

**Konsistenstilpasset mat – En kilde til økt mestringsfølelse hos  
helsepersonell**



Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Selvvalgt fordypning:**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Lise Birgitte Holteng**

**Veileder: Ingelin Testad, Postdoc/1. Amanuensis UiS**

**Biveiledere: Jan Thomas Rosnes og Guro Helgesdotter Rognså**

**Juni 2016**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

Vår 2016

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Lise Birgitte Austbø Holteng

**VEILEDER:** Ingelin Testad

**BIVEILEDERE:** Guro Helgesdotter Rognså og Jan Thomas Rosnes

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel:** Konsistenstilpasset mat – En kilde til økt mestringsfølelse hos helsepersonell.

**Engelsk tittel:** Texture-modified food – A source of increased self-efficacy for health personnel.

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

Konsistenstilpasset mat, helsepersonell, sykehjem, dysfagi, demens, kvalitativ studie, mestringstillit

---

**ANTALL SIDER:** 86

**STAVANGER 01.06.2016**

Lise Birgitte Holteng

## Forord

De to årene som masterstudent ved Universitetet i Stavanger var vært utfordrende og lærerike. Prosessen med å skrive en masteroppgave har vært svært tidkrevende og spennende, men en prosess som har hatt stor betydning for meg. Jeg ser frem til å begynne i jobb å få bruke kunnskapen de to siste årene har gitt meg. Jeg vil gjerne få takke alle som har støttet og motivert meg.

En stor takk til min veileder Ingelin Testad ved SESAM for faglig veiledning, motivasjon og støtte. Dine konstruktive tilbakemeldinger, motiverende ord og evne til å få meg til å tenkte selvstendig, har vært avgjørende for gjennomføringen av denne studien.

Takk til Christina Frøiland ved SESAM for gode diskusjoner og inspirerende ord. Din støtte og hjelp ved alle ledd av oppgaven min har betydd mye.

Takk til alle på SESAM for åpne armer og får å la meg få sitte å jobbe hos dere. Det har vært motiverende å være en del av et forskningsmiljø.

Takk til mine biveiledere Guro Helgesdotter Rognså, Jan Thomas Rosnes og Helge Bergslien ved Måltidets Hus AS for at jeg fikk være en del av prosjektet KOMAT. Deres faglige kompetanse har vært viktig.

Takk til informantene for at ville delta i studien. Tusen takk for at dere ville bruke dere tid på å fortelle meg om deres erfaringer og opplevelser.

Til slutt vil jeg få takke min samboer, familie og venner som har gitt meg utrolig mye støtte gjennom hele prosessen. Tusen takk for alle oppmuntrende og motiverende ord.

Stavanger, Juni 2016



Hise Bigitte Holteng

## **Introduksjon til oppgaven**

Oppgaven er den avsluttende delen av Masterstudiet i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Den består av to deler; en utdypende kappe og en artikkel. Del 1 består av kappen som utdyper studiens metodiske overveielser og teoretiske bakgrunn. Del 2 består av artikkelen ”Konsistenstilpasset mat – En kilde til økt mestringsfølelse hos helsepersonell”. Artikkelen skal sendes til tidsskriftet Demens og Alderspsykiatri fra Aldring og Helse Nasjonal Kompetansetjeneste. Artikkelen er skrevet ut i fra tidsskriftets veiledning for publisering (se vedlegg 6).

# Innholdsfortegnelse

<b>DEL 1: KAPPE</b> .....	<b>7</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>8</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN OG RELEVANS .....	9
1.2 TIDLIGERE FORSKNING.....	11
1.3 KOMAT SOM HOVEDPROSJEKT .....	12
1.4 STUDIENS HENSIKT OG FORMÅL.....	13
1.5 PROBLEMSTILLING.....	13
1.6 LITTERATURSØK.....	13
<b>2.0 TEORETISK BAKGRUNN</b> .....	<b>14</b>
2.1 DYSFAGI.....	14
2.2 UNDERERNÆRING .....	15
2.3 DEMENS.....	15
2.4 KONSISTENSTILPASSET MAT.....	16
2.5 MESTRING.....	16
<b>3.0 DESIGN OG METODE</b> .....	<b>18</b>
3.1 DESIGN.....	18
3.2 FENOMENOLOGI.....	19
3.3 UTVALGET .....	19
3.3.1 Rekruttering.....	19
3.3.2 Utvalget.....	20
3.3.3 Demografiske kjennetegn ved deltakerne .....	20
3.4 INNSAMLING AV DATA.....	20
3.5 TRANSKRIPSJON.....	22
3.6 ANALYSEN.....	22
3.6.1 Fra rådata til helhetsinntrykk.....	23
3.6.2 Identifisering av meningsbærende enheter .....	23
3.6.3 Kondensering.....	24
3.6.4 Fra kondensering til analytisk tekst.....	24
3.7 FORFORSTÅELSE.....	24
3.8 STUDIENS TROVERDIGHET.....	25
<b>4.0 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER</b> .....	<b>26</b>

<b>5.0 FUNN</b> .....	<b>26</b>
5.1 BEHOVET FOR KONSISTENSTILPASSET MAT FOR PASIENTER MED DYSFAGI.....	27
5.1.1 <i>Opplevelse av utrygghet og manglende mestring i vanskelige situasjoner</i> .....	27
5.1.2 <i>Bruk av vanlig mat oppleves utilstrekkelig</i> .....	28
5.2 BRUK AV KONSISTENSTILPASSET MAT.....	29
5.2.1 <i>Bruk av konsistenstilpasset mat oppleves tilfredsstillende i forhold til pasientens næringsbehov og økt trygghet og mestringsopplevelse hos helsepersonellet</i> .....	29
5.2.2 <i>Den konsistenstilpassede maten oppleves delikat og god</i> .....	30
5.3 UTFORDRINGER VED BRUK AV KONSISTENSTILPASSET MAT.....	31
5.3.1 <i>Generelle utfordringer ved måltidet er fortsatt til stede og kan påvirke full nytte av konsistenstilpasset mat</i> .....	31
5.3.2 <i>Konsistenstilpasset mat kan oppleves ugjenkjennelig</i> .....	32
5.3.3 <i>Organisatoriske utfordringer nyttet til kommunikasjon mellom de ulike aktørene involvert i måltidet</i> .....	32
5.3.4 <i>Etiske utfordringer ved tilbud om konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper</i> ..	33
5.4 BRUK AV KONSISTENSTILPASSET MAT TIL ULIKE PASIENTGRUPPER .....	33
5.4.1 <i>Personer med somatisk sykdom opplever konsistenstilpasset mat som uvant</i> .....	34
5.4.2 <i>Personer med demens spiser bedre med konsistenstilpasset mat</i> .....	34
<b>6.0 DISKUSJON</b> .....	<b>35</b>
<b>7.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>40</b>
7.1 <i>KONKLUSJON I LYS AV PROBLEMSTILLINGEN</i> .....	40
7.2 <i>IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS</i> .....	41
7.3 <i>VIDERE FORSKNING</i> .....	42
<b>REFERANSER</b> .....	<b>43</b>
<b>DEL 2: ARTIKKEL</b> .....	<b>47</b>

1: Oversikt over litteratursøk

2: Informasjonsskjema

3: Intervjuguide

4: Utdrag fra analysen

5: Kvittering fra NSD og registrering ved SUS

6: Forfatterveiledning for fagtidsskriftet Demens og Alderspsykiatri

# **DEL 1: Kappe**

## **Sammendrag**

### **Mål og hensikt**

Hensikten var å undersøke helsepersonellens opplevelser og erfaringer ved bruk av konsistenstilpasset mat til pasienter med dysfagi. Målet med studien var å få ny kunnskap om hvordan maten fungerer som produkt og hvordan bruken kan påvirke helsepersonellens oppfatning av egengitt pleie

### **Problemstilling**

Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?

### **Metode**

Studien har en kvalitativ tilnærming, men fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Det ble utført to intervjuer med henholdsvis 5 og 7 deltakere. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide. Datasettene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering som forklart av Malterud.

### **Resultater**

Analysen førte til følgende fire hovedtemaer: Behov for konsistenstilpasset mat, bruk av konsistenstilpasset mat, utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat og bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper. Pasienter med dysfagi hadde behov for tilpasset mat for å forebygge komplikasjoner i matsituasjonen. Helsepersonellet opplevde bruken som en kilde til trygghet, men omstendighetene kunne gjøre det utfordrende. Personer med demens spiste på en annen måte når de fikk servert maten.

### **Konklusjon**

Funnene kan tyde på at konsistenstilpasset mat er en viktig faktor for å yte god omsorg til pasientene, samt øke mestringsfølelsen hos personalet. Spesielt i forhold til personer med demens ble viktigheten av denne typen mat trukket frem. Likevel avhenger bruken av organisatoriske faktorer. Tidspress og manglende kommunikasjon med kjøkkenet kan hindre god bruk av konsistenstilpasset mat.

**Stikkord:** Konsistenstilpasset mat – Helsepersonell – Sykehjem – dysfagi – demens – kvalitativ studie - Mestringstillit



# 1.0 Introduksjon

## 1.1 Bakgrunn og relevans

Mat er en stor del av norsk kultur og måltidet spiller en sentral rolle i hverdagslivet til både unge og eldre mennesker. I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) presiserer regjeringen at de ønsker å legge vekt på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Erfaringer med ulike produksjonsmåter og løsninger innen ombringing og servering skal evalueres med den hensikt å holde fokus på måltidets sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning. Meld. St. Nr. 25 presiserer at et godt kosthold er viktig i forbindelse med forebygging og rehabilitering av sykdommer hos eldre. Riktig og god næring til eldre i sykehjem er derfor nødvendig og det er viktig å ha fokus på kvalitet innen tema ernæring.

Antallet eldre vil øke over de neste årene og dette vil sette større krav til ressursbruken innen eldreomsorg (Meld. St. 25, 2006). I Meld. St. 34, Folkehelsemeldingen, påpekes det at aldersfordelingen i Norge har endret seg betydelig i løpet av de siste tiårene og antallet personer over 80 år har firedoblet seg i årene mellom 1950 og 2012 (Meld. St. 34, 2013). Svelgevansker som følge av nedsatt fysisk funksjon kan føre til problemer med inntak av mat og påfølgende underernæring (Roy, Stemple, Merrill, & Thomas, 2007). Oppfølging og tilpasning av ernæringsmessige behov er derfor svært viktig og matens sammensetning kan ha stor betydning innen forebygging av sykdommer og underernæring. I helsepersonellens kosthåndbok fra 2012 omtales tema ”Tiltak når matinntaket blir for lite”, som svært viktig (Helsedirektoratet, 2012b). Tilpasning av maten med tanke på næringsstoffer og konsistens kan være nødvendig. Et adekvat inntak av næringsstoffer vil føre til at eldre bevarer fysiologiske funksjoner som har betydning for deres livskvalitet (Aagaard, 2010). I Stortingsmelding 10, God Kvalitet – Trygge tjenester, skrives det at en underernært pasient har en betydelig lenger liggetid i institusjon, enn en velernært pasient (Meld. St. 10, 2012).

I henhold til lovgivningen, Helsepersonelloven § 2-4, skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Kosthåndboken presiserer at forsvarlig helsehjelp innebærer at pasientene har krav på at helsehjelpen er tilpasset sine individuelle behov

når det gjelder helsetilstand og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2012b). Med tanke på kostholdets viktige funksjon både som en kilde til bedre helse og som en del av det sosiale livet, er det viktig at helsepersonell på sykehjem har fokus på ernæring. I Meld. St. 25 (2006) står det at det er nødvendig med innsats fra flere instanser for å tilrettelegge for en bedre ernærings situasjon for brukerne av omsorgstjenesten. Stortingsmeldingen legger vekt på at bruken av retningslinjer som verktøy for ernæringsarbeid er svært viktig i institusjoner og Helsedirektoratets Kosthåndbok er gitt ut med det formål å fungere som dette (Helsedirektoratet, 2012b). Målgruppen for kosthåndboken er helsepersonell, ledere og kjøkkenpersonell og har som hensikt å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjene legger vekt på at personalet har et ansvar for hvordan måltidet presenteres og at det å servere mat er en betydningsfull oppgave (Helsedirektoratet, 2012b). Kosthåndboken presenterer en sjekklister som tar utgangspunkt i hvordan personalet kan gjøre måltids situasjonen til en god opplevelse for pasientene.

---

### Sjekklister

- **Sørg for et hyggelig spisemiljø som også er praktisk tilrettelagt**
- **Sørg for god sittestilling under måltidene**
- **Vurder behov for mat og drikke med annen konsistens**
- **Vurder behov for spiseredskaper eller andre hjelpemidler, spishjelp eller med spising**
- **Tilby passe antall måltider, mellommåltider og ekstra drikke**
- **Gi valgmuligheter når det gjelder mat og drikke**
- **Sørg for at maten har riktig temperatur**
- **Sørg for nok tid og ro, slik at måltidet blir trivelig.**

**Tabell 1.** Sjekklister for hva helsepersonell må ha fokus på under måltider på institusjoner (Helsedirektoratet, 2012b)

Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er gitt ut for å sikre god kvalitet i arbeid med underernæring (Guttormsen et al., 2013). Målgruppen er personell i spesialist- og primærhelsetjenesten som har ansvar for å gi oppfølging av god kvalitet til pasienter i ernæringsmessig risiko. Retningslinjene omfatter anbefalinger for hvordan helsepersonell skal håndtere underernæring hos pasienter på institusjon.

## 1.2 Tidligere forskning

I Helsedirektoratets rapport fra 2012, Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten, kommer det frem at helsepersonell, tross mangel på kompetanse, forventes å håndtere ernæringsfaglige oppgaver uten tilgang på veiledning eller muligheten til å henvise til en mer ernæringsfaglig helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2012a). En undersøkelse utført i 2008 avdekket en mangel på rutinger for vurdering av ernæringsstatus, ved norske sykehjem (Aagaard, 2008). Den viste at det ved noen av sykehjemmene ble oppgitt at det ikke var tilstrekkelig med personalet til å gi spisehjelp til alle som hadde behov for det, og at det foregikk såkalt ”parallellmatning” hvor en pleier matet to pasienter samtidig. Aagaard peker på et økt behov for generell kunnskap innen ernæring hvor økonomi, tidspress, lav grunnbemanning, holdninger og kunnskapsmangel er årsaker til mangelfullt ernæringsarbeid (ibid). En skandinavisk studie fra 2006 hadde som hensikt å undersøke rutiner og holdninger for ernæringsfaglig arbeid, på sykehus og viste en uoverensstemmelse mellom daglige ernæringsmessige rutiner og holdninger til disse rutinene (Mowe et al., 2006). I en svensk studie fra 2009 kommer det frem at helsepersonell på sykehjem opplever et paradoksalt arbeidsmiljø (Karlsson, Ekmen, & Fagerberg, 2009). På den ene siden føler de seg verdsatt, men på den annen side føler de seg frustrerte og undervurderte. Følelsen av å bli verdsatt kom fra det å kunne gi god pleie til pasienter, samt når deres råd og kunnskap ble brukt. Frustrasjonen kommer i hovedsak av situasjoner hvor det kreves at helsepersonellet skulle utføre oppgaver de ikke hadde autorisasjon til (Karlsson et al., 2009). Dette var situasjoner hvor det ble forventet at de opptrådte som sosial arbeidere uten å ha en tilstrekkelig kompetanse for dette. Helsepersonellet rapporterte også at de ofte følt seg stresset, hvor de opplevde en frykt for å skade pasientene og mangel på tid var ofte en kilde til stress.

Eldre har behov for mat av høy kvalitet og med en gunstig nærings sammensetning som dekker deres behov (Aagaard, 2010). Personer med spisevansker kan, som tidligere nevnt, ha behov for mat som også er tilpasset deres fysiske funksjonsnivå. For å sikre et trygt inntak av mat, kan det være nødvendig å konsistentstilpasse maten som blir gitt til personer med spisevansker (Ullrich & Crichton, 2015). En studie fra 2015 hadde som hensikt å undersøke hvordan beboere på sykehjem opplevde overgangen fra å spise vanlig mat, til å få servert tekstur-modifisert mat (ibid). Studien viste at for å utføre en

vellykket overgang, var det helt nødvendig med en felles forståelse for hvorfor overgangen skjer. Beboeren må forstå hvorfor denne overgangen skjer, både klinisk og ernæringsmessig, men det må også være en forståelse for hvordan denne overgangen kan påvirke beboerens daglige liv og relasjoner til andre. Dersom denne forståelse ikke er tilstede, kan overgangen fra vanlig mat, til konsistenstilpasset mat føre til stress og beboeren kan føle at hun/han må spise på grunnlag av nødvendighet eller kun sult (Ullrich & Crichton, 2015). Dersom overgangen fører til stress, er overgangen et eksempel på dårlig ernæringsfaglig behandling hvor pasientens behov ikke er i fokus. Helsepersonellens rolle i forbindelse med denne overgangen fra vanlig mat er svært sentral. En reviewartikkel fra 2012 hadde som hensikt å fremheve problemer og utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat for å indentifisere kunnskapshull for videre forskning (Keller, Chambers, Niezgoda, & Duizer, 2012). Artikkelen legger vekt på mangelen på forskning innenfor bruken av konsistenstilpasset mat og hva som skal til for å gjøre spisesituasjonen til en hyggelig opplevelse. På grunnlag av matens komplekse natur, er det viktig at en som forsker vender oppmerksomheten til dette forskningsfeltet slik at en kan løse problemene rundt bruken av konsistenstilpasset mat som påvirker helsen og livskvaliteten til personene som trenger denne maten. Artikkelen fremhever forslag til videre forskning, hvorav en punkt er som følger: Personalet som er involvert i mating må ansees som en del hele fenomenet konsistenstilpasset mat (Keller et al., 2012). Deres opplevelser og inntrykk av produktet må tas i betraktning, samtidig som det er viktig med trening for å sikre at spisehjelpen som gis pasientene er av god kvalitet og at presentasjonen av maten er appetittlig

### **1.3 KOMAT som hovedprosjekt**

KOMAT – Konsistenstilpasset mat til eldre, er et forskningsprosjekt i regi av Måltidets Hus AS. Formålet med prosjektet er å utvikle varierte middagsretter til eldre med spisevansker. Prosjektet er finansiert av Regionale Forskingsfond Vest. Bakgrunnen for satsingen er å sette fokus på graden av konsistenstilpassning hvor en ønsker å lage et produkt som er tykkere enn den klassiske puréen. Dette betyr at produktet skal kunne støpes i former og smelte/løse seg lett opp i munnen uten at tygging er nødvendig. Et kommunalt sentralkjøkken har allerede prøvd ut et eget liknende produkt ved et utvalgt sykehjem.

