat_200124.pdf
- Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Ma, Z., Kergoat, M.-J., Ferland, G., & Dube, L. (2008). More than just not being alone: the number, nature, and complementarity of meal-time social interactions influence food intake in hospitalized elderly patients. *The Gerontologist*, *48*(5), 603-611.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3 ed.). California: Sage Publications, Inc.
- Peek, L. F., Alice. (2009). Using focus groups: lessons from studying daycare centers, 9/11, and Hurricane Katrina. *Qualitative Research*, *9*(1), 31-59.
- Perry, L. (1997). Nutrition: a hard nut to crack. An exploration of the knowledge, attitudes and activities of qualified nurses in relation to nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, *6*(4), 315-324.
- Persenius, M. W., Hall-Lord, M. L., Bååth, C., & Larsson, B. W. (2008). Assessment and documentation of patients' nutritional status: perceptions of registered nurses and their chief nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(16), 2125-2136.
- Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., & Kihlgren, M. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *10*(1), 11-17.
- Redd, M., & de Castro, J. M. (1992). Social facilitation of eating: Effects of social instruction on food intake. *Physiology & behavior*, *52*(4), 749-754.

- Riley, M. (1994). Marketing eating out: the influence of social culture and innovation. *British Food Journal*, 96(10), 15-18.
- Sandman, P.-O., Adolfsson, R., Nygren, C., & Hallmans, G. (1987). Nutritional status and dietary intake in institutionalized patients with Alzheimer's disease and multiinfarct dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Sandman, P., Norberg, A., & Adolfsson, R. (1988). Verbal communication and behaviour during meals in five institutionalized patients with Alzheimer-type dementia. *J Adv Nurs*, 13(5), 571-578.
- Sanger, J. (1996). *The complete observer?: a field research guide to observation*. London: Falmer Press.
- Seidman, I. E. (2013). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
- Siebens, H. (1986). Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*.
- Singh, H., Watt, K., Veitch, R., Cantor, M., & Duerksen, D. R. (2006). Malnutrition is prevalent in hospitalized medical patients: are housestaff identifying the malnourished patient? *Nutrition*, 22(4), 350-354.
- Smith, J. (1996). *Hungry for you: Essays and Extracts*. London: Chatto & Windus.
- SooftMeals. (2013). MATGLEDE - Næringsberiket og delikat mat som gjør det enkelt å tygge og svelge: SooftMeals Norge.
- Stanga, Z., Zurflüh, Y., Roselli, M., Sterchi, A., Tanner, B., & Knecht, G. (2003). Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition*, 22(3), 241-246.
- Stensvold, H., & Utne, L. (1999). *Dysfagi*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Sullivan, M. (2002). The impact of pitch, volume and tempo on the atmospheric effects of music. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 30(6), 323-330.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., Crary, M. A., . (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298.
- Sweeney, J. C., & Wyber, F. (2002). The role of cognitions and emotions in the music-approach-avoidance behavior relationship. *Journal of Services Marketing*, 16(1), 51-69.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (3 ed.). Oslo: Fagbokforlaget.

- Thomas, D. R., Verdery, R. B., Gardner, L., Kant, A., & Lindsay, J. (1991). A prospective study of outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 15(4), 400-404.
- Ullrich, S., McCutcheon, H., & Parker, B. (2011). Reclaiming time for nursing practice in nutritional care: outcomes of implementing Protected Mealtimes in a residential aged care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1339-1348.
- Vallgård, S., & Koch, L. (2008). *Research methods in public health*. Copenhagen: Gyldendal Akademisk.
- Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Verhaeghe, S., Lardennois, M., Gobert, M., & Defloor, T. (2011). Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *J Adv Nurs*, 67(4), 736-746.
- Wakefield, K. L., & Blodgett, J. G. (1996). The effect of the servicescape on customers' behavioral intentions in leisure service settings. *Journal of Services Marketing*, 10(6), 45-61.
- Warde, A., Martens, L. (2000). *Eating out: Social differentiation, consumption, and pleasure*: Cambridge university press.
- Wathne, K.-O., Mowé, M., Bergstad, I., Toven, H., Skaar, B., Lundby, M., . . . Øien, H. (2006). Når matinntaket blir for lite... Oslo, Norway: Sosial- og helsedirektoratet.
- Watz, B. (2008). The entirety of the meal: a designer's perspective. *Journal of Foodservice*, 19(1), 96-104.
- WHO. (2004). World Health Report.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wilson, S. (2003). The effect of music on perceived atmosphere and purchase intentions in a restaurant. *Psychology of Music*, 31(1), 93-112.
- Yalch, R. F., & Spangenberg, E. R. (2000). The effects of music in a retail setting on real and perceived shopping times. *Journal of business Research*, 49(2), 139-147.
- Yoshida, T., Osada, Y., Kawaguchi, T., Hoshiyama, Y., Yoshida, K., & Yamamoto, K. (1997). Effects of road traffic noise on inhabitants of Tokyo. *Journal of Sound and Vibration*, 205(4), 517-522.
- Yukl, G. (2005). *Leadership in Organizations* (6 ed.). Harlow: Prentice Hall
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Williams, C. S., Reed, P. S., Preisser, J. S., Eckert, J. K., . . . Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 133-146.

