

MASTEROPPGAVE

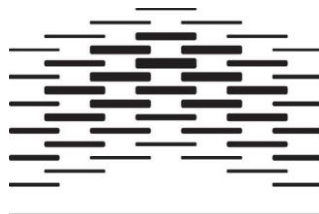
Samfunnsernæring

2014

«Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at ulike kjøkkenmodeller hemmer og fremmer deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold»?

Sissel Steinsland

**Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse**



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Førord

Å skrive en master er et ensomt arbeid ble det sagt en gang. Selv om deler av prosessen er en ensom prosess, så er det umulig å få i havn et slikt prosjekt uten inspirasjon, hjelp og støtte fra andre, og jeg ønsker å takke alle som har hjulpet og støttet med i denne prosessen.

Den første jeg vil takke er Gunnleik Soltvedt som var kjøkkensjef ved Hjemmet for Døve da jeg var lærling i institusjonskokkfaget for 20 år siden. Han stilte spørsmål ved hvordan kjøkkenomleggingen fra kok-server og egne produksjonskjøkken på alle sykehjemmene til store sentralkjøkken som skulle levere middag til sykehjemmene i kommunen, og dette har inspirert meg til å lage problemstillingen og skrive denne oppgaven.

Takk til mine dyktige veiledere Helene Dahl Eide og Kjersti Sortland for god veiledning i hele prosessen. En spesiell takk til Kjersti som loset meg i havn siste tiden før innlevering, din støtte og oppmuntring denne tiden var uvurderlig.

Tusen takk til de fem sykehjemmene som deltok i studien og til hver eneste informant som var med i intervjuene, uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Takk til min arbeidsgiver og sjef Eivind Kallekodt som har lagt til rette slik at jeg har kunnet arbeide og studere samtidig, alle sjefer burde vært som deg! Takk også til mine flotte kollegaer ved Målrettet Kompetanse som har heiet på meg og oppmuntret meg hele denne tiden når jeg har arbeidet med denne oppgaven.

Sist men ikke minst vil jeg takke min enestående samboer Stein Rune som har støttet meg både når ting har gått lett og når ting har gått trått, din støtte og din fantastiske innsats for å holde fortet hjemme når jeg har rota rundt i mastertåka har hatt stor betydning for at denne oppgaven har blitt til. Uten deg hadde jeg ikke greid det.

En takk også til min familie, mine venner og alle andre som har heiet på meg, og sist men ikke minst en takk til min stesønn Sebastian for at du etter hvert fant volumknappen på stereoanlegget ditt slik at det ble arbeidsro i heimen så jeg fikk skrevet denne oppgaven.

Sissel Steinsland

mai 2014

Sammendrag

Bakgrunn: I løpet av de siste 20 årene har stadig flere sykehjem i Norge lagt om mattilbydingssystemet sitt fra tradisjonell kok-server metode til å servere mat produsert etter kok-kjøll metoden. Beboere i sykehjem er en uensartet gruppe mennesker med ulike behov og ønsker, for at de skal få dekket sine ernæringsmessige behov er det viktig at de får tilbud om et individuelt tilpasset kosthold. Formålet med studien er å undersøke hvordan de ulike kjøkkenmodellene påvirker helsepersonells mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold. Problemstillingen er: «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at ulike kjøkkenmodeller hemmer og fremmer deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold»?

Metode: Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som arbeidet i sykehjem. Studien består av fem fokusgrupper fra fem ulike sykehjem i Norge med til sammen 29 deltakere.

Resultater: Resultatene viser at det ikke nødvendigvis er mer utfordrende å tilby et individuelt tilpasset kosthold i sykehjem som serverer mat produsert etter kok-kjøll metoden enn det er å tilby et individuelt tilpasset kosthold i sykehjem som tilbyr mat produsert etter kok-server metoden. Økonomi, personalressurser, tilgang på utstyr og holdninger og kunnskap hos helsepersonell og kjøkkenpersonell påvirker også muligheten til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold.

Diskusjon: Økonomiske og menneskelige ressurser som sykehjemmene har tilgjengelig ser ut til å kunne påvirke helsepersonells mulighet til å tilby et individuelt tilpasset kosthold mer enn hva slags kjøkkenmodell som er på de ulike sykehjemmene. Det betyr at de som avgjør hva slags kjøkkenmodell et sykehjem skal ha, også må se på organiseringen av kjøkkenmodellen slik at mottakeren av tjenestene beboeren i sykehjemmet får dekket sine individuelle behov.

Abstract

Background: During the last twenty years, more and more nursing homes in Norway have changed their catering systems from serving food produced by the traditional cook-serve method, to serve food produced by cook-chill method. Inhabitants in nursing homes are a heterogeneous group of people with different needs and different wishes when it comes to what they want to eat. To make sure they get their nutritional needs covered, it is important that they are offered an individually adjusted diet. The aim of the study is to investigate how the catering system affects health care professional's possibility to offer nursing home residents an individually adjusted diet. The issue of the study is: "How does health care professionals experience how different catering systems can inhibit and promote their possibility to give nursing home residents an individually adjusted diet"?

Method: Semi structured focus group interviews with health care professionals working in nursing homes. The study comprises five focus groups from five different nursing homes in Norway, containing 29 participants.

Results: The results show that it is not necessarily more challenging to offer an individually adjusted diet in nursing homes that serve food produced by the cook-chill method, than it is to offer an individually adjusted diet in nursing homes that serve food produced by the cook-serve method. Economy, personal resources, access to equipment and attitudes and knowledge among health care professionals and kitchen professionals influence the possibility to offer nursing home residents an individually adjusted diet.

Discussion: Economic and human resources available in the nursing homes seem to affect health care professionals' possibility to offer an individually adjusted diet, than the actual catering system in the nursing home. That means that they who decides what catering system a nursing home should have, also must look on how the organization of the catering system should be organized, so it would meet the individual needs of nursing home residents.

Innhold

1. Innledning.....	10
1.1. Presentasjon og bakgrunn for tema.....	10
1.2. Problemstilling og underproblemstillinger.....	12
1.3. Oppgavens oppbygning.....	12
1.4. Avgrensing og begrepsavklaring.....	13
1.5. Forankring i loven.....	13
1.6. Litteratursøk.....	14
2. Teoretisk referanseramme.....	15
2.1. Sykehjem.....	15
2.1.1. Hvem er beboere i sykehjem i dag?.....	16
2.2. Ulike kjøkkenmodeller.....	18
2.2.1. Modell 1.....	19
2.2.2. Modell 2.....	20
2.2.3. Modell 3.....	21
2.3. Fordeler og ulemper ved de forskjellige metodene som ble brukt ved sykehjemmene.	21
2.4. Hva er et individuelt tilpasset kosthold?.....	23
2.5. Ønskekost.....	25
2.5.1. Hva kan hemme muligheten til å gi ønskekost?.....	26
2.5.2. Faktorer som fremmer muligheten til å gi ønskekost.....	27
2.6. Spezialkost og næringstett kost.....	28
2.6.1. Faktorer som hemmer muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost.....	29
2.6.2. Faktorer som kan fremme muligheten til å gi spesialkost og næringsberiket kost.....	29
2.7. Matens sensoriske kvalitet.....	30
Smak og konsistens.....	30
2.7.1. Smak.....	31
Hemmende faktorer på smak.....	31
Fremmende faktorer på smak.....	31
2.7.2. Matens tekstur og konsistens.....	32
Hemmende faktorer på konsistens.....	32
Fremmende faktorer på konsistens.....	33
2.7.3. Lukt.....	33
Hemmende faktorer på lukt.....	33
Fremmende faktorer på lukt.....	33

2.7.4.	Utseende	34
	Hemmende faktorer på utseende	34
	Fremmende faktorer på utseende	34
3.	Metode	35
3.1.	Forforståelse.....	35
3.2.	Studiedesign	36
3.2.1.	Hvorfor ble fokusgrupper valgt som metode?	36
3.3.	Hva er et fokusgruppeintervju?.....	37
3.4.	Utvikling av intervjuguide.....	39
3.5.	Utvalg av sykehjem.....	40
3.5.1.	Utvalg av informanter	41
3.5.2.	Presentasjon av informanter, sykehjem og kjøkkenmodellene på de forskjellige sykehjemmene	42
3.6.	Hvordan ble intervjuene gjennomført?.....	45
3.7.	Hvordan ble deltakernes konfidensialitet ivaretatt?	46
3.8.	Analyse	46
3.9.1.	Hvordan ble analysen gjennomført?	47
4.	Resultater	52
4.1.	Ønskekost	52
4.1.1.	Hvordan hemmer kok-kjøøl metoden helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem ønskekost?	53
4.1.2.	Hva fremmer helsepersonells mulighet til å gi ønskekost på sykehjem som får mat produsert etter kok-kjøøl metoden?.....	54
4.1.3.	Hva fremmer helsepersonells mulighet til å gi ønskekost i sykehjem som produserer mat etter kok-server metoden.....	55
4.1.4.	Oppsummering ønskekost.....	56
4.2.	Spesialkost og næringstett kost	57
4.2.1.	Hva opplever helsepersonell som arbeider i sykehjem som servere mat produsert etter kok-kjøøl metoden kan hemme deres mulighet til å tilby spesialkost og næringstett kost?	57
4.2.2.	Hva opplever helsepersonell som arbeider i sykehjem som serverer mat produsert etter kok-kjøøl metoden kan fremme deres mulighet til å tilby spesialkost og næringstett kost?	58
4.2.3.	Hva opplever helsepersonell som arbeider på sykehjem der det blir servert mat produsert etter kok-servermetoden kan hemme muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost?	59
4.2.4.	Hva opplever helsepersonell som arbeider på sykehjem der det blir servert mat produsert etter kok-servermetoden kan fremme muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost?	59

4.2.5.	Oppsummering spesialkost og næringstett kost.....	60
4.3.	Sensorisk kvalitet smak	61
4.3.1.	Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?	61
4.3.2.	Hvordan kan kok-kjøøl metoden fremme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?	61
4.3.3.	Hvordan kan kok-server metoden hemme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?	62
4.3.4.	Hvordan kan kok-server metoden fremme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?	63
4.3.5.	Oppsummering smak	64
4.4.	Sensorisk kvalitet konsistens	64
4.4.1.	Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme konsistensen på maten?.....	64
4.4.2.	Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme konsistensen på maten?.....	65
4.4.3.	Hva opplever helsepersonell som serverer mat produsert etter kok-server metoden kan påvirke konsistensen på maten?	66
4.4.4.	Oppsummering konsistens	66
4.5.	Sensorisk kvalitet lukt.....	67
4.5.1.	Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme matlukt på avdelingene?	67
4.5.2.	Hva slags faktorer kan bidra til at det blir god matlukt på sykehjem som serverer kok-kjøøl mat? 67	
4.5.3.	Hva hemmer god matlukt på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden?68	
4.5.4.	Hva fremmer god matlukt på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden? 68	
4.5.5.	Oppsummering sensorisk kvalitet lukt	69
4.6.	Sensorisk kvalitet utseende.....	69
4.6.1.	Hvordan påvirker kok-kjøøl metoden matens utseende?.....	69
4.6.2.	Faktorer som fremmer utseende på maten på sykehjem som serverer kok-kjøøl mat.. 70	
4.6.3.	Faktorer som hemmer matens utseende på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden	71
4.6.4.	Hva fremmer matens utseende på sykehjem som serverer mat produsert etter kok-server metoden?	71
4.6.5.	Oppsummering utseende.....	72
5.	Diskusjon	73
5.1.	Forforståelse.....	73
5.2.	Studiedesign	73

5.3.	Fokusgrupper.....	74
5.4.	Intervjuguide	75
5.5.	Utvalg.....	75
5.6.	Studiens relabilitet og validitet	76
5.7.	Resultatdiskusjon	77
5.8.	Ønskekost	78
5.8.1.	Organisering	78
5.8.2.	Ressurser	79
5.8.3.	Fleksibilitet	79
5.8.4.	Oppsummering ønskekost.....	80
5.9.	Spesialkost og næringstett kost	81
5.9.1.	Organisering	81
5.9.2.	Ressurser	83
5.9.3.	Holdninger	83
5.9.4.	Oppsummering spesialkost og næringstett kost.....	84
5.10.	Sensorisk kvalitet smak	84
5.10.1.	Organisering	84
5.10.2.	Ressurser	85
5.10.3.	Holdninger	85
5.10.4.	Oppsummering sensorisk kvalitet smak.....	86
5.11.	Sensorisk kvalitet konsistens	87
5.11.1.	Organisering	87
5.11.2.	Ressurser	88
5.11.3.	Holdninger	88
5.11.4.	Produksjonsmetode	88
5.11.5.	Oppsummering konsistens	89
5.11.	Sensorisk kvalitet lukt.....	89
5.11.1.	Organisering	89
5.11.2.	Produksjonsmetode	90
5.11.3.	Oppsummering lukt.....	90
5.12.	Sensorisk kvalitet utseende.....	91
5.12.1.	Organisering	91
5.12.2.	Holdninger	92
5.12.3.	Oppsummering utseende.....	93

6. Konklusjon	94
6.1. Organiseringen av kjøkkenmodellen	94
6.2. Ressurser	95
6.3. Fleksibilitet	96
6.4. Holdninger	97
6.5. Produksjonsmetode	99
6.6. Oppsummering hemmende og fremmende faktorer	99
6.7. Videre forskning	102
Litteratur.....	103
Vedlegg.....	114
Vedlegg 1.....	114
Vedlegg 2.....	123
Vedlegg 3.....	125
Vedlegg 4.....	127
Vedlegg 5.....	129
Vedlegg 6.....	130
Vedlegg 7.....	131

Figurer og tabeller

Tabell 1	s. 19
Tabell 2	s. 20
Tabell 3	s. 38
Tabell 4	s. 43
Tabell 5	s. 44
Tabell 6	s. 48
Tabell 7	s. 49
Tabell 8	s. 48
Figur 1	s. 39

1. Innledning

I 1993-1994 var jeg lærling i institusjonskokkfaget ved Hjemmet for døve i Bergen. I den perioden ble det bestemt at Bergen kommune skulle gå fra å ha kjøkken på alle sykehjem, til å opprette store produksjonskjøkken som skulle produsere mat etter kok-kjøl metoden som skulle distribueres ut til sykehjemmene og slutttilberedes der. Kjøkkensjefen på stedet der jeg var lærling ved uttrykte ofte stor bekymring for hvordan denne omleggingen kunne påvirke mattilbudet. Han var sikker på at dette bare kunne ha en negativ effekt på mattilbudet til sykehjemsbeboere, og at det ville gjøre det vanskeligere å tilby beboerne et individuelt tilpasset kosthold. Jeg har også undret på det samme, derfor vil denne oppgaven søke å svare på hvordan kjøkkenomleggingen som enkelte kommuner har foretatt har påvirket mattilbudet til beboere i sykehjem? Dette er et tema som det er gjort lite forskning rundt tidligere, og jeg håper at denne oppgaven vil bidra til å belyse dette temaet.

1.1. Presentasjon og bakgrunn for tema

Det har vært mange oppslag i media som forteller om negative effekter av kjøkkenomleggingen som har vært de siste årene, men det finnes lite vitenskapelige data som kan si noe om hvordan denne store kjøkkenomleggingen påvirker muligheten til beboere i sykehjem å få et individuelt tilpasset kosthold. Jeg har søkt i litteratur og ikke funnet noen studier som viser hvordan kjøkkenmodellen på sykehjem påvirker helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold. Annen litteratur sier at det er veldig få studier som viser hvordan kjøkkenmodeller kan påvirke pasienters matinntak (Wong et al., 2012); (Hickson, Fearnley, Thomas, & Evans, 2007). Tidligere studier som omhandler kosthold i sykehjem har for det meste fokusert på ernæringsstatus, næringsinntak og måltidsituasjoner i sykehjem. Denne studien vil ha en annen tilnærming. Jeg vil med denne oppgaven søke å finne svar på hvordan kjøkkenmodellen på sykehjem hemmer og fremmer helsepersonells mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold. Om det er noen forskjell på om sykehjemmet har eget kjøkken, eller om de får maten levert fra eksternt storkjøkken.

Studier har vist at kosthold i institusjoner kan være en utfordring (Aagaard, 2008). En grunn til det er at beboere i sykehjem er en uensartet gruppe mennesker som alle har forskjellige

behov og ønsker når det kommer til hva de ønsker å spise (Wong et al., 2012). Beboerne i sykehjem er voksne mennesker, og voksne mennesker er en gruppe som alle har ulike erfaringer med seg i bagasjen. Voksne mennesker definerer hvem de er gjennom sine erfaringer (Berri & Illeris, 2005). De formes av sine erfaringer, som igjen formes av nye erfaringer (Torgersen, Melbye, & Lodgaard, 2001), slik at tidligere erfaringer vil være med å prege hvem et voksent menneske definerer seg som, og det igjen vil påvirke matvalg og matvaner. Både ulik alder og ulik etnisk bakgrunn kan på virke menneskers matvalg, og i et land som Norge så er det også ulike matkulturer i ulike deler av landet, det også kan være med å påvirke hva slags mat et menneske foretrekker.

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1.1.2012, er en årsak til at beboere i sykehjem blir mer ulike. Denne reformen gjør kommunene ansvarlige for å ta i mot egne innbyggere som er utskrivningsklare fra sykehus (Vasset, 2013). Mange av disse får plass på sykehjem fordi de skal rehabiliteres med tanke på at de skal kunne bo og klare seg i sitt eget hjem. En vellykket rehabilitering er avhengig av mange ulike faktorer, en av disse faktorene er et godt og tilfredsstillende kosthold. Eldre mennesker som skal rehabiliteres har generelt dårligere ernæringsstatus enn yngre (O'Leary, Flood, Petocz, Allman-Farinelli, & Samman, 2011). Det er sett at dårlig ernæringsstatus kan være et hinder for vellykket rehabilitering spesielt av eldre mennesker (Asai, 2004). I tillegg til de nye oppgavene har kommunene også fremdeles det samme ansvaret som de hadde tidligere til å ta i mot de mer tradisjonelle sykehjemsbeboerne som demente og eldre som av andre årsaker ikke lenger er i stand til å bo i sitt eget hjem lenger (Hjemås, 2011). Disse nye oppgavene gjør også at helsepersonell må tilegne seg ny kunnskap for å dekke beboernes behov (Nilsen, 2013). Det gjelder både medisinsk kunnskap og ernæringskunnskap. Det at sykehjemsbeboerne er en så uensartet gruppe gjør at de stiller store krav til individuell tilpasning for at de skal få dekket sine behov. Både ulikheter i helse, og ulike personlige mål hos den enkelte kan påvirke hvilke behov de har. En skal kanskje tilbringe resten av livet sitt på sykehjemmet, mens en annen har et mål om å komme hjem og klare seg selv. Loven sier også noe om retten til et individuelt tilpasset kosthold for mennesker som bor og oppholder seg i institusjoner (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2003), det vil jeg komme tilbake til litt senere i dette kapitlet.

1.2. Problemstilling og underproblemstillinger

Problemstillingen i denne oppgaven er: «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at ulike kjøkkenmodeller hemmer og fremmer deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold»?

Denne problemstillingen har tre underproblemstillinger:

1. «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker deres mulighet til å ta imøtekomme beboernes behov for ønskekost»?
2. «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker deres mulighet til å tilby spesialkost og næringstett kost»?
3. «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen kan påvirke matens sensoriske kvalitet»?

1.3. Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven har seks kapitler, det første kapitlet vil handle om bakgrunnen for valg av tema, problemstilling og oppgavens avgrensning og begrepsavklaring. Forankring i loven presenteres også i dette kapitlet. Andre kapittel omhandler oppgavens teoretiske referanseramme og vil presentere forskning som er relevant for problemstillingen. Kapittel tre er en presentasjon av metoden og en presentasjon av hvorfor metoden ble valgt. Analysen og gangen i analysen vil også bli presentert her. Det fjerde kapitlet er en presentasjon av resultatene. Her blir resultatene presentert både som utsagn fra informantene, og som oppsummeringer av utsagn som jeg har gjort når jeg har lest intervjuene. I kapittel fem diskuteres resultatene i lys av relevant litteratur, og i det sjette kapitlet samles resultatene i en konklusjon.

1.4. Avgrensning og begrepsavklaring

Avgrensning og begrepsavklaringer vil bli presentert fortløpende i oppgaven under de ulike kapitlene.

1.5. Forankring i loven

Maten er en viktig del av omsorgen på et sykehjem, den inngår ofte som en del av behandlingen og er underlagt en del lover og forskrifter (Schenker, 2001).

Mennesker som bor i sykehjem i kortere eller lengre perioder har en lovfestet rett til å få dekket sine individuelle behov. LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (Helse og omsorgstjenesteloven) kapittel 4 sier:

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

(Helse-og-omsorgsdepartementet, 2011).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19 november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Denne forskriften har som formål å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Denne forskriften omtaler også retten til selvstendighet og styring av eget liv, og dekking av fysiologiske behov som tilstrekkelig næring og et variert og helsefremmende

kosthold med rimelig valgfrihet i forhold til mat (Helse og omsorgsdepartementet, 2003). Retten til å kunne styre sitt eget liv, og retten til å ha en rimelig valgfrihet med hensyn til mat er momenter som er viktige i et individuelt tilpasset kosthold. Også Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien), poengterer at kommunene plikter å legge til rette for en eldreomsorg som skal sikre den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Her blir det også nevnt et variert og tilstrekkelig kosthold, og tilpasset hjelp ved måltider (Helse og omsorgsdepartementet, 2010). Disse lovene og forskriftene skal sikre den enkelte beboer i sykehjem retten til å råde over eget liv, noe som er en viktig faktor for å kunne legge til rette for et individuelt tilpasset kosthold.