## 1.4 Studiens hensikt og formål

Som en del av KOMAT har studien som hensikt få en innsikt i hvordan bruken av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi påvirker helsepersonellens erfaringer og opplevelser rundt måltidsituasjonen. Studien ønsker å se på hvordan helsepersonellet opplever det å kunne servere mat til pasientene som er tilpasset deres behov. Målet med studien er å få ny kunnskap om hvordan konsistenstilpasset mat fungerer som produkt og hvordan bruken kan påvirke helsepersonellens oppfatning av egengitt pleie til pasienter med spisevansker.

## 1.5 Problemstilling

På grunnlag av studiens hensikt og formål er følgende problemstilling utarbeidet:

- Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?

For å svare på problemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- Hvordan oppleves bruken av konsistenstilpasset mat av helsepersonellet?
- Hvordan påvirkes helsepersonellens opplevelse av pleien de gir pasientene, ved bruk av konsistenstilpasset mat?

## 1.6 Litteratursøk

Det ble foretatt litteratursøk i databaser som PubMed, Ovid/Medline, Embase og CINAHL med søkeordene Texture modified food/diet AND Deglutition disorder/dysphagia (Se vedlegg 1). I samtlige av de nevnte databasene førte søket til svært få treff. Da søkeordene nurse og experience ble inkludert, resulterte søket i ingen relevante treff. Med tanke på det lave antallet treff på søkeordene, ble det ikke gjort ytterligere avgrensninger da det ble ansett som overkommelig å gå i gjennom søket manuelt. Hoveddelen av artiklene som kom frem i søket omhandler bruken av

konsistenstilpasset mat i forbindelse med undervekt, som grunnlag for måling av energiinntak eller ved bruk hos barn. Etter innsamling og analyse av datamateriale, ble det gjort ytterligere søk i databaser for å finne relevant litteratur i forhold til studiens teoretiske bakgrunn. Søkeordene dementia AND self efficacy AND Nursing/health professionals ble brukt (se vedlegg 1).

## **2.0 Teoretisk bakgrunn**

### **2.1 Dysfagi**

Dysfagi betegnes som svelgebesvær og er ikke en sykdom i seg selv, men et symptom på ulike sykdommer og tilstander (Utne & Stensvold, 1999; Aabakken, 2016). Dysfagi kan være et symptom på nevrologiske tilstander, det kan være et resultat av redusert spyttsekresjon eller komme som følge av aldersrelaterte anatomiske forandringer (Utne & Stensvold, 1999). Studier viser at dysfagi kan forekomme hos personer med demens. I en reviewartikkel fra 2015 kommer det frem resultater fra en studie som viste at dysfagi forekom hos 10.9 % av pasienter med demens (Kilic, Sümer, & Ülger, 2015). Dysfagi kan oppstå sent i sykdomsforløpet ved demens og er et betydelig helseproblem for de det gjelder (Brodtkorb, 2008). Problemer med svelget kan føre til alvorlige konsekvenser over tid som aspirasjons pneumoni og underernæring eller det kan også føre til akutte situasjoner hvor pasienten opplever å bli kvelt av maten (Pritchard & Jones, 2014; Roy et al., 2007). Mat og drikke har en stor kulturell betydning for mennesker og dysfagi kan føre med seg sosioemosjonelle vansker for pasienter. Det vil si at pasienter kan oppleve angst i forbindelse med måltider og derfor unngå sosiale sammenhenger (Roy et al., 2007). Studier viser at prevalensen av dysfagi varierer. I en review fra 2015 legges det frem en prevalens fra 7% til 40 % hos eldre i sykehjem og institusjoner (Namasivayam & Steele, 2015), mens andre studier viser til tall som 40% til 60% (USA) og 22% til 60% (Italia og Japan) av eldre i sykehjem lider av dysfagi (Park et al., 2013). Park et al. skriver at dysfagi er et stort helseproblem blant eldre i sykehjem og at antallet personer med demens som utvikler dysfagi øker (2013). Samme studie resulterte i en prevalens på 52,7 % ved et sykehjem i Sør-Korea. God og effektiv håndtering av dysfagi er viktig for å forebygge ytterligere komplikasjoner som nevnt over (Pritchard & Jones, 2014). Uavhengig av årsak, må dysfagi håndteres på en adekvat måte og studier viser til ulike tiltak for å forebygge komplikasjoner ved dysfagi

etter slag (Martino, Martin, & Black, 2012). Tiltak som endring av kosthold, fokus på sittestilling under måltidet og rådgivning om trygg spising har vist å være fordelaktig ved håndtering av dysfagi hos slagpasienter (Martino et al., 2012). Studier foreslår at utdanning av helsepersonell innen diagnostisering og behandling av dysfagi er et viktig aspekt i rehabiliteringen av eldre pasienter med dysfagi (Rofes et al., 2011).

## **2.2 Underernæring**

Underernæring er en kronisk tilstand hvor kroppen mangler næringsstoffer på grunn av en lengre tidsperiode hvor inntaket har vært lavere enn behovet (Oslo Ernæringsomsorg, 2016). Det finnes ingen universal definisjon på underernæring, men karakteriseres av et inadekvat inntak av essensielle næringsstoffer (Mowé, 2002; Verbrugghe et al., 2013). Det er rapportert om høy prevalens av underernæring i norske sykehjem og sykehus, og tall fra studier viser at 57 % av pasienter på norske sykehjem har ernæringsrelaterte problemer (Ihle-Hansen, Mowe, & Fure, 2011). En studie utført i Finland viste en assosiasjon mellom underernæring og vanskeligheter med å svelge (Suominen et al., 2005). Underernæring kan ha mange årsaker og være en konsekvens av ulike sykdommer og tilstander, hvorav dysfagi er bare en av årsakene. Som en følge av underernæring kan en rekke alvorlige sykdommer oppstå, i tillegg til en generelt redusert kroppsfunksjon og kognitiv funksjon er tilstanden relatert til dødelighet innen ett år (Törma, Winblad, Cederholm, & Saletti, 2013). I sammenheng med dysfagi, kan underernæring bidra til en ”ond sirkel”. Dysfagi kan føre til underernæring, som fører til redusert kroppsfunksjon, som igjen vil føre til økte symptomer på dysfagi (Hernández, Sanz, Vilá, Araujo, & Garcia de Lorenzo, 2015).

## **2.3 Demens**

Verdens Helseorganisasjon definerer demens som et syndrom på grunn av sykdom i hjernen, på grunn av en kronisk eller progressiv natur hvor hjernefunksjoner forstyrres (World Health Organization, 1993). Disse funksjonene inkluderer hukommelse, tenking, orientering, forståelse, kalkulering, læring, språk og dømmekraft. Påvirkning av kognitiv funksjon er ofte ledsaget av redusert emosjonell kontroll, sosial atferd eller

motivasjon. Demens reduserer personers evne til å fungere intellektuelt og påvirker hvordan en utfører daglige gjøremål og aktiviteter. Det finnes ingen studier som kan brukes til et presist estimat for forekomsten av demens i Norge, men antallet ble i 2012 anslått til å være over 77 000 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Studier viser at helsepersonell som daglig arbeider med personer med demens på institusjoner for langstidsbehandling og pleie, har en høyere risiko for utvikling av utbrenthet og depressive tanker (Duffy, Oyebode, & Allen, 2008; Mackenzie & Peragine, 2003).

## **2.4 Konsistenstilpasset mat**

I Kosthåndbokens kapittel 12, beskrives konsistenstilpasset kost som et tiltak med et overordnet mål om å dekke pasientens behov for energi, næringsstoffer og veske, samt at måltidene skal oppleves som trygge og behagelige for pasienten. Målgruppen er pasienter med tygge- og svelgevansker. Helsedirektoratet definerer ulike grader av konsistens ut i fra hvor lett eller vanskelig maten er å tygge og svelge:

- Lett-tyggelig kost - Konsistensnivå III
- Findelt kost (Puré) – Konsistensnivå II
- Geléringskost – Konsistensnivå I
- Flytende kost
  - o Tyntflytende kost
  - o Tyktflytende kost
  - o Krem

Valg av konsistensnivå må tilpasses pasientenes behov. Dersom pasienten har både tygge- og svelgevansker, kan en kombinasjon av konsistensnivåene være hensiktsmessig.

## **2.5 Mestring**

Mestring av vanskelige situasjoner er en sentral del av hverdagen til helsepersonell på sykehjem. Pasienter med krevende tilstander og sykdommer kan utfordre helsepersonellets tro på egen mestring i forhold utføring av deres arbeidsoppgaver.



Bandura definerer mestringstillit som troen på at egen atferd eller atferdsmønster kan føre til et gitt utfall (Bandura, 1997). Mestringstillit bestemmes av ”*Efficacy Expectations*”, i denne oppgaven forstått som forventninger til egen mestringstillit (hvor mye tro har du på at du kan ha en atferd) og ”*Outcome Expectation*”, forventninger til utfall (hva vil atferden føre til?) (Siela & Wieseke, 2012). Bandura skriver: ” Forventninger til personlig mestring påvirker både initiativ til og opprettholdelse av mestrende atferd” og ”Desto sterkere mestringstilliten er, jo mer aktiv innsats” (Bandura, 1977). Forventninger til mestringstillit påvirkes av følgende determinanter:

- Våre tidligere erfaringer av suksess og feiling.
- Relevant indirekte erfaringer
- Verbal og sosial overtalelse
- Emosjonell påvirkning

Våre tidligere erfaringer har størst påvirkningskraft, fordi dette er nettopp våre egne erfaringer. Har vi tidligere opplevd at vi får til noe, at vi opplever suksess med det vi utfører, vil denne mestringsfølelsen kunne overføres til andre situasjoner, den kan generaliseres. Dersom en opplever å feile gang på gang i det man skal utføre, vil dette redusere mestringsfølelsen for flere situasjoner. Relevant indirekte erfaringer kan være å se at andre mestrer en krevende situasjon, kan øke troen på egen mestring. Denne determinanten bygger på prinsippet at ”hvis andre klarer det, klarer jeg og”. Verbal overtalelse kan påvirke mestringstilliten, men i liten grad i forhold til indirekte erfaring og tidligere erfaring. Emosjonell påvirkning er også en påvirkningsfaktor i for mestringstilliten. Emosjonell påvirkning oppstår i situasjoner som kan virke truende og vanskelige, hvor følelsene som oppstår, påvirker mestringsfølelsen. Dersom man ikke føler frykt, vil mestringsfølelsen styrkes, men dersom en føler seg truet av situasjonen, vil frykt generere frykt og dermed redusere mestringsfølelsen.

Mestringstilliten bestemmes også av forventninger til hvilket utfall atferden fører til. Bandura skriver at individer kan ha tro på at en gitt atferd fører til et bestemt utfall, men kan likevel ha usikker tro på at en faktisk kan utføre den gitte atferden (Bandura, 1977). På bakgrunn av dette er det viktig å holde de to begrepene adskilt.

## 3.0 Design og metode

Studien er en kvalitativ studie med en induktivt tilnærming. Det er utført fokusgruppeintervjuer for å utvikle kunnskap om et fenomen. I dette kapittelet vil metoden og analyseprosessen bli beskrevet for å gjøre rede for prosessen som er brukt for å svare på problemstillingen:

- Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?

### 3.1 Design

Valg av metode avhenger av problemstillingen en har valgt (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Studien har tatt utgangspunkt i en kvalitativ forskningsmetode med tanke på problemstillingens ordlyd. Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2013). De bygger på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk). Hensikten med metodene er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppfattes for de involverte selv. De omfatter et bredt spekter av strategier for innsamling og organisering av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale (ibid). Ved å bruke kvalitative metoder kan et utvikle kunnskap om menneskers erfaringer, opplevelser og holdninger ved å lete etter kunnskap i dets naturlige sammenheng. Kvalitative metoder passer når problemstillingen er sammensatt og kompleks og passer der en på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer hvor en åpner for et mangfold av svar. Denne studien tar utgangspunkt i en induktivt tilnærming, samt i de empiriske data for å finne nye begreper og teorier, en såkalt bottom-up tilnærming (Malterud, 2013). De empiriske data er hentet fra fokusgruppeintervjuene for å avdekke ny kunnskap og teori om fenomenet bruken av konsistenstilpasset mat.

## **3.2 Fenomenologi**

Malterud siterer Giorgi og skriver at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2013). Oppmerksomheten rettes mot verden slik den oppfattes for subjektet og fenomenologiske perspektiver har høy relevans for helsepersonell i forhold til praktisk/klinisk arbeid og forskning (Thornquist, 2012). Fenomenologien ønsker å studere bevisstheten og konsentrerer seg om hvordan fenomenet er gitt for vår bevissthet. Det er viktig å tilnærme seg fenomenet med en åpenhet slik at det en studerer ikke tilpasses forhåndsbestemte kategorier. Thornquist skriver at fenomenologien formidler respekt for det konkrete som konkret og legger vekt på fylldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelse (2012, s. 86). En er interessert i å forstå menneskers handlinger ut i fra aktørenes egne subjektive perspektiver. På bakgrunn av dette ble metodene som er brukt i denne studiens ansett som hensiktsmessige ut i fra problemstillingens ordlyd.

## **3.3 Utvalget**

### **3.3.1 Rekruttering**

Deltakerne i studien ble rekruttert fra et sykehjem som bruker en type konsistenstilpasset mat. Rekrutteringen skjedde via omsorgssjef i den gjeldene regionen. Det ble opprettet kontakt med avdelingsleder på det valgte sykehjemmet, som bistod i rekruttering av deltakere. For å sikre et utvalg som hadde mest mulig kunnskap om fenomenet, ble det utført et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er satt sammen slik at det har best mulig potensiale til å besvare problemstillingen (Malterud, 2013). Ettersom rekrutteringen skjedde via en avdelingsleder, ble det holdt en sterkt fokus på inklusjons- og eksklusjonskriterier for å forhindre at utvalget ble en for homogen gruppe. En viss grad av homogenitet kan likevel være hensiktsmessig for at deltakerne lett skal kunne kommunisere med hverandre, men en viss variasjon var i denne sammenhengen viktig (Johannessen et al., 2011).

### **3.3.2 Utvalget**

Utvalget besto av helsepersonell ved sykehjemmet som hadde erfaring med bruk av konsistenstilpasset mat. Det var ønskelig at deltakerne hadde varierende erfaring, da dette ville gi en bredde i svarene fra intervjuene. Deltakere med lang erfaring kan ha ubevisste opplevelser og tanker om tema, som nyutdannede og uerfarne helsepersonell ikke har tilegnet seg enda. Deltakerne kan derfor ha ulike opplevelser og erfaringer med tilnærmet like situasjoner.

Følgende inklusjonskriterier ble lagt til grunn for en strategisk utvelgelse:

- Deltakerne skal ha en fast stilling på sykehjemmet
- Deltakerne skal ha stillinger som omfatter tilnærmet like eller delvis like oppgaver. Dette er for å sikre en viss homogenitet i utvalget.
- Deltakerne skal daglig/ukentlig ta del i matsservering hvor konsistenstilpasset mat blir servert.

Følgende eksklusjonskriterier ble lagt til grunn for en strategisk utvelgelse:

- Helsepersonell med liten eller ingen erfaring med bruk av konsistenstilpasset mat vil bli ekskludert.
- Helsepersonell som ikke daglig eller ukentlig deltar i matsservering til pasienter med spisevansker vil ikke bli inkludert i studien.

### **3.3.3 Demografiske kjennetegn ved deltakerne**

Totalt 12 deltakere deltok i studien. Gruppen bestod av sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og en vernepleierstudent. Vernepleierstudenten ble inkludert da studentens potensiale til å komme med informasjon ble ansett som tilstrekkelig.

## **3.4 Innsamling av data**

Fokusgruppeintervjuer ble ansett som den mest hensiktsmessige måten å innhente data med tanke på problemstillingen ordlyd. Det kvalitative intervjuer har som hensikt å

beskrive informantens hverdag for å kunne forklare et fenomen og menneskers erfaringer kommer best frem når informanten er med på å bestemme hvilke temaer som tas opp i intervjuet (Johannessen et al., 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Det var ønskelig å rekruttere mellom 10 og 15 deltakeren til å delta i to fokusgruppeintervjuer, for å gjennomføre ordinære gruppesamtaler. Ordinære gruppesamtaler består av mellom seks til ti deltakere og har flere fordeler (Johannessen et al., 2011). Ordinære gruppesamtaler foretrekkes istedenfor individuelle intervjuer når en ønsker å avdekke en bredde av erfaringer og synspunkter om et fenomen. Det var ønskelig at gruppene var relativt små for å kunne oppmuntre til diskusjon og samtale mellom deltakerne. To gruppeintervjuer ble avtalt, da dette ble ansett som et tilstrekkelig antall for å oppnå et metningspunkt.