Öström, Å., Rapp, E., & Prim, M. (2008). FAMM: from food to meal research on the product aspect of the meal experience. *Journal of Foodservice, 19*, 63-68.

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Tygge- og svelgevansker og måltidet	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskolen i Oslo og Akershus	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helsefag	
Institutt	Institutt for helse, ernæring og ledelse	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Asta Bye	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Doktorgrad	
Akademisk grad	Førsteamanuesis	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Høgskolen i Oslo og Akershus	
Arbeidssted	Kunnskapsveien 55	
Adresse (arb.sted)	2007 Kjeller	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	64849172 /	
Telefon/mobil (arb.sted)	asta.bye@hioa.no	
E-post		
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Miriam	
Etternavn	Svendsen	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Bernt Balchens vei 16	
Postnr/sted (privatadresse)	1364 Fornebu	
Telefon/mobil	97544905 /	
E-post	miriam.r.svendsen@me.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Målet med oppgaven er å kartlegge faktorer rundt måltidssituasjonen på institusjoner som påvirker matinntak og trivsel blant pasienter med dysfagi.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<input type="radio"/> Enkel institusjon <input checked="" type="radio"/> Nasjonalt samarbeidsprosjekt <input type="radio"/> Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner	██████ bo- og behandlingssenter og ██████ bo- og behandlingssenter og Ssoftmeals	

VEDLEGG 1

Oppgi hvordan samarbeidet foregår	Masterstudenten og veiledere er tilknyttet Høgskolen i Oslo og Akershus. I samarbeid med ████████ bo- og behandlingssenter og ████████ bo- og behandlingssenter blir ansatte sykepleiere spurt om å delta i fokusgruppeintervju som vi foregår på deres arbeidsplass. Maten som institusjonsbeboerne spiser er i perioden gitt av Sooftmeals, og vi ønsker å se om måltidssituasjonen endrer seg når beboere blir servert vanlig moset mat fra kjøkkenet eller fra Sooftmeals	
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Ca. 12 sykepleiere ansatt ved ████████ bo- og behandlingssenter og ████████ bo- og behandlingssenter	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Sykepleierene rekrutteres gjennom kontakt med ledelsen på ████████ bo- og behandlingssenter og ████████ bo- og behandlingssenter	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Ledelsen ved ████████ bo- og behandlingssenter og ████████ bo- og behandlingssenter spør om sykepleierne har lyst til å delta i et masterstudent prosjekt	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Ca. 12	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Se vedlagt protokoll for intervju og observasjon. Intervjuene ønsker å fange opp holdninger sykepleierne har til maten som serveres til beboere med tygge og svelgevansker.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.

VEDLEGG 1

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Lyddopptak av gruppeintervju.	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ○ Nei ●	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

VEDLEGG 1

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskintilgangen er beskyttet med brukernavn og passord. Opptak og utskrifter låses inn i et skap på kontoret til veileder når det ikke brukes.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?	Veilederne Asta Bye og Stine Ulven vil ha tilgang til datamaterialet	
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		

VEDLEGG 1

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:04.12.2013 Prosjektslutt:02.12.2016	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Lydfil med stemmeopptak slettes, og kun transkriberingene der man ikke kan identifisere personer beholdes. Det vil ikke være noen kopling til navn på informanter i lydfilene.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Finansieres av SooftMeals og Høgskolen i Oslo og Akershus.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	3	

VEDLEGG 1



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

VEDLEGG 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Asta Bye

Institutt for helse, ernæring og ledelse Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 19.12.2013