1.6. Litteratursøk

For å finne litteratur til oppgaven er det søkt i Bibsys ask og i ulike databaser. EBSCO host er brukt som plattform fordi den dekker flere databaser som Medline, PubMed, Academic Research, Food Science og Cinahl. Lovdata og Helsedirektoratets sider har også blitt brukt for å finne kilder. I emner som institusjonssosiologi, næringsmiddelteknologi og metode er det også brukt bøker i tillegg til artikler. Søkeord og fraser som har blitt brukt har vært: Tailored nutrition, individually adjusted nutrition, nursing homes, elderly, aging, flavour, sensory quality, catering systems, cook-chill, sous-vide, cook-serve, hospital, taste, smell, texture sammen med food, sociology, focus groups, malnutrition, obese, economy og samhandlingsreformen. Søkeordene har vært brukt hver for seg og i kombinasjon med hverandre. Litteraturlister i artikler og bøker jeg har lest har også vært gode hjelpemidler i videre litteratursøk.

2. Teoretisk referanseramme

2.1. Sykehjem

Et sykehjem er en offentlig eller privat institusjon som har som oppgave å gi helsetjenester til mennesker som av ulike årsaker ikke klarer seg alene i sitt eget hjem. Sykehjem i dag kalles ofte Bo- og behandlingssentre (Garsjø, 2008). I Norden organiseres eldreomsorgen etter en sosialdemokratisk modell, det vil si at ansvaret for mennesker som av ulike grunner ikke klarer å ta hånd om seg selv hviler på det offentlige. Tjenesten leveres av offentlige institusjoner, og av private institusjoner som har inngått avtaler med det offentlige (Glasdam, Appel Esbensen, & Andersen-Ranberg, 2009). Sykehjem fungerer som totale institusjoner der de fleste av dagens gjøremål foregår, sykehjemmet er et sted hvor man spiser og sover og får behandling, pleie eller rehabilitering (Garsjø, 2008). Dette kan mange ganger føre til konflikt, en institusjon som et sykehjem skal oppfylle mer enn en funksjon. En ting som er spesielt med et sykehjem, og som gjør at en gjerne må klare å se ting fra flere sider, er at det både er et hjem og en arbeidsplass (Garsjø, 2008). I tillegg så kommer både lovverket som sier at et menneske selv har rett til å bestemme over sitt eget liv i konflikt med andre lover slik som for eksempel arbeidsmiljøloven. Dette er en årsak til at det kan være vanskelig å få en «hjemmefølelse» når man bor i sykehjem, mange ulike mennesker får tilgang til din privatsfære. Denne dobbeltrollen gir en del utfordringer en ikke ser innenfor mange andre arbeidsplasser. Institusjonspreget kan påvirke beboernes trivsel på en negativ måte (Woodhouse, 2006). Det brukes ofte ord som: «Til ditt eget beste», i sykehjem, men hvem er det som bestemmer hva som er til et annet menneskes eget beste? Slike etiske refleksjoner bør man også gjøre seg når man arbeider på et sted som et sykehjem. Også matsystemene på sykehjem er spesielle, i motsetning til i sitt eget hjem, har man i sykehjem liten mulighet til å velge råvarer og tilberedningsmetoder til maten sin. Det gjør at beboerne i liten grad kan sette sitt personlige preg på maten de får tilbudt i sykehjemmet (Glasdam et al., 2009). Det blir ofte til at maten blir spist slik den blir servert, og vist den ikke blir likt, så blir den ikke spist i det hele tatt (Sidenvall, Fjellström, & Ek, 1994). Forskrift om kvalitet i pleie og omsorg sier blant annet at:» Brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Disse behovene kan blant annet være retten til selvstendighet og styring av eget liv, og retten til en rimelig valgfrihet i forhold til mat» (Helse og omsorgsdepartementet, 2003). Hvordan disse behovene imøtekommes kan påvirkes av hvordan mat produseres og frembys i de ulike sykehjemmene. Hva som er mulig å fremskaffe og hva som er mulig å lage innen rimelig tid

kan være ulikt fra sykehjem til sykehjem. Både matfaglig kompetanse, hva som er mulig å ha på lager av råvarer og når og hvor det lages mat på sykehjemmene kan påvirke hva slags kvalitet det er på de enkelte sykehjemmene sitt tjenestetilbud.

2.1.1. Hvem er beboere i sykehjem i dag?

Beboere i sykehjem er i dag en uensartet gruppe mennesker, de er ulike både med hensyn til aldersnivå, og med hensyn til funksjonsnivå (Garsjø, 2008). Det er en viktig årsak til at de i størst mulig grad må tilbys et individuelt tilpasset omsorgs og tjenestetilbud. Loven sier: «Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud» (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Dette lovverket gjelder både for offentlige og private tjenestetilbydere av pleie og omsorgstjenester (Busch, 2012). Dette må tas hensyn til når mat tilberedes og serveres i institusjonen. En av årsakene til at denne gruppen blir stadig mer uensartet, er at kommunene de siste årene har fått flere oppgaver knyttet til seg, blant annet på grunn av samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 (Hjemås, 2011). Dette er en reform som er bygget etter dansk modell, som legger mer av ansvaret for rehabilitering og opptrening av utskrivningsklare pasienter fra sykehusene over på hjemkommunene deres (Otterstad, 2013). Et av målene med denne reformen er å kunne imøtekomme pasienters behov for mer sammensatte tjenester (Busch, 2012). Mennesker som skrives ut av sykehus i dag kan gjerne ha behov for oppfølging på det ernæringsmessige planet, med fysisk aktivitet og trening og med medisinsk behandling.

En viktig instans i pleie og omsorgsdelen i kommunene er de lokale sykehjemmene (Vasset, 2013). Det er en del kommuner som ikke har egne rehabiliteringsinstitusjoner, de velger gjerne å bruke de lokale sykehjemmene som rehabiliteringsinstitusjoner. Mange av dem som skrives ut fra sykehus får korttids eller rehabiliteringsplass på sykehjem (Grimsmo, 2013). Størstedelen av beboerne på sykehjem er allikevel eldre mennesker, og gjennomsnittsalderen for dem som får sykehjemsplass er stadig økende (Garsjø, 2008). I 2011-2012 var det 9898 personer som hadde tidsavgrenset opphold i institusjon, og 34013 som hadde langtidsplass i institusjon (Statistisk sentralbyrå, 2013b). Antallet personer under 67 år som hadde plass i institusjon økte fra 2011-2012 fra 4727 personer til 4821 personer. I aldersgruppen 67-79 år økte antallet personer fra 7442 personer til 7737 personer. I aldersgruppen 80-89 år var det en liten nedgang i samme tidsperiode fra 19052 personer til 18950 personer. Den siste gruppen, dem over 90 år utgjorde 12139 personer i 2011 og 12403 personer i 2012. Det samlede antallet mennesker i institusjon har økt med 505 personer fra 2011-2012 (Statistisk-sentralbyrå, 2013a).

Underernæring er en vanlig tilstand hos eldre som bor i institusjon (Mowé, 2002). Mange av disse menneskene har ofte et komplekst sykdomsbilde, de har ofte flere diagnoser og tilstander som det må tas hensyn til med hensyn til behandling og oppfølging (Grimsmo, 2013). Dette kan være utfordrende med tanke på at det noen ganger kan oppstå konflikt mellom hva slags kosthold en person er anbefalt å ha på grunn av sin helsetilstand, og på hva slags smakspreferanser en person har. Beboere i sykehjem har ulike næringsbehov, og mange av dem spiser lite. Når mennesker spiser lite er det ekstra viktig med næringstett mat for å imøtekomme deres behov (Asai, 2004). Dette er en av årsakene til at det er viktig med et individuelt tilpasset kosthold til denne gruppen mennesker. Undersøkelser har vist at dersom sykehjemsbeboere får et individuelt tilpasset kosthold, så medfører det en forbedret helsetilstand hos dem (Christensson, Ek, & Unosson, 2001) Rundt 80 % av eldre har minst en kronisk sykdom, og 69 % har to eller flere kroniske sykdommer. Dette kan være sykdommer som diabetes, høyt blodtrykk, hjertesykdom, kreft, lungesykdommer eller demenssykdommer (Comlossy & Walden, 2013). Dette er sykdommer som kan være med på å påvirke næringsinntaket hos den enkelte, og hva slags kosthold et menneske trenger (Findalen & Arsky, 2012). Også mennesker som er under rehabilitering trenger et individuelt tilpasset kosthold. Og eldre som er under rehabilitering har høyere risiko for å utvikle underernæring under og etter sykehusopphold (Charlton et al., 2010). Store skader og operasjoner kan utløse en stressreaksjon i kroppen. En slik stressreaksjon kan føre til at det basale energibehovet øker, derfor anbefales det at mennesker får et kosthold som samsvarer med et høyere behov for energi og mikronæringsstoffer etter skader og operasjoner (Abunnaja, Cuviallo, & Sanchez, 2013). Underernæring kan forårsakes av både mangel på energigivende næringsstoffer og av mangel på mikronæringsstoffer. Underernæring kan føre til forsinket sårheling, økt risiko for blodpropp, økt risiko for sårheling og økt risiko for psykiske lidelser (Donini, Neri, De Chiara, Poggiogalle, & Muscaritoli, 2013). Det betyr at underernæring kan føre til en unødvendig lang helingsprosess, og unødig lidelse hos mennesker I tillegg så er det også et samfunnsøkonomisk aspekt ved dette, dårligere helse vil koste samfunnet mange penger.

En stor gruppe i norske sykehjem er demente, de har ofte behov for tilpasset behandling både på grunn av at demenssykdommer viser seg ulikt hos forskjellige mennesker, og fordi demente sykehjemsbeboere er i ulikt forløp i sykdommen sin når de kommer til sykehjemmene. De mister ofte evnen til å gjenkjenne redskaper, de kan ha problemer med å huske hva en gaffel er for noe og hvordan den brukes. En måte og gjøre det lettere for

demente å få dekket sitt næringsbehov kan være å servere dem fingermat, slikt som de kan spise med hendene (Asai, 2004).

Undersøkelser har vist at underernæring vanligvis er et større problem enn overvekt for beboere i sykehjem (Rugås, 2003). Men man ser også at andelen overvektige sykehjemsbeboere øker i den vestlige verden, fra 1992-2002 har andelen overvektige sykehjemsbeboere gått opp fra 15 % til mer enn 25 % (Zanandrea, Philippe, Cesari, Vellas, & Rolland, 2013). Det betyr at det også må tilbys energireduert kosthold til sykehjemsbeboere, overvekt belastet kroppen og kan få rehabilitering til å gå langsommere. Overvektige sykehjemsbeboere krever også mer ressurser i form av personale og heiser og annet utstyr (Zanandrea et al., 2013).

På sykehjemmene i dag bor det også en del beboere som har fått plass på rehabiliteringsavdelinger med det mål for øyet at de skal trenes opp igjen så de kan flytte tilbake til sitt eget hjem etter rehabiliteringen. Det å ha en god ernæring kan være med på å redusere rekonvalesent tiden hos disse (Mitchell, 1999). Blant annet er det sett at en god ernæringsstatus kan forebygge liggesår hos sykehuspasienter (Gunnarsson, Lönn, & Gunningberg, 2009). De har også lenger sykehusopphold etter operasjoner (Charlton et al., 2010). Mennesker i rekonvalesent har et høyere behov for proteiner, fett, vitaminer, mineralstoffer og sporstoffer. Blant annet er behovet for proteiner høyere hos sengeliggende enn hos andre fordi nedbrytingen av proteiner er større hos sengeliggende pasienter enn andre (Sortland, 2011). Det at beboere i sykehjem er en så forskjellige og har så ulike behov gjør at det er viktig å tilby et kosthold tilpasset den enkelte slik at de så langt som råd er kan får dekket sine individuelle behov.

2.2. Ulike kjøkkenmodeller

Med kjøkkenmodeller mener jeg måten maten tilberedes og frembys på sykehjemmene. Her er det fokus på om maten er tilberedt på eget eller eksternt storkjøkken etter kok-kjøl metoden, eller om den er laget etter kok-server metoden på eget storkjøkken på sykehjemmene. Her kommer også et begrep inn som jeg vil kalle den utvidete kjøkkenmodellen som omhandler organiseringen av matsystemene i de ulike sykehjemmene. Organiseringen av matsystemene vil ofte være påvirket av både den indre kulturen i det enkelte sykehjem, og av kjøkkenmodellen som er valgt på det enkelte stedet.

Det finnes flere måter å produsere og tilby mat på i sykehjem i dag, i denne oppgaven vil jeg kalle disse måtene for kjøkkenmodeller. En rapport fra 2008 viser at 62 % av norske sykehjem har eget kjøkken og 38 % får maten levert fra eksternt storkjøkken (Aagaard, 2008). Jeg har ikke sett noen undersøkelser som viser at dette har endret seg, men jeg gjorde en erfaring når jeg kontaktet ulike sykehjem for å rekruttere deltakere til fokusgruppene. Noen av sykehjemmene var da i omorganiseringsfaser der de enten fikk tilbake storkjøkken som skulle produsere mat etter kok-server metoden, eller de var i en prosess der det ble vurdert om de skulle gå over til å servere middag produsert ved kok-kjøll metoden. Jeg fikk inntrykk av at organiseringen på sykehjem og kjøkkensystemer var en prosess som gikk kontinuerlig mange steder. Det var politikerne som satt i kommunestyrene i de ulike kommunene som bestemte hva slags kjøkkenmodell sykehjemmene i deres kommune skulle ha. Det er også ulikt hvordan de forskjellige sykehjemmene organiserer mattilbydingssystemet sitt, selv om de i utgangspunktet kan ha samme kjøkkenmodell. Men et hovedfokus når det velges hva slags kjøkkenmodell et sykehjem skal ha, må være at kjøkkenmodellen skal kunne dekke mottakerens behov (Socialstyrelsen, 2011), og mottakeren i sykehjem her beboeren i sykehjemmet.

To hovedmodeller ble brukt på sykehjemmene der dataene til denne oppgaven er hentet fra.

2.2.1. Modell 1

Maten produseres på institusjonens eget storkjøkken og distribueres varm og nylaget til beboerne på sykehjemmet (Socialstyrelsen, 2011), dette kaller vi kok-server metoden og regnes som den tradisjonelle måten å tilby mat på sykehjem på (Skjegstad, 2004). Mat som produseres og serveres etter kok-server metoden er lov å holde varm i opptil 2 timer (Rodgers, 2006). Produksjonsprosessen ved kok-server metoden er en prosess som går i tre trinn.

Tabell 1: Tilberedning kok-server metoden (Skjegstad, 2004)

Trinn 1	Tilberedning og varmebehandling
Trinn 2	Porsjonering
Trinn 3	Servering

2.2.2. Modell 2

Maten produseres på et produksjonskjøkken og kjøles ned fra over 72 °C til 3 °C på under 90 minutter. Maten oppbevares deretter kjølig til den skal varmes opp og serveres til brukerne (Socialstyrelsen, 2011). Metoden kalles også kok-kjøøl metoden, og ble først tatt i bruk i Norge på slutten av 1980 tallet (Skjegstad, 2004). Kok kjøøl metoden kan deles i to metoder igjen, tradisjonell kok-kjøøl der maten pasteuriseres, kjøles og lagres kjølig til den skal serveres, og sous-vide metoden som er en metode der råvarene vakuumpakkes enten når de er rå, eller lett varmebehandlet, før de pasteuriseres (Church & Parsons, 2000). Det blir produsert mat etter kok-kjøøl metoden både i en del av sykehjemmene lokalt, og i større sentralkjøkken som leverer ut mat til flere institusjoner.

Tabell 2: Tilberedning kok-kjøøl metoden (Skjegstad, 2004)

Trinn 1	Tilberedning og varmebehandling
Trinn 2	Porsjonering
Trinn 3	Avkjøling
Trinn 4	Kjølelagring
Trinn 5	Sortering/distribusjon
Trinn 6	Evt. Kjølelagring
Trinn 7	Gjenoppvarming
Trinn 8	Servering

Sykehjem som tilbyr mat etter denne metoden og får den levert fra eksternt kjøkken, må ha mottakskjøkken på stedet (Socialstyrelsen, 2011). Et mottakskjøkken har som oppgave å distribuere og slutttilberede maten før den serveres mottakeren.

2.2.3. Modell 3

Et tredje system som også benyttes er et system der maten produseres på et eksternt kjøkken og blir fraktet varm ut til sluttbrukeren (Aagaard, 2008)

Sykehjemmene der jeg hadde datainnsamlingen på hadde enten modell 1 eller modell 2, det ene sykehjemmet hadde i en ombyggingsperiode tidligere hatt erfaring fra modell 3. Da hadde de flyttet alle beboerne til andre lokaler, og fikk maten fraktet varm og nylaget fra sitt eget kjøkken.

Jeg har valgt å se på kjøkkenmodell 1 og 2 fordi det er de modellene som er mest brukt i sykehjem i dag.

2.3. Fordeler og ulemper ved de forskjellige metodene som ble brukt ved sykehjemmene.

Det finnes fordeler og ulemper ved de forskjellige måtene å fremby mat i sykehjem på. En fordel ved kok-kjøl metoden er at produksjonen av maten er skilt fra serveringen av maten. Det betyr at man kan ha en mer effektiv utnyttelse av personalressursene og unngår de topper og bølgedaler som er vanlige på et sted med mer tradisjonell produksjon (Skjegstad, 2004). Andre faktorer som trekkes frem som faktorer som forsvare innføringen av et kok-kjøl system er: Høyere produktivitet, det kreves mindre kvalifisert personale på mottaks eller postkjøkken. Store vareinnkjøp gir ofte også bedre økonomi, og en mer systematisert produksjonsprosess gir større matvaretrygghet, på grunn av at man i større grad benytter seg av et kvalitetssikringsprogram som HACCP (Skjegstad, 2004). . HACCP står for: «Hazard Ananysis Critical Control Point» (Kleiveland, 2006). HA står for Hazard Ananysis eller fareanalyse, den går ut på at alle ledd i produksjonskjeden vurderes for å finne ut hva som kan gå galt i de ulike leddene (Kleiveland, 2006). En slik fare kan være vekst av patogene mikroorganismer som kan vokse i maten og gi sykdom. Den andre delen CCP, står for Critical Control Point, på norsk: Kritisk kontrollpunkt. Det er de punktene i produksjonskjeden der skade kan skje (Kleiveland, 2006). HACCP er et kvalitetssikringssystem som er utviklet av NASA for å sikre astronauter trygg mat i verdensrommet. (Kleiveland, 2006). Dette systemet har senere blitt tatt i bruk over hele verden, og er også tatt inn i regelverket til FN. Formålet med HACCP er å sikre trygg mat i alle ledd i produksjonen, fra mottak av råvarer, gjennom lagring av råvarer, tilberedning av mat, eventuell nedkjøling og slutttilberedning og gjenoppvarming av mat Et slikt kontrollpunkt kan være nedkjølingen av maten etter

produksjon. Nedkjøling av mat som produseres etter sous-vide metoden skal skje innenfor et tidsintervall på maks 90 minutter og maten skal kjøles ned fra over 72 °C til under 3 °C før videre kjølelagring (Rodgers, 2006). Den viktigste årsaken til at maten skal kjøles raskt ned er å hindre fremvekst av sporedannende bakterier og da spesielt *Clostridium botulinum* som er en anaerob bakterie som trives i det oksygenfrie miljøet som finnes inne i en vakuumpakke (Rosef & Rosef, 2005). Kok-kjøling metoden har vist seg å være en effektiv metode for å produsere mat med lengre holdbarhet uten bruk av konserveringsmidler, årsaken til det er at pasteuriseringsprosessen dreper mange av de patogene bakteriene som kan trives i mat (Kyoung-Mo Koo, Eun Soon Lyu, Kim, Dong Sun, & Hyun-Dong Paik, 2003).

Kok-kjøling metoden har også vist seg å gi mindre svinn av næringsstoffer under selve tilberedningen av maten, lagring av maten en tid før slutttilberedning kan gjøre at det allikevel tapes næringsstoffer (McErlain, Marson, Ainsworth, & Burnett, 2001). Rå spinat har et høyt innhold av askorbinsyre, forbehandlingen av spinaten før tilberedning kalles blansjering eller forvelling. En undersøkelse har vist at å forvelle spinat i 6 minutter før vakuumpakking og tilberedning i sous-vide gir et tap av askorbinsyre på 50 mg pr 100 gram (Kim, Koo, Paik, Lyu, & Lee, 2002). Når denne spinaten brukes i en suppe som produseres etter sous-vide metoden får man et lavt tap under selve produksjonen, etterpå vil det foregå et langsomt jevnt tap av askorbinsyre under lagring (Kim et al., 2002). Det betyr at dess lenger denne maten lagres, dess større tap av askorbinsyre får den.

For kok-kjøling mat som blir tilberedt etter sous-vide metoden, det vil si i vakuum så finnes det noen utfordringer som er knyttet til dette med tilberedningstemperatur. Ulike råvarer skal ha ulik temperatur, kjøtt anbefales å varme opp til mellom 70 og 85 °C, beroende på hvilke stykningsdeler og hvilke slaktedyr kjøttet stammer fra. Fisk varmer man til 75 °C, mens grønnsaker trenger 97-100 °C. Dersom en ikke er nøye på dette under produksjonen så vil man få en dårligere kvalitet på sluttproduktet (Hemmer et al., 2001). En annen utfordring oppstår ved gjenoppvarmingen og slutttilberedningen av maten. Ulike råvarer har ulik tilberedningstid, enkelte ingredienser slik som for eksempel spirer er varmesensitive, og tilsettes ofte på slutten av tilberedningen. Ved tradisjonell kok-server tilberedning av mat blir de mest varmesensitive ingrediensene tilsatt maten rett før servering. Når mat varmes opp igjen, så blir alt som er pakket i samme pakke varmet på samme temperatur og tid. Det betyr at de varmesensitive ingrediensene blir forringet ved slutttilberedningen (Rodgers, 2006). Dersom all maten puttes i ovnen på samme temperatur ved slutttilberedning og varmes like lenge vil noe av maten bli overkøkt, mens andre deler av måltidet ikke får tilstrekkelig

varmebehandling. Dette kan være en årsak til at sous-vide eller kok-kjøøl mat oppfattes som mat av ringere kvalitet enn mat produsert etter kok-server metoden.