Fokusgruppeintervjuene ble holdt i løpet av to dager på det valgte sykehjemmet og varte i omtrent 60 minutter hver. Intervjuene skjedde i løpet av deltakerens arbeidsdag, på deres egen arbeidsplass. Sted og tid for intervju ble valgt fordi det var hensiktsmessig for deltakerne. Før selve intervjuet startet fikk deltakerne muntlig informasjon om at moderator og med-moderator hadde taushetsplikt, om prosjektets etiske overveielser og informasjon om hvordan resultatene skulle publiseres. Deltakerne signerte et informasjons- og samtykkeskjema, hvorav samtlige samtykket til deltakelse i studien (Se vedlegg 2). Deltakerne ble gjort oppmerksom på at intervjuet skulle tas opp på lydbånd, samt at all informasjon som kom frem i intervjuet ville forbli konfidensielt og anonymisere før publisering.

Fokusgruppeintervjuene hadde en overordnet intervjuguide (se vedlegg 3) og inneholdt åpne spørsmål for å oppmuntre deltakerne til diskusjoner og samtaler seg i mellom. Det er viktig at en forholder seg til intervjuguiden på en måte som gjør at en ikke blir for bundet til spørsmålene den inneholder, slik at intervjuet forblir semistrukturert (Malterud, 2012). Intervjuguiden inneholdt tre nøkkelspørsmål som hoveddel i intervjuet (Johannessen et al., 2011). Det ble også brukt støttespørsmål for å utdype nøkkelspørsmålene eller for å få gruppen tilbake på et tema, hvis samtalen sporet av. Under intervjuene ble det også stilt oppfølgende spørsmål for å enten unngå misforståelse eller for å få en dypere forståelse av temaet som ble tatt opp.

### **3.5 Transkripsjon**

Etter at intervjuene ble gjort ble det umiddelbart utført transkripsjoner av lydopptakene fra intervjuene hvor de ble skrevet av ord og ord. Formålet med skriftliggjøring av opptakene er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informantene hadde til hensikt å formidle (Malterud, 2013). Transkripsjonen ble gjort av intervjueren selv for å unngå misforståelser og oppklare eventuelle uklarheter. Under transkripsjonen ble det gjort små endringer i teksten for å klargjøre det som ble fortalt. Malterud referer til begrepet ”slightly modified verbatim mode” for å gjøre et sitat mer skriftlig og får å unngå å latterliggjøre deltakernes uttrykk (Malterud, 2013). Transkripsjonene førte til en omfattende mengde skriftlig materialet for videre analyse.

### **3.6 Analysen**

Kvalitativ forskning innebærer alltid en eller annen form for teksttolkning, men teksten er imidlertid bare en tekst, og ikke virkeligheten selv (Malterud, 2013). Kvalitative forskningsmetoder er virkeligmidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskapet og karaktertrekk ved ulike fenomener. Ut i fra problemstillingens ordlyd og studiens design, ble det utført en systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013) (Se vedlegg 4). Analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og videre modifisert av Malterud. Giorgi beskriver at formålet med sin analysemetode er å utvikle kunnskap om informantens erfaring innenfor et bestemt felt. Systematisk tekstkondensering gjennomføres i fire trinn, basert på transkripsjonen. Trinn 1 baserer seg på å lese gjennom transkripsjonene for å danne seg et helhetsinntrykk. Videre i trinn 2 skiller man relevant tekst fra irrelevant tekst ved å identifisere meningsbærende enheter. I trinn 3 abstraherer man kunnskapen fra de meningsbærende enhetene og i siste og 4. trinn sammenfatter man betydningen etter trinn 3, og danner analytiske teksten som beskriver funnene.

### **3.6.1 Fra rådata til helhetsinntrykk**

I første trinn av analysen ble transkripsjonene gjennomlest, og eventuelle temaer ble skrevet ned. Under første trinn er det viktig at forskeren setter sin egen forforståelse og eventuell relevant teori for oppgaven, til side for å være åpen for de inntrykk som kommer ut fra transkripsjonen (Malterud, 2013). Temaer som vekker interesse ble skrevet ned og diskutert med en annen forsker for å eventuelt finne temaer som beskrev de samme fenomenene. Etter første gjennomlesning ble det identifisert temaer, som videre ble diskutert. Det ble holdt analysemøter hvor student, medmoderator og veileder deltok. Temaer ble skrevet på en tavle for å få en god oversikt og får å få et godt helhetlig inntrykk av hva transkripsjonene faktisk fortalte. Trinn 1 var en omfattende prosess hvor temaer og subgrupper ble nøye diskutert og endret flere ganger. De første temaene ble revidert og 4 hovedtemaer med påfølgende subgrupper ble valgt som utgangspunkt for analysen.

Hovedtemaene som ble valgt var:

1. Behov for konsistenstilpasset mat.
2. Bruk av konsistenstilpasset mat.
3. utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat.
4. Bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper.

### **3.6.2 Identifisering av meningsbærende enheter**

Etter at de foreløpige hovedtemaene ble identifisert, medførte trinn 2. å skille ut relevant tekst fra transkripsjonene, en såkalt dekontekstualisering. Formålet med dette trinnet er å velge ut tekst som bærer med seg kunnskap om temaene fra første trinn (Malterud, 2013). Transkripsjonene ble gjennomgått linje for linje for å finne meningsbærende enheter. Linjene ble nummerert slik at det skulle bli lettere å finne tilbake til enhetens plassering i transkripsjonen i ettertid. De meningsbærende enhetene ble kodet med tanke på temaene fra første trinn, for å systematisk klassifisere dem. Under identifisering av de meningsbærende enhetene, ble navnet på temaene og subgruppene fra første trinn revidert for å bedre kunne klassifisere enhetene.

### **3.6.3 Kondensering**

Etter trinn 2 sitter en igjen med et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. I tredje trinn henter en systematisk ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). De meningsbærende enhetene under hver subgruppe, ble skrevet om til kunstige sitater som viste hva de meningsbærende enhetene fortalte. De kunstige sitatene, kondensatene, ble videre brukt fjerde trinn. Subgruppene under hver hovedgruppe ble igjen diskutert for å vurdere hvorvidt de fortsatt var hensiktsmessige i forhold til klassifisering av de meningsbærende enhetene. Subgruppene forble som de var.

### **3.6.4 Fra kondensering til analytisk tekst**

I analysens fjerde og siste trinn skal vi sette sammen bitene igjen – rekontekstualisere (Malterud, 2013). En skal sammenfatte de en har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge til grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Kondensatene under hver subgruppe ble skrevet om til en analytisk tekst for å formilde innholdet. Den analytiske teksten representerer resultatene i studien, sammen med et gullsitat som illustrerer det vi har beskrevet i den analytiske teksten (Malterud, 2013).

## **3.7 Forforståelse**

Alle mennesker møter verden med en forforståelse, kunnskap og oppfatninger, som vi ofte ubevisst bruker til å tolke det som skjer rundt oss (Johannessen et al., 2011). Forskerens forforståelse vil kunne påvirke hva forskeren observerer og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes. En virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om alle perspektivene ikke er like relevante for problemstillingen som skal belyses (Malterud, 2013). Derfor har forskerens posisjon og perspektiv stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Min egen forforståelse som forsker har vært svært sentral i tolkning av andre personers erfaringer og opplevelser. Som student med en bachelorgrad i ernæringsfysiologi, fungerte min forforståelse som en motivasjonsfaktor for oppgaven. Jeg har ingen erfaring med arbeid som angår direkte



kontakt med pasienter på sykehjem og heller ingen erfaring med servering av mat til pasienter på en slik institusjon. Dette anså jeg som en fordel, da jeg ville forholde meg til datamaterialet med et åpent blikk uten å lete etter spesielle aspekter. Selv om jeg har jobbet som matvert på postkjøkken på sykehus har jeg likevel begrenset erfaring med selve maten som blir servert på en institusjon. Den vanligste fallgruven er å tillate forforståelsen å overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2013). Basert på dette, var det svært viktig at jeg hadde fokus på min egen forforståelse under analysen, slik at jeg forholdt meg objektiv ovenfor erfaringer og opplevelser som ble formidlet av helsepersonellet.

Under intervjuene hadde jeg fokus på å forholde meg nøytral til det som ble fortalt. Selv om helsepersonellet hadde kjennskap til min bakgrunn, presiserte jeg at jeg ikke hadde noen fasit på spørsmålene mine og at det var deres erfaringer og opplevelse jeg ønsker å høre.

### **3.8 Studiens troverdighet**

Malterud skriver at i all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (2011 s. 181). Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens framgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2011). Et vellykket strategisk utvalg med et variert og mangfoldig materialer kan i analysefasen åpne for alternative tolkningsmuligheter. Studiens eksterne validitet er basert på at studien tar utgangspunkt i et utvalg med variasjon i forhold til erfaring og utdanning. Validitet kan ikke oppfattes som noe absolutt, som om data er valide eller ikke, men som et målingsfenomen (Johannessen et al., 2011). Det dreier seg om hvorvidt det er samsvar mellom fenomenet som skal undersøkes og målingen. Målingen tar utgangspunkt i en intervjuguide for et semistrukturert intervju som åpner for å undersøke helsepersonellens opplevelser og erfaringer. Den samme intervjuguiden ble brukt under begge intervjuene for å sikre at intervjuene hadde det samme utgangspunktet. Dette var for å styrke studiens interne validitet og dens reliabilitet.

## **4.0 Forskningsetiske vurderinger**

I Helsinkideklarasjonen som ble revidert i 2013 presiserer at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (The World Medical Association, 2013). Som forsker har jeg hatt fokus på min rolle og det ansvaret en utførelse av en kvalitativ studie krever. Respekten for deltakerne og deres meninger og verdier har stått i fokus gjennom hele forskningsprosessen. Før intervjuene ble utført, signerte alle deltakerne et samtykkeskjema hvor de ble informert om studiens formål og lagring av data (Se vedlegg 2). Muntlig informasjon ble gitt om at jeg som moderator og min medmoderator hadde taushetsplikt og at alle data som ble innsamlet, både skriftlig og på lydbånd, ville forbli anonymisert og holdt konfidensielt. Deltakerne ble bedt om å ikke nevne personidentifiserende informasjon under intervjuene. Dersom deltakerne nevnte navn eller sensitiv informasjon, ble dette utelatt fra transkripsjonene. Det er en forutsetning at deltakeren på forhånd får vite nok om hvordan data skal innsamles og håndteres, til at det mulig å si nei uten å komme i en vanskelig situasjon (Malterud, 2013).

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) den 29.9.2015, samt registrert hos forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus (Se vedlegg 5).

## **5.0 Funn**

Resultatet fra studien omhandler 4 overordnede tema sett fra helsepersonellens perspektiv; måltidsituasjonen hos pasienter med dysfagi før konsistenstilpasset mat ble tatt i bruk, bruken av konsistenstilpasset mat før den ble innført, og utfordringer ved denne, samt bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper.

## 5.1 Behovet for konsistenstilpasset mat for pasienter med dysfagi

Behovet for konsistenstilpasset mat begrunnes i helsepersonellens opplevelser og erfaringer både med situasjoner rundt pasientene og med maten generelt, før konsistenstilpasset mat ble brukt.

### 5.1.1 Opplevelse av utrygghet og manglende mestring i vanskelige situasjoner

Helsepersonellet på sykehjemmet fortalte om skremmende situasjoner de hadde opplevd, hvor pasienter med dysfagi satte ”vanlig mat” i halsen. Disse situasjonen utviklet seg til å bli svært alvorlige og informantene fortalte at de opptil flere ganger har måtte kontakte ambulanse for hjelp.

*”Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen (...) vi trodde hu skulle dø, men vi klarte å redde henne”*

Dette var situasjoner som vekket frykt hos de ansatte, hvor helsepersonellet følte seg preget av situasjonen etter endt arbeidsdag. Fortellingene tydet på en fysisk og psykisk krevende arbeidsdag, hvor personalet måtte være forberedt på situasjoner som omhandler det å redde liv hos pasienter som satte mat i halsen.

*” Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelven når jeg gikk hjem (...) men det er en sånn hendelse som sitter i deg ganske lenge”*

Slike vanskelige situasjoner førte til skyldfølelse hos de ansatte. Informantene fortalte at dersom en pasient havnet i en slik situasjon og satte i halsen, følte de skyld for at pasienten ikke fikk i seg mat. Fortellingene bar preg av at skyldfølelse og hjelpeløshet oppsto ofte i situasjoner hvor en skulle hjelpe pasienter med dysfagi.

*”Du får en skyldfølelse og hva er det jeg gjør som er galt som gjør at hun ikke klarer å svelge det, jeg kjenner hvert fall på det”*

Informantene ga uttrykk for at det å skulle hjelpe pasienter med dysfagi kunne være noe de grudde seg til på grunn av de vonde følelsene som kunne oppstå. Frykt, hjelpeløshet og skyldfølelse hindret helsepersonellet i å hjelpe pasienter med dysfagi på en bekymringsløs måte.

*” Så det var ganske skremmende flere episoder. Det var nesten bare man snudde ryggen til så stappet hun i seg (...) Det var mange som var litt bekymra og redde for å hjelpe henne på grunn av det”*

### **5.1.2 Bruk av vanlig mat oppleves utilstrekkelig**

Informantene fortalte at pasienter med svelgevansker som fikk servert normal kost kunne bruke lang tid på å innta maten. Dette var fordi råvarene, som kjøtt, kunne være vanskelig å både tygge og svelge.

*” Så har vi jo de som bruker lang lang tid på vanlig mat (...) Kjøtt kan være trevlete og litt store biter og sånt, og de sitter å tygger og tygger, og til slutt så kommer det ut igjen”*

Helsepersonellet fortalte at det kunne være utfordrende å følge opp pasientene under måltidsituasjonen fordi den vanlige maten førte til at en pasient satte i halsen dersom helsepersonellet var uoppmerksomme. Det kom frem at mangel på hjelp til pasientene kunne føre til alvorlige konsekvenser, og dette var noe helsepersonellet tenkte mye på.

*” Vi måtte sitte på siden av henne og hjelpe henne og hele tiden følge med for hun.. det gikk så fort”*

Ved bruk av mat som ikke er tilpasset pasientenes behov, måtte helsepersonellet innføre tiltak for å tilpasse maten. Pasienter med dysfagi hadde ofte behov for at matens konsistens ble endre. Personalet brukte ofte stavmiksere for å mose maten til en ”grøt” slik at det skulle bli enklere for pasientene å innta maten. Tradisjonelle middagsretter ble ugjenkjennelige etter at det ble brukt blender eller stavmikser

” Vi har most maten selv hvis vi har hatt behov for det. Vi har sånne stavmikserer”

## **5.2 Bruk av konsistenstilpasset mat**

Bruk av konsistenstilpasset mat omhandler helsepersonellens erfaring og opplevelser ved bruk av denne typen mat til pasienter med dysfagi.

### **5.2.1 Bruk av konsistenstilpasset mat oppleves tilfredsstillende i forhold til pasientens næringsbehov og økt trygghet og mestringsopplevelse hos helsepersonellet.**

Fokus på mat og ernæring var viktig for informantene og de hadde et grunnleggende ønske om at pasientene skulle få i seg mat. Informantene fortalte at de var opptatt av at pasientene skulle få en næringsrik diett og at de skulle få i seg tilstrekkelige mengder mat. Det tydet på at helsepersonellet var svært opptatt av pasienten skulle få i seg både mat og drikke uten å ha problemer.

*”Vi vil jo at de skal få både mat og drikke uten at de skal ha problemer (...) vi vil jo at de skal spise og ikke gå ned i vekt (...) og en prøver å gjøre det en kan for at de skal få en fullverdig næringsdiett”*

Bruken av konsistenstilpasset mat hadde gjort deres hverdag enklere og at maten i seg selv var en kilde til trygghet for både de ansatte og pasientene. I en hverdag hvor skremmende situasjoner som nevnt under avsnitt 5.1.1 kunne oppstå, var det godt å kunne servere mat som var tilpasset pasientens behov uten å måtte være bekymret.

*”Jeg tenker jo at det absolutt er en kilde til en tryggere hverdag, både for oss, for at vi skal kunne trives og jobbe på en sånn plass (...) Det føles jo godt at de får i seg mat (...) så det er jo trygt når du ser hvilket problem de har med å svelge”*

Helsepersonellet tenkte ofte på hvilke problemer som oppsto før tiltak som konsistenstilpasset mat ble innført. Hendelsene som oppsto tidligere, hvor pasienter satte i halsen, hadde ført til at helsepersonellet var glad for at de har mulighet til å servere mat denne typen mat.

” Jeg tenker bare på konsekvensen hvis de ikke hadde fått det, de veier, de blir jo litt dårligere av at de ikke får i seg nok næring og nok mat”

### **5.2.2 Den konsistenstilpassede maten oppleves delikat og god**

Informantene fortalte at den konsistenstilpassede maten så god og delikat ut. Fargene gjorde at maten så appetittlig ut, samt at det var praktisk at maten kom ferdig oppvarmet fra kjøkkenet. Helsepersonellet ga uttrykk for at de var fornøyde med maten som kom fra kjøkkenet.

*” Jeg synes det er god mat, det er god smak i maten, det må jeg si. Det er jeg ganske overraske over. Jeg synes det er fantastisk mat det lager her (...) Det ser litt mer delikat ut”*

De var fornøyde med maten og at den medførte et lavere tidsforbruk på forberedelse av maten til pasienter med dysfagi. Bruk av konsistenstilpasset mat gjorde at de ansatte ikke lenger måtte å bruke stavmikser og andre tiltak når de forberedte mat til pasienter med spisevansker.