Vår ref: 36485 / 1 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36485</i>	<i>Tygge- og svelgevansker og måltidet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Asta Bye</i>
<i>Student</i>	<i>Miriam Svendsen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt
Kvalheim

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Miriam Svendsen miriam.r.svendsen@me.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 36485

VURDERING AV PROSJEKTET SOM IKKE MELDEPLIKTIG

Det vises til meldeskjema og telefonsamtale 17.12.13. Basert på den informasjon vi har fått om prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det skal behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det skal opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Data innhentes ved:

- 1) Gruppeintervju med sykepleiere ved to bo- og behandlingssentre. Intervjuene tas opp på lydbånd som ikke skal behandles elektronisk. Intervjutranskripsjoner skal ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.
- 2) Observasjon av pasienter og personale under måltidssituasjoner ved to bo- og behandlingssentre. Observasjonsdata registreres i papirskjema, og overføres senere til datamaskin. Det skal ikke registreres opplysninger knyttet til navn i papirskjemaet. Observasjonsdata som behandles på datamaskin skal ikke inneholde noen opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, verken pasienter eller ansatte.

Personvernombudet legger til grunn at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme. Med anonyme opplysninger menes opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte (via navn, personnummer el.), indirekte (via bakgrunnsvariabler som institusjon, tidspunkt, kjønn, alder osv.), eller via kode og koblingsnøkkel (som navneliste).

VEDR. TILGANG TIL TAUSHETSBELAGTE OPPLYSNINGER UNDER OBSERVASJON

Studenten ønsker å observere middagsmåltidet over en hel uke på hver avdeling. Etter personvernombudets vurdering, kan studenten gjennom sitt opphold få kjennskap til/tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasientene.

Av helsepersonelloven § 21 fremgår det at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Dersom andre skal få tilgang til slike opplysninger, forutsetter det enten gyldig samtykke fra pasientene, eventuelt deres pårørende (jf. helsepersonelloven § 22), eller dispensasjon fra taushetsplikten (jf. helsepersonelloven § 29 og forvaltningsloven § 13 d).

REK er gitt myndighet til å kunne gi dispensasjon fra taushetsplikten for tilgang til taushetsbelagte helseopplysninger fra helsepersonell eller helsetjenesten for annen forskning (enn helseforskning). Personvernombudet anbefaler derfor at prosjektansvarlig avklarer med REK om det er nødvendig med dispensasjon fra taushetsplikten, eller om det bør innhentes samtykke fra pasienten (og evt. pårørende) til at studenten er til stede og observerer

VEDLEGG 3

MOSET MAT PROSJEKTET VED [REDAKTERT] OG [REDAKTERT] BO- OG BEHANDLINGSSENTER

Del 1: Kvantitativstudie:

I denne delen av studien som skal gjennomføres hos dere på [REDAKTERT] og [REDAKTERT] skal det i en periode på 3 mnd innføres en ny type moset mat, kalt Sooft Meals, til deres pasienter som har spise og svelgevansker. Sooft Meals er næringsberikede retter med smak og konsistens som, på bakgrunn av vitenskapelig forskning, er spesielt tilpasset mennesker med spise og svelgevansker. Formålet med dette prosjektet er å vurdere om denne nye maten påvirker pasientenes matinntak og ernæringsstatus i forhold til den mosede maten de får servert fra sentralkjøkkenet på [REDAKTERT].

Detaljert forklaring av denne delen av studien:

Pasientene vil få servert Sooft Meals til hver middag i løpet av en periode på ca. tre måneder. I tillegg til å lage en oversikt over hvorfor moset mat gis til de 49 pasientene, skal det også kartlegges hvorfor pasientene med spise- og svelgevansker har utviklet denne lidelsen. Disse opplysningene ønsker vi å få fra sykepleier gjennom pasientjournaler. Hovedformålet med oppgaven er imidlertid å vurdere matinntaket til deltagerne før de får Sooft Meals (start av studien) og etter de har spist denne maten i ca 3 mnd (slutt av studien), dette skal gjennomføres ved hjelp av Rate-a-Plate og SNAQ^{RC} (vedlegg.)

Datainnsamlingen av SNAQ skal fylles ut en gang, og Rate-a-plate vil foregå over en periode på 5 dager (mandag til fredag). Begge ved start og slutt av studien. Sykepleierne vil fylle ut Rate-a-plate-skjemaet under middagserveringen. For å få så nøyaktige målinger som mulig vil sykepleierne først angi mengden mat servert og deretter angi mengden mat pasienten spiste. Studenten (Marianne Schage) vil være tilstede (og på telefon når hun pendler mellom avdelinger) for å bistå sykepleierne med å fylle ut skjemaene hvis det trengs.