Andre ulemper ved Kok-kjøøl metoden kontra gammeldags kok-server metode er at metoden gir ofte liten mulighet for valg mellom flere retter for dem som ønsker det. Spesialkost i små porsjoner blir ofte også sett på som noe som kan være utfordrende der man serverer mat som er produsert i lang tid før servering (Greene, Kayser-Jones, & Bell, 2000). Innføring av metoden vil ofte også kreve en del investeringer i nytt utstyr (Socialstyrelsen, 2011). Siden det også er økt risiko for vekst av patogene mikroorganismer i kok-kjøøl maten, og den stiller derfor strenge krav til oppvarming, nedkjøling og temperatur under lagring og transport (Skjegstad, 2004). Å ha kjøkkenet et annet sted enn på institusjonen vil også gi lite eller ingen kontakt med dem som tilbereder maten, det kan føre til at både helsepersonell og beboere syns veien til kjøkkenet kan være lang (Gastmans, 1998). Menneskers subjektive oppfatning av kok-kjøøl produsert mat er også generelt negativ. Mat produsert etter denne metoden assosieres ofte med sykehusmat, et ord som har negativ klang hos mennesker (Rodgers, 2006). Nå har undersøkelser vist at mat produsert etter sous-vide metoden, det vil si i vakuum, ofte har en bedre smak enn mer tradisjonelt produsert mat når den er nylaget. Men at lagring av maten i opptil fem dager kan ha en negativ effekt på matens smak (Church & Parsons, 2000). Begge metoder har sine svakheter og styrker, og den menneskelige faktor har betydning. Kompetansen både hos dem som produserer maten og kompetansen hos dem som slutttilbereder maten har betydning for kvaliteten på produktet som serveres sluttbrukeren. Det brukes også 8 % mer energi ved produksjon av sous-vide mat sammenlignet med gammeldags kok-server mat (Church & Parsons, 2000).

2.4. Hva er et individuelt tilpasset kosthold?

Menneskers matvalg påvirkes av mange ulike elementer. Sensorisk referanse som er knyttet til smak, lukt og tekstur, forventninger til måltidet og etiske aspekter og psykisk tilstand hos den enkelte kan påvirke hva slags mat de ønsker og foretrekker (Wen-Hwa, 2009). Det er et økende behov for skreddersydd ernæring for mennesker som er under medisinsk behandling og omsorg, grunnen til det er at forskjellige pasientgrupper har forskjellige behov og krav som skal oppfylles (Wong et al., 2012). Når mennesker blir tildelt en rehabiliteringsplass enten det er i et sykehjem eller et annet sted, er det ofte et mål med rehabiliteringen, for eksempel at personen skal hjem i eget hjem og klare seg selv. Dersom ernæringsstatusen er dårlig kan den

være et hinder for å nå rehabiliteringsmålene som er satt for den enkelte (Asai, 2004). Et individuelt tilpasset kosthold er et kosthold der det blir tatt hensyn til hva en person ønsker å spise, når vedkommende ønsker å spise og som tar hensyn til denne personens helsetilstand. Et tilpasset mattilbud bør inneholde følgende elementer:

- Hyppigere måltidsfrekvens og flere mellommåltider.
- Tilbud om energirik/proteinrik kost.
- Mulighet til å kunne endre konsistens på maten slik at den kan tilpasses mennesker med tygge og svelgevansker.
- Hjelp til å spise og nok tid til måltidene når det behøves.
- Tilstrekkelig væskeinntak.
- God munnhelse.
- Fysisk aktivitet sammen med tilpasset ernæring.
- Opplæring av personalet som håndterer maten.
- Den sosiale settingen rundt måltidene.
- Opplæring av helsepersonellet.
- Næringsberikede produkter som mellommåltider.

(Arvanitakis et al., 2008).

Det er mange utfordringer rundt dette med et individuelt tilpasset kosthold. Aldringsprosessen og forskjellige sykdommer gir ulike utfordringer, aktivitetsnivå, kroppssammensetning, munnhelse og energibehov varierer fra person til person (Brownie, 2006).

Maten i sykehjemmene skal gi glede og tilfredsstillelse til beboerne, til tross for det blir det sjelden tatt hensyn til beboernes matpreferanser når menyer på storkjøkken blir planlagt (Greene et al., 2000). Det får meg til å tenke på om en større involvering av sykehjemsbeboerne i menyplanleggingen på sykehjem kunne ført til et større matinntak hos den enkelte? Det er slik at matvaner legges tidlig i livet, og hva man har blitt servert i barndommen vil påvirke hva slags mat man foretrekker senere i livet (Sydner, Sidenvall, Fjellström, Raats, & Lumbers, 2007). For eldre mennesker med nordisk kulturbakgrunn er middag et måltid med poteter, grønnsaker, kjøtt og saus (Kerstin Gustafsson et al., 2002). Fra min tid som sykehjemskokk så husker jeg at det var den gammeldagse maten som falt best i smak. Nymotens mat som pasta, pizza og taco ble sjelden satt pris på. Mat som reflekterer den enkeltes familiebakgrunn kan spille en viktig rolle i rehabilitering, fordi det er denne maten som oftest vil bli spist (B. C. Evans, N. L. Crogan, & J. A. Shultz, 2005). Selv om et

tradisjonelt kosthold ofte kan komme i konflikt med en eventuell diett (K. Gustafsson, Ekblad, & Sidenvall, 2005), er det også viktig å huske på at det den maten som blir spist som kan påvirke næringsinntaket hos mennesker, ikke den maten som blir liggende igjen på asjetten (Castellanos, 2004). Derfor så må de som er ansvarlige for ernæringen på sykehjemmene hele tiden vurdere hvor tjenlig en streng diett er for en person dersom den fører til redusert næringsinntak som ikke dekker denne personens behov (Asai, 2004).

Mennesker som mottar pleie og omsorgstjenester skal ha ivaretatt sine grunnleggende menneskelige behov, og de skal ha medbestemmelsesrett over sitt eget liv. Dette er viktige elementer som er forankret i loven (Helse og omsorgsdepartementet, 2003). Dette gjelder også når det kommer til mat og kosthold som tilbys i institusjoner og i hjemmetjenesten.

2.5. Ønskekost

Ønskekost betegnes som mat og måltider som beboeren selv kan ønske ut fra blant annet egne smakspreferanser. Kosten er ikke nødvendigvis knytte til en bestemt helsetilstand eller diett, men til hva man kan velge av retter og råvarer ut fra dagsform. Det brukes gjerne for å erstatte noe som ikke blir likt (Chisholm, Jensen, & Field, 2011). Ønskekost er en kost som blir tilbudt til beboere og pasienter i institusjoner som spiser dårlig, en gruppe som ønskekost kan være aktuelt for er pasienter med kreftsykdommer (Bye, 2000). Det er ulik praksis i ulike sykehjem for hvem som får tilbudt ønskekost. På noen sykehjem er det bare mennesker med spesielle sykdommer og tilstander slik som pasienter med kreft og pasienter med psykiske lidelser som får ønskekost, andre sykehjem tilbyr ønskekost til alle sine beboere. En årsak til det kan være at ulike sykehjem og ulike kommuner har ulike resurser til rådighet, noen kan ha en bedre økonomi enn andre og derfor kunne tilby større valgfrihet i mattilbudet. Økonomi er en hemmende faktor for å kunne tilby et individuelt tilpasset kosthold i sykehjem, helsepersonell kan ofte komme i en klemme mellom økonomiske krav fra administrasjonen og pasientens behov (Holst & Rasmussen, 2013) Målet med ønskekost er å sørge for at mennesker får et tilstrekkelig næringsinntak i forhold til sine behov, og da er det viktig å tilby dem mat de aksepterer og spiser (Racho, 2010). For enkelte sykehjemsbeboere kan ønskekost være et godt tiltak for å nå dette målet.

2.5.1. Hva kan hemme muligheten til å gi ønskekost?

Eldre i sykehjem er en gruppe mennesker som i liten grad har mulighet til å påvirke hva som blir tilbudt dem av mat (Aagaard, 2010). Europarådet mener at det er en av årsakene til at pasienter kan utvikle underernæring i sykehjem (Mikkelsen, Beck, & Lassen, 2007). Eldre mennesker som bor i institusjon tror ikke at de har mulighet til å påvirke menyene i sykehjem (Sidenvall et al., 1994). Menyer i sykehjem settes tradisjonelt opp av kjøkkenpersonalet, og man har opplevd at standardmenyer generelt gir lite valg for beboerne (Chisholm et al., 2011). Dette kan være et organisatorisk problem, det bør være mulig å åpne for at beboere kan komme med ønsker om mat som de liker og ønsker å spise. Det er viktig å snakke med beboerne i sykehjemmet for å få dem til å si hva de ønsker av mat, kanskje ha det som tema vist de sitter samlet i en gruppe sammen med en aktivitør? Ofte så ønsker ikke eldre å være til bry for andre, det å ikke ville være til bry kan være en barriere som kan hindre et godt næringsinntak hos den enkelte.

Å tilby mat produsert etter kok-kjøøl metoden kan ha en hemmende effekt, fordi man må velge på forhånd hva man ønsker. Metoden gir liten mulighet for spontane matvalg, på grunn av at all maten er ferdiglaget på forhånd (Socialstyrelsen, 2011). Her tenker jeg at dette burde gå an å løse ved at produksjonskjøkken omorganiserer seg slik at de kan utvikle et spisekart som sykehjemmene selv kan velge ut hva de vil bestille og hvor mye de ønsker å bestille av hver enkelt rett. En slik omlegging vil kreve at man tenker nytt rundt dette med mat i sykehjem, men det kan kanskje på sikt føre til økte valgmuligheter for beboere i sykehjem og med det et økt matinntak.

Serveringsmetoden ser også ut til å påvirke, det kan se ut som mat som er lagt opp på asjett på kjøkkenet til hver enkelt beboer gir et lavere næringsinntak enn der hvor beboere kan velge mat og porsjonsstørrelse fra en varmevogn på avdelingen (Freil et al., 2006). En fast meny uten mulighet til å velge mellom flere retter medføre et redusert næringsinntak hos beboere i institusjon (Freil et al., 2006). Flere valg vil føre til at flere får noe de liker hver dag, og kan føre til at matinntaket hos den enkelte kan øke.

Det er også strenge hygieneregler rundt produksjon av mat til institusjoner, det betyr at mat som er produsert etter kok-kjøøl metoden ikke er lov til å varme opp igjen etter at den er slutttilberedt en gang på avdelingene (Skjegstad, 2004). Dette kan gjøre det vanskelig å sette bort mat til dem som ønsker å spise maten sin på et senere tidspunkt enn når måltidene vanligvis serveres dersom man ikke har lyst på mat når hovedmåltidet blir servert.

En annen faktor som kan hindre muligheten til og tilby blant annet ønskekost er det økonomiske aspektet. Krav fra administrasjonen om å overholde budsjettet, kan kollidere med behovet for å tilpasse kostholdet til den enkelte (Holst & Rasmussen, 2013). Disse kravene kan ramme både muligheten til å ha tilstrekkelig med råvarer tilgjengelig slak at det er mulig å gi et individuelt tilpasset kosthold, men også muligheten til å ha tilstrekkelig personale både på kjøkken og i pleie.

2.5.2. Faktorer som fremmer muligheten til å gi ønskekost

Storkjøkken som serverer mat som er produsert etter kok-kjøll metoden tilbyr ofte mat i singelpakker som gir mulighet til å kunne sette til side og servere mat til beboere når de selv måtte ønske det (Socialstyrelsen, 2011). Små porsjoner gjør det lettere å tilby alternativ mat til dem som ønsker noe annet enn det som står på menyen den dagen (Hickson et al., 2007). Det gjør at det kan være lettere å gå i kjøleskapet og finne noe dersom noen ønsker seg noe varm mat helt spontant. Det å ha en person ansatt som er ansvarlig for maten, som kan gi opplæring til ansatte og som kan lage småretter og bake gjør at man i større grad kan tilby beboerne et individuelt tilpasset kosthold (Lassen, Grinderslev, & Nyholm, 2008). At en person har ansvaret for maten slik, kan føre til at denne personen får et eierforhold til maten som tilbys. Det vil gjerne føre til at denne personen gjør en bedre jobb fordi at det å ha et eierforhold til arbeidsoppgavene sine gjerne kan føre til at en yter litt ekstra og tar større ansvar for jobben sin. Det at man prioriterer å ha et system med fleksibilitet med hensyn til beboernes ønsker har vist seg å ha positiv effekt på næringsinntaket til beboerne (Merrell, Philpin, Warring, Hobby, & Gregory, 2012). Fleksibilitet kan omfatte både matvarevalg, tidspunkter maten serveres på, hvordan og hvor maten serveres.

Å involvere beboerne i matlagingen kan også ha en positiv effekt, å kunne bake kaffemat på avdelingen vil gi beboerne et eierforhold til maten som kan gjøre at de spiser mer. Det er ikke vanlig å involvere beboere i matlagingen på sykehjem i dag (Aagaard, 2008). Dette har mange årsaker, beboere i sykehjem er der fordi de ikke er i stand til å ivareta sine behov hjemme. De er ofte svekket av sykdommer og ikke på noen måte arbeidsføre. Produksjonsmetodene som brukes ved matlaging i storkjøkken krever spesialkompetanse for å kunne gjøres og en del utstyr som krever spesialkompetanse for å kunne brukes. Det er også IK-mat reglement på storkjøkken som regulerer hvem som får gå på kjøkkenet. IK-mat reglementet regulerer blant annet hvordan de som arbeider på kjøkkenet skal være kledd, det er krav om at dem som

arbeider på kjøkken skal skifte til rent arbeidstøy før de går inn på kjøkkenet. Beboere i sykehjem har generelt dårlig helse, og det gjør at det mange ganger kan være vanskelig for dem å delta i ulike aktiviteter. Mat i sykehjem produseres ofte i store volum, og kjøkkenarbeidet er fysisk tungt arbeid som er belastende for kroppen. Men baking sammen med en aktivtør, er en aktivitet som jeg har sett kan gi glede og mening i hverdagen for beboere i sykehjem og som bør være mulig å gjennomføre som et miljøtiltak for å skape trivsel.

2.6. Spesialkost og næringstett kost

Spesialkost og næringstett kost er kosthold som er utviklet for å møte menneskers spesielle behov ved sykdom og underernæring (Thommessen & Krogh, 2001). Spesialkost kan være kost som gis ved spesielle sykdomstilstander som diabetes, mage-tarmsykdommer, allergier og intoleranser og andre sykdommer som krever et tilrettelagt kosthold (Wilhelmsen, Knott, & Dahl, 2005). Næringstett kost er mat som inneholder mye næringsstoffer i forhold til volumet (Thommessen & Krogh, 2001).

Spesialkost regnes som en del av den medisinske behandlingen (Wong et al., 2012). Og er derfor noe man er pålagt å tilby til beboere i sykehjem som har behov for det. Loven sier at den enkelte bruker skal gis et helhetlig omsorgs og tjenestetilbud (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene sier at personer som mottar omsorgstjeneste etter kommunehelsetjenesteloven blant annet skal ha dekket sine fysiologiske behov som tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og en rimelig valgfrihet i forhold til mat (Helse og omsorgsdepartementet, 2003). Det tolker jeg dithen at mennesker som mottar kommunale helsetjenester har rett til et tilpasset og helsefremmende kosthold uansett hva slags helsetilstand de har. Det betyr at de som trenger spesialkost og næringstett kost har rett på det i følge norsk lov. Det var også bred enighet ute i sykehjemmene som jeg besøkte i forbindelse med datainnsamlingen at dette med spesialkost og næringstett kost var noe som var lovbestemt og som de ikke kunne la være å gi til dem som hadde behov for det. Men ofte så kan dette med spesialkost være en utfordring fordi den anbefalte dietten ofte kan komme i konflikt med en persons matvaner og matpreferanser, derfor bør man så langt som mulig tilpasse en persons diett til hans eller hennes matpreferanser (Gustafsson et al., 2005).

2.6.1. Faktorer som hemmer muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost

Det kan se ut som om kunnskapsnivået hos helsepersonell og kjøkkenpersonell kan påvirke hvor enkelt det er å tilby spesialkost, det kan se ut som om mange får sin ernæringskunnskap gjennom massemedia i stedet for gjennom sin yrkesutdanning (Merrell et al., 2012). Man kan spørre seg om ernæringsdelen i utdanningen til helsepersonell i dag er tilstrekkelig til at de kan møte ulike gruppers behov på en god måte? Jeg har lest noe VG2 pensum for helsefagarbeidere, og min oppfatning etter å ha lest dette pensumet er at ernæring og kosthold godt kunne utgjort en større og mer omfattende del av denne utdanningen. Uenighet mellom forskjellige avdelinger om hva som er riktig kosthold for en gruppe mennesker kan hemme muligheten til å gi et individuelt tilpasset kosthold som er riktig for den enkelte. Det er en utfordring å tilpasse menyer så de dekker individuelle behov (Gaskill, Isenring, Black, Hassall, & Bauer, 2009). Mange steder opplever man at det kan ta tid å få spesialkosten inn i system fra ekstern leverandør, da er man helt avhengig av å kunne lage spesialkost på stedet.

2.6.2. Faktorer som kan fremme muligheten til å gi spesialkost og næringsberiket kost

Det har vist seg at å gjøre maten mer næringstett gir et økt næringsinntak (Freil et al., 2006). Næringstett mat har flere kalorier og høyere andel mikronæringsstoffer per gram enn normalkost. Slik kost kan være med og forebygge vekttap og stimulere til vektøkning hos dem som har behov for det (Johnson & Fischer, 2004) Det kan være vanskelig å få findelt mat tilstrekkelig næringstett slik at den kan dekke beboerens behov for næringsstoffer (Brownie, 2006). Mennesker som får findelt mat har et generelt lavere næringsinntak enn dem som spiser mat som ikke har endret konsistens (Mitchell, 1999). Hva som er årsaken til det kan være noe sammensatt. Det hevdes at findelt mat er vanskeligere å få mer næringstett, en annen årsak kan være at mennesker som får findelt mat har en generelt dårligere allmenntilstand, noe som kan medføre at de spiser mindre.

Samtidig ser det ut til at det å ha mulighet til å kunne bestille spesialkost og findelt mat fra ekstern leverandør frigjør ressurser i pleien som kommer beboerne til gode (Mitchell, 1999). Noe som er viktig i sykehjem er å bruke tid på beboerne og se dem, jeg tenker at det må være en faktor som øker trivselen og gir bedre livskvalitet.

Der man serverer mat fra eksternt kjøkken anbefales det at man har tilgang til utstyr på avdelingene til å konsistenstilpasse maten, slikt utstyr kan være stavmikser og foodprosessorer (Socialstyrelsen, 2011). Man anbefaler å bruke foodprosessorer i stedet for

blendere når man skal tilpasse konsistensen på maten fordi det gjør det lettere å lage litt tykkere konsistenser som for enkelte kan være lettere å svelge (Johnson & Fischer, 2004).

Det er vanlig å bruke næringstette matvarer som smør, melkepulver, sukker og cottage cheese når en skal næringsberike mat (Asai, 2004). Det brukes også fløte, eggeplommer og næringspulver i sykehjem. Mat med flytende og puré konsistens er lettest å næringsberike. Det er lettere å røre ut en eggeplomme i en porsjon grøt enn det er å røre det ut i et stykke fisk.

2.7. Matens sensoriske kvalitet

Dette handler om matens smak, konsistens, lukt og utseende. Sensorisk kvalitet. Det er de egenskapene ved maten som gir inntrykk til sansene våre (Hemmer et al., 2001). Dette handler om den totale opplevelsen av maten, smak, lukt, tekstur og utseende (Wen-Hwa, 2009). Det er sett at matens smak, konsistens, serveringstemperatur og lukt kan påvirke matinntaket til mennesker (Hartwell, Shepherd, & Edwards, 2013). Alle sanseinntrykkene vi får under et måltid henger sammen og påvirker hverandre, synet av maten, lukten, smaken, munnfølelsen, alt dette spiller en rolle i hvordan mat smakes og oppleves (Shepherd, 2006).

Smak og konsistens.

Det er sett at matens smak og konsistens kan påvirke matinntaket. Tekstur og temperatur ble oppgitt som viktige faktorer for personers tilfredshet med maten (Hartwell et al., 2013). Personlige matpreferanser påvirker matvalgene og mengden mat som blir spist (Merrell et al., 2012). Men det er også slik at når mennesker eldes så endrer smakssansen seg. Evnen til å smake søtt og salt svekkes, og mange opplever også at luktesansen blir svekket (Boyce & Shone, 2006). Det er også studier som indikerer at luktesansen reduseres i større grad enn smakssansen som en følge av aldringsprosessen (Schiffman & Graham, 2000). Spesielt demente kan ha problemer med å identifisere lukt, noe som kan påvirke matinntaket deres (Rawson, 2003). Også soppinfeksjoner i munnen kan påvirke hvordan mennesker opplever smak (Coward, 2011). Årsakene til at smakssansen endrer seg hos mennesker er mange og ulike, det er viktig at helsepersonell har det i bakhodet og tenker at det kan være ulike årsaker til at maten ikke smaker slik som den skal for en person. Det har vist seg at man spiser mindre når man smaker mindre, og det å kunne justere smak etter den enkeltes ønske kan være med på å øke matinntaket noe (Boczko & McKeon, 2010). Det finnes undersøkelser som sier at

eldre i sykehjem ønsker mat som smaker hjemmelaget (Bronwynne C. Evans, Neva L. Crogan, & Jill Armstrong Shultz, 2005). Eldre mennesker har vokst opp med lokale råvarer i kostholdet sitt, det kan påvirke smakspreferansene deres (Sidenvall, 1999). Det betyr at det kan være lettere for eldre å akseptere spekesild og poteter til middag enn pasta Bolognese som er en rett de ikke har vært vant med fra barndom og ungdom.