*” Skulle vi stått å miksa eller stavmiksa, hvor mye tid hadde vi ikke brukt da”*

Helsepersonellet fortalte at det var forskjell på hvor mye pasientene spiste, og porsjonene var litt store for noen, mens de passet for andre. Det var svært viktig å ha fokus på hvordan de serverte og presenterte maten for pasientene. Måten de gikk frem på under hjelp med mating hadde stor betydning og de fortalte at det var viktig at en ikke bare rørte alt på tallerken sammen til en grøt. Fokus på at pasienten skulle ha en positiv opplevelse av maten og hvordan de selv ville hatt det, påvirket deres atferd foran pasientene.

*” Så klart mye har jo med hvordan vi velger å legge fram denne maten som de får (...) litt sånn opptatt av det at når de får den maten, så ikke bare sause i sammen alt, for det ser jeg mange som gjør og det ser udelikat ut”*

### **5.3 utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat**

Utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset omhandler generelle, organisatoriske og etiske utfordringer som oppstår i omstendighetene rundt bruken av konsistenstilpasset mat.

#### **5.3.1 Generelle utfordringer ved måltidet er fortsatt til stede og kan påvirke full nytte av konsistenstilpasset mat**

Dysfagi kunne være vanskelig og krevende å håndtere for helsepersonell. Pasienter som hadde problemer med å spise eller drikke kunne være krevende selv med bruk av konsistenstilpasset mat. For mye eller for lite mat, med tanke på mengde, kunne føre til at pasienten satte i halsen. Helsepersonellet fortalte at de måtte ha fokus på seg selv og at de var rolige når de skulle hjelpe en pasient med å spise.

*”Du må være litt forsiktig.. fordi at får de for mye og får de for lite så begynner de også å hoste, altså setter i halsen. Så det er litt sånn, du må liksom setter deg ned og ta det litt rolig selv og, og prøve å roe det ned og se.. man må ikke kave for å få i de”*

Informantene fortalte at slike måltidsituasjon hvor pasienter hadde behov for tett oppfølging, kunne være svært tidkrevende i en ellers travel hverdag. Til tross for bruk av konsistenstilpasset mat, var det fortsatt mange pasienter som hadde behov for hjelp under måltidene.

*”Så han har fått en sånn en til en kontakt under måltidet, hvis du har to eller tre av de, så er det ganske, det går ganske lang tid i maten (...) Jeg føler liksom at du får for lite tid til å ta deg av de og så se liksom”*

Det var flere pasienter som ikke kjente igjen matrettene de fikk servert. Når maten lå most og i firkanter på tallerken kunne det være vanskelig for en pasient å vite hva slags matrett som blir servert. Helsepersonellet forteller at de eldre gjerne hadde sterke tradisjoner og at maten hadde stor betydning for pasientene.

### **5.3.2 Konsistenstilpasset mat kan oppleves ugjenkjennelig**

Det var flere pasienter som ikke kjente igjen matrettene de fikk servert. Når maten lå most og i firkanter på tallerken kunne det være vanskelig for en pasient å vite hva slags matrett som blir servert. Helsepersonellet forteller at de eldre gjerne hadde sterke tradisjoner og at maten hadde stor betydning for pasientene.

*”At det der ”likner ikke på kjøttkaker” og ”det der likna hvertfall ikke på svineribbe” ikke sant, så det blir jo litt sånn.. ugjenkjennelig mat”*

### **5.3.3 Organisatoriske utfordringer nyttet til kommunikasjon mellom de ulike aktørene involvert i måltidet**

Informantene gav uttrykk for at det er sjelden de hadde fått muligheten til å snakke om deres synspunkter og meninger rundt maten som ble servert på sykehjemmet. De fortalte at de fungerte som et mellomledd mellom kjøkkenet og pasientene.

*”Jeg har aldri fått være med på dette her, jeg har aldri blitt spurt om dette med om mat og om hva jeg mener om mat”*

Det kom frem at det fantes en gruppe med ansatte som jobbet sammen med kjøkkenet, men det var usikkerhet rundt hvem som var med i denne gruppa og hvordan en skulle komme i kontakt med dem. Helsepersonellet fortalte at det burde vært en ordning slik at avdelingene hadde en representant som hadde kontakt med kjøkkenet dersom noe skulle viderefremidles.



*” Kokkene skulle egentlig kommet litt opp og vært inne når vi serverte maten, så fikk de snakke med pasientene selv, for vi må være mellomledet og fortelle og gå videre med det”*

#### **5.3.4 Etiske utfordringer ved tilbud om konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper**

Helsepersonellet opplevde at noen av pasientene ikke likte den konsistensen på maten. Dette gjaldt spesielt yngre pasienter, hvor helsepersonell spekulerte i om pasienter følte seg nedverdige når hun eller han fikk servert denne typen mat. De fortalte at det var forskjell på det å servere konsistenstilpasset mat til en yngre pasient, i forhold til en eldre. Dette var fordi de ofte assosierte de yngre mer med seg selv og så får seg at det kunne vært dem selv.

*” Så tror jeg, hvertfall at jeg opplever sånn, nå er jeg veldig ærlig, at det er litt forskjell å skal servere til ei som er 40 og hjerneslagbeboer, enn å servere til en beboer på 80-90. Det er litt forskjell. Jeg vet ikke hvorfor, men det er forskjell (...) kanskje hun følte seg litt nedverdige med å sitte å spise det som var på en måte babymat”*

Informantene fortalte at det var noen pasienter som ikke var klar over sine egen svelgeproblemer. Pasienten selv forsto dermed ikke sitt eget behov for konsistenstilpasset mat og forsto ikke hvorfor andre pasienter fikk servert en matrett, mens vedkommende fikk servert noe annet.

*” Jeg opplever at de sier: ”Ja men hvorfor de sånn, og så får jeg dette her?” De skjønner ikke selv at de har problemet”(...) Så det at noen reagerer med det at de for forskjellig mat.”*

#### **5.4 Bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper**

Helsepersonellet opplevde at pasienter med somatisk sykdom og personer med demens reagerte ulike når de fikk servert konsistenstilpasset mat.

#### **5.4.1 Personer med somatisk sykdom opplever konsistenstilpasset mat som uvant**

Konsistenstilpasset mat ble brukt for å tilrettelegge måltidet etter individuelle behov hos pasienter uten kognitiv svikt, men med somatisk sykdom og svelgevansker. Noen pasienter likte konsistenstilpasset mat godt da de så nødvendigheten av det, mens andre likte ikke denne typen mat. Informantene opplevde at dersom pasientene ønsket konsistenstilpasset mat, førte det til at pasientene spiste letter og uten svelgeproblemer, samt at vekten økte. Pasientene uten kognitiv svikt bestemte i hovedsak selv hvilken mat de ønsket og ga selv uttrykk for sine meninger om den konsistenstilpassede maten.

*” Den ene personen er klar og bestemmer selv og vil ha most mat, ikke sant, men vedkommende vet jo det at det går, hvis ikke får ikke hun/han i seg mat ”*

Den konsistenstilpassede maten var en type mat pasienter uten kognitiv svikt følte som uvant. Det å ikke skulle tygge det måltidet som var til middag, førte til at noen pasienter heller ville ha en annen type mat som brødskiver eller suppe.

*” hu som er i NN, som fikk for en liten stund siden most mat, at jeg tror litt av grunnen var at det ikke så så innbydende ut, så hu heller ville tilbake til vanlig mat ”*

#### **5.4.2 Personer med demens spiser bedre med konsistenstilpasset mat**

Helsepersonellet fortalte at personer med demens kunne ha problemer med å spise vanlig mat. Dette var både i forhold til svelgevansker, men også på grunn av manglene funksjonsevne ved kognitiv svikt. Helsepersonellet opplevde at personer med demens hadde problemer med å spise med kniv og gaffel, men dersom de fikk bruke en skje og deretter servert konsistenstilpasset mat, spiste de selv uten problemer.

*” Hos personer med demens er det liksom, når de får mosemat, så får de en skje og så spiser de den, gir du de potet og kjøtt og sånt, så vet de gjerne ikke hvordan de skal skjære det opp og sånt ”*

Helsepersonellet observerte at personer med demens spiste letter når de fikk konsistenstilpasset mat. Personer med demens spiste den konsistenstilpassede maten en og en råvare av gangen og gjerne fra en ende av tallerkenen til den andre.

*” Jeg ser jo allikevel personer med demens som spiser selv, og det er jo litt sånn rart å legge merke til, for den moste maten, så begynner de gjerne en plass og så fortsetter de og så sitter de igjen med potetmosen til slutt, for spiser opp det andre før”*

Ovenfor personer med demens var det ofte helsepersonellet som tok avgjørelser i forhold til hvilken mat personer med demens skulle få servert. Personalet opplevde at personer med demens ofte reagerte på maten de fikk i begynnelsen, men ble vant til utseende på middagen etter en stund.

*” Jeg har jo opplevd personer med demens om har reagert i begynnelsen på den maten, på at de skal ha det , hva det er for noe, sånn som dere sier, så blir de vant med at det er sånn middagen min ser ut”*

## **6.0 Diskusjon**

Studiens overordnede hensikt var å studere helsepersonellens erfaringer og opplevelser ved bruk av konsistenstilpasset mat. For å studere tema ble problemstillingen *”Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?”* utarbeidet.

Resultatene viste at helsepersonell opplevde situasjonen rundt måltidet som både utrygg og skremmende ved bruk av vanlig mat. De oppgav og en følelse av avmakt og manglende mestring i vanskelig situasjoner. Ved bruk av konsistenstilpasset mat, opplevde de økt tilfredsstillelse i forhold til pasientens næringsbehov, en økt mestringsopplevelse i måltidsituasjonen og de syntes maten ved god og delikat. Likevel var de generelle utfordringer ved måltidsituasjonen fortsatt til stede og kunne påvirke nytten av den konsistenstilpassede maten. Denne opplevdes av noen pasienter som ugjenkjennelige. Et viktig og noe overraskende funn var at personer med demens spiste

mer og spiste selv, når de fikk konsistenstilpasset mat, mens personer med somatisk sykdom opplevde denne maten som nedverdiggende.

I diskusjonen vil studiens resultater diskuteres opp mot relevant teori og forskningsspørsmålene.

For å besvare problemstillingen, ble det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves bruken av konsistenstilpasset mat av helsepersonellet?
- Hvordan påvirkes helsepersonellets opplevelse av pleien de gir pasientene, ved bruk av konsistenstilpasset mat?

Pasienter med dysfagi utgjør en pasientgruppe på sykehjem som trenger god oppfølging av helsepersonellet. Dette omfatter mating og gjennomføring av tiltak for forebygging av komplikasjoner hos pasienter som kan sette mat i halsen. Oppgavene helsepersonellet har i arbeid med dysfagipasienter kan føre til krevende arbeidsdager, både fysisk og psykisk. Bruken av konsistenstilpasset mat har i følge informantene hatt en innvirkning på deres arbeidsdag og tiltaket blir sett på som en kilde til trygghet. Albert Bandura skriver at håndtering av krevende oppgaver avhenger i stor grad av mestringsfølelse og mestringstillit. Som nevnt under kapittel 2.5, definerer Bandura mestringstillit som troen på at egen atferd eller atferdsmønster kan føre til et gitt utfall (Bandura, 1997). Denne studiens resultater tyder på at helsepersonellets mestringstillit er en sentral del av deres hverdag og blir utfordret daglig i håndteringen av pasienter med dysfagi. Dette vises i frykten og skyldfølelsen helsepersonellet opplever i forhold til pasienter som har vanskeligheter med å innta mat. Ved bruk av denne typen mat, ble noe av bekymringen for at pasienter skulle sette i halsen, redusert.

Forventninger til egen mestringstillit, efficacy expectations, kan relateres til hvorvidt helsepersonellet har tro på at de kan mestre vanskelige situasjoner i forhold til bruken av konsistenstilpasset mat. Dette kan diskuteres opp mot oppgavens første forskningsspørsmål, hvordan oppleves bruken av konsistenstilpasset mat av helsepersonellet. Deres tidligere erfaringer med dysfagipasienter vil påvirke deres forventning til egen mestringstillit. Informantene fortalte at det hadde oppstått skumle situasjoner hvor pasienter hadde satt vanlig mat i halsen og liv var i fare for å gå tapt. Slike erfaringer og følelser kan føre til at mestringstilliten svekkes. Bruken av

konsistenstilpasset mat kan derimot styrke mestringstilliten ved at slike erfaringer unngås og det skapes erfaringer hvor helsepersonellet mestrer håndteringen av pasienter med dysfagi. Informantene fortalte at det føltes bra å kunne servere mat som var tilpasset pasientens behov, som også smakte godt og som de observerte at pasientene spiste letter. Ved bruk av denne typen mat, unngår en dårlige erfaringer som reduserer mestringstilliten, og skaper erfaringer som øker den. Relevante indirekte erfaringer og verbal overtalelse, kan påvirke deres mestringstillit i noen grad, men ansees som lite relevant i denne sammenhengen og vil ikke bli diskutert videre. Emosjonell påvirkning kan ved bruk av konsistenstilpasset mat, være en faktor med innvirkning på mestringstilliten. Helsepersonellet fortalte om følelser som frykt og skyldfølelse ved vanskelige situasjoner. Dersom en opplever en vanskelig og potensielt farlig situasjon i forbindelsen med en pasient som setter i halsen, vil frykten situasjonen genererer bidra til å redusere mestringsfølelsen. Studiens resultater kan relateres til den svenske studien fra 2009 hvor helsepersonellet rapporterte at de ofte følte en frykt for å skade pasienten (Karlsson et al., 2009). Bruken av konsistenstilpasset mat kan ansees som et tiltak for å gjøre måltidet mindre utfordrende for personalet. Som en følge av dette, vil den negative påvirkningen reduseres.

Mestringstilliten bestemmes også av forventninger til hvilket utfall atferden skal føre til, outcome expectations. Bandura skriver at individer kan ha tro på at en gitt atferd fører til et utfall, men kan likevel ha usikker tro på at en faktisk kan utføre den gitte atferden (Bandura, 1977). Begrepet kan relateres til oppgavens andre forskningsspørsmål; hvordan påvirkes helsepersonellets opplevelse av pleien de gir pasientene, ved bruk av konsistenstilpasset mat? Ut i fra dette tar studien utgangspunkt i at kvaliteten på pleien er utfallet av atferden. Helsepersonellet kan ha tro på at bruken av konsistenstilpasset mat vil føre til mindre komplikasjoner hos pasientene og en tryggere hverdag for seg selv, men likevel være usikker på om de kan utføre atferden som kreves for å servere konsistenstilpasset mat. Troen på utfallet kan i denne studien relateres til personalets grunnleggende ønske om at pasienten skulle få i seg mat. Studien utført i 2015 tyder på at det å ta i bruk konsistenstilpasset mat kan være en omfattende prosess, hvor helsepersonellets rolle i bruken var svært viktig (Ullrich & Crichton, 2015). Ut i fra Banduras teori, kan helsepersonellet ha tro på at bruk av maten kan medføre pleie av god kvalitet, men likevel være usikre på om de kan utføre atferden på grunn av organisatoriske faktorer.

Til tross for at bruken av konsistenstilpasset mat kan bidra til en økning av mestringstilliten vil utfordringer i de organisatoriske omstendighetene likevel kunne påvirke forventninger til egen mestringstillit og utfall på en negativ måte. Selve måltidsituasjonen hvor personalet håndterer utfordringene som oppstår kan øke mestringstilliten, men omstendigheten rundt bruken kan føre til en redusering. Derfor kan det diskuteres hvorvidt en økning av helsepersonellets mestingstillit avhenger av at omstendighetene rundt bruken av konsistenstilpasset mat legger til rette for dette. I en reviewartikkel fra 2012, kommer det frem at det er behov for mer forskning rundt bruken av konsistenstilpasset mat, og hva som skal til for å gjøre måltidet til en god opplevelse for pasientene (Keller et al., 2012). Resultatene i denne studien tyder på en mangel på faste prosedyrer for hvordan en skal servere konsistenstilpasset mat. Informantene forteller at noen har mye fokus på presentasjon, mens andre ikke tenker på hvordan de serverer maten til pasientene og rører alt sammen til en udelikat grøt. Dersom dette er tilfellet, utgjør konsistenstilpasset mat liten forskjell i forhold til tidligere bruk av stavmikser. Dette resultatet tyder på en mangel av organisatoriske rutiner på hvordan serveringen burde skje og hvordan realiteten er i dag. Helsedirektoratets sjekkliste (tabell 1) inneholder informasjon om hva helsepersonell skal ha fokus på under måltidet (Helsedirektoratet, 2012b). Listen er skrevet ut i fra et pasientperspektiv og inneholder ingen retningslinjer for hva slags atferd og kompetanse som kreves av helsepersonellet. Klar veiledning fra et pleierperspektiv kan føre til at punktene i sjekklisten lettere kan etterleves. De etiske utfordringene som oppsto, kan være grunnlag for at behov for slike retningslinjer. Informantene fortalte at det var viktig at de hadde fokus på deres egen ro under måltidet. Tidligere forskning legger vekt på at helsepersonellets egne opplevelser er av stor betydning for bruken av konsistenstilpasset mat og at dette legger et grunnlag for videre forskning (ibid). Informantene forteller at til tross for mange års arbeid ved institusjonen, har de aldri blitt spurt om deres meninger om maten de selv serverer. Selv om informantene fortalte om gode erfaringer ved bruken av maten, oppstår det et gjennomgående tidspress rundt måltidet. Helsepersonellet forteller at de føler at det ikke er tid nok til å hjelpe de pasientene som trenger det i den grad de vil. Dette kan igjen ha påvirkning på mestringstilliten, da de ikke får utført sine arbeidsoppgaver slik de ønsker. Tilsvarende resultater finner en i studien fra 2008, hvor det fremkommer at blant annet tidspress påvirker hvordan helsepersonellet utfører sine oppgaver (Aagaard, 2008). Et tidspress

rundt måltidsituasjonen kan føre til en redusert mestringstillit hos helsepersonellet. Ikke fordi de mangler kompetanse til å utføre atferden som fører til utfallet god pleie, men fordi omstendigheten hindrer en økning av mestringstilliten.