Del 2: Kvalitativstudie:

VEDLEGG 3

Denne delen av studien gjøres parallelt med del 1. Formålet med denne studie er å avdekke faktorer ved måltidssituasjonen som påvirker appetitt og livskvalitet blant beboere på institusjoner. Det vil være et hovedfokus på maten. Jeg (Miriam Svendsen) ønsker å finne ut av dette ved å observere hver avdeling, under middagsmåltidet, i syv sammenhengende dager. Jeg vil være så lite som mulig til bry, og hjelper gjerne til under måltidet dersom det trengs. Jeg ønsker at miljøet skal være så naturlig som mulig, det er derfor viktig å huske at jeg ikke har noen formening om hva som er rett eller galt i denne situasjonen og at jeg ønsker å lære av DERE 😊. Det er dere som sitter med kunnskapen og erfaringen, og derfor ønsker jeg også å gjennomføre to fokusgrupper. En før innføring av Sooft Meals og en på slutten av studien. Det ønskes to fra personalet fra hver avdeling, slik at vi blir rundt seks stykker. En fokusgruppe tar omtrent 1,5 time, og jeg vil gjøre det på det tidspunkt som passer best for dere. En fokusgruppe krever ingen form for kunnskap eller forberedelser fra dere, og er mer som en hyggelig samtalegruppe der vi snakker om et tema jeg håper engasjerer dere (moset mat og kvaliteten på denne). Jeg kan friste med noe godt å spise på også! :-)

Vi gleder oss til å jobbe med dere!

Mvh Marianne Schage og Miriam Svendsen

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Tygge- og svelgevansker og måltidet”

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å kartlegge faktorer rundt måltidssituasjonen på institusjoner som påvirker matinntak og trivsel blant pasienter som sliter med tygge- og svelgevansker. Prosjektet ønsker spesielt å fokusere på viktigheten av maten som et produkt, og atmosfæren rundt måltidet. Prosjektet er en del av en masterstudentoppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Oslo og Akershus, SooftMeals og [REDACTED] og [REDACTED] Bo- og Behandlingssenter. Veileder fra Høgskolen i Oslo og Akershus, Asta Bye, er ansvarlig for studien. Prosjektet ønsker å få frem holdninger knyttet til maten som blir servert og hvordan måltidet forløper hos sykepleiere som er ansatt ved bo- og behandlingssenteret

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i denne studien innebærer at du deltar i to fokusgruppeintervjuer som hver varer omtrent 1,5 time. Intervjuene vil bli foretatt sammen med 5 av dine kolleger på din arbeidsplass. I tillegg vil du bli observert under servering av middag på institusjonen i to adskilte uker av masterstudenten. Det vil ikke samles inn personlig informasjon om deg, og spørsmålene som stilles under fokusgruppeintervjuet vil omhandle dine holdninger til kvaliteten på maten og andre faktorer rundt spisesituasjonen hos pasienter med tygge- og svelgevansker. Det samme gjelder under observasjon, her vil også atmosfæren være en del av observasjonen. Fokusgruppe-intervjuet vil tas opp på lydbånd. Lydbåndene vil senere transkriberes (skrives ned).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil ikke samles inn personopplysninger, og all data vil bli behandlet konfidensielt av masterstudenten. Kun studenten og veilederne fra Høgskolen i Oslo og Akershus, Asta Bye og Stine Marie Ulven, vil ha tilgang på disse dataene som vil oppbevares i et trygt, låst skap. Deltagere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04. desember 2016. Da vil lydopptak slettes og alt datamateriale vil være helt anonymt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med
Miriam Svendsen
Tlf: 975 44 905

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

VEDLEGG 4

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Signert av prosjektmedarbeider, dato)

Protokoll for fokusgruppeintervju

Sted:

Dato:

Klokkeslett: - (1,5 time)

Dato for forrige/neste intervju:

Utstyr: Båndopptaker, notatblokk, penn.

Intervjuer: Miriam Svendsen

Deltagere:

Antall: 6 (minimum 4)

Alder:

Kjønn:

Stillingsprosent: minimum 50%

Utdannelse: Ingen krav til utdanning

Beskrivelse av arbeidsoppgaver under måltidet: Tilstedeværelse under måltidet; deltagelse rundt bordet, deltagelse i å servere mat og evt. mate beboere.