2.7.1. Smak

Hemmende faktorer på smak

Det som kan være utfordrende noen ganger er at helsepersonellet på mange steder ikke får lov til å spise sammen med beboerne, smake på maten, eller at serveringsmetoden kan gjøre det vanskelig å smake på maten (Sidenvall, 1999). Brettservering der maten blir lagt opp på kjøkkenet er en slik metode som kan gjøre det vanskelig for helsepersonellet å smake på maten. Det at de ikke får smake på maten kan gjøre det vanskelig for dem å vurdere om maten er av god kvalitet eller ikke. Dietter som innebærer en reduksjon i salt og sukkerinntaket kan gi mindre smaksopplevelse og hemme matinntaket (Johnson & Fischer, 2004). Hvor streng en diett skal være må vurderes i hvert enkelt tilfelle slik at beboeren får i seg mat. I en norsk undersøkelse fra 2010 sier 45 % av beboerne på sykehjem at helsepersonellet aldri spiser sammen med dem, mens 5 % sier at helsepersonellet alltid spiser sammen med dem (Aagaard, 2010). Det at helsepersonellet spiser sammen med beboerne og snakker positivt om maten har jeg sett har gitt mer ro rundt bordet, og kan kanskje føre til at beboerne spiser mer. Negative uttalelser om maten fra beboere eller helsepersonell har en mer negativ virkning, og det er viktig at de som er bordverter er seg bevisste på sin rolle som er å fremme matinntaket og skape en hyggelig atmosfære rundt bordet.

Fremmende faktorer på smak

Det går an å justere smaken på maten ved hjelp av smaksforsterkere som buljong, sitron og smør (Chwang, 2012). Det er også gjort en studie som viser at MSG eller Monosodiumglutamat som smaksforsterker har ført til et høyere næringsinntak hos eldre (Schiffman & Graham, 2000). Dette er produkter som det godt går an å ha tilgjengelig på en sykehjemsavdeling slik at det går an å justere smaken på maten etter beboerens ønske og behov. MSG anbefales allikevel å brukes med en viss forsiktighet fordi det kan forstyrre hjerterytmen hos mennesker (Horio, 2000). Nylaget mat smaker bedre enn mat som er

kjølelagret over tid. Mat som er laget etter sous-vide metoden, det vil si tilberedt i vakuum smaker bedre enn mat som er tilberedt på tradisjonelt vis når den er nylaget. Lagring og oppbevaring av denne maten vil allikevel redusere denne matens smakelighet (Church & Parsons, 2000). Smaken på maten kan justeres i flere ledd i produksjonen, både før, under og etter produksjon (Schiffman & Graham, 2000). Også fløte, smør og eggeplomme vil påvirke smaken positivt. Dette er fettrike råvarer, og fett er en god smaksbærer i mat. Lavere temperaturer i produksjonsprosessen slik som brukes i produksjon av mat som varmebehandles i vakuum fører også til at maillardreaksjonen som er en kjemisk reaksjon der farge og aromastoffer som er viktige for smak utvikler seg går langsommere (Roux, Courel, Ait-Ameur, Birlouez-Aragon, & Pain, 2009). Mat som har en brune overflate har mer smak (del Pulgar, Roldan, & Ruiz-Carrascal, 2013). Mat som bare er kokt og ikke steikt oppleves som mindre smakfull, det kan påvirke matinntaket hos enkelte.

2.7.2. Matens tekstur og konsistens

Matens tekstur og konsistens kan påvirke et menneskes matinntak. Eldre mennesker får ofte endringer i munnhulen som for eksempel endret tannstatus som kan påvirke matinntaket (Brownie, 2006). Slike faktorer kan gjøre det vanskelig for en person å tygge maten (Chwang, 2012). Tyggevansker kan medføre at mennesker velger bort mat som er vanskelig for dem å tygge (Boczko & McKeon, 2010). Derfor er det viktig at mennesker får mat som de klarer å tygge, det er lett å gi opp å få i seg mat vist den ikke lar seg tygge.

Hemmende faktorer på konsistens

Det har kommet tilbakemeldinger fra beboere i norske sykehjem at maten noen ganger kan være underkokt, spesielt gjelder dette poteter (Aagaard, 2010). I kjøkken som produserer mat etter kok-kjøll metoden kan det se ut som om enkelte retter kan være vanskeligere å tilby enn andre. Mye mat dampkokes eller posjeres i vannbad (Hickson et al., 2007). Slik mat mangler en steikeskorpe som er med og øker smakligheten på maten. Mat som produseres etter sous-vide metoden krever noe lenger tilberedningstid fordi den tilberedes på lavere temperaturer (Church & Parsons, 2000). Denne maten er også i mindre grad steikt, variasjon i konsistens på det som ligger på asjetten er medvirkende til at måltidet blir en god opplevelse for den enkelte.

Fremmende faktorer på konsistens

Det kan se ut som om myk konsistens blir bedre akseptert av beboere i sykehjem, og riktig tilberedning og sluttilberedning av maten gir en bedre konsistens (Greene et al., 2000). Dette kan ha sammenheng munnhelse og tannstatus. Det anbefales at man har utstyr til å endre konsistensen på maten tilgjengelig på avdelingene, fordi det da er lettere å endre konsistensen på maten på kort varsel (Socialstyrelsen, 2011). Det er også slik at kjøtt som tilberedes etter sus-vide metoden kan bli veldig mørt. Det forutsettes da at kjøttet varmebehandles på temperaturer rundt 60-65 °C over lang tid. Om dette gjøres i noen særlig grad i produksjonskjøkken er usikkert, da varmebehandling krever energi og et økt strømforbruk kan fordyre produksjonen av maten.

2.7.3. Lukt

Hemmende faktorer på lukt

Ved økende alder reduseres evnen til å kjenne lukt, luktesansen er viktig for evnen til å kjenne smak (Boyce & Shone, 2006). Man har sett at spesielt demente har dårligere evne til å definere lukt enn ikke demente (Rawson, 2003). Det kan ha sammenheng både med at evnen til å huske hva ting blir svekket hos mennesker med demenssykdommer, men også at språket forsvinner. Læring, minner følelser og språk er nært knyttet til smak og lukt (Shepherd, 2006). Duftmolekyler skaper duftbilder hos mennesker, en spesiell lukt kan frembringe minner fra en tid som kanskje er glemt. Og det finnes studier som indikerer at svekket luktesans i større grad enn svekket smakssans reduserer evnen til å glede seg over mat hos eldre mennesker (Drewnowski, 1997). Produksjonsmetoden kan avgjøre hvor mye matlukt som er på et sykehjem, å ha eget kjøkken fremmer god matlukt (Aagaard, 2010). Det kommer ikke lukt ut av en vakuumpakke.

Fremmende faktorer på lukt

Man har sett at kjøkken på stedet på sykehjem gir mer og bedre matlukt (Aagaard, 2010). Når det lages mat på kjøkkenet vil matlukten spre seg til hele bygningen. Noen sorter mat slik som steikt flesk lukter mer enn annen mat. Matlukt fremmer appetitt, og skaper forventninger til et måltid (Chisholm et al., 2011). Lukten av nysteikt brød kan også være med og skape matlukt som fremmer spising hos institusjonsbeboere (Kee, 1990). Det å glede seg til et måltid er noe

av det som gjør tilværelsen meningsfull for mange, spesielt om de lever i et ensformig miljø som et sykehjem ofte er.

2.7.4. Utseende

Vi spiser også med øynene, og mat som er pent presentert øker tilfredsheten hos den som spiser (Uçar, Çakiroğlu, & Çetin, 2009). Å presentere maten på en tiltalende måte har vist seg å kunne stimulere menneskers appetitt (Johnson & Fischer, 2004). Fargekontraster på maten ansees å være viktig for å øke appetitten (Kee, 1990). Fargekontraster vil gjøre det lettere å skille de ulike elementene på asjetten fra hverandre. Hvite fiskeboller, hvit saus og hvite poteter er et eksempel på mat som har lite fargekontraster og kan oppfattes som kjedelig.

Hemmende faktorer på utseende

Findelt mat kan være en utfordring å få til å se pent ut, den beskrives ofte som uappetittlig av brukerne (Wilson, Evans, & Frost, 2000). Mat som er oppbevart en tid mellom produksjon og servering kan utvikle misfarging, kokte poteter oppgis å kunne få brune flekker og se mindre tiltalende ut ved lagring (Church & Parsons, 2000). Flekker på mat og annen misfarging er ofte et tegn på at maten er dårlig og ikke bør spises. Sykdommer som påvirker de kognitive evnene til et menneske krever også tilpasning av matens utseende (Greene et al., 2000). Demenssykdommer gjør at man ofte mister evnen til å gjenkjenne mat (Johansson, Sidenvall, Malmberg, & Christensson, 2009). Da må det tilrettelegges for demente, og her er det viktig å se hver enkelt og hva som påvirker den enkeltes spising.

Fremmende faktorer på utseende

Pent presentert mat stimulerer appetitten og gir lyst til å spise (Johnson & Fischer, 2004) Den som legger opp maten må ha kunnskap om hvordan man presenterer maten på en delikat måte (Mitchell, 1999). Man har sett at mat som er lagt opp på kjøkkenet av kjøkkenpersonalet ofte kan se mer tiltalende ut (Freil et al., 2006). Det kan ha sammenheng med at de har anretning av mat som en del av sin utdanning. Farger og fargekontraster på maten kan også være med og fremme appetitten hos mennesker (Kee, 1990). Derfor vil det å bruke råvarer med ulike farger kunne fremme matlyst og spising.

3. Metode

I dette kapittelet vil jeg starte med å presentere studiens design og metode. Så vil utvalget diskuteres. Deretter beskrives utviklingen av intervjuguide, gjennomføringen av intervjuer, analyse og etiske betraktninger.

3.1. Forforståelse

Med forforståelse menes den bagasje forskeren bærer med seg inn i prosjektet, det er den samlede erfaringen og kunnskapen som kan fungere som et par briller som forskeren ser datamaterialet gjennom (Malterud, 2011).

Jeg gikk inn i dette forskningsprosjektet med en erfaring som kokk ved et sykehjem der det ble servert mat som var produsert etter kok-server metoden. Jeg har ingen erfaring fra sykehjem som servere mat etter kok-kjølmotoden. Det kan ha preget min forforståelse ved at jeg automatisk trodde at det var lettere å tilby et individuelt tilpasset kosthold i sykehjem der man serverte mat etter kok-server metoden. Jeg har også en bachelorgrad som yrkesfaglærer i restaurant og matfag og et års etterutdanning i sosialpedagogikk. Jeg arbeider som lærer for både norskspråklige og fremmedspråklige som går på arbeidsmarkedsopplæringskurs i regi av NAV for å bli kjøkkenassistenter. Jeg underviser i fag som kosthold og ernæring, spesialkost, kjøkkenteori og råvarekunnskap samt praktisk matlaging. Det at jeg har kunnskap om mat, råvarer og tilberedningsmetoder i tillegg til mange års arbeidserfaring som kokk både fra institusjonskjøkken, restaurantkjøkken, ferskvaredisk og kantine, kan også være med på å prege min forforståelse, og gjøre at jeg har en oppfatning av at fersk og nylaget mat alltid er det beste. Jeg synes at maten smaker bedre når den er nylaget, og jeg har også lært at den har et høyere innhold av ulike næringsstoffer, spesielt vannløselige næringsstoffer når den er nylaget. Også min lange arbeidserfaring fra sykehjem har preget min forforståelse på flere ulike måter. Der så jeg ofte at dagens middag var samtaleemnet blant både beboere og helsepersonell, og at det å se frem til et måltid var noe som skapte engasjement og gav dagen mening for sykehjemsbeboerne.

3.2. Studiedesign

For å besvare problemstillingen ble det valgt en kvalitativ tilnærming til forskningsspørsmålene. Når jeg formulerte problemstillingen og valgte metode gikk jeg fram på følgende måte: Jeg valgte tema, jeg bestemte meg for å se på hvordan kjøkkenmodeller kunne påvirke beboere i sykehjem sin mulighet til å få et individuelt tilpasset kosthold. Jeg bestemte meg for å bruke helsepersonell som informanter fordi det er de som arbeider tettest på beboerne. Det er ikke alle sykehjem som har eget produksjonskjøkken, men alle sykehjem har helsepersonell. Problemstillingen ble formulert, den ble formulert og omformulert flere ganger for at den skulle kunne gi et godt svar. Hensikten med studien er å få bedre innsikt i hvordan helsepersonell opplever og erfarer at kjøkkenmodellen på sykehjemmene påvirker muligheten de har til å gi sykehjemsbeboere et individuelt tilpasset kosthold. Viktige stikkord i problemstillingen er: «Opplever og erfarer», så når jeg skulle velge metode måtte jeg velge en metode som egner seg til å få frem noe om informantenes opplevelser og erfaringer.

3.2.1. Hvorfor ble fokusgrupper valgt som metode?

Fokusgrupper er en av metodene som anbefales dersom man ønsker å gå i dybden og lære noe av menneskers erfaringer (Dalland, 2012). Det er en metode som kombinerer samspill og intervju, og som egner seg til å studere holdninger og meninger (Morgan & Spanish, 1984). Jeg valgte fokusgrupper fordi jeg ønsket å lære noe om helsepersonells virkelighet, jeg ville ha svar på hvordan de opplevde og erfarte et fenomen i sin yrkeshverdag. Jeg kunne ha intervjuet helsepersonell en og en, men ønsket å få fram felles erfaringer, og da mente jeg at en form for intervju der deltakerne kunne spille på hverandre og kaste ball til hverandre kunne belyse problemstillingen min på en god måte.

Jeg har valgt en fenomenologisk tilnærming til forskningsspørsmålene fordi fenomenologien har vist seg å være en tilnæringsmåte somegner seg når en skal forske på daglig opplevde erfaringer (Thagaard, 2009). Og mitt formål med denne studien er å få frem historier fra en hverdag som deles av mange på en arbeidsplass.

3.3. Hva er et fokusgruppeintervju?

Fokusgruppeintervju, er en form for intervju der man samler en gruppe informanter for å diskutere et eller flere temaer (Tjora, 2012). Det er en av de sosialvitenskapelige forskningsmetodene (Morgan & Spanish, 1984). Temaene som diskuteres er valgt av forskeren på forhånd (Halkier, 2010). Fokusgruppene ledes av en moderator, litteraturen anbefaler også at man har med en sekretær som noterer underveis i intervjuet og som oppsummerer når intervjuet er ferdig (Malterud, 2012a). Intervjuene ble gjennomført på forskjellige steder i landet, og det gjorde det vanskelig å finne en person som det kunne være mulig å passe for å være sekretær. En sekretær ville også ha økt reiseutgiftene mine betraktelig.

Fokusgrupper består av et varierende antall personer, 2-22 personer er vanlig (Silverman, 2004). Malterud (2011) anbefaler gjerne 5-8 personer. Jeg har til en stor grad valgt å støtte meg til Malterud i denne studien, mine fokusgrupper besto av 5-6 personer. Målet var å ha seks personer med i hver fokusgruppe, men det var en som meldte forfall samme dag som intervjuet ble holdt ene dagen, og det var ikke mulig å skaffe en ny deltaker på så kort varsel.

I en fokusgruppe er det samtalene og samhandlingene mellom deltakerne som skal skape dataene, og som skiller dem fra individuelle intervjuer (Malterud, 2012a). En god samhandlingsflyt kjennetegnes av at samtalen går mellom deltakerne, at de kommuniserer med hverandre og at de responderer på det som de andre i gruppen sier (Malterud, 2012a).

Et eksempel på en samtale der det er god samhandlingsflyt:

Tabell 3

Dette er fra intervju 3.

- | | | |
|------|-----|---|
| 126. | 5-* | Og de som da har lyst på noe veldig godt, kaker og snop, løper vi over veien og kjøper, raspeballer på butikken. |
| 127. | 4-* | Ja, han som ville ha lutefisk, en ettermiddag, spiste lutefisk midt på natten, var det ikke det han fikk? (latter) utydelig |
| 128. | 2-* | Det var i hvertfall ikke det som var planlagt... (latter) |
| 129. | 3-* | Nei, det var det ikke (latter) |
| 130. | 1-* | Han fikk ønsket sitt. |
| 131. | 4-* | Så det ble lutefisk om natten, ingen problem (Latter). |
| 132. | 3-* | Kommer alltid til en ordning. |

Her er en liten illustrasjon av denne samtalen som viser hvordan samtalen forløp og hvordan deltakerne kommuniserte med hverandre:

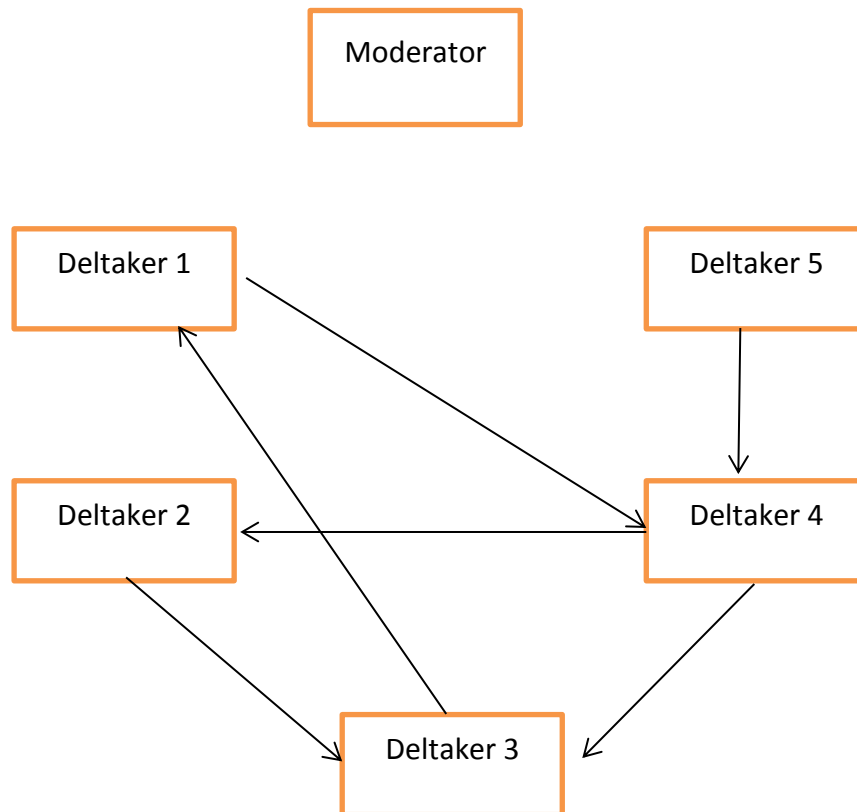


Fig 1.

Her ser vi et eksempel på at deltakerne snakker med hverandre og at alle deltar i samtalen, og responderer på det de andre sier. Gruppedynamikken og samhandlingen i en fokusgruppe er med på å skape dataene (Malterud, 2012a).

3.4. Utvikling av intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 1), er et skriftlig dokument som fungerer som et strukturerende verktøy under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg valgte å ha et semistrukturert opplegg rundt intervjuene, med temaer som var bestemt på forhånd. Arbeidet med intervjuguiden startet tidlig i prosjektet, og den ble justert og endret på underveis. Jeg leste litteratur som kunne si noe om min problemstilling og kom til at dette var et område som det

ikke var forsket så mye på fra før. Malterud (2012), sier at det skal være en sammenheng mellom spørsmålene i intervjuguiden og problemstillingen. Hemmende og fremmende faktorer er sentrale begreper i min problemstilling, så de begrepene gikk igjen i stikkordslisten min i intervjuguiden. Intervjuguiden ble justert underveis i prosessen, litteratur jeg leste og tilbakemeldinger fra veilederne mine gjorde at jeg foretok endringer. Nå ble også problemstillingen justert noen ganger i løpet av prosessen, det bidro til at intervjuguiden ble endret igjen for å imøtekomme problemstillingen. Ofte så har man også et pilotintervju i forkant av studien for å teste ut tidsbruk og hvordan spørsmålene fungerer. Jeg hadde planer om et slikt intervju, men greide ikke å finne noen som ønsket å være med. I stedet for så justerte jeg intervjuguiden litt etter det første intervjuet fordi jeg så at det var behov for det. Det er også vanlig å ha med en sekretær under fokusgrupper som noterer underveis og oppsummerer etterpå (Malterud, 2012a). Jeg hadde ikke med sekretær fordi det var vanskelig å finne en person som kunne være med på intervjuene som var på ulike steder i landet.

3.5. Utvalg av sykehjem

Sykehjemmene ble valgt ved at jeg gikk inn på hjemmesidene til forskjellige kommuner og leste litt om sykehjemmene deres. På noen av hjemmesidene sto det også litt om hvilken kjøkkenmodell de hadde på sykehjemmene, på andre hjemmesider sto det ingen ting om hva slags kjøkken og kjøkkenmodell de hadde. Nå lærte jeg også gjennom denne studien at det at sykehjem hadde eget storkjøkken ikke nødvendigvis betød at maten ble servert varm og nylaget fra kjøkkenet. Det var sykehjem som hadde eget storkjøkken, som produserte mat etter kok-kjøøl metoden på stedet som ble servert beboerne flere dager etter produksjon.

Deltakerne i fokusgruppene ble rekruttert ved at jeg valgte ut 20 sykehjem og sendte brev i posten (Vedlegg 2) til daglig leder ved sykehjemmene med informasjon om studien, og forespørsel om de ønsket å delta. 8 av disse sykehjemmene serverte mat som var produsert etter kok-server metoden, og 12 av dem serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden. Jeg valgte sykehjem innenfor et geografisk område som det var praktisk mulig for meg å reise til uten at det tok for lang tid, eller kostet for mye. Jeg ønsket i utgangspunktet å ha seks sykehjem med i studien, tre som serverte varm nylaget middag, og tre som serverte mat som var laget etter kok-kjøøl metoden. Det ble til slutt fem sykehjem som sa ja til å delta i studien da en god del av de forespurte sykehjemmene ikke ønsket å delta. Som begrunnelse for ikke å delta oppgav de gjerne at de var i en omorganiseringsfase i kjøkkensystemet sitt, de hadde

vært med på så mange ulike studier eller det passet ikke akkurat nå på grunn av tid. Tre av sykehjemmene gav rask tilbakemelding på E post at de ønsket å delta, andre måtte jeg kontakte igjen og spørre om de ønsket å være med. De fleste som jeg purret på ønsket ikke å delta i studien, men to av dem ville gjerne delta, de hadde bare glemt forespørselen fra meg. Det ble avtalt tidspunkter for intervjuene, og informasjon som skulle deles ut til deltakerne på forhånd (Vedlegg 3) ble sendt til kontaktpersonen på de forskjellige sykehjemmene pr. e-post. Et par intervjuer ble flyttet til senere datoer på grunn av sykdom på sykehjemmene, men alle de planlagte intervjuene ble gjennomført til slutt.