Studiens resultater førte til et uventet og interessant funn i forhold til bruk av konsistenstilpasset mat til personer med demens. Helsepersonellet opplevde at personer med demens spiste på en annen måte når de fikk servert konsistenstilpasset mat, i forhold til personer uten kognitiv svikt, med somatisk sykdom. Noen pasienter med somatisk sykdom så selv nødvendigheten av denne typen mat og forsto sitt eget behov, mens andre ønsket ikke å få denne typen mat til middag. Personer med somatisk sykdom kunne føle at det var uvant og ikke skulle tygge måltidet. Informantene fortalte at det var ofte de som tok matvalg på vegne av personer med demens og at pasientene i liten grad ga uttrykk for sine ønsker. I studien fra 2015, diskuterer Ullrich og Crichton at forståelse for hvorfor det blir brukt konsistenstilpasset mat er svært viktig for å bruken ikke skal føre til stress (Ullrich & Crichton, 2015). Informantene i denne studien forteller at de ofte reagerte i begynnelsen, men ble vant til maten etter hvert. Informantenes beskrivelse kan tyde på manglende rutiner og prosedyrer rundt organiseringen av måltidet. Det kan foreligge et behov for føringer og retningslinjer som stiller krav til personalets faglige kompetanse og for samarbeid og kommunikasjon. Personer med demens er en sårbar pasientgruppe, hvor stress er en faktor som kan føre til negative konsekvenser. Ullrich og Crichton påpeker at det er svært viktig at pasienten forstår hvorfor det er nødvendig at hun eller han får servert denne typen mat. Som tidligere nevnt, er helsepersoneller en viktig del av bruken av konsistenstilpasset mat (Keller et al., 2012; Ullrich & Crichton, 2015).

Personer med demens utgjør en pasientgruppe som på grunn av sin sykdom kan ha en atferd som kan utfordre helsepersonellets følelse av mestring (Duffy et al., 2008; Mackenzie & Peragine, 2003) Studier har vist at helsepersonell som utøver pleie til disse kan være disponert for utbrenthet og depresjon på grunn av arbeidshagens krevende oppgaver (ibid). Forskning skriver at det finnes en mulig sammenheng mellom mestringstillit og utbrenthet. I studien fra 2008 diskuteres betydningen av mestringstillit på utbrenthet hos helsepersonellet og mestringstillit blir ansett å være den mest betydningsfulle variabelen (Duffy et al., 2008). Dersom en tar resultatene fra denne studien i betraktning, legger en grunnlag for en spennende problemstilling. Det kan tyde

på at det å la personer med demens spise konsistenstilpasset mat kan ha en positiv innvirkning. Pasientene får bruke sine gjenværende motoriske funksjoner og helsepersonell som i stor grad kan la pasientene spise på egenhånd uten problemer. Det å observere at de spiser selv kan virke positivt og føre til en økt mestringstillit ved krevende arbeidssituasjoner. Ut i fra denne studiens resultater kan det tyde på at konsistenstilpasset mat er en viktig del av pleien til denne pasientgruppen. Informantene i denne studien hadde ingen forklaring på hvorfor personer med demens spiste lettere ved bruk av konsistenstilpasset mat. Studien fra 2003 skriver at helsepersonell som jobber ved institusjoner for langstidsbehandling og –pleie står ovenfor mange kilder til stress (Mackenzie & Peragine, 2003). Personer med demens som har problemer med å spise, på grunn av dysfagi eller på grunn av demensdiagnosen, kan føre til en krevende hverdag for helsepersonellet og dermed en kilde til stress. Dersom bruken av konsistenstilpasset kan føre til at pasientene spiser lettere, kan de diskuteres om bruken av konsistenstilpasset mat ”tar bort” en kilde til stress hos personer med demens.

## **7.0 Konklusjon**

Konklusjonen oppsummerer studien og forsøker å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. I lys av konklusjonen foreslås det punkter for videre forskning og implikasjoner for praksis.

### **7.1 Konklusjon i lys av problemstillingen**

Informantene i denne studien opplevde bruken av konsistenstilpasset mat som viktig for å kunne gi pasientene god omsorg og pleie, men funnene kan tyde på at dette avhenger av flere faktorer. Helsepersonellens egen mestringstillit har en sentral rolle i måltids situasjonen på sykehjem. Den kan påvirkes mange ulike aspekter i løpet av en arbeidsdag. Bruken av konsistenstilpasset mat kan føre til en økt mestringfølelse hos helsepersonellet, da måltids situasjonen kan føles mindre krevende. Personalet opplevde at maten påvirket pleien de ga pasientene ved å være en kilde til trygghet både for helsepersonellet og pasientene ved å forebygge vanskelige situasjoner. Ettersom utvalget i studien er så lite, sette dette begrensninger for generalisering, men studiens resultater kan ha en overføringsverdi til praksis. Tidligere erfaringer av suksess er den



største påvirkningsfaktoren på mestringstillit og opplevelse av at pasientene spiste lettere påvirker den i en positiv retning. Mestringsfølelse fra en situasjon kan da overføres til andre krevende situasjoner. Konsistenstilpasset mat som en del av pleien på sykehjem, avhenger av at organisatoriske faktorer ligger til rette. Tidspress på avdelingen og lite kommunikasjon med kjøkkenet kan hindre god bruk av konsistenstilpasset mat. Samarbeidet med kjøkkenet og videre organisering av måltidet må gjøres i en faglig kontekst. Helsedirektoratets sjekkliste kan være et nyttig utgangspunkt for utvikling av en ny sjekkliste som tar helsepersonellens perspektiv, samt inkluderer organisatoriske faktorer. Punkter som omtaler behov for kompetanse og strukturelle egenskaper som legger til rette, kan være nødvendig. Nødvendigheten av en slik liste kan baseres på tidligere studiers antydninger om at helsepersonellet spiller en svært viktig rolle i matservering ved institusjoner. Funnene kan tyde på at konsistenstilpasset mat kan være viktig i forhold til personer med demens. Ut i fra personalets observasjoner kan maten være en sentral del av pleien til denne pasientgruppen. Dette både i forhold til interaksjonen mellom personalet og pasient, men også som en del av den ernæringsmessige oppfølgingen. Informantenes observasjoner av at de spiste på egenhånd, kan tyde på at tiltaket lar personer med demens få bruke sine gjenværende motoriske funksjoner, til tross for en demensdiagnose. Maten er kun en liten del av omsorgstjenesten, men likevel en betydelig faktor for mange forhold. En må ikke undervurdere bruken av tiltaket for å gjøre måltidsituasjonen lettere for både helsepersonell og pasient. Det er likevel viktig å presisere at bruken av konsistenstilpasset mat ikke løser alle krevende situasjoner som omfatter oppfølging av dysfagipasienter og personer med demens, men kan bidra som en påvirkningsfaktor på helsepersonellens mestringstillit.

## **7.2 Implikasjoner for praksis**

Ettersom utvalget i studien er så lite, sette dette begrensninger for generalisering, men studiens resultater kan ha en overføringsverdi til praksis. Studiens funn og konklusjon kan tyde på hva som kreves for at konsistenstilpasset mat skal fungere på en hensiktsmessig måte. Informantenes observasjoner i forhold til bruken kan fungere som retningslinjer for andre sykehjem og institusjoner. Mestringsfølelsen som står sentralt i diskusjonen, viser viktigheten av helsepersonellens kompetanse og individuelle

egenskaper. Funnene tyder på at et fokus på helsepersonellens mestringstillit er svært sentralt på arbeidsplassen.

### **7.3 Videre forskning**

Studiens funn og diskusjon fremhever flere områder for videre forskning. Helsepersonellens atferd under måltidet er viktig og legger et grunnlag for kunnskapsutvikling. Det kan være interessant å undersøke sammenhenger mellom personalets oppførsel under måltidene og pasienter opplevelse av situasjonen. Forskning på interaksjonen mellom helsepersonell og pasient under måltidsituasjonen kan være nyttig.

Bruken av konsistenstilpasset mat generelt, legger grunnlag for mange problemstillinger både på individuelt og organisatorisk nivå. Det er nødvendig å utvikle ny kunnskap som beskriver hvordan helsepersonellet skal innføre og gjennomføre tiltaket, samt generelle retningslinjer for hvordan kommunikasjon mellom pasienter, pleier, avdeling og kjøkken burde være. Undersøkelser som beskriver hvordan strukturelle egenskaper ved institusjonen legger til rette for bruken, kan være hensiktsmessig.

Basert på funnene knyttet til personer med demens og konsistenstilpasset mat, blir det viktig å undersøke dette nærmere i en større studie. Dette er nå under planlegging ved SESAM.

## Referanser

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. In M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Eds.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Duffy, B., Oyebode, J., & Allen, J. (2008). Burnout amongst care staff for older adults with dementia - the role of reciprocity, self-efficacy and organisational factors. *PSIGE Newsletter*(103), 41-45.
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowe, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2012a). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012b). *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2).
- Hernández, J., Sanz, M., Vilá, M., Araujo, K., & Garcia de Lorenzo, A. (2015). Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a subanalysis of the PREDyCEs study. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4), 1830-1836. doi: 10.3305/nh.2015.32.4.9700
- Ihle-Hansen, H., Mowe, H., & Fure, B. (2011). Malnutrition in Norway. *European Geriatric Medicine*, 2(2), 115-116. doi: 10.1016/j.eurger.2011.02.003
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode* (4. ed.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Karlsson, I., Ekmen, S.-L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home - some registered nurses' experience of their

- work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 265-273. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00616.x.
- Keller, H., Chambers, L., Niezgoda, H., & Duizer, L. (2012). Issues associated with the use of modified texture foods. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 16(3), 195-200. doi: 10.1007/s12603-011-0160-z
- Kilic, M. K., Sümer, F., & Ülger, Z. (2015). Nutritional issues in dementia patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45(5), 1020-1025.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisl.
- Mackenzie, C., & Peragine, G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 291-299.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. En innføring* (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martino, R., Martin, R. E., & Black, S. (2012). Dysphagia after stroke and its management. *Canadian Medical Association Journal*, 184(10), 1127-1128. doi: 10.1503/cmaj.101659
- Meld. St. 10. (2012). *God Kvalitet - Trygge tjenester*. Retrieved from <https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q=>.
- Meld. St. 25. (2006). *Mestring, muligheter og mening*. Retrieved from <https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/?ch=1&q=>.
- Meld. St. 34. (2013). *Folkehelsemeldingen*. Retrieved from [https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?q=Folkehelsemeldingen&ch=7 - match\\_0](https://http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?q=Folkehelsemeldingen&ch=7 - match_0).
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(8), 815-818.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among dovtors and nurses in Scandinavia: A questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532. doi: 10.1016/j.clnu.2005.11.011

- Namasivayam, A. M., & Steele, C. M. (2015). Malnutrition and Dysphagia in Long-Term Care: A Systematic Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(1), 1-21. doi: 10.1080/21551197.2014.1002656
- Oslo Ernæringsomsorg. (2016). Eldre og Ernæringsstatus. Retrieved 16.02.16, 2016, from <http://www.osloernaringsomsorg.no/eldre-og-ernaeringsstatus>
- Park, Y.-H., Han, H.-R., Oh, B.-M., Lee, J., Park, J.-a., Yu, S. J., & Chang, H. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 34, 212-217.
- Pritchard, G., & Jones, P. (2014). Developing a service for clients with dysphagia. *Learning Disability Practice*, 17(1), 32-35.
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., Garcia-Peris, P., . . . Clavé, P. (2011). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 1-13. doi: 10.1155/2011/818979
- Roy, N., Stemple, J., Merrill, R. M., & Thomas, L. (2007). Dysphagia in the elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors and Socioemotional Effects. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 116(11), 858-865.
- Siela, D., & Wieseke, A. W. (2012). Stress, Self-Efficacy, and Health. In V. H. Rice (Ed.), *Stress, Coping, and Health* (2. ed., pp. 484-509). California: Sage Publications Inc.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., . . . Pitkala, K. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(4), 578-583. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602111
- The World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapesteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Törma, J., Winblad, U., Cederholm, T., & Saletti, A. (2013). Does undernutrition still prevail among nursing home residents? *Clinical Nutrition*, 32(4), 562-568. doi: 10.1016/j.clnu.2012.10.007

- Ullrich, S., & Crichton, J. (2015). Older people with dysphagia: transitioning to texture-modified food. *British Journal of Nursing*, 24(23), 686-692.
- Utne, L., & Stensvold, H. (1999). *Dysfagi* (2. ed.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Verbrugge, M., Beeckman, D., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Van Herck, K., Clays, E., . . . Verhaeghe, S. (2013). Malnutrition and associated factors in nursing home residents: A Cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*, 32(3), 438-443. doi: 10.1016/j.clnu.2012.09.008
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research.  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/37108> - sthash.paKVe1Nh.dpuf
- Aabakken, L. (2016). Dysfagi. <https://sml.snl.no/dysfagi>
- Aagaard, H. (2008). Mat og måltider i sykehjem: Undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet. Halden.
- Aagaard, H. (2010). Mat og måltider i sykehjem. En nasjonal kartleggingundersøkelse. *Sykepleien Forskning*, 1(5), 36-43.

## **DEL 2: Artikkel**

**Konsistenstilpasset mat –**

**En kilde til økt mestringsfølelse hos helsepersonell i sykehjem.**

**Forfatter:** Lise Birgitte Austbø Holteng

**Utdannings- og profesjonsbakgrunn:** Student ved Universitetet i Stavanger. Fullført Bachelorgrad i Ernæringsfysiologi våren 2014.

**Elektronisk postadresse:** Lbah\_92@hotmail.com

**Telefonnummer:** 40063238

**Figur: 1**



## **Sammendrag**

### **Mål og hensikt**

Hensikten var å undersøke helsepersonellens opplevelser og erfaringer ved bruk av konsistenstilpasset mat til pasienter med dysfagi. Målet med studien var å få ny kunnskap om hvordan maten fungerer som produkt og hvordan bruken kan påvirke helsepersonellens oppfatning av egengitt pleie

### **Problemstilling**

Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?

### **Metode**

Studien har en kvalitativ tilnærming, med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Det ble utført to intervjuer med henholdsvis 5 og 7 deltakere. Intervjuene var basert på en semistrukturert intervjuguide. Datasettene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering som forklart av Malterud.

### **Resultater**

Analysen førte til følgende fire hovedtemaer: Behov for konsistenstilpasset mat, bruk av konsistenstilpasset mat, utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat og bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper. Pasienter med dysfagi hadde behov for tilpasset mat for å forebygge komplikasjoner ved inntak av mat. Helsepersonellet opplevde bruken som en kilde til trygghet, men omstendighetene kunne gjøre bruken utfordrende. Personer med demens spiste på en annerledes måte når de fikk servert maten.

### **Konklusjon**

Funnene kan tyde på at konsistenstilpasset mat er en viktig faktor for å yte god omsorg til pasientene, samt øke mestringsfølelsen hos personalet. Spesielt i forhold til personer med demens ble viktigheten av denne typen mat trukket frem. Likevel avhenger bruken av organisatoriske faktorer. Tidspress og manglende kommunikasjon med kjøkkenet kan hindre god bruk av konsistenstilpasset mat.

**Stikkord:** Konsistenstilpasset mat – Helsepersonell – Sykehjem – Dysfagi – Demens – Kvalitativ studie - Mestringstillit

## **Abstract**

### **Aim**

The aim of this study was to explore health personnel's experience with the use of texture-modified foods to patients with dysphagia in a nursing home. The purpose was to develop new and improved knowledge about how this type of food functions and how it affects the personnel's perception of own care.

### **Research question**

What experience does health personnel in a nursing home have, with the use of texture-modified food to patients with dysphagia?

### **Methods**

The study was based on a qualitative approach and used focus group interviews based on a semi-structured interview guide for collecting data. Two interviews were conducted and the groups consisted of five and seven participants. The data was analyzed using systematic text condensation described by Malterud.

### **Results**

Four categories were identified: The need for texture-modified food, the use of texture-modified food, challenges with the use of texture-modified food and the use of texture-modified food to different patient groups. Patients with dysphagia required modified food to prevent complications. The health personnel experienced the use of the food as a source of safety, but the circumstances could present challenges. Patients with dementia ingested the texture-modified food differently.

### **Conclusion**

The use of texture-modified food resulted in a less challenging workday for the health personnel. The use can increase the personnel's feeling of self-efficacy. Texture-modified foods can function as a source of good quality care, as long as the circumstances allow it.

**Keywords:** Texture modified food – Health personnel – Nursing home – Dysphagia – Dementia – Qualitative Study – Self-efficacy

## Hovedbudskap

- **Helsepersonell på sykehjem opplever krevende arbeidsdager i forhold til personer med demens og personer med dysfagi.**
- **Dysfagi og demens er tilstander som kan føre til vanskelige interaksjoner mellom personalet og pasient i en måltidsituasjon.**
- **På grunn av utfordringer under måltidsituasjonen og pasientenes svelgebesvær kan bruken av konsistentilpasset mat være en faktor som fører til økt mestringsfølelse hos helsepersonellet.**

## Introduksjon

Dysfagi betegnes som svelgebesvær og kan oppstå i forbindelse med sykdom eller som følge av anatomiske aldersrelaterte forandringer (1, 2). Det finnes ingen eksakt oversikt over prevalensen på dysfagi i Norge, men internasjonale studier anslår at denne er mellom 7% og 40 % i sykehjem og institusjoner (3). Dysfagi kan oppstå sent i sykdomsforløpet ved demens og er et stort helseproblem for de det gjelder (4, 5). Nyere internasjonale studier viser til en forekomst hos denne pasientgruppen på 10.9 % og at tallet er økende (5, 6).