Formål: Få en dypere forståelse for sykepleiernes holdninger til maten som serveres dysfagipasienter, og atmosfæren rundt måltidet.

Fremgangsmåte: 4-6 ansatte er samlet i et egnet rom antageligvis på Bo- og Behandlingssenteret. Jeg vil servere kaffe, kake og evt. Frukt. Dette vil kunne bidra til en hyggelig atmosfære. Jeg vil starte intervjuet med å be deltagerne fortelle litt om seg selv, slik at vi kan bli bedre kjent og at de vil føle seg trygge på meg. Jeg vil i hovedsak være passiv under intervjuet og la deltagerne snakke fritt. Dersom samtalen stopper opp eller sklir ut fra tema vil jeg fylle inn med nye spørsmål. Dersom en deltager snakker mer enn andre, vil jeg om nødvendig bryte inn og la andre få ordet. Intervjuet vil følge oppsettet av intervjuguiden under:

VEDLEGG 5

Intervjuguide:

Fase 1: 1. Løst prat (5 min)

Rammesetting

- Til servering av kaffe og kake/frukt
- Har noen av dere deltatt på fokusgrupper tidligere? Hvordan var det? Hva var temaet?
- Har noen av dere deltatt i en studie tidligere? Hva slags studie var det? Hva synes du/dere om det?

2. Informasjon (5-10 min)

- *Presentasjon:* Jeg heter Miriam Svendsen og kommer fra Høyskolen i Oslo og Akershus.
- *Bakgrunn/formål:* Det dere nå skal være med på er en fokusgruppe. Formålet med en slik gruppe er å oppnå en større forståelse for diverse tema. I denne sammenhengen er det moset mat som er i fokus. Jeg ønsker å lære av dere og det er derfor dere som skal diskutere og gi meg råd. Jeg vil først og fremst lytte. Det er ingen ting som er rett eller galt, og det kreves ingen spesiell kunnskap for å delta her annet enn at dere er ansatt på dette sykehjemmet. Hensikten med dette intervjuet er å forstå deres holdninger til måltidet til pasienter med tygge- og svelge-vansker. Intervjuet vil ta omkring 1,5 time
- *Hva skal intervjuet brukes til:* Dette intervjuet skal brukes til min masteroppgave i Samfunnsnærings, der jeg ønsker å finne løsninger til en ideell måltidssituasjon for pasienter med dysfagi.
- *Taushetsplikt og anonymitet:* Jeg har taushetsplikt og deres deltagelse vil være helt anonym. Jeg vil ikke lagre eller bruke personlige opplysninger om dere som f.eks navn. Jeg kommer til å ta opp intervjuet på bånd, og håper det er i orden for dere? Det er kun jeg som skal høre på lydopptaket. Marianne vil observere intervjuet og ta notater. Deltagelse er frivillig, og om noen ønsker å trekke seg fra intervjuet kan de gjøre det nå.
- *Uklarheter:* Før vi starter, er det noe som er uklart? Har dere noen spørsmål?
- *Start opptak*
- *Deltagerne presenterer seg selv:* For å bli litt bedre kjent med dere vil jeg gjerne begynne med å høre litt om hvem dere er og hva dere liker å gjøre på fritiden.

Fase 2: 3. Overgangsspørsmål: (15 min)

Erfaringer

- Hva slags erfaringer har dere med maten som tilbys dysfagipasienter?
- Hva kjennetegner denne maten?

Fase 3: 4. Nøkkelspørsmål: (50-60 min)

VEDLEGG 5

Fokusering

- Ville dere spist maten som tilbys dysfagipasienter?
 - *Hva synes dere om maten som tilbys dysfagipasienter?*
 - *Hva synes dere om konsistensen på maten?*
 - *Hva lukter maten?*
 - *Hvordan ser den ut?*
 - *Hva ser pasientene ut til å synes om maten?*
 - *Hvordan er maten å servere?*
 - *Hvordan er maten å spise?*
- Hva må til for at dere skulle spist denne maten?
- Dersom tid, penger o.l. ikke var et problem, hvordan ville et perfekt måltid for disse pasientene vært?
 - *Er det noe dere ville endret om dere kunne? (Hva vil de endre, hva vil de beholde)*
- Er det hyggelig under måltidet?
 - *Er det mye støy?*
 - *Anser dere støyen som positiv eller negativ for pasientene?*
 - *Hvordan er tonen mellom pasienter og personale?*
 - *Prates det mye eller er det rolig?*
- Hva må til for at måltidet skal være hyggelig?
 - *Er det noe dere kunne tenke dere ved atmosfæren som kunne vært gjort annerledes?*
 - *Hvem eller hva vil evt. Ha ansvar for at dette skal skje? Hva kan gjøres?*

(5 minutters pause som gir tid til toalettbesøk, forsyne seg med kaffe/kaker osv.)