3.5.1. Utvalg av informanter

Informantene i denne studien er helsepersonell som arbeider i sykehjem. Når en skal velge ut informanter til et kvalitativt forskningsprosjekt så velger man det som kalles et strategisk utvalg (Malterud, 2012a). Det betyr at man plukker deltakere som kan si noe om problemstillingen og forskningsspørsmålene. Inkluderingsfaktorene her var at deltakerne skulle arbeide i sykehjem, og at de skulle ha helsefaglig utdanning som sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider, omsorgsarbeider eller hjelpepleier. Disse yrkesgruppene arbeider tettest på beboerne, det er de som serverer måltidene til beboerne og har hovedansvaret for beboernes kosthold (Gastmans, 1998). Det var derfor jeg ønsket å ha helsepersonell som informanter og ikke andre yrkesgrupper som kan arbeide ved sykehjem. Jeg valgte de informantene jeg valgte fordi jeg trodde at det var de som best kunne besvare problemstillingen min. Hver av mine fokusgrupper besto av kollegaer ved samme sykehjem. Litteraturen sier litt ulikt om det å bruke kollegaer i en fokusgruppe, noen hevder at mennesker snakker friere når de sitter i en gruppe med ukjente, fordi man ikke regner med å se dem igjen (Doody, Slevin, & Taggart, 2013). Andre forskere vil ha mer homogene grupper for at deltakerne lettere skal kunne identifisere seg med hverandre, på en arbeidsplass har det blitt anbefalt at deltakerne kommer fra omtrent samme nivå på arbeidsplassen (Malterud, 2012a). Formålet med studien bør bestemme hvordan utvalget blir sammensatt, og i min arbeider i sykehjem. Og det at deltakerne har en homogen bakgrunn behøver ikke å bety at de har like holdninger og meninger (Doody et al., 2013)

Nå dukket det opp en kjøkkenansvarlig og en aktivitør som ble deltakere i det siste intervjuet, jeg valgte å ta dem med allikevel selv om de ikke hørte til den yrkesgruppen jeg først hadde tenkt å ta med.

3.5.2. Presentasjon av informanter, sykehjem og kjøkkenmodellene på de forskjellige sykehjemmene

Datamaterialet i denne studien består av fem fokusgruppeintervjuer med til sammen 29 deltakere. 26 av deltakerne var kvinner og 3 var menn. Seks av deltakerne hadde utdannelse som sykepleiere, 19 var helsefagarbeidere, hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. En var assistent i pleie, denne personen var under utdanning til å bli helsefagarbeider. En var aktivtør og en var kjøkkenleder/kokk på et av sykehjemmene.

Malterud anbefaler en mest mulig homogen gruppe når man ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag i samtalen (Malterud, 2011). Mine inkluderingskriterier for deltakelse i denne studien var at deltakerne skulle ha helsefaglig utdannelse, men på en av gruppene var det også en deltaker med matfaglig kompetanse. Dette gav det intervjuet en litt annen karakter, da det artet seg litt som et møte mellom kjøkken og avdeling. I dette intervjuet kom det fram noe om hvordan samarbeidet og kommunikasjonen mellom kjøkken og avdelinger kan foregå. Jeg opplevde at denne konteksten oppklarte en del vanlige misforståelser som kan oppstå mellom kjøkken og avdeling. Dette var noe jeg måtte ta hensyn til under analysene. Jeg opplevde ikke at matansvarlige la noen som helst demper på helsepersonellens vilje til å dele sine erfaringer og opplevelser. Tonen mellom de to avdelingene var god. Det var mer det at ting ble oppklart og tydeliggjort på det viset. Dette var det siste intervjuet, hadde matansvarlige vært med i første intervjuet er det sannsynlig at jeg hadde prøvd å få med en fra kjøkkenpersonalet eller matansvarlig i alle intervjuene.

Det er fem sykehjem med i studien, alle ligger i landkommuner og de er lokalisert på Østlandet og på Vestlandet.

Tabell 4

Presentasjon av sykehjem og kjøkkenmodeller

	Sykehjem 1	Sykehjem 2	Sykehjem 3	Sykehjem 4	Sykehjem 5
Antall beboere i sykehjemmene:	57	92	36	36	85
Kjøkkenmodell	Kjøkken på stedet, maten ble tilberedt etter kok-kjøøl metoden som ble slutttilberedet på avdelingene. Brødmåltidene ble tilberedt på avdelingene.	Kjøkken på stedet som serverte mat etter kok-server metoden. To varmretter til middag hver dag. Brødmåltider tilberedes på avdelingene.	Mat produsert ved kok-kjøøl metoden fra et storkjøkken i en annen kommune. En person er kantineansvarlig og kan også lage mat ved behov. Brødmat ble laget både på avdelingene og i kantina.	Kjøkken på stedet som serverte varm nylaget middag hver dag. Brødmat ble tilberedt både på kjøkken og avdelinger.	Kjøkken på stedet som serverte varm nylaget middag til de ulike avdelingene på sykehjemmet. En del mat ble tilberedt på avdelingene.

Tabell 5

Presentasjon av informanter

Informanter	Sykehjem 1	Sykehjem 2	Sykehjem 3	Sykehjem 4	Sykehjem 5
Kvinner	6	5	5	5	5
Menn	0	1	0	1	1
Sykepleiere	0	2	2	2	0
Helsefagarbeider/Omsorgsarbeider/Hjelpepleier	6	4	3	4	3
Assistent i pleie	0	0	0	0	1
Aktivitør	0	0	0	0	1
Kjøkkenleder	0	0	0	0	1

3.6. Hvordan ble intervjuene gjennomført?

Intervjuene ble gjennomført på de enkelte sykehjemmene, hvor informantene ble samlet på et rom. Det ble brukt både møterom og kontorer til fokusgruppene, og på et sted så samlet informantene seg i kapellet på sykehjemmet og intervjuet ble gjennomført der. Jeg presenterte meg for informantene og alle fikk utdelt skjema for informert samtykke (Vedlegg 4), og et skjema der de kunne føre inn informasjon om alder, kjønn, utdanning og hva slags kjøkkenmodeller de hadde erfaring fra (Vedlegg 5). Vi satt i en ring rundt et bord under intervjuet, på den måten kunne alle se hverandre. Noen ganger ble det servert kaffe og noe å bite i, andre ganger ble det ikke servert noen ting. Alle intervjuene ble tatt opp med en digital diktafon, og intervjuene ble lagret på et minnekort. Man kan ha flere intervjuer med en fokusgruppe, men oftest så har man bare et (Malterud, 2012a). Jeg valgte å ha bare et intervju med hver gruppe, fordi jeg ønsket å vite noe om hvordan de opplevde ting her og nå, ikke hvordan de opplevde utviklingen over tid.

Det var også meningen at de skulle være en sekretær med på disse intervjuene, men det var vanskelig å finne noen som kunne være med, både med tanke på hvilke tidspunkter som passet og fordi intervjuene ble gjennomført på ulike steder i landet. Så det ble til at jeg fungerte som både moderator og sekretær selv. Jeg erfarte at det gikk fint, jeg var godt forberedt og hadde satt meg godt inn i intervjuguiden, og har også noe erfaring fra å gjennomføre en til en intervjuer fra andre prosjekter. Det var noe jeg opplevde var en nyttig erfaring og ha med seg.

Intervjuguiden var utformet slik at det var plass til å ta notater og ta tak i emner som måtte dukke opp underveis som jeg ikke hadde tenkt over på forhånd. Intervjuguiden var for meg et redskap som hjalp meg å drive intervjuet framover, den fungerte også som en huskeliste slik at jeg skulle ha kontroll på om jeg hadde spurt om alle temaene jeg ønsket at informantene skulle diskutere.

Intervjuguiden var semistrukturert, den hadde rubrikker for temaer, som skulle diskuteres, men jeg var også åpen for nye temaer som måtte dukke opp under intervjuene. Intervjuguiden fungerte som et styringsredskap. Når jeg opplevde at deltakerne hadde snakket seg tomme om et tema, ble intervjuguiden brukt for å komme seg videre i intervjuene. Jeg opplevde også at deltakerne snakket om emner som sto i intervjuguiden før vi var kommet dit, da merket jeg bare av i guiden og noterte stikkord. På det viset kunne jeg følge med på hvor langt vi var

kommet i intervjuet, og unngå å spørre om det samme to ganger. Noen ganger så dukket det også opp emner som jeg ikke hadde tenkt over på forhånd, slike emner kunne noen ganger være interessante å følge videre. Et slikt tema som dukket opp var noe de kalte «plastikkposemat», det var tydelig at uansett hva slags kjøkkenmodell som var på stedet, så ble plastinnpakket mat forbundet med noe negativt.

3.7. Hvordan ble deltakernes konfidensialitet ivaretatt?

Det ble søkt og gitt godkjenning til studien til NSD (Vedlegg 6), og alle deltakerne skrev under på skriftlig informert samtykke.

Når jeg transkriberte intervjuene gav jeg både sykehjemmene og deltakerne i hver gruppe et nummer. Eksempel er sykehjem 1 og deltaker 3. Intervjuene ble transkribert på bokmål slik at ingen dialektord skulle kunne røpe hvem deltakerne var. De hvor navn på personer eller lokale bedrifter ble nevnt under intervjuene, ble også disse anonymisert under transkriberingen. Navnet på et bakeri ble for eksempel bare skrevet som «det lokale bakeriet» i transkriptene. Intervjuene er også taushetsbelagt, ingen detaljer i intervjuene eller i oppgaven skal kunne røpe hvem informantene var eller hvilket sykehjem de arbeidet på. Deltakerne ble også informert om at intervjuene ble tatt opp med en digital diktafon, intervjuene ble lagret på et minnekort som senere ble låst inn på Høyskolen i Oslo og Akershus.

3.8. Analyse

Materialet i analysen er de transkriberte intervjuene, jeg har valgt å følge Malteruds firetrinns prosess som kalles systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012b).

1. Første del av analysen handler om å bli kjent med materialet. Da leser man gjennom hele materialet sitt for å få et helhetsinntrykk. Her får man en ide om foreløpige temaer.
2. Når man har skaffet seg et helhetsinntrykk, skal man skille irrelevant tekst fra relevant tekst, og skape meningsbærende elementer. Det er nemlig ikke alt i et intervju som belyser problemstillingen.

3. Kondensering, på dette trinnet går man fra kode til mening og søker å finne mening i materialet sitt, her blir det skapt kategorier.
4. Den siste delen av analysen består av at man sammenfatter materialet og får frem beskrivelser og begreper (Malterud, 2011).

3.9.1. Hvordan ble analysen gjennomført?

Analysen startet allerede under intervjuene. Det var ting som deltakerne sa som fikk meg til å stille oppfølgingsspørsmål som gjerne tok intervjuene i en litt annen retning enn det som var tenkt på forhånd. Det er ikke uvanlig at det i løpet av et intervju dukker opp spørsmål og temaer som man kanskje ikke hadde tenkt over på forhånd (Malterud, 2011). Etter at intervjuene var gjennomført satte jeg meg ned og noterte litt i loggen om hvordan jeg hadde oppfattet intervjuene og hvordan jeg opplevde at de hadde gått. Dette kan ha betydning for konteksten, sammenhengen ting blir sagt i har betydning for tolkningen av det som blir sagt (Malterud, 2012a).

Intervjuene ble transkribert så raskt som mulig etter at de var gjennomført, de ble også gjennomlyttet noen ganger etter at de var transkribert for å forsikre meg om at jeg ikke hadde mistet noe under transkriberingen, og for å gjenoppleve intervjuene. Det å høre intervjuene om igjen gjorde det lettere å huske hvordan deltakerne samhandlet og responderte på hverandres utsagn. Det ble også notert ned foreløpige temaer som ble fulgt videre.

Teksten ble deretter gjennomgått med problemstillingen i fokus, målet var å finne utsagn som kunne besvare problemstillingen. Malterud (2011) anbefaler å lese gjennom manuskriptet uten å bruke intervjuguiden som styrende verktøy. Jeg valgte å avvike litt fra det ved å la spørsmålene i intervjuguiden lede meg når jeg leste gjennom intervjuene. Men jeg var også åpen for at temaer som ikke var nevnt i intervjuguiden kunne dukke opp og besvare deler av problemstillingen.

Temaene ble notert ned og markert med farger for å skille dem fra hverandre. Temaene kunne være hemmende faktorer for spesialkost. Det ble lett etter meningsbærende enheter i teksten. Meningsbærende enheter er de deler av teksten som kan gi kunnskapen vi søker etter (Malterud, 2011) Min forforståelse og bakgrunn som institusjonskokk kan ha vært med å påvirke hva som ble sett på som meningsbærende enheter.

For å lettere få oversikt over hva de forskjellige gruppene hadde sagt om temaene, ble uttalelsene satt opp i matriser. Dette ble gjort for at det skulle være mer oversiktlig. Thagaard anbefaler å sette opp uttalelsene i matriser (Thagaard, 2009).

Tabell: 6

Faktorer som hemmer muligheten til å gi ønskekost		
<i>1 – 2: At de ikke kunne ønske seg noe annet ja, middagen er laget en uke i forkant, så den er ikke å få rikket på».</i>	<i>1 – 6: «Med steikt flesk ja, blodklubb. Og det har vi fått, det har vi sendt melding om ned til. Det har vi fått svar om at de ikke, det har de ikke mulighet til rett og slett, på grunn av bemanning å lage.</i>	<i>2 – 4: «Vi har jo, vi fikk saltsupper til dessert her, det er jo ikke noe våre beboere er vant med, og helst søtt etterpå je. Suppe har vi jo gått bort fra det».</i> <i>2 – 5: «Det har vi fått endret, så nå er det saltsuppe en gang i uka til middag. Så kjøper vi faktisk desserten selv, altså den kommer ikke fra leverandøren. For de kan ikke servere den desserten vi vil, da den blir kjøpt på butikk.</i>

Her ser vi uttalelser som sier noe om hvordan helsepersonellet opplever det at maten blir produsert etter kok-kjøl metoden kan hemme muligheten de har til å gi beboerne ønskekost.

Så ble det utviklet en annen tabell der både hemmende og fremmende faktorer ble satt inn, denne ble også brukt for å finne beskrivelser og begreper. Denne tabellen gjorde det lett å få oversikt over både hemmende og fremmende faktorer. Det ble laget tabeller for begge metoder som dekket forskningsspørsmålene, tabellene ligger som vedlegg i slutten av oppgaven.

Tabell: 7

Eksempel resultattabell: vedlegg 7

Kok-kjøøl metoden				
Ønskekost				
Hemmer	Fremmer	Beskrivelser	Kode	Kategori
«Middagen er laget en uke i forkant, så den er ikke å få rikket på».		Maten er ferdigprodusert lenge før den serveres, det kan hemme spontane matvalg.	Produksjonsrutiner på eget kjøkken	Organisering
«Med steikt flekk, ja. Blodklubb. Og det har vi sendt melding ned til. Det har vi fått svar at det har de ikke mulighet til, rett og slett på grunn av bemanning å lage».		Bemanningen på kjøkkenet kan avgjøre hva slags retter som er mulig å tilby.	Bemanning på kjøkken.	Ressurser
«Vi har jo, vi fikk jo saltsupper til dessert her, det er jo ikke våre beboere vant med. Og helst søtt etterpå ja. Suppe har vi jo gått bort fra det».		Det ser ut som det er begrenset hva som går an å bestille fra eksternt produksjonskjøkken.	Bestillingsutvalg fra eksternt kjøkken.	Fleksibilitet
	«Det har vi fått endret, så nå er det saltsuppe en gang i uka til middag. Så kjøper vi faktisk desserten selv, altså den kommer ikke fra leverandøren, for de kan ikke levere den desserten vi vil».	Å ha mulighet til å lage enkelte retter selv i kantina på sykehjemmet gjør det lettere å tilby mat som eksternt leverandør ikke kan levere.	Å kunne lage noe selv.	Ressurser
	«Vi har god mulighet til å bestille ekstra porsjoner også, og dessuten tror jeg vi får ekstra porsjoner også». «Som ekstramat.» «Som ekstra som vi	Det er mulig å bestille enkeltporsjoner av maten fra eksternt kjøkken, da er det mulig å varme opp mat til dem som vil spise senere, og å finne noe annet	Bestillingsutvalg fra eksternt kjøkken.	Fleksibilitet

	har på lur i kjøleskapet.»	til dem som ikke ønsker dagens middag.		
--	----------------------------	--	--	--

Denne tabellen ble brukt på hvert eneste tema og hver eneste underproblemstilling, og jeg valgte å se på temaene og underproblemstillingene i lys av kjøkkenmodellene. Jeg opplevde at disse tabellene gjorde analysearbeidet oversiktlig og at analysen på den måten ble gjennomførbar for meg.

Jeg fant frem til kategorier ved hjelp av disse tabellene, det ble til slutt fem ulike kategorier.

Tabell: 8

Kategorier
Organisering
Ressurser
Fleksibilitet
Holdning
Produksjonsmetode

Jeg opplevde noen ganger under analysen at noen kategorier kunne gå litt over i hverandre, og at enkelte temaer kunne dekke mer enn en kategori. Da måtte jeg gjøre et valg og en avveining om i hvilken kategori et utsagn hørte til under. Sammenhengen ting ble sagt i kunne være en rettesnor for hva slags kategori en uttalelse kunne havne i.

Til slutt ble hele materialet sammenfattet, og beskrivelser og begreper ble funnet. Jeg har hele veien forsøkt å være tro mot det som deltakerne sa, for på best mulig måte kunne gjengi deres erfaringer og opplevelser fra deres livsverden.

Transkriptene fra de fem intervjuene har vært med i hele prosessen, fordi jeg opplevde at det da var lettere å plassere uttalelser i sin rette sammenheng.

4. Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra studien bli presentert. Problemstillingen har tre undertema, og disse vil bli belyst hver for seg med fokus på hovedproblemstillingen.

De tre underproblemstillingene:

- Ønskekost
- Spesialkost
- Matens sensoriske kvalitet

Resultatene vil bli presentert både som oppsummeringer av hva deltakerne har sagt og som enkeltsitater fra deltakerne. Sitatene, oppsummeringene og sammenhengen ting er sagt i har sammen ført til de konklusjoner som trekkes i dette kapittelet.

Sitatene vil bli presentert med intervjunummer og informantnummer, eks: 1 – 4 er fra intervju nummer 1 og det er informant nummer 4 som sier dette.

Jeg brukte tabellene (vedlegg 7) når jeg skulle finne frem til resultatene, jeg opplevde at disse tabellene gjorde analysen lettere gjennomførbar fordi den gav meg oversikt over hva som hadde blitt sagt av de ulike informantene om de ulike temaene.

4.1. Ønskekost

Her skal vi se på hvordan helsepersonalet opplever og erfarer at kjøkkenmodellen kan hemme og fremme muligheten deres til å gi beboerne i sykehjem ønskekost. Først ser vi på hva de som serverer mat etter kok-kjøll metoden opplever som hemmende og fremmende faktorer, deretter skal vi se på hva de som serverer mat produsert etter kok-server metoden opplever som hemmende og fremmende. Tilslutt blir det foretatt en liten oppsummering av resultatene.

4.1.1. Hvordan hemmer kok-kjøøl metoden helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem ønskekost?

Organiseringen av kjøkkenmodellen på sykehjem og tidspunktet maten produseres på kan påvirke hvor enkelt det er å gi beboerne på sykehjemmet ønskekost.

1 – 2: At de ikke kunne ønske seg noe annet ja, middagen er laget en uke i forkant, så den er ikke å få rikket på».

På dette sykehjemmet ble maten laget etter kok-kjøøl metoden på eget kjøkken en uke før den ble servert. Informantene opplevde at det kunne hindre spontane matvalg, og alternativet for dem som ikke ønsket dagens middag ofte ble en brødskive. Det ble også sagt her at etter at kjøkkenet ble lagt om til å produsere mat etter kok-kjøøl metoden så opplevdes kjøkkenet langt unna selv om de hadde kjøkken på huset.

Etter at kjøkkendriften ble lagt om på dette stedet, så har kjøkkenet mistet mange ressurser, blant annet på bemanningssiden. Dette kan hemme muligheten til å tilby enkelte retter.

1 – 6: «Med steikt flesk ja, blodklubb. Og det har vi fått, det har vi sendt melding om ned til. Det har vi fått svar om at de ikke, det har de ikke mulighet til rett og slett, på grunn av bemanning å lage.

Et av sykehjemmene i undersøkelsen fikk maten levert fra et eksternt storkjøkken i en annen kommune, de opplever at de i enkelte tilfeller kan ha få valgmuligheter med hensyn til hva de kan bestille fra eksternt kjøkken.

3 – 4: «Vi har jo, vi fikk saltsupper til dessert her, det er jo ikke noe våre beboere er vant med, og helst søtt etterpå ja. Suppe har vi jo gått bort fra det».

Eksternt kjøkken tilbyr faste menyer, og det er ikke mulig å bestille for eksempel søt dessert hver dag, dette oppleves som lite fleksibelt. Det å ha lite valg med hensyn til hva som er mulig å bestille oppleves som hemmende.

4.1.2. Hva fremmer helsepersonells mulighet til å gi ønskekost på sykehjem som får mat produsert etter kok-kjøl metoden?

Her fikk de maten levert fra eksternt leverandør, det gjorde at de ikke kunne få søt dessert levert hver dag. De løste den utfordringen med å kjøpe dessert utenom og lage den til selv.

3 – 5: «Det har vi fått endret, så nå er det saltsuppe en gang i uka til middag. Så kjøper vi faktisk desserten selv, altså den kommer ikke fra leverandøren. For de kan ikke servere den desserten vi vil, da den blir kjøpt på butikk».

De har en person ansatt som arbeider i kantina og som har mulighet til å lage ulike retter ved behov. Denne personen er en ressurs som er med og fremmer muligheten til å tilby beboere i sykehjemmet ønskekost.