Det finnes ingen studier som kan brukes til et presist estimat for forekomsten av demens i Norge, men antallet ble i 2012 anslått å vær over 77 000 (7). I dag har om lag 80 % av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse. Verdens Helseorganisasjon definerer demens som et syndrom på grunn av sykdom i hjernen, hvor hjernefunksjoner som hukommelse, tenking, orientering, språk og dømmekraft påvirkes (8). Påvirkningen av de kognitive funksjonene er ofte ledsaget av redusert emosjonell kontroll hvor personens evne til sosial atferd påvirkes. Som følge av demens, kan det blir utfordrende for en personer å utføre daglige gjøremål og aktiviteter. Studier tyder på at personer med demens kan ha problemer med å godta hjelp fra helsepersonell i sammenheng med måltider, og at det kan oppstå negative interaksjoner mellom pleier og pasient (9). Dette kan føre til en krevende arbeidsdag med høyere risiko for å utvikle depresjon og utbrenthet hos personalet (10, 11). Helsepersonellets mestringsfølelse i forbindelse med utfordrende oppgaver, kan påvirke denne risikoen.

Demens og dysfagi er to tilstander som i kombinasjon setter store krav til både organisering av måltidet og den enkelte pleiers kompetanse. Dette henger sammen med at oppfølgingen av dysfagi er svært viktig for å forebygge alvorlige komplikasjoner og angst hos pasienten. Aspirasjons pneumoni og underernæring kan forekomme hos pasienter som ikke får tilstrekkelig oppfølging og tilsyn under måltidene (12, 13).

Nasjonale føringer og offentlige dokumenter legger stor vekt på at mat og måltider skal ha en sentral rolle i norske sykehjem (14). Helsedirektoratet har i denne forbindelse utarbeidet Kosthåndboken til bruk i helse- og omsorgstjenesten (15). Dette er retningslinjer for helsepersonell og ledere og har som hensikt å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet. Her finner en også en sjekklister for helsepersonell i forhold til hva som er viktig å tenke på under matsservering (se figur 1). Punktene fremhever viktigheten av individuell tilpasning av maten og tiltak for optimering av måltidsituasjonen.

---- Sett inn figur 1 her ----

KOMAT – Konsistenstilpasset mat til eldre, er et forskningsprosjekt i regi av Måltidets Hus AS hvor formålet er å utvikle varierte retter til eldre med spisevansker. Prosjektet er finansiert av Regionale Forskningsfond Vest. Bakgrunnen for satsingen er å sette fokus på graden av konsistenstilpasning hvor en ønsker å lage et produkt som er tykkere enn den klassiske puréen. Dette betyr at produktet skal kunne støpes i former og smelte/løse seg lett opp i munnen uten at tygging er nødvendig. Et kommunalt sentralkjøkken har allerede prøvd ut et eget liknende produkt ved et utvalgt sykehjem.

Som en del av KOMAT prosjektet har vi undersøkt følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi? Søk i databaser tyder på at det finnes lite litteratur som tar utgangspunkt i helsepersonellens perspektiv. Søk gjort på bruken av konsistenstilpasset mat førte til studier som konkluderte med at ytterligere forskning på området var nødvendig for å utvikle kunnskap. Litteraturen presiserte at helsepersonellet hadde en svært sentral rolle i bruken av mat og at deres meninger og synspunkter måtte bli ansett som et sentralt aspekt. Overgangen fra normal kost til konsistenstilpasset mat ble omtalt

som en sårbar periode og var helt avhengig av god kommunikasjon og forståelse mellom helsepersonell og pasient for å være suksessfull (16, 17).

### **Teoretisk bakgrunn**

Hvordan helsepersonellet opplever og håndterer krevende oppgaver på arbeidsplassen avhenger i stor grad av deres mestringsfølelse. Studiens teoretiske bakgrunn tar utgangspunkt i Albert Banduras teori om mestringstillit som påvirkningsfaktor for helsepersonellens atferd (18, 19). Bandura beskriver begrepet mestringstillit som den troen en har på at egen atferd eller atferdsmønster kan føre til et gitt utfall.

Mestringstilliten bestemmes av forventninger til egen mestringstillit og forventningene til hvilket utfall atferden kan føre til.

Forventninger til egen mestringstillit påvirkes av ulike faktorer som erfaringer, verbal og sosial overtalelse og emosjonell påvirkning. Egne tidligere erfaringer av suksess eller feiling har størst påvirkningskraft på mestringstilliten. Dersom en tidligere har opplevd å mestre en utfordrende oppgave, kan denne erfaringen overføres til andre situasjoner. I artikkelen fra 1977 skriver Bandura: ”Forventninger til personlig mestring påvirker både initiativ til og opprettholdelse av mestrende atferd” og ”Desto sterkere mestringstilliten er, jo mer aktiv innsats” (19). Mestringstilliten bestemmes også av forventninger til hvilket utfall atferden fører til. Bandura skriver at individer kan ha tro på at en gitt atferd fører til et bestemt utfall, men kan likevel ha usikker tro på at en faktisk kan utføre den gitte atferden (19).

Studien tar utgangspunkt i Banduras teori for å diskutere hvordan bruken av konsistentilpasset mat kan påvirke helsepersonellens mestringstillit, samt påvirke personalets opplevelse av pleien de gir.

Studien tok utgangspunkt i en induktiv tilnærming, hvor hensikten var å trekke slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (20). Tilnærmingen syntes hensiktsmessig i forhold til å analysere fenomenet på en nøytralt grunnlag.

## **Metodisk tilnærming**

### **Utvalg og datainnsamling**

Studien har en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode.

Malterud skriver at kvalitative metoder egner seg godt for å utforske erfaringer og meninger, noe som understøttet studiens hensikt og formål (21). Studien tok utgangspunkt i fokusgrupper da det var ønskelig at deltakerne skulle ha en dialog og diskutere rundt fenomenet konsistenstilpasset mat. Grppesamtaler og intervjuer er hensiktsmessige når en skal studere erfaringer og synspunkter rundt et fenomen (20). Deltakerne i studien var helsepersonell ved et sykehjem og ble rekruttert indirekte ved hjelp av avdelingsleder. Følgende inklusjonskriterier lå til grunn for deltakelse: deltakerne skal ha en fast stilling på sykehjemmet, deltakeren skal ha stillinger som omfatter like eller delvis like oppgaver og deltakere skal ukentlig/daglig ta del i matservering hvor konsistenstilpasset mat blir servert. 12 helsepersonell ble inkludert i studien. Deltakerne ble delt i to fokusgrupper på henholdsvis 5 og 7 deltakere. Fokusgruppeintervjuene ble holdt på helsepersonellens arbeidsplass to påfølgende dager, og varte i om lag 60 minutter. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og var basert på en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål som åpnet for diskusjon og samtale rundt hovedtemaene i guiden.

### **Analyse**

Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter at intervjuene fant sted for å unngå at viktige elementer ble glemt. Basert på studiens design og problemstilling ble det utført en systematisk tekstkondensering i henhold til Malterud sin beskrivelse (22). Systematisk tekstkondensering egner seg som analysemetode da formålet er å utvikle ny kunnskap og nye beskrivelser om en fenomen på grunnlag av en deskriptiv analyse. Formålet med analysemetoden er hensiktsmessig i forhold til denne studiens formål. I første trinn av analysen ble transkripsjonen gjennomlest og foreløpige hovedtemaer ble indentifisert ut i fra et helhetsuttrykk. 4 hovedtemaer ble indentifisert for videre analyse. Disse var: behov for konsistenstilpasset mat, bruk av konsistenstilpasset mat, utfordringer ved bruk av konsistenstilpasset mat og bruk av konsistenstilpasset mat til ulike pasientgrupper Andre trinn av analysen medførte indentifisering av meningsbærende enheter, en såkalt dekontekstualisering. De meningsbærende enhetene som inneholdt potensiell kunnskap ble hentet ut fra transkripsjonene og videre delt i

subgrupper under hvert hovedtema. I tredje trinn av analysen ble de meningsbærende enhetene skrevet om til kunstige sitater, kondensater, for å sammenfatte innholdet. I analysen fjerde og siste trinn ble bitene fra de tre forestående trinnene satt sammen, rekontekstualisert. Kondensatene fra hver subgruppe ble skrevet om til en analytisk tekst for å formidle innholdet. Den analytiske teksten presenterer studiens resultater.

### **Metodiske overveielser**

I all forskning bør en spørre seg selv om metoden en har brukt representerer en relevant vei til kunnskap som kan belyse problemstillingen (22). I all forskning er datas pålitelighet, reliabilitet, et grunnleggende spørsmål og begrepet er basert på hvordan data er samlet inn og bearbeidet (20). Studiens reliabilitet strykes av en nøyaktig utført analysemetode, samt en presis presentasjon av fremgangsmåten. Ettersom intervjuene kun ble utført på ett sykehjem, vil dette utfordre reliabiliteten. Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten på en riktig måte (20). Denne studien tar utgangspunkt i et strategisk utvalg for å sikre et variert og mangfoldig materialet (ibid). Utvalget besto av helsepersonell med ulik erfaring og utdanning for å sikre studiens eksterne validitet. Studiens interne validitet var basert på at intervjuene ble utført på grunnlag av samme intervjuguide.

### **Fenomenologi**

Malterud siterer Giorgi og skriver at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (22). Oppmerksomheten rettes mot verden slik den oppfattes for subjektet og fenomenologiske perspektiver har høy relevans for helsepersonell i forhold til praktisk/klinisk arbeid og forskning (23). Fenomenologien ønsker å studere bevisstheten og konsentrerer seg om hvordan fenomenet er gitt for vår bevissthet. Det er viktig å tilnærme seg fenomenet med en åpenhet slik at det en studerer ikke tilpasses forhåndsbestemte kategorier. På grunnlag av dette ble en induktiv tilnærming vurdert som hensiktsmessig. Thornquist skriver at fenomenologien formidler respekt for det konkrete som konkret og legger vekt på fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelse (23). En er interessert i å forstå menneskers handlinger ut i fra aktørenes egne subjektive perspektiver. På bakgrunn av dette ble metodene som er brukt i denne studiens ansett som hensiktsmessige ut i fra problemstillingens ordlyd.

## **Forskningsetisk vurdering**

Respekt for deltakerne og deres meninger har vært sentralt i utførelsen av studien. Alle deltakerne i studien signerte et informasjons- og samtykkeskjema for deltakelse i studien på bakgrunn av skjemaet innhold, samt muntlig informasjon om. Skjema presiserte at deres identiteter ville forbli anonyme, samt at intervjuer og moderator hadde full taushetsplikt. Deltakerne ble informert om at dersom de ikke ønsket å være med i studien selv etter intervjuene, ville ikke dette få konsekvenser for vedkommende og deres uttalelser og samtykke ville bli slettet fra studien. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) den 29.09.2015 og registrert ved forskningsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus.

## **Resultater**

### **Et tryggere måltid**

Studien viser at det finnes et behov for konsistenstilpasset mat på sykehjem. Helsepersonellet fortalte om episoder de hadde opplevd som vært skremmende og alvorlige før de tok i bruk konsistenstilpasset mat. Pasienter med spisevansker hadde ofte problemer med å svelge og satte derfor vanlig kost, i halsen. En av deltakerne fortalte at en pasient holdt på å miste livet på grunn av kvelning da hun satte i halsen: ”*Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelveen når jeg gikk hjem (...) men det er en sånn hendelse som sitter i deg ganske lenge*”. Helsepersonellet opplevde ofte slike situasjoner som i stor grad påvirket dem og de merket skyldfølelse og frykt i forbindelse med måltider til pasienter med dysfagi. Dette var tanker og følelser som satt igjen etter at arbeidsdagen var ferdig. Den vanlige kosten som ble servert på sykehjemmet, medførte en rekke utfordringer for helsepersonellet. Pasienter med svelgeproblemer brukte ofte svært lang tid på måltidet, noe som gikk utover helsepersonellets kapasitet til å hjelpe andre pasienter som hadde behov for assistanse. Svelgeproblematikk krevde i følge informantene god oppfølging og innføring av tiltak for å forhindre komplikasjoner ved måltidene. Deltakerne fortalte at de ofte brukte stavmikser for å mose den vanlige maten tilstrekkelig for enkelte pasienter. Tradisjonelle middagsretter ble derfor ugjenkjennelige for pasientene. Bruken av konsistenstilpasset mat hadde gjort personalets arbeidsdag tryggere og de ga en god følelse å kunne servere mat som var tilpasset den enkelte pasients behov: ”*Jeg tenker jo at det absolutt er en kilde til en*



*tryggere hverdag, både for oss, for at vi skal kunne trives og jobbe på en sånn plass (...)* *Det føles jo godt at de får i seg mat (...)* så det er jo trygt når du ser hvilket problem de har med å svelge”. Maten så i følge deltakerne god og delikat ut, og de var fornøyde med at maten kom ferdig oppvarmet.

### **Utfordringer**

Helsepersonellet opplevde at det var enkelte utfordringer rundt bruken av konsistenstilpasset mat. Til tross for at bruken var en kilde til trygghet for både helsepersonell og pasient, var det fortsatt pasienter som hadde behov for hjelp, uavhengig av hvilken mat de fikk servert. Det var eksempelvis pasienter som ikke kjente igjen maten de fikk servert. Den konsistenstilpassede maten liknet ikke den tradisjonelle maten de var vant med, og kommenterte slik: *”At det der likner ikke på kjøttkaker og det der likna hvertfall ikke på svineribbe, ikke sant, så det blir jo litt sånn.. ugjenkjennelig mat”*. I tillegg til utfordringer ved bruk av maten, fortalte helsepersonellet om organisatoriske og strukturelle egenskaper som gjorde bruken utfordrende. Det var generelt lite samarbeid mellom avdelingene og kjøkkenet, og informantene hadde aldri tidligere blitt spurt om deres synspunkter i forhold til mat og ernæring. En av deltakerne fortalte: *”Jeg har aldri fått være med på dette her, jeg har aldri blitt spurt om dette med mat og om hva jeg mener om mat”*. Deltakere ga uttrykk for et behov for mer kommunikasjon mellom kjøkkenet og avdelinger for å kunne videreforme egne og pasientenes meninger rundt den konsistenstilpassede maten. Informantene erfarte at maten ble assosiert med etiske problemstillinger da noen pasienter kunne føle seg nedverdige når de fikk servert denne typen mat. I tillegg var noen pasienter ikke klar over sine egne svelgeproblemer og hadde derfor problemer med å forstå hvorfor de fikk servert konsistenstilpasset mat.

### **Ulike pasientgrupper**

Studien viser til et interessant og oppsiktsvekkende funn ved at helsepersonell opplevde at personer med somatiske sykdom og personer med demens reagerte forskjellig når de fikk servert konsistenstilpasset mat. Pasienter med somatisk sykdom uten kognitiv svikt bestemte i hovedsak selv hvilken mat de ønsket og noen så nødvendigheten av denne typen mat. En av informantene fortalte at: *” Den ene personen er klar og bestemmer selv og vil ha most mat, ikke sant, men vedkommende vet jo det at det går, hvis ikke får ikke hun/han i seg mat”*. Bruk av konsistenstilpasset mat var i følge helsepersonellet et

viktig tiltak for personer med somatisk sykdom og dysfagi, hvor de opplevde at pasienten spiste bedre og gikk opp i vekt. Man erfarte også at noen pasienter ikke likte konsistenstilpasset mat og følte det uvant når en ikke skulle tygge maten. Denne opplevelsen førte til at pasientene heller ønsket annen type mat, som brødskiver eller suppe. Helsepersonellet observerte at personer med demens kunne ha problemer med å spise vanlige middagsretter. På grunn av kognitiv svikt og medfølgende redusert funksjonsevne kunne de ha problemer med å bruke kniv og gaffel, men spiste lettere med konsistenstilpasset mat: *”Når de får mosemat, så får de en skje og så spiser de men, gir du de potet og kjøtt og sånt, så vet de gjerne ikke hvordan de skal skjære det opp”*. Informantene opplevde at personer med demens spiste den konsistenstilpassede maten på en annerledes måte. I stedet for å spise av alle ingrediensene på tallerkenen samtidig, spiste de en og en matvare hver for seg. Det var ofte personalet som tok matvalgene for denne pasientgruppen. Noen av pasientene reagerte da de fikk servert konsistenstilpasset mat, men informantene fortalte at de ble vant til utseende på middagen etter hvert.