Fase 4:

5. Oppsummering (ca. 15 min)

Tilbakeblikk

- Oppsummere funn
- Av alt vi har diskutert, hva er viktigst for dere?
- Har jeg forstått dere riktig?
- Kan dere oppsummere deres syn på saken?
- Er det noe dere vil legge til? Er det noe jeg har glemt?
- Er det noe annet vi burde tatt opp i diskusjonen?
- Tusen takk for at dere tok dere tid til å delta på denne fokusgruppen!

VEDLEGG 5

Protokoll for observasjon

Sted:

Dato:

Klokkeslett: -

Dato for forrige/neste observasjon:

Utstyr: Arbeidstøy

Observatør: Miriam Svendsen

Beskrivelse av deltagere:

Antall:

Alder:

Kjønn:

Formål: Få en dypere forståelse for sykepleiernes holdninger til maten som serveres dysfagipasienter, og atmosfæren rundt måltidet.

Tegning/diagram av rommet:



VEDLEGG 6

Fremgangsmåte: Observasjonene vil finne sted på to avdelinger før og etter intervensjon. Det er ønskelig å observere middagsmåltidet over en hel uke på hver avdeling, for å få med både hverdag og helg, og for å danne et godt datagrunnlag. Observasjonene skal være deltagende, gjerne med samme bekledning som pleiepersonalet, og jeg skal ikke ha med notatblokk eller lignende. Formålet med dette er å gjøre alle inkluderte komfortable med min tilstedeværelse og for å kunne observere fenomenet i sin mest mulig naturlige setting. Observasjonsnotater vil gjøres øyeblikkelig etter observasjon. En observasjonsguide er utviklet for å gjøre det lettere for meg å huske hva jeg skal observere.

Observasjonsguide:

- **Rommet:**
 - a. Hvordan er det fysiske miljøet
 - i. Er rommet atskilt, eller er det i samme rom som kjøkken, stue etc.?
 1. Oppfattes dette som positivt eller negativt for ansatte?
 2. Oppfattes dette som positivt eller negativt for beboere?
 - ii. Er rommet et hyggelig rom som inspirerer til en god måltidsopplevelse?
 - b. Hvordan er plassen tildelt? Bordplassering?
 - o Hvilke objekter, ressurser og teknologier er tilgjengelig i rommet?
 - o Er det noe som oppfattes som forstyrrende under måltidet?
- **Møtet/deltagerne:**
 - o Hva skjer?
 - o Hvor mange er i rommet og hva er deres roller?
 - o Hvordan organiserer menneskene i rommet seg?
 - o Er det mye stress under måltidet?
 - Føler jeg at dette har noe å si for måltidssituasjonen som helhet?
 - o Hvor lenge varer måltidet?
 - o Ryddes bordet før alle er ferdig å spise?
 - Tror jeg dette kan påvirke matsituasjonen på noen måte?
 - o Prates det mye eller er det rolig?
- **Produktet. Beskriv maten som tilbys dysfagipasienter.**
 - o Hvordan er konsistensen på maten?
 - o Hva lukter maten?
 - o Hvordan ser den ut?
 - o Hvordan er maten å servere?
 - o Hvordan er maten å spise?
 - o Hvordan blir maten servert? (Blir maten servert samtidig til alle?)
 - o Hvordan er temperaturen på maten? (Er maten varm når den serveres?)
 - o Krever maten mye veiledning/hjelp fra pleiepersonalet for å spise den?
- **Atmosfæren. Beskriv atmosfæren under måltidet**
 - o Beskriv lydnivået under måltidet. Er det mye støy?
 - o Anser jeg støyen som positiv eller negativ for pasientene?
- **Min egen oppførsel:**
 - o Hvordan påvirker min rolle settingen jeg observerer?
 - o Hva sier og gjør jeg?
 - o Hva tenker jeg om det som skjer?