De opplever også her en viss grad av fleksibilitet når det kommer til hva de kan bestille. De har ikke mulighet til å velge mellom mange ulike retter, men de har mulighet til å velge ulik porsjonsstørrelse på maten.

3 – 5: «Vi har god mulighet til å bestille enkeltporsjoner, og dessuten tror jeg vi får ekstra porsjoner også».

3 – 3: «Som ekstramat».

3 – 5: «Som ekstra, så vi har på lur i kjøleskapet».

Dette gjør at de kan tilby noe annet til middag til en person som ikke ønsker det som er dagens middag. Det at de har disse enkeltporsjonene gjør også at de kan varme opp mat til dem som av ulike årsaker ikke får spist ved hovedmåltidene.

4.1.3. Hva fremmer helsepersonells mulighet til å gi ønskekost i sykehjem som produserer mat etter kok-server metoden.

På et av sykehjemmene i undersøkelsen lager kjøkkenet alltid to hovedretter til middag.

2 – 3: Og så er det alltid i utgangspunktet to middager.

Dette opplever de gir en beboeren flere valgmuligheter på hva de kan spise til middag. Og noen får også servert to alternativer slik at de kan velge hva de vil spise når de får maten servert.

2 – 3: På lørdag er det grøt og lapskaus, og da er det ei som ombestemmer seg nesten annenhver lørdag. Så vil hun ha lapskaus, og så grøt, så hun får faktisk begge deler.

Dette opplever de gir beboeren valgmulighet i forhold til hva han eller hun ønsker å spise.

På et annet sykehjem er avdelingene svært ulike, her er det rom for at ulike avdelinger kan bestille ulik lørdagsrett fra kjøkkenet som kosemat på lørdagskvelden. Det blir også tenkt nytt i forhold til hva som er vanlig på sykehjem, kjøkkenansvarlig er også deltaker i dette intervjuet og han snakker om å kunne bestille take-away dersom noen avdelinger ønsker det på en lørdagskveld.

5 – 1: «Hvis dere vil bestille pizza der nede fra på en lørdag, hvorfor ikke? Ja, det mener jeg».

Dette mente han ikke var noe dyrere enn å lage maten selv på sykehjemskjøkkenet, og derfor var det å bestille mat fra ekstern leverandør en reell mulighet for dem som ønsket noe annet.

Her blir det også snakket om at beboerne ønsket seg ulike typer brød og knekkebrød. Og da snakket kjøkkenansvarlig om at de hadde tilgjengelig utstyr på kjøkkenet slik at de for eksempel kunne bake knekkebrød til de ulike avdelingene.

5 – 1: «Men å bake knekkebrød selv, det skal vi begynne med utover. Det er verdens enkleste ting og gjøre, det er så enkelt så. Så har vi jo så fancy ovner at vi steiker på langpanneplater og knekker opp. Det er jo ikke noe problem i det hele tatt i grunnen».

Å ha eget kjøkken med nødvendig utstyr tilgjengelig er med og fremmer muligheten til å kunne tilby ulike sorter knekkebrød til dem som ønsker det.

4.1.4. Oppsummering ønskekost

De to sykehjemmene som får mat produsert etter kok-kjøøl metoden oppgir at det er faktorer ved systemet som både hemmer og fremmer muligheten til å tilby ønskekost. Det at maten lages lang tid på forhånd gir lite rom for spontane valg, og alternativet blir ofte en brødskive til dem som ikke ønsker det som serveres som dagens middag. Bemanningen på kjøkkenet og begrenset mulighet for valg av retter fra ekstern leverandør ser også ut til å hemme muligheten til å gi ønskekost til beboerne.

Det å ha en matansvarlig tilgjengelig som kan lage mat ved behov og som har ansvar for bestilling og distribusjon av mat til avdelingene sees på som en fremmede faktor i forhold til det å kunne tilby ønskekost. Her blir det også fremhevet at det at de kan bestille enkle porsjoner fra ekstern leverandør gjør det mulig å servere noe annet enn det som er dagens rett dersom noen ønsker det.

De sykehjemmene i undersøkelsen som har eget kjøkken som serverer mat produsert etter kok-server metoden trekker frem de fremmede faktorene ved å ha eget kjøkken. Det at det fører til økt fleksibilitet både ved at de kan produsere mer enn en hovedrett, og ved at det er åpent for at ulike avdelinger kan ønske forskjellige retter til lørdagskvelden. På det ene sykehjemmet er de også åpne for å kunne bestille mat fra eksterne leverandører slik som pizzarestauranter dersom det er ønske om det. De snakker også her om at de har ressurser og

utstyr på kjøkkenet som gjør at de kan lage for eksempel knekkebrød dersom det er ønske om det.

4.2. Spesialkost og næringstett kost

I dette underkapittelet blir det fokusert på hvordan helsepersonell opplever at kjøkkenmodellen og matsystemene i sykehjemmene kan påvirke muligheten de har til å tilby spesialkost og næringstett kost.

4.2.1. Hva opplever helsepersonell som arbeider i sykehjem som servere mat produsert etter kok-kjøøl metoden kan hemme deres mulighet til å tilby spesialkost og næringstett kost?

Det de som arbeider i sykehjem som får maten levert fra eksternt kjøkken sier, er at det tar tid å få spesialkost og næringstett kost inn i systemet til den eksterne leverandøren.

3 – 4: «Vist vi vet at det kommer pasienter inn her og har spesielle behov så legger de det inn. Er det 14 dager de må vite det sånn på forhånd før det trer i kraft? Men ellers så ordner det seg alltid.»

Måten matsystemet er organisert på her gjør at eksternt leverandør må vite om endringer et par uker før det trer i kraft.

Et annet sykehjem snakker om at standarden på maten har gått ned etter at de begynte å produsere mat etter kok-kjøøl metoden, det var mye ferdigmat som ble spedd med fløte og smør i tillegg til vann. De opplevde her at mangel på ressurser til kjøkkenet svekket kvaliteten på det som ble servert beboerne.

4.2.2. Hva opplever helsepersonell som arbeider i sykehjem som serverer mat produsert etter kok-kjøøl metoden kan fremme deres mulighet til å tilby spesialkost og næringsstett kost?

På sykehjemmet som får mat levert fra ekstern leverandør har de organisert seg slik at de har en person ansatt som kantineansvarlig. Dette opplever de gjør det lettere å kunne tilby spesialkost og næringsberiket kost frem til det kommer i system hos ekstern leverandør.

3 – 3: «Ja, hun løper på butikken, hun er kjempeflink. Braser og hun lager, blomkålsuppe uten klumper og, til slagpasienter. Hun er veldig flink, det er ikke en ting hun ikke får til!»

Her hadde de også tilgang på næringsstette matvarer som fløte, olje og kremdott, de har også tilgang på næringspulver her.

De er veldig bevisste her på hva slags råvarer de bruker for å gjøre maten energitett, de foretrekker å bruke smør fremfor lettprodukter. Også på det andre sykehjemmet som serverer kok-kjøøl produsert middag er de veldig opptatt av å bruke smør fordi det gir energi i maten. De hadde også oppskrifter på smoothier og annen energidrikk hengende på veggen på avdelingene slik at de kunne lage næringsstette produkter på kort varsel dersom det var behov for det.

De som fikk middag fra ekstern leverandør hadde også mulighet til å bestille beriket mat fra leverandøren.

3 – 5: «Og all moset mat som vi bestiller, bestiller vi beriket».

Det å kunne bestille beriket mat fra ekstern leverandør var noe de opplevde som en fremmede faktor.

4.2.3. Hva opplever helsepersonell som arbeider på sykehjem der det blir servert mat produsert etter kok-servermetoden kan hemme muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost?

Det som nevnes flere steder er at det kan være vanskelig å legge til rette dersom alle skal ha ulike dietter, det er begrenset med lagerkapasitet på kjøkkenet, og det kan hemme muligheten for å ha ulike råvarer tilgjengelige.

Ulike holdninger hos helsepersonell og kjøkkenpersonell kan hemme muligheten til å tilby passende spesialkost til enkelte. Spesielt blir dette trukket frem i forbindelse med diabetes.

5 – 4: «Det som kanskje er litt vanskelig er vist vi får, vi går ut fra at det er tilrettelagt når vi får inn maten og så står vi i problemet midt under middagen, og når vi går til kjøkkenet så er det kanskje litt vanskelig å finne noen gode alternativer da».

Her opplever de at desserten som sendes til avdelingene ikke er tilpasset diabetikere, og når de går til kjøkkenet så får de heller ikke noen alternativer som kan dekke behovet til den enkelte beboeren.

4.2.4. Hva opplever helsepersonell som arbeider på sykehjem der det blir servert mat produsert etter kok-servermetoden kan fremme muligheten til å tilby spesialkost og næringstett kost?

Et av sykehjemmene her snakket om at de hadde tilgang til pulver i tillegg til næringsmidler for å berike maten, på et annet sykehjem hadde de sluttet å bruke pulver fordi det var for dyrt å bruke. Det brukte de kun næringstette matvarer som de fikk fra kjøkkenet til å næringsberike maten med.

Her fikk de også næringsdrikker fra kjøkkenet, og de hadde anledning til å lage næringstette drikker på avdelingene.

4 – 4: «Det er en slik næringsdrikk de lager på kjøkkenet»

4 – 6: «Vi lager smoothie selv, og så bruker vi fløte, tilsetter kremfløte. Ja, det som vi ser at de trenger».

Her har de organisert seg slik at de har et fleksibelt system som gjør at de både kan få næringstett mat og spesialkost fra kjøkkenet, og de har mulighet til å lage på avdelingen dersom det er nødvendig.

De kan også endre konsistensen på maten ved hjelp av stavmikserer og foodprosessorer som finnes på avdelingene.

4.2.5. Oppsummering spesialkost og næringstett kost

De som får mat fra ekstern leverandør oppgir at det kan ta tid å få spesialkosten satt i system fra ekstern leverandør. De har løst denne utfordringen med at de har en kantineansatt som kan lage spesialkost til dem som trenger det frem til det kommer i system fra leverandøren.

Informantene på sykehjemmet som serverte mat produsert etter kok-kjøl metoden på eget kjøkken snakket om at kjøkkenet hadde mindre ressurser nå enn før, og at det gikk ut over kvaliteten på maten.

De som har kjøkken på sykehjemmet snakker om at lagerkapasiteten på kjøkkenet kan være til hinder for å ha nok råvarer til ulike spesialkost. De snakker også her om hvordan ulike holdninger og meninger hos helsepersonell og kjøkkenpersonell kan hindre et tilpasset kosthold til mennesker med diabetes mellitus. De tror maten er tilpasset dietter når den kommer fra kjøkkenet, og så er den ikke det allikevel.

4.3. Sensorisk kvalitet smak

Hvordan kan kjøkkenmodellen og produksjonsmetodene påvirke matens smak og helsepersonells mulighet til å tilpasse smaken på maten etter beboernes ønsker?

4.3.1. Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?

På spørsmål om helsepersonellet har mulighet til å tilpasse smaken på maten før den blir servert svarer de:

1 – 2: «Nei, vi serverer det som det er, ferdig med krydder og sånn».

De har her tilgang på pepper og salt som de kan strø på maten dersom det er ønske om det fra beboerne. På sykehjem 1 har de heller ikke lov til å smake på maten før de serverer den, det er interne retningslinjer på sykehjemmet som forbyr helsepersonellet å smake på maten. Det ligger begrunnelser om økonomi og ressurser bak bestemmelsen om at de ikke får smake.

På sykehjemmet som får middag fra ekstern leverandør sier informantene at de sjelden smaker på maten før servering. De har ingen restriksjoner på å smake på maten, de er bare ikke vant til og gjøre det sier de, så det blir sjelden gjort der.

4.3.2. Hvordan kan kok-kjøøl metoden fremme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?

På sykehjemmet som får mat fra eksternt kjøkken sier de at de kan justere smaken med salt og fløte blant annet.

3 – 2: «Og vist vi gjør sånn som vi skal med maten, og lager smakstilsetning så vil jeg stort sett si jeg er fornøyd».

Informantene på dette sykehjemmet er for det meste fornøyd med smaken på maten de serverer, de har erfart at etter at de begynte å sluttilberede maten riktig, så ble kvaliteten bedre

på alle områder, også smaksmessig. De har opplevd at lokalavisen har skrevet negative ting om maten på sykehjemmet, men de har ikke kjent seg igjen i det negative som ble skrevet om maten og kjøkkenet deres. Derfor hadde de der tatt et grep og invitert kommunestyret og lokalavisen på middag den dagen slik at de fikk vite hva det var som ble servert.

På sykehjem 1 som serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden på eget kjøkken så oppgav informantene at de mange ganger var mer tilfredse med maten som de laget selv på avdelingene.

1 – 1: «Vi er egentlig mer fornøyde med det vi ordner selv».

Dette mente de kunne ha sammenheng med at maten som ble laget på avdelingene rett før servering var ferskere enn mat som var lagret på kjøkkenet i flere dager etter produksjon.

4.3.3. Hvordan kan kok-server metoden hemme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?

På sykehjem 4 er det forskjellige rutiner på de ulike avdelingene når det kommer til brødmaten. En avdeling får ferdigsmurte skiver fra kjøkkenet som blir smurt om morgenen, dette opplever de kan gjøre at brødsnivene blir tørre og føre til at beboerne spiser mindre.

4 – 5: «De smører skivene om morgenen, og de smører, nei, jeg vet ikke... De står i kjøleskapet, så kommer de kjerne kalde fra kjøleskapet og da blir det...».

Denne avdelingen opplever at de ikke får ferskt brød, og at skivene som blir servert om kvelden er tørrere enn de som serveres til frokost. På dementavdelingen på dette sykehjemmet smøres maten av helsepersonellet på avdelingen kort tid før servering, og det opplever de gir bedre smak på brødmaten.

Informantene på sykehjem 4 og 5 oppgir også at de ikke får smake på maten før den serveres, det begrunnes med økonomi. Men på sykehjem 5 var også kjøkkenansvarlig til stede, han sa tvert i mot at de skulle smake på maten slik at de viste hva de serverte.

5 – 1: «Selvfølgelig skal dere smake på maten, for det er dere som skal stå der og vite hva de ikke kan spise. Kanskje de ikke har smakt på den selv, kanskje den er dårlig? Kanskje den er sur»?

Kjøkkenansvarlig sa også at det var rom i budsjettene for at helsepersonellet skulle kunne ta en liten smak.

På sykehjem 2 ble maten anrettet på asjett til hver enkelt beboer på kjøkkenet, dette gjør at det kan være vanskelig å vite hvordan maten smaker.

4.3.4. Hvordan kan kok-server metoden fremme muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønske?

Her snakker de om mat som er laget kort tid før servering smaker bedre enn mat som er produsert lang tid før servering.

2 – 3: «Brunost som blir lagt på brødet like før du får brødskiva er mye bedre».

Det at de har organisert seg slik at brødmaten lages på avdelingene i stedet for på kjøkkenet lenge før servering erfarer de gir en bedre smak på maten.

På sykehjem 2 så sier de at det at de har tilgang på ulike smaksstoffer til å justere smaken med er med og fremmer muligheten til å tilpasse smaken på maten etter beboerens ønsker. De har salt, sukker, kanel og pepper tilgjengelig. Og en av informantene forteller også at de har en beboer som vil ha kaffen ekstra sterk, det løser hun med å gi beboeren kaffe før den er ferdig nedrunnet i kolben.

4.3.5. Oppsummering smak

Helsepersonell smaker i liten grad på maten de serverer, det gjelder både de som serverer mat produsert etter kok-kjøøl metoden og de som serverer mat produsert etter kok-server metoden. Begrunnelsen de oppgir er gjerne at de ikke har lov til å smake på maten. Dette tilbakevises i det intervjuet der kjøkkenansvarlig var med. De har tilgang på noen smaksstoffer til å justere smaken med, krydder er det som er mest vanlig å bruke. Sykehjem 2 som får maten levert fra eksternt storkjøkken sier at smaken på maten blir bedre vist de slutttilbereder den riktig. Og de som får maten lagt opp på asjett på kjøkkenet sier at de må få sendt opp en ekstra porsjon dersom de skal smake på maten før servering.

4.4. Sensorisk kvalitet konsistens

Kan kjøkkenmodellen på de ulike sykehjemmene påvirke matens konsistens? Hva sier informantene om det?

4.4.1. Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme konsistensen på maten?

Informantene sier at mat produsert ved kok-kjøøl metoden ofte kan oppleves underkocht, spesielt gjelder dette grønnsaker og belgfrukter.

1 – 2: «Nei, ofte klager de på at grønnsakene ikke er ordentlig kokt. Og så var det her om dagen, og da var ertene for harde, og maten for salt. At det ikke var mer enn 4-5 stykker oppe hos oss som spiste suppe».

Mat som har feil konsistens blir ofte ikke spist av beboerne.

Her snakker de også om at beboerne ofte savner mat med steikeskorpe, og at det kan være vanskelig å tilby når maten produseres i vannbad i vakuumpakker.

1 – 2: «De får ikke mat med steikeskorpe på, alt er damp».

Dette oppleves som et savn av beboerne, de har ofte vært vant til å spise mat som har steikeskorpe. På dette sykehjemmet snakker også informantene om steikt fleisk som gjerne blir ønsket, men som de ikke har mulighet til å lage på grunn av ressurser og bemanning på kjøkkenet.

4.4.2. Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme konsistensen på maten?

Der som det blir servert mat produsert etter kok-kjøøl metoden så opplever informantene at det er en del utfordringer knyttet til matens konsistens. På sykehjem 3 var de i starten veldig misfornøyde med maten de serverte, men etter at de lærte seg å slutttilberede maten riktig så har kvaliteten blitt mye bedre.

3 – 2: «Det er vel det som for, alt ble lagt inni sant, vi hadde ikke tid til dette. Men når vi fulgte oppskriften sant, og hun nede på kjøkkenet hun er flink til å komme og vise oss. Så tar hun opp og viser oss hvordan fisken skal se ut, og potetene, det er viktig at vi følger det».

3 – 2: « Da har maten blitt mye bedre, etter at vi gjorde det rett».

Ulik mat trenger ulik slutttilberedning for å bli god, og de har lært seg å samarbeide på tvers av avdelingene for at sluttresultatet skal bli best mulig. De kan steike fisk som skal ha crispy overflate i en ovn på den ene avdelingen, og koke det som skal dampkokes i en ovn på en annen avdeling.

3 – 2: «Ja, det er veldig greit at vi kan hjelpe hverandre på det, at vi får den steikte fisken, at vi får den crispy og sånn».

Her trekker de fram organiseringen og samarbeid på tvers av avdelingene som en faktor som gjør at de kan tilby mat med riktig konsistens.

Også på sykehjem 1 snakker de om å koke grønnsaker lenge nok for å få dem myke nok til at beboerne ønsker å spise dem.

4.4.3. Hva opplever helsepersonell som serverer mat produsert etter kok-server metoden kan påvirke konsistensen på maten?

Helsepersonell som serverer mat som er produsert etter kok-server metoden snakker ikke om matens konsistens, de snakker litt om justering av konsistens på avdelingene. De er opptatt av at de har tilgjengelig utstyr for å endre konsistens dersom det er nødvendig. På sykehjem 2 så får de maten lagt opp på asjett til hver enkelt beboer på kjøkkenet. Dersom noen skal ha findelt mat så viser de først maten til beboeren slik den er lagt opp på asjetten, etterpå bruker de stavmikser og findeler maten.

2 – 4: «For det ser jo litt finere når det ligger på asjett, og så tok vi og moste den og sånn».

Dette opplever de gjør at beboeren setter større pris på maten som serveres.

Alle sykehjemmene har utstyr på avdelingene til å tilpasse konsistensen på maten.

4.4.4. Oppsummering konsistens

På sykehjem 1 som serverer kok-kjøll mat fra eget storkjøkken snakker de om at kok-kjøll metoden gjør at enkelte matvarer kan bli underkokt, det gjelder spesielt erter. De opplever også at metoden kan gjøre det vanskelig å servere mat med steikeskorpe.

På sykehjem 3 som også serverer kok-kjøll mat opplevde de et vendepunkt når de lærte seg å sluttberede maten riktig, da opplevde de at konsistensen ble mye bedre. De har også valgt å samarbeide på tvers av avdelingene for å kunne utnytte kjøkkenutstyret på best mulig måte.

Sykehjemmene som serverte mat som var produsert etter kok-server metoden oppgav ikke at de hadde noen utfordringer som hadde med konsistensen på maten og gjøre. De snakket om konsistensendring av maten slik som findeling av mat til mennesker med ulike tygge og

svelgevansker. På sykehjem 2 så pleide de å vise frem maten til beboeren før den ble findelt med en stavmikser på avdelingen.

4.5. Sensorisk kvalitet lukt

Påvirker kjøkkenmodellen og produksjonsmetodene matens lukt? Er det forskjell på om maten lages på sykehjemmet, eller om den lages et annet sted? Og hvilke andre faktorer mener informantene påvirker matens lukt?

4.5.1. Hvordan kan kok-kjøøl metoden hemme matlukt på avdelingene?

De som får mat servert etter kok-kjøøl metoden snakker om hvordan det var før når de hadde kjøkken på huset.

1 – 1: «En annen ting til, når det kom opp mat som når på en måte serverte mat fra avdelingskjøkkenet ble det en helt annen matlukt enn når du drar opp de bakkene».

De snakket også om hvordan det var før når det ble steikt flesk på sykehjemmet og de kunne kjenne lukten over hele sykehjemmet. Det er ikke samme lukten av maten som kommer i vakuumpakker. Det er et savn for dem dette med matlukten.

4.5.2. Hva slags faktorer kan bidra til at det blir god matlukt på sykehjem som serverer kok-kjøøl mat?

Kok kjøøl mat gir lite matlukt, men det å kunne bake på avdelingene har vist seg å kunne bidra til god matlukt på sykehjemmene.

3 – 3: «Flinke i desember, vi bakte julebrød.

3 – 4: Og det lukter så godt, men det er ikke alltid så vellykket det som kommer ut inni mellom, men lukten er der».