## **Diskusjon**

Studiens hensikt var å undersøke helsepersonellens erfaringer og opplevelser ved bruk av konsistenstilpasset mat, til personer med dysfagi på sykehjem. Informantene fremhever et behov for konsistenstilpasset mat og at dette bør være en sentral del av pleien på en institusjon. Albert Bandura beskriver sitt begrep mestringstillit som troen på at egen atferd eller atferdsmønster kan føre til et gitt utfall (18). Mestringstilliten bestemmes av forventninger til egen mestringstillit og forventninger til hvilket utfall atferden skal føre til. Ut i fra Banduras begrep kan en anta at helsepersonellens mestringstillit har stor betydning for hvordan de håndterer krevende oppgaver, samt opplever bruken av konsistenstilpasset mat. Bandura skriver at tidligere erfaringer med suksess eller feiling påvirker forventninger til egen mestringstillit i stor grad. Helsepersonellet fortalte at de opplevde følelser som frykt, hjelpeløshet og skyldfølelse når pasientene hadde problemer med å innta vanlig kost. Erfaringer knyttet til komplikasjoner ved dysfagi, vil kunne påvirke deres forventninger til egen mestringstillit ved en senere anledning. Denne studien tyder på at helsepersonellens mestringstillit er en sentral del av deres hverdag og blir utfordret daglig når krevende oppgaver skal utføres. Personalets mestringstillit er svært sentral i bruken av

konsistenstilpasset mat og studier presiserer at det er et komplekst fenomen som krever forskning for å fastsette hva som gjør bruken mest hensiktsmessig (17). Informantene fortalte at bruk av konsistenstilpasset mat hadde en innvirkning på deres arbeidsdag og så på tiltaket som en kilde til trygghet på arbeidsplassen. Ved bruk av denne maten, ble noe av bekymringen for at pasienter skulle sette i halsen, redusert. Dette understøttes av studier som rapporterer at helsepersonell ofte følte seg stresset på jobb, og at bekymring for å skade pasientene var en kilde til frustrasjon og stress (24). Bruken av konsistenstilpasset mat kan ansees som et tiltak for å gjøre måltidet mindre utfordrende for helsepersonellet. Som en følge av dette, vil den negative påvirkningen av mestringstilliten reduseres.

De organisatoriske omstendighetene rundt bruken av konsistenstilpasset mat kan være en kilde til utfordringer. Til tross for at pasientene spiste lettere med denne typen mat, var det fortsatt mange som hadde behov for hjelp under måltidene. En travel hverdag og et gjennomgående tidspress var faktorer helsepersonellet anså som hinder for at de kunne gi pasientene pleie av god kvalitet. Dette resultatet understøttes av Aagaards studie fra 2007 hvor det påpekes at blant annet tidspress kan være en årsak til mangelfullt ernæringsarbeid (25). Denne studiens peker på en mangelfull kommunikasjon rundt tema mat og ernæring, da flere av helsepersonellet fortalte at de aldri hadde blitt spurt om deres meninger og synspunkter. Funnene tyder på en manglende kommunikasjonskanal og muligheter for helsepersonellet til å ytre sine erfaringer, og er et paradoks i forhold til Kellers påstand om at helsepersonellets meninger er av stor betydning for bruken av konsistenstilpasset mat (17). Bandura skriver at forventninger til hvilket utfall atferden skal føre til, vil også kunne påvirke mestringstilliten (18). Dersom en tar utgangspunkt i at kvaliteten på pleie er den ønskede utfallet, kan organisatoriske faktorer påvirke mestringstilliten. Ut i fra Banduras teori, kan helsepersonellet ha tro på at bruk av konsistenstilpasset mat kan medføre pleie av god kvalitet, men likevel være usikre på om de kan utføre atferden på grunn av organisatoriske faktorer. Helsedirektoratets sjekklister (se figur 1) inneholder punkter som legger til rette for en god måltidsituasjon for pasientene, men favner ikke helsepersonellets perspektiv. Listen inneholder ingen punkter som omhandler hvilken atferd eller kompetanse som kreves av helsepersonellet og inneholder i liten grad organisatoriske egenskaper.

Studiens resultater avdekket et uforutsett og interessant funn da informantene fortalte at de opplevde at personer med demens spiste lettere ved bruk av konsistenstilpasset mat. Personer med demens kan i kraft av sin sykdom ha atferdsendringer som kan utfordre helsepersonellens mestringstillit og tro på egen atferd (10, 11). Tidligere forskning tyder på at helsepersonell i arbeid med denne gruppen kan ha en økt risiko for å bli utbrent. Studien fra 2008 diskuterer hvorvidt mestringstillit kan være den mest betydningsfulle variabelen i forhold til denne risikoen (10). Dersom bruk av konsistenstilpasset mat kan føre til at personer med demens spiser lettere, vil tiltaket kunne utgjøre en stor forskjell for personellet under måltidet. Ut i fra denne studiens resultater kan det tyde på at konsistenstilpasset mat utgjør et viktig aspekt av pleien til denne pasientgruppen. Ved å observere at pasienter inntar mat uten problemer vil helsepersonellet erfare at pleien de gir og tiltakene de innfører har en positiv virkning for pasienten og dem selv. Dette vil kunne påvirke deres nivå av tro på egen mestring og atferd og eventuelt overføres til andre krevende oppgaver, som diskutert tidligere. Et godt eksempel på dette var da pasientene fikk servert konsistenstilpasset mat og fikk en skje, kunne de spise alene. Chang og Roberts skriver i sin review fra 2008 at eldre med demens ofte ikke har en kognitiv kapasitet til å opprettholde effektive strategier for å spise (9). Dersom en velger å se på kun dette aspektet av hele måltidsituasjonen, finner en et interessant bruksområde for konsistenstilpasset mat. Chang og Roberts skriver at eldre med kognitiv svikt kan ha problemer med å oppfatte helsepersonellet som hjelpsom når de mottar hjelp til å innta mat (9). Dette fører til at helsepersoneller opplever situasjonen som krevende og interaksjonen reflekterer helsepersonellens vanskeligheter med å hjelpe en pasient til å spise. Dersom det stemmer at personer med demens spiser mer selvstendig og lettere dersom de får servert konsistenstilpasset mat, vil ikke interaksjonen mellom helsepersonell og pasienter oppleves som vanskelig. Dette vil også føre til at pasientene selv får bruke sine gjenværende ressurser. Bruk av konsistenstilpasset mat kan vurderes som et godt tiltak som inngår i pleien til personer med demens, som kan øke helsepersonellens mestringstillit ved å forebygge krevende situasjoner hvor pasientene har problemer med å innta mat. Ved konkrete situasjoner hvor det oppstår vanskeligheter i interaksjonen mellom helsepersonell og pasient kan en bruke konsistenstilpasset mat som en løsning for å unngå en negativ interaksjon. Dette understøttes av Chang og Robert som skriver at problemer som oppstår i forbindelse med å mate en pasient, tildeler helsepersonellet informasjon, som igjen må velge om

tiltak skal innføres (9). Ut i fra denne studiens resultater, kan det tyde på at konsistenstilpasset mat kan være et slikt tiltak.

Personer med demens kan ha problemer med å forstå hvorfor de får servert denne typen mat. Informantene fortalte at de ofte reagerte på maten første gangen den ble servert, men at de ble vant til den etter hvert. De fortalte også at det var helsepersonellet som tok avgjørelsen om hva slags mat personen skulle få servert. Ullrich og Crichton (16) skriver i deres studie at dersom overgangen fra normal kost til konsistenstilpasset mat skal være suksessfull, er det viktig med en felles forståelse for hvorfor overgangen er nødvendig. Pasientenes reaksjon på maten og det at helsepersonellet tar avgjørelsen, kan tyde på manglende organisatoriske rutiner for gjennomførelse av måltidet. I det bør det ligge føringer for samarbeid og kommunikasjon med pasienten. Personens kognitive tilstand og grad av kognitiv svikt er et sentralt aspekt med tanke på hvor mye kommunikasjon og forståelse som kan oppnås, men det er likevel viktig å ha fokus på dette. Det er her viktig at organiseringen av virksomheten, her sykehjemmet, bygger opp rundt dette og vektlegger personalets faglige kompetanse i møtet med personer med demens. I denne sammenheng vil en sjekklister som tidligere nevnt, kunne være nyttig.

## **Konklusjon**

Informantene i denne studien opplevde bruken av konsistenstilpasset mat som viktig for å kunne gi pasientene god omsorg og pleie, men funnene kan tyde på at dette avhenger av flere faktorer. Helsepersonellens egen mestringstillit har en sentral rolle i måltidsituasjonen på sykehjem. Bruken av konsistenstilpasset mat kan føre til en økt mestringfølelse hos helsepersonellet, da måltidsituasjonen ikke føles like krevende og maten opplevdes som en kilde til trygghet både for helsepersonellet og pasientene. Erfaringer av at pasientene spiste lettere påvirker mestringstilliten i en positiv retning og kan overføres til andre situasjoner. Konsistenstilpasset mat som en del av pleien på sykehjem, avhenger av at organisatoriske faktorer ligger til rette for det. Tidspress på avdelingen og lite kommunikasjon med kjøkkenet kan hindre god bruk av konsistenstilpasset mat. Samarbeidet med kjøkkenet og videre organisering av måltidet må gjøres i en faglig kontekst. Helsedirektoratets sjekklister kan være et nyttig utgangspunkt for utvikling av en ny sjekklister som tar helsepersonellens perspektiv, samt inkluderer organisatoriske faktorer. Punkter som omtaler behov for kompetanse og strukturelle egenskaper som legger til rette, kan være nødvendig. Funnene kan tyde på

at konsistenstilpasset mat kan være viktig i forhold til personer med demens. Ut i fra personalets observasjoner kan maten være en sentral del av pleien til denne pasientgruppen. Maten er kun en liten del av omsorgstjenesten, men likevel betydelig. En må ikke undervurdere bruken av tiltaket for å gjøre måltidsituasjonen lettere for både helsepersonell og pasient.

### **Implikasjoner for praksis**

Studiens funn og konklusjon kan tyde på hva som kreves for at konsistenstilpasset mat skal fungere på en hensiktsmessig måte. Informantenes observasjoner i forhold til bruken kan fungere som retningslinjer for andre sykehjem og institusjoner. Mestringsfølelsen som står sentralt i diskusjonen, viser viktigheten av helsepersonellens kompetanse og individuelle egenskaper. Funnene tyder på at et fokus på helsepersonellens mestringstillit er svært sentralt på arbeidsplassen.

## Referanser

1. Utne L, Stensvold H. Dysfagi. 2. ed. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS; 1999.
2. Aabakken L. Dysfagi2016 [cited 2014 29. November]. Available from: <https://sml.snl.no/dysfagi>.
3. Namasivayam AM, Steele CM. Malnutrition and Dysphagia in Long-Term Care: A Systematic Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*. 2015;34(1):1-21.
4. Brodtkorb K. Ernæring, mat og måltider. In: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A, editors. *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. 1. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
5. Park Y-H, Han H-R, Oh B-M, Lee J, Park J-a, Yu SJ, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 2013;34:212-7.
6. Kilic MK, Sümer F, Ülger Z. Nutritional issues in dementia patients. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2015;45(5):1020-5.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
8. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research1993. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/37108> - sthash.paKVe1Nh.dpuf.
9. Chang C-C, Roberts BL. Feeding difficulty in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:2266-74.
10. Duffy B, Oyebode J, Allen J. Burnout amongst care staff for older adults with dementia - the role of reciprocity, self-efficacy and organisational factors. *PSIGE Newsletter*. 2008(103):41-5.
11. Mackenzie C, Peragine G. Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2003;18(5):291-9.
12. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors and Socioemotional Effects. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2007;116(11):858-65.

13. Pritchard G, Jones P. Developing a service for clients with dysphagia. *Learning Disability Practice*. 2014;17(1):32-5.
14. Meld. St. 25. Mestring, muligheter og mening. 2006.
15. Helsedirektoratet. *Kosthåndboken - Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
16. Ullrich S, Crichton J. Older people with dysphagia: transitioning to texture-modified food. *British Journal of Nursing*. 2015;24(23):686-92.
17. Keller H, Chambers L, Niezgodá H, Duizer L. Issues associated with the use of modified texture foods. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 2012;16(3):195-200.
18. Bandura A. *Self Efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
19. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.
20. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode*. 4. ed. Oslo: Abstrakt forlag AS; 2011.
21. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2012.
22. Malterud K. *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. En innføring*. 3. ed. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2013.
23. Thornquist E. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapesteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
24. Karlsson I, Ekmen S-L, Fagerberg I. A difficult mission to work as a nurse in a residential care home - some registered nurses' experience of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009;23(2):265-73.
25. Aagaard H. *Mat og måltider i sykehjem: Undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. Halden: 2008.



## Figur 1 for artikkel

---

### Sjekkliste

- **Sørg for et hyggelig spisemiljø som også er praktisk tilrettelagt**
- **Sørg for god sittestilling under måltidene**
- **Vurder behov for mat og drikke med annen konsistens**
- **Vurder behov for spiseredskaper eller andre hjelpemidler, spisehjelp eller med spising**
- **Tilby passe antall måltider, mellommåltider og ekstra drikke**
- **Gi valgmuligheter når det gjelder mat og drikke**
- **Sørg for at maten har riktig temperatur**
- **Sørg for nok tid og ro, slik at måltidet blir trivelig.**

## Vedlegg 1: Oversikt over litteratursøket

<b>Databaser → Søkeord</b>	<b>CINAHL</b>	<b>PubMed via Helsebiblioteket</b>	<b>OVID Medline</b>
<b>Texture Modified food*</b>	43 treff	261 treff	9 treff
<b>Texture modified diet*</b>	33 treff	71 treff	23 treff
<b>Dysphagia/deglutition disorder</b>	3859 treff	55538 treff	20095
<b>Texture Modified food*/diet* AND Dysphagia/deglutition disorder/</b>	20 treff	31 treff	38 treff
<b>Texture Modified food*/diet* AND Dysphagia/deglutition disorder AND Nurse AND experience/perception</b>	2 treff	0 treff	
<b>Dementia AND self- efficacy AND Health Professionals/caregiver</b>	1 treff	187 treff	58 treff
<b>Dementia AND self- efficacy AND Nursing</b>	47 treff	157 treff	

## Vedlegg 2: Informasjonsskjema

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*”Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til pasienter med dysfagi?”*

#### Bakgrunn og formål

Studien har som formål å undersøke helsepersonellens erfaringer med å servere konsistenstilpasset mat til beboere på et sykehjem.

Valg av sykehjem i studien er gjort av student og prosjektansvarlig for KOMAT, Måltidets Hus.

Utvalget består av helsepersonell som jobber ved det valgte sykehjemmet og som har en fast stilling. Videre skal deltakerne daglig/ukentlig omgås personer med dysfagi og ta del i matservingen til disse personene.

Alle ansatte på sykehjemmet som dette passer for, vil bli invitert til å delta, frem til vi har nok deltakere.

Dette er et masterprosjekt som er en del av masterstudiet Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger og en del av prosjektet ”KOMAT – Konsistenstilpasset mat”, ved Måltidets Hus.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

De som blir med i studien vil bli delt i 2 fokusgrupper på ca. 7 personer i hver.

Deltakelse i studien innebærer for den enkelte å være med på ett gruppeintervju.

Intervjuet vil ha en varighet på om lag 90 minutter. I forkant vil deltakerne motta et informasjonsskjema om prosjektet. Intervjuet vil foregå på sykehjemmet hvor utvalget er rekruttert fra og informasjon fra intervjuet vil være grunnlaget for den videre analysen. Spørsmålene vil omhandle helsepersonellens egne opplevelser og erfaringer ved servering av mat til beboerne på sykehjemmet. Data vil registreres både i form av håndskrevne notater og lydopptak.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger som kommer frem på lydopptak under intervjuet og fra samtykkeskjema, vil kun student og veileder ha tilgang til. Personopplysninger vil bli lagret adskilt og kryptert fra resterende datamaterialet. Under analyse av informasjonen fra gruppeintervju, vil deltakerne få tildelt pseudonymer og referansenummer for å beholde anonymitet. Informasjonen som kommer frem i intervjuet vil student, veileder, prosjektgruppen og databehandler ha tilgang til.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2016. Etter endt prosjekt vil all informasjon være anonymisert. Ingen personopplysninger skal brukes videre.

### 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 anonymisert. Som helsepersonell vil ikke deltakelse i studien ha noen innvirkning på deres forhold med pasienter og kollegaer.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med student: Lise Birgitte Holteng tlf: 40 06 32 38 og veileder: Ingelin Testad tlf: 51 51 56 19

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

## Samtykke til deltakelse i studien

Med vennlig hilsen

Kontaktperson:  
Lise Birgitte Holteng  
Masterstudent UiS  
Tlf: 40063238  
Mail: [Lbah\\_92@hotmail.com](mailto:Lbah_92@hotmail.com)

Ingelin Testad, Postdoc/  
1. Amanuensis UiS  
Tlf: 51515147/95093641  
Mail: [tesi@sus.no](mailto:tesi@sus.no)

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

---

Prosjektdeltaker

Dato



SESAM - REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR ELDREMEDISIN OG SAMHANDLING



Universitetet  
i Stavanger

Jeg har informert deltakerne i studien om hva deltakelse innebærer, samt ytterligere informasjon om studien og behandling av data.

---

Lise Birgitte Holteng, student

Dato

---

Ingelin Testad, veileder

Dato

---

Christina Frøiland, moderator

Dato

## Vedlegg 3: Intervjuguide

**”Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling med bruk av konsistenstilpasset mat til pasienter med dysfagi?”**

Spørsmål 1:

*Hvilke opplevelser har du hatt i forhold til personer med dysfagi og spiseproblemer ved inntak av måltider?*

Støttespørsmål:

- 1.1 – Er det noen spesifikke situasjoner du tenker på?
- 1.2 – Hvordan følte du deg når du opplevde disse utfordringene?

Spørsmål 2:

*Hvilke opplevelser har du av maten som blir servert nå?*

Støttespørsmål:

- 2.1 – Hvordan har den konsistenstilpassede maten endret spisesituasjonen for ?
- 2.2 – Hva tenker dere om maten som en kilde til en enklere hverdag for dere?
- 2.3 - Hva tenker dere om maten som en påvirkningsfaktor til kvaliteten på pleien?

Spørsmål 3:

*Hvilke tanker har dere om deres forhold til pasientene nå, i sammenlikning med før konsistenstilpasset mat ble tatt i bruk?*

Støttespørsmål:

- 3.1 – Opplever dere andre reaksjoner nå enn før?
- 3.2 – Hvordan reagerer pasientene når de får servert konsistenstilpasset mat?

## Vedlegg 4: Utdrag fra analyseprosessen

Vedlegget beskriver analyseprosessen for de kvalitative intervjuene. Tabellene viser hvordan jeg har tenkt i forhold til valg av koser, subgrupper og kondensater. Denne beskrivelsen har tatt utgangspunkt i beskrivelsen av analysen i kapittel 3.

### Trinn 1

I trinn en ble transkripsjonene gjennomlest får å danne et helhetlig inntrykk av hva informantene fortalte. Foreløpige temaer ble skrevet ned under gjennomlesning og dannet utgangspunktet for videre analyse. Temaene ble diskutert med veileder før videre inndeling i subgrupper.

Transkribering	Foreløpig tema	Kode
Deltaker 1: Det er veldig skremmende egentlig for det er jo en del av personalet som grudde seg til å så være med å sette seg ned til å hjelpe vedkommende å få mat og spise fordi at man følte nesten en skyld, og at det var din skyld hvis hun satte i halsen, men det var jo ikke det. Fordi det var jo pasienten selv som gjerne spiste fort eller når man prøvde å tilrettelegge... Det var mange som var litt bekymra og redde for å hjelpe henne på grunn av det.	Skyldfølelse	Helsepersonellens perspektiv
Deltaker 3: Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen. Da var det rett før og hu var sånn.. vi prøvde alt og tok under her (grep rundt magen) og vi trodde hu skulle dø, men vi klarte å redde henne. Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelveen når jeg gikk hjem så da er det jo veldig godt med den mosematen.	Skremmende opplevelser	Helsepersonellens perspektiv
Delt 2: Kjøtt kan være trevlete og litt store biter og sånt, og de sitter å tygger og tygger, og til slutt så kommer det ut igjen og så ligger det som en død mus, som ligger der. Det ser ut som om det har vært i gjennom systemet på en ugle eller noe sånt. Fordi det blir så.. de tygger så lenge..	Farlig mat	Den vanlige maten

Temaene og kodene diskutert ytterligere og følgende hovedtemaer og subgrupper ble valgt for videre analyse:

### **Hovedtema 1: Behov for konsistentilpasset mat**

#### Subgrupper:

- Behovet fra helsepersonellens perspektiv
- Den vanlige maten

### **Hovedtema 2: Bruk av konsistentilpasset mat**

#### Subgrupper:

- Bruk av konsistentilpasset mat fra helsepersonellens perspektiv
- Den konsistentilpassede maten

### **Hovedtema 3: utfordringer ved bruk av konsistentilpasset mat**

#### Subgrupper:

- Generelle utfordringer
- Organisatoriske utfordringer
- Etske utfordringer

### **Hovedtema 4: Bruk av konsistentilpasset mat til ulike pasientgrupper**

#### Subgrupper:

- Personer med somatisk sykdom
- Personer med demens



## Trinn 2

I andre trinn av analysen skiller man relevant tekst, fra irrelevant. Meningsbærende enheter som inneholdt potensiell kunnskap om temaene fra trinn 1 be hentet ut fra transkripsjonen. Teksten som ble hentet fra transkripsjonene ble kodet, med utgangspunkt i trinn 1.

Hovedtema	Subgrupper	Meningsbærende enheter
1. Behov for konsistenstilpasset mat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Helsepersonellets perspektiv</li><li>• Den vanlige maten</li></ul>	<p><i>” Det er veldig skremmende egentlig for det er jo en del av personalet som grudde seg til å så være med å sette seg ned til å hjelpe vedkommende å få mat og spise fordi at man følte nesten en skyld, og at det var din skyld hvis hun satte i halsen, men det var jo ikke det ”</i></p> <p><i>”Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen (...)Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelven når jeg gikk hjem (...) men det er en sånn hendelse som sitter i deg ganske lenge ”</i></p> <p><i>” Så har vi jo de som bruker lang lang tid på vanlig mat (...) Kjøtt kan være trevlete og litt store biter og sånt, og de sitter å tygger og tygger, og til slutt så kommer det ut igjen ”</i></p>

### Trinn 3:

I trinn 3 av analysen ble de meningsbærende enhetene skrevet om til kunstige sitater, kondensater. Kondensatene forteller hva de meningsbærende enhetene forteller. Kondensatene fungerer som et arbeidsnotat for trinn 4.

Utdrag fra analysen med utgangspunkt i hovedtema 1, behov for konsistenstilpasset mat.

<b>Subgruppe</b>	<b>Meningsbærende enheter</b>	<b>Kondensat</b>
Helsepersonellens perspektiv	<p><i>” Det er veldig skremmende egentlig for det er jo en del av personalet som grudde seg til å så være med å sette seg ned til å hjelpe vedkommende å få mat og spise fordi at man følte nesten en skyld, og at det var din skyld hvis hun satte i halsen, men det var jo ikke det”</i></p> <p><i>”Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen (...)Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelven når jeg gikk hjem (...) men det er en sånn hendelse som sitter i deg ganske lenge”</i></p>	<p>Helsepersonellet opplevde skremmende situasjoner hvor pasientene satte vanlig mat i halsen. Disse skremmende situasjonene ble så alvorlige at sykebil måtte tilkalles. Opplevelsene gjorde at helsepersonellet følte seg skremt og kjente på vonde følelser etter endt arbeidsdag. Dette førte til at helsepersonellet grudde seg til å hjelpe pasienter med å spise, og erfarte å føle skyld dersom en pasient satte i halsen.</p> <p>Gullsitat: Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen. Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelven når jeg gikk hjem”</p>

## Trinn 4

I trinn 4 av analysen settes kondensatene og gullsitatet sammen. Kondensatene og gullsitatene fra hver kodegruppe ble skrevet om til analytisk tekst for å beskrive av datamaterialet forteller om fenomenet en ønsker å studere. Den analytiske teksten representerer resultatene for denne studien.

### 5.1.1 Behovet fra helsepersonellens perspektiv

Helsepersonellet på sykehjemmet fortalte om skremmende situasjoner de hadde opplevd, hvor pasienter med dysfagi satte ”vanlig mat” i halsen. Disse situasjonen utviklet seg til å bli svært alvorlige og informantene forteller at de opptil flere ganger har måtte kontakte ambulanse for hjelp.

*”Jeg har jo opplevd en gang når jeg var på en avdeling der vi holdt på å miste en dame for hu satte i halsen (...) vi trodde hu skulle dø, men vi klarte å redde henne”*

Dette var situasjoner som vekket frykt hos de ansatte, hvor helsepersonellet følte seg preget av situasjonen etter endt arbeidsdag. Fortellingene tydet på en fysisk og psykisk krevende arbeidsdag, hvor helsepersonellet måtte være forberedt på situasjoner som omhandler det å redde liv hos pasienter som setter mat i halsen.

*” Det var en forferdelig opplevelse og jeg var skjelven når jeg gikk hjem (...) men det er en sånn hendelse som sitter i deg ganske lenge”*

Slikt vanskelige situasjoner førte til skyldfølelse hos de ansatte. Informantene fortalte at dersom en pasient havnet i en slik situasjon og satte i halsen, følte de skyld for at pasienten ikke fikk i seg mat. Fortellingene bar preg av at skyldfølelse og hjelpeløshet oppsto ofte i situasjoner hvor en skulle hjelpe pasienter med dysfagi.

*”Du får en skyldfølelse og hva er det jeg gjør som er galt som gjør at hun ikke klarer å svelge det, jeg kjenner hvert fall på det”*



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

Ingelin Testad  
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger  
Ullandhaug  
4036 STAVANGER

Vår dato: 29.09.2015

Vår ref: 44853 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>44853</i>	<i>Helsepersonell sin erfaring ved bruk av konsistenstilpasset mat til pasienter med dysfagi, på en sykehjemsavdeling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ingelin Testad</i>
<i>Student</i>	<i>Lise Birgitte Austbø Holteng</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

*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

# Vedlegg 5

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lise Birgitte Austbø Holteng lbah\_92@hotmail.com

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 44853

Utvalget består av helsepersonell på et sykehjem. Personvernombudet forutsetter at det innhentes tillatelse fra ledelsen ved sykehjemmet til å kunne foreta intervju med ansatte. Ansatte rekrutteres via arbeidsplassen.

Utvalget mottar skriftlig informasjon om studien. Informasjonsskrivet er tilfredsstillende utformet.

Ingen pasientopplysninger innhentes, og vi legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Prosjektlutt er 01.06.16. Data anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Navn og opptak slettes. Indirekte personidentifiserbare opplysninger som navn på arbeidsplass, stilling, alder og kjønn fjernes, omskrives eller kategoriseres.

# Notat

**Til:**

Ingelin Testad

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**

Lars Conrad Moe, Sølve Braut, Rolf Haaland, Helle Schøyen, Randi Mobæk  
Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 20.10.2015

**Arkivref:** 2010/3039 - 101765/2015

---

## **Registrering av masterprosjekt – MA62 (Lise Birgitte Holteng)**

Masterprosjektet «Hvilke erfaringer har helsepersonellet på en sykehjemsavdeling ved bruk av konsistenstilpasset mat til personer med dysfagi?» er registrert i Forskningsavdelingens register med intern id MA62.

## Vedlegg 6



**Aldring og helse**  
Nasjonal kompetansetjeneste

Søk

Startside    ABC    Bokhandel    Tidsskriftet    Forskning    Bibliotek    Fagskole  
Kurs og konferanser    Om oss    English

Du er her: < Tidsskriftet < Publisering i D&A

## Demens & Alderspsykiatri

Om tidsskriftet

Redaksjon

2016

2015

Eldre årganger

Publisering i D&A

Bibliotekets fulltekstoversikt

## Retningslinjer for publisering

10.12.2008

**Fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig lesergruppe med tilknytning til helse- og omsorgssektoren, spesielt innenfor behandling av og omsorg for personer med demens og pasienter innenfor alderspsykiatrien.**

### Fagartikler i D&A

Fagartikler i Demens & Alderspsykiatri skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis. En artikkel i Demens & Alderspsykiatri overskrider sjelden cirka 15 000 tegn uten mellomrom, og normalt ber vi artikkelforfatterne holde seg innenfor en ramme på 10 000 – 12 000 tegn uten mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig. Bilder, grafer, figurer mv sendes som separat fil og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. Innlegg til Demens & Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer. Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør:

[bente.wallander@aldringoghelse.no](mailto:bente.wallander@aldringoghelse.no)

**Referanser:** Se beskrivelsen lenger ned på siden.

### Forskningsartikler i D&A

skal falle inn under feltene demens og alderspsykiatri i



## Vedlegg 6

primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å publisere tverrfaglig, fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeid med mer. Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres. Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser, vil bli vurdert for publisering.

Sekundærpublisering, det vil si publisering av en forskningsartikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt i D&A.

### **Fagfellevurdering**

D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). D&A benytter fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller), som representerer eksterne fag- og forskningsmiljøer.

Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

### **Generelt**

All tekst skrives i MS Word-format (.doc, .docx) eller i «rikt tekstformat» (.rtf), med fonten Times New Roman, bokstavstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Sidene skal pagineres (merkes med sidetall).

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Artiklene skal inneholde følgende avsnitt, om det er naturlig ut fra hva slags studie artikkelen refererer:

- Sammendrag, hovedbudskap, bakgrunn, metode (med statistikk), etiske refleksjoner, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser.
- Hovedbudskapet skal sammenfattes i to-tre kulepunkter.

## Vedlegg 6

- Overskriftene markeres med tykkere bokstaver (bold).
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.
- Det tillates inntil fem tabeller og/eller figurer.
- Tabeller skal av trykkes tekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.exl).
- Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.
- Antall ord er maksimalt 3 500 for en kvantitativ artikkel og maksimalt 5 000 for en kvalitativ artikkel (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).
- Sammendraget skal være på norsk og engelsk, og inneholde maksimalt 250 ord for hver språkform.
- Manuskripter skal være skrevet på norsk, svensk eller dansk.

### **Oversendelse av manuskript**

Artikkelmanuskriptet og eventuelle tabeller sendes som vedlegg til elektronisk post til

[fagredaktor@aldringoghelse.no](mailto:fagredaktor@aldringoghelse.no).

Alt sendes som ett dokument. I tillegg til selve teksten i manuskriptet skal de to første sidene i dokumentet inneholde:

#### *1. Overskriftsside*

- Tittel på artikkelen.
- Forfatterens (forfatternes) for og etternavn.
- Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.
- Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.
- Kontaktforfatterens (vanligvis førsteforfatter) elektroniske postadresse og telefonnummer.
- Antall figurer og tabeller i artikkelen.

#### *2. Sammendrag*

Sammendrag skal være på norsk og engelsk, som skrives på egne sider. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon. Maksimalt 250 ord.

### **Etikk**

Forskningsartiklene i Demens & Alderspsykiatri skal

## Vedlegg 6

holde en høy etisk standard. Forskning presentert i bladet skal være i henhold til «forskningsloven», følge hovedprinsippene i «Vancouverkonvensjonen» og «Helsinkideklarasjonen». Studier der reglene krever det, skal være godkjent av den regionale etiske komiteen for medisinsk forskning (REK) og Datatilsynet (ved dataombudet).

### Forfatterskap

Når et manuskript har flere forfattere skal alle ha bidratt, slik at hver enkelt oppfyller alle de tre følgende kriteriene:

1. Vesentlige bidrag til idé til og utforming av studien, eller datainnsamling/-generering, eller analyse og tolkning av resultatene.
2. Utarbeidelse av manuskriptet eller kritisk gjennomgang av manuskriptet.
3. Godkjenning av artikkelen som sendes inn for vurdering

### Interessekonflikter

Før publisering av et manuskript, må alle forfatterne ha skrevet under en interessekonflikterklæring.

[Skjemaet kan lastes ned i pdf-fil her](#)

### Referanser

Litteraturhenvisningene i D&A følger hovedsakelig retningslinjene fra International Committee of Medical Journals, såkalt «Vancouver style» Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. Henvisningene settes vanligvis til sist i setningen. De enkelte referansene skilles med komma; med bindestrek dersom henvisninger følger fortløpende (for eksempel 1-5, 15, 18).

Referansene plasseres på slutten av manuskript i samme rekkefølge som de nevnes i tekst. Forfattere siteres med etternavn og initialer for fornavn. Dersom det er flere forfattere, skal det i referanselisten angis inntil fem forfattere etterfulgt av «et al.». Dersom navnet på tidsskriftet begynner med en bestemt artikkel, skal denne utelates (for eksempel: for The New England Journal of Medicine utelates «The»). Etter tidsskriftets

## Vedlegg 6

navn angis årstall og volum-nummer atskilt med semikolon.

Dersom gjeldende tidsskrift bruker ny paginering i hvert nummer, angis årstall, volum og nummer i parentes.

Sidetall skrives også fullt ut.

Personlige meddelelser refereres i referanselisten.

### **Eksempler:**

#### ***Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:***

Kirkevold Ø, Sandvik L & Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes.

International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19:980-988.

#### ***Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:***

Rugås L & Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003;91(6): 34-37.

#### ***Supplement til tidsskrift:***

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8):20-23.

#### ***Bok:***

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

#### ***Kapittel i bok med flere forfattere:***

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

#### ***Rapport:***

Rykkje L, Gjellestad Å & Wolden H. Munn- og tannstell på sykehjem : vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, 2003.

#### ***Offentlig publikasjon:***

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp. nr.40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm.

## Vedlegg 6

Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr.40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000.

Nasjonal helseplan.

### **Avhandling:**

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo:

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

### **Avisartikkel:**

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens

Tidende 10.9.2007.

### **Artikler fra internett. I tillegg til forfatter og artikkel**

*må nettadresse og dato for nedlasting angis:*

Anonym. Alois Alzheimer.

<http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html>

(13.05.2006)

### Startside

Demens  
Alderspsykiatri  
Funksjonshemning  
Utviklingshemning  
Utredningsverktøy  
NorKog  
Skalaer og tester

### ABC

Demensomsorgens  
ABC  
Eldreomsorgens ABC  
Introduksjon til helse-  
og omsorgsarbeid  
Med ABC til fagbrev

### Bokhandel

### Tidsskriftet

### Forskning

Doktorgrader  
Forskningsartikler  
Lenker  
forskningsmiljøer  
Lenker til litteratur  
Prosjekter

### Bibliotek

D&A - Fulltekstartikler  
Filmer  
Internasjonalt publisert  
Offentlige dokumenter  
Publisert på norsk  
Tidsskriftabonnementer  
Viktige ressurser

### Fagskole

Kurs og  
konferanser

### Om oss

Ansatte  
Årsmelding  
Ledige stillinger  
Kompetansespredningspl  
Faglig referansegruppe  
Kontakt

### English

Publishing House  
Projects from 2012

### Postadresse:

Aldring og helse  
Postboks 2136  
3103 TØNSBERG

### Besøksadresse Vestfold:

Taranrødveien 47, 3171 SEM

### Besøksadresse Oslo:

Aldring og helse  
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål  
Kirkeveien 166, Bygn. 20, 4. et.,  
0450 Oslo

### Fakturaadresse:

Sykehuset i Vestfold HF

**E-post:** [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)

**Telefon:** 33 34 19 50



© 2016 Aldring og helse | [Uni Micro Web](#)

[Les mer om vår bruk av Cookies her.](#)

Regnskapskontoret  
Postboks 2168,  
3103 Tønsberg

**Nettredaktør:** Tormod Ugelstad

## Vedlegg 6

Org.nr: 983 975 259