På sykehjem som serverer kok-kjølt mat, kan få god matlukt på huset dersom de baker på avdelingene. Sykehjem 3 har brødbakemaskin som det var meningen at nattevaktene skulle bruke. Disse brødbakemaskinene blir i alt for liten grad brukt sier informantene, men de er med og gir en god lukt som beboerne setter pris på.

4.5.3. Hva hemmer god matlukt på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden?

Det eneste som nevnes som en faktor som kan føre til dårlig matlukt er brødsriver som er smurt lenge før de serveres. De lukter ikke godt sier en av informantene.

4 – 5: «Det lukter mugg rett og slett av skivene, og det har det gjort i alle år. Og de er tørre og de krøller seg, nei, dette er dårlig»!

Disse brødsriverne oppgis å lukte mugg.

4.5.4. Hva fremmer god matlukt på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden?

Nylaget middagsmat trekkes frem som en faktor som gir god matlukt på de ulike avdelingene. Og enkelte retter gir bedre matlukt enn andre.

4 – 3: «Men det som jeg kjenner, sånn som onsdager, for da har vi litt sånn god middag her. For da er det, da serverer vi nede på dagsenteret også, i tillegg til at vi har matservering i kommunen. Og da, du kjenner jo lukten gjerne, og da når de har raspeballer med godt kjøtt og, du kjenner jo lukten i gangen».

På sykehjem 2 så sier de at de blir sultne av matlukten når de sitter rundt bordet og venter på middagen, nylaget mat lukter godt og skaper forventninger til måltidet som venter.

4.5.5. Oppsummering sensorisk kvalitet lukt

Informanter på sykehjem som serverer mat som er produsert etter kok-kjøøl metoden savner matlukten som var på sykehjemmene før når de hadde kjøkken som produserte mat etter kok-server metoden. De sier at de gjerne baker på avdelingene for å gå god lukt.

De som serverer mat produsert etter kok-server metoden sier at brødmatt som er produsert lang tid før servering kan lukte mugg. Men de trekker fram middagslukten som en fremmede faktor som skaper matlukt. Nylaget middagsmat lukter godt og skaper forventninger til et måltid.

4.6. Sensorisk kvalitet utseende

Mennesker spiser også med øynene, og matens utseende kan ha betydning for matlysten
Hvordan kan kjøkkenmodellene påvirke matens utseende?

4.6.1. Hvordan påvirker kok-kjøøl metoden matens utseende?

Mat som produseres lang tid før den serveres vil i løpet av lagringstiden kunne endre farge.

1 – 6: «Vakuumpakkede poteter, de er ofte stygge syns jeg».

1 – 5: «Det er at det er sånn brunt».

Det at maten endrer farge og får et mindre tiltalende utseende gjør at informantene ikke er stolte over å servere maten til beboerne. De prøver ofte å dekke til de brune flekkene som kan oppstå på poteter med saus.

Et annet ord som har negativ klang er «plastikkposemat» Både sykehjem 1 og sykehjem 3 som serverer kok-kjøøl mat snakker om denne plastemballasjen som noe negativt.

1 – 5: «Og vi klipper opp poser, og vi drar av plastikken og har over i andre ting. Jeg veit ikke jeg, jeg reagerer jo på det selv da liksom. Å denne plastikkposematen».

På sykehjem 3 er de opptatt av å gjemme bort plasten så beboerne ikke ser den.

3 – 4: «Og jeg tenker og på, ja, få det i skåler og sånt. Få vekk plastikk, og disse begrene, vekk i søppelet med det. Så en faktisk slipper å tenke på at det faktisk kom ut av den posen der borte. Eller ja, for det kan jo være med at de ser hvor...».

De ønsker ikke at beboerne skal se plasten fordi de selv opplever dette med plastinnpakket mat som noe negativt. De fjerner plasten og serverer maten i pene skåler på bordet i stedet. Dette med plast gikk igjen på begge sykehjemmene som serverte mat etter kok-kjøøl metoden, men også de som serverte mat som var produsert etter kok-server metoden hadde dårlige assosiasjoner til dette med plast.

4 – 4: «Og tenk på desserten og alt slikt, de tar oppi en skål det de vil ha. Skulle de fått sånt plastikkbeget eller noe sånt, det er ikke det samme».

Mat emballert i plast oppfattes som noe negativt av alle. Et av sykehjemmene i undersøkelsen hadde tidligere en periode servert kok-kjøøl mat, men hadde fått tilbake kjøkkenet sitt. Også der ble det trukket frem at kok-kjøøl maten noen ganger kunne være vanskelig å presentere pent. Gratenger som kom i store bakker var vanskelig å få ut av bakkene, det ble ofte presentert på en lite pen måte. Maten falt sammen og kunne se udelikat ut på serveringsfatet

4.6.2. Faktorer som fremmer utseende på maten på sykehjem som serverer kok-kjøøl mat

Det er ikke så mye som trekkes frem som fremmede faktorer for utseende på mat servert ved sykehjem som serverer kok-kjøøl mat. Det eneste er at de har mulighet til å pynte maten på avdelingene, og at de kan servere den i fine skåler på bordet slik at måltidsituasjonen blir mer hyggelig.

4.6.3. Faktorer som hemmer matens utseende på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden

Her er det ikke så mye som blir trukket frem, en informant på sykehjem 5 som arbeider på dementavdelingen snakker om at pynt på maten kan forvirre beboerne.

5 – 2: «De spiser det de får, og ser vist vi pynter litt på brødiskivene med agurk og paprika så ofte så blir det et problem for dem. Det blir i veien».

Så for en dement person så kan det være individuell tilpasning å fjerne pynt på maten før den serveres.

Et på sykehjem 2 så snakker de om enkelte retter som melboller og hønskefrikasse som kan være vanskelig å få til å se godt ut. Mat som hønskefrikasse blir ofte tømt ut fordi beboerne ikke vil spise det.

4.6.4. Hva fremmer matens utseende på sykehjem som serverer mat produsert etter kok-server metoden?

Serveringsmåten kan ha betydning for matens utseende, mat som anrettes i fine skåler på bordet sees på som en fremmede faktor.

5 – 5: «Og slik som inne på rehabiliteringen, vi serverer mat så de forsyner seg selv. Og da er det kanskje litt viktig at det ser all right ut? Vi har spurt om å få inn slike porselensboller».

Ofte så kan beboernes helsetilstand være det som er avgjørende for hvordan maten anrettes og serveres.

På sykehjem 2 så fikk de all maten anrettet på asjett fra kjøkkenet, dette opplevde de frigjorde ressurser i pleien som kom beboerne til gode.

2 – 3: «Det er så veldig mange som trenger hjelp til å forsyne seg, så det i det daglige vil vi bruke mer tid enn avdelingen har til det. Så derfor blir det lagt opp på kjøkkenet».

Maten kommer til avdelingene i varmetraller, og hver porsjon er dekket med et lokk som tas av ved servering. Det tar ca. 10 minutter fra maten er anrettet på kjøkkenet til den serveres på avdelingene.

4.6.5. Oppsummering utseende

Mat som produseres lang tid før slutttilberedning og servering kan misfarges, brune flekker på potetene er vanlig. De som serverer mat produsert etter kok-kjøøl metoden er opptatt av at beboerne ikke skal se plastemballasjen. Også på sykehjem som serverer mat etter kok-server metoden har de negative assosiasjoner til plastinnpakket mat. De opplever det at de kan pynte maten som en fremmede faktor som påvirker maten positivt.

På sykehjem 5 sier de at de tilpasser maten til demente ved å fjerne pynt. De er også opptatt av å servere maten i fine skåler på bordet. På sykehjem 2 opplever de at maten blir penest når den legges opp på kjøkkenet av de ansatte på kjøkkenet. De opplever også at det frigjør ressurser i pleien som kommer beboerne til gode.

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil først metoden diskuteres, studiens reliabilitet og validitet vil bli gjort rede for og etterpå vil resultatene diskuteres i lys av den forskning som jeg har funnet som er relevant for fagområdet.

5.1. Forforståelse

I kvalitative metoder er forskeren et redskap i forskningsprosessen, og forforståelsen til forskeren vil påvirke hele forskningsprosessen (Malterud, 2011). Min erfaring fra sykehjem i kommer fra kjøkkenet der jeg var med og produserte alle dagens måltider, jeg har arbeidet i sykehjem i til sammen 12 år. Det ble servert mat produsert etter kok-server metoden på begge sykehjemmene de to sykehjemmene jeg har min institusjonskokkeerfaring fra. Det har påvirket min forforståelse slik at jeg mener fersk nylaget og hjemmelaget mat alltid er best. Jeg har aldri arbeidet på steder som serverer mat etter kok-kjøøl prinsippet, jeg har heller aldri arbeidet på produksjonskjøkken der mat lages etter den metoden, det gjør at jeg ikke har noen personlig erfaring med denne maten. Hadde jeg gjort det, så hadde jeg kanskje hatt et mer positivt bilde av kok-kjøøl maten? Selv om jeg har arbeidet på sykehjem i mange år, så har også min rolle på kjøkkenet gjort at jeg aldri har vært så tett på beboerne som det helsepersonell er. Men det jeg husker fra min tid som lærling og kokk på sykehjem er at maten ofte var høydepunktet for mange av beboerne, og at den fylte mange funksjoner, både skulle den gi næring og dekke fysiologiske behov, men den skulle også dekke sosiale behov. Det skulle være en hyggelig ramme rundt måltidet, og mat var et tema som fikk mange til å snakke. Både om maten de forventet seg, men også om mat de hadde spist eller laget, og hva slags matvaner de hadde hatt og om mat som de likte eller ikke likte.

Jeg har også hatt ernæring som fag fra høyere utdanning, både gjennom yrkesfaglærerutdannelsen min, og gjennom studiet i samfunns ernæring. Det betyr at analysen min er farget av både min kokkefaglige kompetanse og min ernæringskompetanse.

5.2. Studiedesign

Kvalitative metoder egner seg der en ønsker å frembringe dybdekunnskap omkring et tema (Dalland, 2012). Kvalitative metoder kan være både observasjon, analyse av tekster, analyse av videoopptak, individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer (Thagaard, 2009). For meg falt valget på fokusgruppeintervjuer. Flere kvalitative metoder ble vurdert, individuelt intervju og observasjon var metoder som ble vurdert. Valget falt på fokusgruppeintervju fordi jeg

ønsket å få kunnskap om helsepersonells opplevelser og erfaringer. Jeg kunne fått informasjon om erfaringene også fra individuelle intervjuer, men da ville jeg bare fått vite noe om erfaringene til en og en enkeltvis. Det var for å få en setting der informantene samspilte og kastet ball til hverandre og på det viset skapte historier sammen som gjorde at jeg valgte fokusgruppeintervju som metode.

5.3. Fokusgrupper

Målet med en fokusgruppe er ikke nødvendigvis å komme til enighet om spørsmålene som diskuteres, målet kan like gjerne være å få fram ulikheter og forskjellige synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2010). Jeg opplevde at mine deltakere ikke alltid var enige i hverandres utsagn, da gav de gjerne uttrykk for det med å si «Det er jeg ikke enig i», eller «Jeg har erfart noe annet». Nå er det vanskelig å si om de alltid sa fra når de var uenige, eller om de noen ganger valgte å tie. Det er noe jeg ikke vet, og som kan ha påvirket dataene ved at ting ikke har blitt sagt. Fokusgrupper er ansett for å være en rasjonell og tidsbesparende måte å samle inn data på sammenlignet med individuelle intervjuer, man får intervjuet flere personer på en gang (Malterud, 2012a). Det finnes også utfordringer ved metoden som ble valgt. Noen mener at fokusgrupper egner seg dårlig til å få innblikk i individers livsverden (Halkier, 2010). Andre mener at dynamikken mellom deltakerne er med på å skape fortellinger som belyser temaet som blir diskutert (Malterud, 2012a). Jeg opplevde flere ganger i intervjuene at en deltakers uttalelser kunne føre til at en annen sa noe om samme tema, de utfylte og supplerte og gav respons på det de andre sa. Et fokusgruppeintervju har en helt annen setting enn et individuelt intervju, og det må tas hensyn til det under analysene. Sammenhengen noe ble sagt i har betydning for meningen av det som ble sagt (Dalland, 2012). Og i siste delen av analysen blir det som blir sagt satt inn i den sammenhengen det ble sagt i. Et fokusgruppeintervju er en setting der mennesker samhandler og når de samhandler så påvirker de også hverandre. I følge Mead så er mennesket et sosialt individ som samspiller med og påvirkes av sine omgivelser (Imsen, 2006). Under intervjuene og i gjennomhøringen og analysene etterpå observerte jeg at deltakerne responderte på det som de andre sa. De forsterket andres uttalelser med å si ja, nikke med hodet eller på andre måter tilkjennegi at de var enige i det som ble sagt. Andre ganger kunne de gi tilbakemelding til hverandre at dette var de uenige i. De kom på ting underveis som var utløst av det de andre deltakerne sa, som de kanskje ikke ville kommet på i en en til en intervjusituasjon.

Det finnes også utfordringer ved metoden som ble valgt. De forskjellige deltakerne kan tillegge uttalelsene som kommer ulike meninger. I tillegg så kan det skje at noen av

fokusgruppedeltakerne med sine uttalelser kan påvirke andre deltakere slik at de ikke vil eller våger å komme med sine egne meninger (Malterud, 2012a). Både sosialpsykologiske aspekter som individuell påvirkning, sosial påvirkning og i noen tilfeller også ønske om å unngå konflikter kan være med å påvirke deltakernes atferd i en fokusgruppe (Orvik, Larun, Berland, & Ringsberg, 2013). Forskerens person vil også være med å påvirke et kvalitativt prosjekt, forforståelsen og bakgrunnen vil påvirke alle ledd i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Det samme vil forskerens interaksjon med deltakerne og evne til å lede gruppen også gjøre (Orvik et al., 2013).

5.4. Intervjuguide

Intervjuguiden min hadde et semistrukturert opplegg. Semistrukturerte intervjuguides er intervjuguides som har en liste over temaene som skal diskuteres, men som samtidig er åpne nok til å kunne følge nye veier dersom det kommer opp informasjon som er interessant under intervjuene (Dalland, 2012). Jeg var aktivt lyttende og lot deltakerne diskutere seg i mellom uten å bryte inn for mye. På den måten observerte jeg at det den ene sa førte til respons fra en annen og så kom en tredje gjerne med sitt synspunkt. Dette opplevde jeg var en fin måte å få innblikk i informantenes hverdag.

5.5. Utvalg

Utvalget mitt var ansatte ved fem ulike sykehjem i fem ulike landkommuner. Det var meningen at jeg skulle ha med seks sykehjem i undersøkelsen, men jeg greide ikke å få i stand noen avtale om intervju med det sjette. Meningen var at jeg skulle ha like mange sykehjem som serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden som sykehjem som serverte mat etter kok-server metoden. Utvalget til slutt ble tre sykehjem som serverte mat produsert etter kok-server metoden og to sykehjem som serverte mat etter kok-kjøøl metoden. Dette kan ha ført til en skjevhet i resultatene mine, de to sykehjemmene som serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden hadde veldig ulik oppfatning av kok-kjøøl maten, og jeg tror at om jeg hadde fått med flere flere sykehjem som serverte mat etter denne metoden i studien ville det kunne nyansert bildet litt. Jeg hadde også noen spørsmål om mat tilpasset beboerens kultur og religion i intervjuguiden, men informantene på sykehjemmene som alle lå i landkommuner hadde forholdsvis liten erfaring med det, så det utelot jeg fra resultatene.

Malterud (2011) anbefaler en mest mulig homogen gruppe som informanter i fokusgrupper. I de fire første intervjuene var det kun helsepersonell med som deltakere, det siste intervjuet fikk en litt annen setting da kjøkkenansvarlig og en aktivitør også deltok. Dette gjorde den siste gruppen mindre homogen, og settingen ble litt annerledes enn i de fire første gruppene. Kjøkkenleder oppklarte en del misforståelser, og han kom med forklaringer og synspunkter på hvorfor ting gjerne var som de var. Det var interessant, og jeg tror at dersom jeg skulle gjort en lignende undersøkelse senere en gang så ville jeg hatt med flere yrkesgrupper fra samme arbeidsplass i intervjuene.

5.6. Studiens reliabilitet og validitet

Kvalitative forskningsintervju har som mål å forstå informantenes opplevelser og erfaringer av verden (Kvale & Brinkmann, 2010). For at den informasjonen som kommer frem i intervjuene skal kunne presenteres som ny vitenskapelig kunnskap kreves det at forskningsprosessen er åpen og gjennomiktig og at forskeren hele veien kan redegjøre for de valg som er tatt (Thagaard, 2009). Reliabilitet og validitet er to begreper som brukes når troverdigheten i en studie skal vurderes (Kvale & Brinkmann, 2010).

Reliabilitet betyr pålitelighet, og refererer til hvor pålitelige resultatet av studien er (Kvale & Brinkmann, 2010). Ville en annen forsker som gjennomførte samme studien fått samme resultat? I en kvalitativ studie må alle trinn i prosessen redegjøres for og hele prosessen må være åpen for innsyn (Thagaard, 2009). Jeg har beskrevet hele min forskningsprosess og lagt ved blant annet tabeller som viser hvordan analyseprosessen min har gått frem.

Validitet handler om forskningens gyldighet og hva det er sant om (Malterud, 2012a). Når det gjelder validitet skiller vi mellom indre og ytre validitet, intern validitet handler om selve studien og om resultatene er gyldige for den konteksten den er hentet fra (Malterud, 2011). Ville en annen forsker som stilte de samme spørsmålene og analyserte de samme dataene kommet frem til riktig svar? Analysen av dataene vil alltid bli preget av forskerens forforståelse, selv om forskeren forsøker å møte dataene med så åpent sinn som mulig vil alltid forskerens tanker omkring temaet påvirke resultatet (Dalland, 2012). Jeg har så godt som jeg har kunnet forsøkt å ikke la mine forutinntatte holdninger påvirke analysen. Thagaard (2010), anbefaler å transkribere intervjuene mest mulig ordrett slik at informantens stemme skal skinne klarere igjennom. Jeg mener selv at jeg har en fordel som gjør at jeg kan greie å legge mine sterkeste meninger og synspunkter til side og observere ting med et åpent sinn. Jeg

arbeider som lærer for voksne mennesker med ulik kulturbakgrunn, og i møte med dem må jeg gjerne legge mine politiske oppfatninger og sterkeste meninger omkring ulike samfunnsforhold litt til side og møte de ulike menneskene med undring og et åpent sinn. Dette har medført at jeg mange ganger har fått utfordret mine fordommer og forutinntatte meninger om ulike ting, det har også medført at jeg har lært mye om meg selv og andre som jeg forsøker å ta med meg i andre situasjoner i livet. Jeg har forsøkt å møte datamaterialet mitt med samme innstilling, og jeg har forsøkt å være åpen gjennom hele forskningsprosessen.

Ekstern validitet handler om resultatenes overførbarhet, er resultatene mine gyldige utover den konteksten de er kartlagt i? (Malterud, 2012a). Min studie er liten, det er bare fem fokusgrupper med til sammen 29 deltakere med. Det var også en skjevhet mellom antallet sykehjem som serverte mat produsert etter kok-kjøll metoden og antallet sykehjem som serverte mat etter kok-server metoden. to sykehjem serverte kok-kjøll mat og tre sykehjem serverte kok-server mat. Alle sykehjemmene var også lokalisert i landkommuner, dette kan ha påvirket hvem beboerne deres var. Malterud (2011) anbefaler å stille spørsmålet: «Hva er dette sant om»? Min studie forteller noe om hva informantene på sykehjemmene i utvalget opplever og erfarer kan hemme og fremme deres mulighet til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold. Datainnsamling på andre sykehjem med andre informanter ville kanskje kunnet gitt litt andre svar. En ting som også må tas med i beregningen er hvordan informantene forsøker å fremstille seg selv overfor forskeren (Thagaard, 2009), men også hvordan mennesker som samhandler i gruppe forsøker å fremstille seg overfor de andre gruppemedlemmene (Doody et al., 2013). Funnene i min studie kan ikke generaliseres, en grunn til det er at studien er liten med et lite antall informanter. Men den kan bidra til å rette oppmerksomhet rundt hvordan helsepersonell opplever at kjøkkenmodellen kan påvirke deres mulighet til å tilby beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold.

5.7. Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil resultatene bli diskutert i lys av forskning. Nå har jeg ikke funnet noe forskning som sier noe om hvordan kjøkkenmodellene påvirker helsepersonells mulighet til å tilby et individuelt kosthold. Litteraturen sier også noe om at det ikke finnes noe særlig forskning som viser hvordan kjøkkenmodeller kan påvirke pasienters matinntak (Wong et al., 2012) (Hickson et al., 2007). Så målet med denne studien er å få kastet litt lys over dette temaet.

5.8. Ønskekost

Ønskekost er kost som beboeren selv ønsker ut fra smakspreferanser og dagsform. De ulike sykehjemmene i undersøkelsen la ulike føringer til grunn for hvem som kunne få ønskekost. Bare et av sykehjemmene i undersøkelsen oppgav at alle som ville ha det kunne få ønskekost, det var et sykehjem som serverte mat produsert etter kok-server metoden. De andre strakk seg så lang de kunne for å kunne tilby ønskekost, men det var ofte pasienter med kreftsykdommer og pasienter med psykiske lidelser som fikk tilbudt ønskekost.

5.8.1. Organisering

Mat som er produsert etter kok-kjøll metoden som skal slutttilberedes på avdelingene gir liten mulighet til å kunne komme med spontane matønsker for beboerne (Socialstyrelsen, 2011). Dette understøttes av informantene som sier at de opplever at mat som er laget en uke før slutttilberedning gjør det vanskelig for beboerne å ønske seg noe annet til middag enn det som var dagens rett den dagen. Når kjøkkendriften er organisert slik at maten lages flere dager før servering virker det som det kan være vanskelig å gå og be om å få laget alternativ mat på kort varsel. Det ble da til at helsepersonellet da tilbød beboerne noe de selv kunne lage med det de hadde til rådighet på avdelingene, og da ble det gjerne en brødiskive som ble tilbudt til dem som ønsket noe annet enn dagens middag.

Standardmenyer er vanlige i sykehjem (Chisholm et al., 2011), det er kjøkkenpersonalet, det vil si de som lager maten som vanligvis setter opp menyene på både eksterne storkjøkken og på lokale storkjøkken. Slike standardmenyer kan gjøre det vanskelig for beboere å påvirke menyen, men på et av sykehjemmene i undersøkelsen hadde de valgt å avbestille en del suppe og heller lage søte desserter selv. Beboerne her gav uttrykk for at de ønsket søt dessert etter middagen i stedet for suppe, og da fikk de det. Det var mulig for dem å få til dette på grunn av at de hadde en kantineansvarlig ansatt som kunne lage forskjellige retter ved behov. Å ha en person blant de ansatte som har ansvar for maten og som kan lage småretter og bake ved behov er en faktor som har vist seg å gjøre det lettere å tilby beboere et individuelt tilpasset kosthold på sykehjem (Lassen et al., 2008). Å ha et fleksibelt system med hensyn til valg for beboerne har vist seg å gi et høyere matinntak (Merrell et al., 2012)

5.8.2. Ressurser

Ulike sykehjem i ulike kommuner er tildelt ulike ressurser, dette kan påvirke tilbudet til beboerne. Det og stadig å oppleve økonomiske nedskjæringer og reduserte stillinger gjør at det kan være vanskelig å tilby mat som er tidkrevende å lage. En dansk undersøkelse viser at helsepersonell ofte opplever at de havner i en situasjon der krav fra administrasjonen om å følge stramme budsjetter kommer i konflikt med å kunne kjøpe og lage det som pasientene trenger (Holst & Rasmussen, 2013). Økonomi kan hindre muligheten til å tilby ønskekost fordi retter som blodklubb og steikt flesk som ofte blir ønsket i følge informantene krever personalressurser som kjøkkenet deres ikke har. Redusert bemanning på en avdeling som for eksempel kjøkkenet, medfører større arbeidsmengde på de andre ansatte på andre avdelinger slik som pleieavdelinger det kan gjøre det vanskelig å tilby ønskekost.

Det er også faktorer som fremmer muligheten til å kunne tilby ønskekost, å ha tilgjengelig utstyr som ovner og annet gjør at det er mulig å tilby ulike retter. Manglende kunnskap hos helsepersonell har vist seg å være en faktor som kan hemme muligheten til og gi pasienter et tilfredsstillende kosthold (Holst & Rasmussen, 2013) Å ha personale som blant annet har kunnskap og kompetanse til å bruke kjøkkenutstyret som er tilgjengelig er også en forutsetning for å kunne tilby ulike retter til beboere i sykehjem.

5.8.3. Fleksibilitet

Ferdig oppsatte standardmenyer fra eksternt kjøkken kunne være til hinder for å gi beboere i sykehjem det de ønsket (Chisholm et al., 2011). Menyene fra eksternt kjøkken var ferdig oppsatt på forhånd og gav ikke rom for valg for beboerne eller sykehjemmet. De kunne blant annet ikke bestille søt dessert til middagen hver dag, fordi eksternt kjøkken bare tilbød suppe enkelte dager. På dette sykehjemmet løste de den utfordringen med å avbestille suppen, og lage dessert selv. De hadde en ansatt som hadde ansvaret for kantina og maten som hadde denne arbeidsoppgaven og som laget forskjellig mat ved behov. En slik matansvarlig blir trukket frem i litteraturen som en faktor som gjør det lettere å tilby individuelt tilpasset kosthold til beboere i sykehjem (Merrell et al., 2012).

Det er også mulig å bestille ekstra middagsporsjoner i singelpakker fra eksternt leverandør, det opplever informantene gir bedre mulighet til å servere mat både til beboere som av ulike grunner ikke spiser når det er hovedmåltid. Det er vanlig å kunne tilby mat i ulikt volum fra eksternt kjøkken (Socialstyrelsen, 2011). Små porsjoner gjør at det er lettere å tilby

alternativer til det som er dagens rett (Hickson et al., 2007). En annen grunn til at det er viktig å kunne tilby matporsjoner i ulike størrelser er at det ikke er lov å varme opp igjen mat som er produsert etter kok-kjøl metoden når den er oppvarmet en gang (Skjegstad, 2004). En annen grunn til at det er viktig å ha små porsjoner tilgjengelige i kjøleskapet, er at det gjør det lettere å finne et alternativ til dem som ikke ønsker å spise det som er til middag den dagen. Da er det bare til å gå i kjøleskapet og finne en singelpakke med middag og varme opp til den som ønsker noe annet.

Det kan se ut som om det er lettere å tilby ønskekost på steder der de har kjøkken som kan tilby flere ulike retter hver dag. Noen sykehjem har tilbud om to ulike hovedretter til middag hver dag, det opplever de gir beboeren flere valg når det kommer til hva han eller hun ønsker å spise. Flere valg ser ut til å kunne føre til økt næringsinntak fordi det gir større sannsynlighet for at alle får tilbudt noe de liker (Freil et al., 2006). Når mennesker tilbys mat de liker og aksepterer har det vist seg at de spiser bedre (Racho, 2010). Avdelinger i sykehjem er ulike, det samme er menneskene som bor i sykehjemmene, det å være åpen for at ulike avdelinger skal kunne bestille forskjellig mat fra produksjonskjøkkenet på sykehjemmet er en faktor som kan fremme muligheten til å tilby ønskekost. Kjøkkenansvarlig som var deltaker i et av intervjuene sa at det var mulig å komme med ulike ønsker på for eksempel lørdagskveldsmat fra ulike avdelinger. Han åpnet også for at de kunne bestille mat fra eksterne leverandører som pizzarestauranter og lignende vist de ønsket det. Slike kjøkken er underlagt de samme reglene fra mattilsynet som institusjonskjøkkenet er, dette gjør at maten fra ekstern kommersiell leverandør i utgangspunktet skal være lite trygg som det som lages i storkjøkkenet.

5.8.4. Oppsummering ønskekost

Å servere middagsmat som er laget opptil en uke før servering er en faktor som informantene opplever kan hemme muligheten til å tilby mat etter beboerens ønske på kort varsel. På et av sykehjemmene som serverer middag produsert etter kok-kjøl metoden har de løst denne utfordringen ved at de har ansatt en person som kan lage mat på kort varsel dersom noen ønsker eller trenger noe annet enn det som er dagens rett. Økonomi påvirker personalressursene i sykehjemmene, redusert bemanning ved en avdeling slik som kjøkkenet kan både føre til at kjøkkenpersonale ikke greier å tilby mat som er tidkrevende og lage.

Reduksjon i stillinger på en avdeling medfører også mer arbeid på de andre avdelingene, arbeidsoppgavene er de samme, men de ber fordelt på færre hender. Dette oppleves som frustrerende, og noe som øker arbeidsmengden på pleieavdelingene.

Standardmenyer satt opp av dem som produserer maten oppfattes som hemmende, eksternt kjøkken kunne for eksempel ikke levere søt dessert til det ene sykehjemmet så ofte som de ønsket. En faktor som ble sett på som positiv med maten fra eksternt kjøkken var at det gikk an å bestille ulik størrelse på porsjonene. Det betød at de kunne bestille enkle middagsporsjoner som kunne brukes som ekstramat dersom noen ønsket noe annet enn det som var dagens middag. Enkle porsjoner gjorde det også lettere å servere middag på andre tidspunkter enn det til hovedmåltidene.

På et av sykehjemmene var det åpent for at de ulike avdelingene kunne komme med forskjellige ønsker om hva de ønsket til kveldsmat på lørdagskvelden. Det var også åpent for å bestille mat fra eksterne leverandører slik som pizzarestauranter og lignende på det stedet. Argumentet for det var at det ikke var noe dyrere å bestille fra ekstern leverandør enn å lage maten selv.

5.9. Spesialkost og næringstett kost

Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker deres mulighet til å gi spesialkost og næringstett kost, og hvordan løser de utfordringene de møter i hverdagen? Spesialkost er å regne som en del av den medisinske behandlingen (Wong et al., 2012). Dette stemmer over ens med det som informantene på alle sykehjemmene sa, nemlig at spesialkost var en del av den medisinske behandlingen, og derfor noe som de var lovpålagt å gi. Loven sier også at mottakere av helse og omsorgstjenester skal ha et ha dekket sine ernæringsmessige behov og ha et variert og helsefremmende kosthold (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2003).

5.9.1. Organisering

Å få middag levert fra eksternt storkjøkken kan medføre noen utfordringer, blant annet tar det tid å få spesialkost inn i system fra ekstern leverandør. Det tar 14 dager fra de melder en endring til leverandøren før de får maten levert på sykehjemmet. Jeg har ikke funnet noe litteratur som sier noe om hvorfor det tar så lang tid fra bestilling av spesialkost til den

leveres. Det kan ha sammenheng med at maten lages lang tid før den serveres, og at de ikke har noen alternativer i reserve for dem som trenger noe spesielt på kort varsel. Dette tenker jeg kan ha noe med økonomi og gjøre, matilbydingen legges ut på anbud, og det er da ofte dem som har lavest pris som vinner anbudet. Og for å kunne drive med lavest mulig kostnader kan de ikke produsere mat som de risikerer å bli brennende inne med på eksterne storkjøkken. Mat som går ut på dato og må kastes gir tap for bedriften, og vil føre til at maten som leveres ut til mottakerne blir dyrere.

Det er mulig å bestille spesialkost som for eksempel findelt kost fra ekstern leverandør. Ved et av sykehjemmene bestiller de alltid den findelte kosten næringsberiket, det å kunne bestille spesialkost og findelt kost næringsberiket fra ekstern leverandør frigjør ressurser i pleien som kan komme beboerne til gode (Mitchell, 1999).

For å løse utfordringen med at det tar 14 dager å få spesialkost og næringstett kost inn i system fra eksternt kjøkken, så har sykehjemmet ansatt en person som har ansvar for kantina og maten på sykehjemmet. Denne personen har flere ulike oppgaver, en av oppgavene er å lage spesialkost og næringstett kost ved behov. Det å ha en person som er ansvarlig for maten har vist seg å kunne øke muligheten til å gi individuelt tilpasset kosthold til beboere i sykehjem (Lassen et al., 2008). Informantene her var veldig tilfredse med organiseringen av matsystemet sitt, og at de hadde en person som kunne lage mat ved behov og som hadde et overordnet ansvar for maten på stedet.

Næringsberiking av maten er et tiltak som har som hensikt å forebygge vekttap og stimulere til vektoppgang hos mennesker (Johnson & Fischer, 2004). Informantene næringsberiker ulik mat, det er mest vanlig å bruke næringsmidler til beriking i sykehjem. De bruker oljer, fløte, egg og kremdott. Noen steder bruker de også næringspulver, men enkelte oppgir at det er så dyrt at det kan de av økonomiske årsaker ikke bruke. Asai (2004), sier også at det er vanlig å bruke melkepulver, sukker og cottage cheese til å gjøre sykehjemsmat mer næringstett. Så det ser ut som det er ganske universelt å bruke næringstette matvarer til å næringsberike maten i sykehjem. På sykehjem som har kjøkken som produserer kok-server mat er det vanlig å både kunne bestille næringsdrikker fra storkjøkkenet og å kunne lage næringsdrikker selv på avdelingene. Der som de laget næringsdrikker på avdelingene hadde de næringsberegnete oppskrifter på veggen som de kunne bruke. Det at de hadde disse oppskriftene gjorde at de opplevde at det var enkelt å kunne tilby næringsdrikker til dem som ønsket det.

5.9.2. Ressurser

Det og miste personalressurser kan ha negativ innflytelse på kvaliteten på maten, når det skjæres ned og arbeidsoppgavene skal fordeles på færre hender blir det gjerne nødvendig å ty til halvfabrikata og ferdigprodukter for å kunne klare å produsere mat til alle. Stramme budsjetter kan gå ut over kvaliteten på maten til beboeren (Holst & Rasmussen, 2013). Både fordi det medfører mindre personalressurser, men også fordi at matbudsjettene kan bli redusert og kvaliteten på maten kan bli forringet. Et av sykehjemmene i undersøkelsen hadde mistet ganske mye personalressurser på kjøkkenet, og det opplevde de hemmet alle ledd i mattilbydingssystemet. Kvaliteten på maten ble dårligere, det ble brukt mer ferdigmat og helsepersonellet fikk flere arbeidsoppgaver lagt til seg. Lagerkapasitet er også et moment som nevnes som en hemmende faktor. Det er begrenset hvor mye forskjellig som er mulig å ha på lager av ulike råvarer. Både lagerplassen, men også kravet om at matvarene må brukes opp før de går ut på dato kan påvirke hvor store matvarelager som er mulig å ha på et sykehjem.

Alle sykehjemmene i undersøkelsen har tilgang til næringsmidler på avdelingene som de kan bruke når de skal næringsberike mat, dette opplever de gjør det enkelt dersom de behøver å gjøre mat mer næringstett på kort varsel.

5.9.3. Holdninger

Informantene fremstår som bevisste rundt hva slags matvarer de vil velge for å gjøre maten mer næringstett, de vil velge mat som har mange kalorier pr gram slik som smør, fløte og egg. Lettprodukter blir ikke brukt på sykehjemsavdelingene. Næringstette matvarer er også det litteraturen anbefaler å bruke (Asai, 2004).

Kunnskapsnivå både hos helsepersonell og kjøkkenpersonell kan påvirke muligheten til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold (Merrell et al., 2012). En utfordring som informantene på et sykehjem møter på er at det kan være ulike meninger mellom ulike avdelinger om hva som er riktig kosthold for en gruppe mennesker. Det kan føre til at desserten som de tror er tilrettelagt for diabetikere ikke er det allikevel. Da står de i en situasjon der de ikke har noe og tilby en person som har diabetes mellitus, da ender det gjerne med at denne personen ikke får dessert. Mangel på kommunikasjon og uenighet mellom avdelinger er en faktor som kan hemme muligheten til å kunne tilby individuelt tilpasset kosthold (Holst & Rasmussen, 2013).

5.9.4. Oppsummering spesialkost og næringstett kost

Det tar lang tid å få spesialkost inn i system fra ekstern leverandør, for å løse den utfordringen har de en person ansatt som kantineansvarlig. Den som er kantineansvarlig kan lage småretter ved behov og slik blir det mulig å tilby spesialkost og næringstett kost på et sykehjem som får middagen levert fra eksternt kjøkken. Det er også vanlig å ha næringsmidler tilgjengelig på avdelingene slik at helsepersonell kan næringsberike mat ved behov. De bruker mest næringsmidler som fløte, smør og egg til beriking. På enkelte sykehjem var det også mulighet for å bestille næringsdrikker fra eget storkjøkken, og informantene hadde anledning til å lage næringsdrikker selv fordi de hadde næringsberegnete oppskrifter hengene på veggen rundt på sine avdelingskjøkken.

Lagerkapasitet kan være en hemmende faktor, det er ikke alltid det er mulig å ha alle mulige råvarer på lager. Også ulike holdninger blant helsepersonell og kjøkkenpersonell kan hemme muligheten til å gi spesialkost. I pleieavdelingen tror de at maten er tilpasset en diett, mens på kjøkkenet så mener de at det ikke er nødvendig å tilpasse maten så mye til den dietten. Dette kan føre til at enkelte personer for eksempel ikke får tilbudt dessert.

5.10. Sensorisk kvalitet smak

Hvordan opplever helsepersonell at kjøkkenmodellen og produksjonsmetoden som brukes kan påvirke matens smak, og hvilke muligheter har de til å tilpasse smaken etter beboerens ønske?

5.10.1. Organisering

Smaken på brødsnivene på som serveres i sykehjemmene påvirkes av når de blir smurt. Det blir reagert på at brødet som serveres ikke er ferskt. Der som brødmaten smøres av kjøkkenpersonalet og sendes ferdig smurt ut til avdelingene opplever de at brødmaten kan være tørr og ikke smake særlig godt. De mener det er fordi den smøres om morgenen og står i kjøleskapet hele dagen frem til servering. Der som de smører maten selv på avdelingene sier de at maten smaker bedre når den er nysmurt, og at brunosten smaker bedre når den er lagt på brødskiva like før servering. Det er enighet om at brødmat smaker best når den er fersk og nysmurt.

5.10.2. Ressurser

Maten i sykehjem blir i liten grad smaksjustert på avdelingene, informantene på flere av sykehjemmene sier at de ikke får lov til å smake på maten. Økonomi er en av grunnene de oppgir for at de ikke har lov til å smake, og økonomi ser ut til å være en faktor som kan hindre muligheten til og gi tilfredsstillende kosthold i institusjoner (Holst & Rasmussen, 2013). På to av sykehjemmene sa informantene at de ikke hadde noen restriksjoner fra administrasjonene på at de ikke kunne smake på maten, men at de sjelden gjorde det allikevel. Det var ulike årsaker til at de ikke smakte, noen sa at de ikke tenkte over at de kunne smake, mens andre sa at serveringsmetoden gjorde det vanskelig å smake på maten. Kjøkkenansvarlig ved et av sykehjemmene var også deltaker ved et intervju, der sa helsepersonellet at de ikke hadde lov til å smake på maten på grunn av økonomi. Kjøkkenansvarlig sa da at de måtte smake på maten for å vite hva de serverte, og at det ikke gikk ut over budsjettene på kjøkkenet om de smakte litt. Det at det er lite åpenhet mellom avdelinger når det kommer til budsjett og økonomi ser ut til å kunne hindre muligheten til å gi et individuelt tilpasset kosthold (Holst & Rasmussen, 2013). Det kan være vanskelig å vite hva en har mulighet til og gjennomføre når en ikke vet hva slags ressurser de andre avdelingene disponerer.

Når maten skal smakstilpasses til beboerne er det nødvendig å ha tilgang til ulike smaksstoffer, det som er vanlig å ha er salt, pepper, sukker og kanel. De bruker også fløte i supper og sauser. Litteraturen anbefaler også å bruke buljong, sitron og smør (Chwang, 2012). MSG eller monosodiumglutamat har også vist seg å være et produkt som har ført til et høyere næringsinntak hos eldre mennesker (Schiffman & Graham, 2000). Men det er viktig å være obs på at et høyt inntak av MSG kan føre til forstyrrelser i hjerterytmen hos mennesker så det er et produkt som må brukes med varsomhet, MSG gir raskere hjerteslag, og mengden som inntas er den faktoren som påvirker hjerteslagene mest (Horio, 2000). MSG brukes en del i industrifremstilt mat (Hemmer et al., 2001), det brukes også en del i asiatisk mat. Det blir ikke så mye brukt i kjøkken som tilbereder nordisk mat fra grunnen.

5.10.3. Holdninger

Noen av dem som serverer mat produsert etter kok-kjøll metoden sier også at de smaksjusterer maten ved slutttilberedning, da bruker de for eksempel smør eller fløte for å gjøre smaken bedre. Schiffman & Graham, (2000), sier at det er mulig å smaksjustere maten i alle ledd, både i produksjon, ved slutttilberedning og ved servering. De opplevde at maten ble bedre på smak når de lærte seg å smaksjustere den ved slutttilberedning. Det er allikevel mest vanlig å

servere maten som den kommer fra kjøkkenet, informantene i flere av intervjuene sier at de regner med maten er ferdig smaksjustert når den kommer fra kjøkkenet. Det at maten ikke smaksjusteres fordi at de som serverer maten ikke tenker over at det kan være nødvendig kan være et hinder for å gi beboerne mat som er tilpasset deres smakspreferanser.

Informantene er for det meste tilfredse med smaken på maten, og de opplever at beboerne også er det. Noen av informantene sa at de mange ganger var mer tilfredse med smaken på maten som de laget på avdelingene, dette mente de hadde sammenheng med at for eksempel brødmaten som ble laget på avdelingene var ferskere enn brødmaten som var smurt på kjøkkenet mange timer før servering. Både informanter fra sykehjem som serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden og de som serverte mat produsert etter kok-server metoden var enige om at brødmate som ble smurt på avdelingskjøkkenet og ved bordene smakte bedre enn brødsriver som hadde stått i mange timer i kjøleskap før servering.

5.10.4. Oppsummering sensorisk kvalitet smak

Tidspunktet brødmaten blir smurt på kan påvirke hvordan den smaker. Her opplever informantene at brødsriver som er smurt på avdelingskjøkkenet like før servering eller brødsriver som smøres ved servering av beboere selv eller av helsepersonell smaker bedre enn brødsriver som er smurt på hovedkjøkkenet mange timer før det serveres.

For å kunne justere smaken på maten etter beboernes ønsker er det viktig å kunne smake på maten før servering. Det er ulik praksis i ulike sykehjem på om helsepersonell kan smake på maten før servering. Noen sier at det har de ikke lov til, de oppgir økonomi som årsak til at de ikke kan smake. Noen sier at de har lov til å smake, men at de ikke gjør det enten fordi de ikke tenker over at de kan, eller fordi maten serveres ferdig opplagt på asjett til hver enkelt beboer og det gjør det umulig for helsepersonellet å smake på maten. På det intervjuet som kjøkkenansvarlig ved et sykehjem var med på opplevde de motstridende beskjeder fra kjøkkenet og administrasjon. Fra administrasjonen var det streng beskjed om at de ikke skulle smake på maten, mens kjøkkenansvarlig sa de skulle smake på maten, det var en del av kvalitetssikringen av maten.

Til å justere smak så har de tilgjengelig smaksstoffer som salt, pepper, sukker og kanel og smør og fløte. Informantene smaksjusterer ikke maten så veldig mye, de går ofte ut fra et maten er ferdig smakssatt fra kjøkkenet den kommer fra. Ved et av sykehjemmene som serverer kok-kjøøl produsert mat sa de at de opplevde at smaken på maten var blitt bedre når de

lærte seg å slutttilberede den riktig, det innebar blant annet å smaksjustere ved hjelp av for eksempel fløte ved slutttilberedningen.

Så fersk nylaget brødmatt og mulighet til å kunne smaksjustere maten til beboerne i ulike ledd i produksjonen og ved servering var fremmede faktorer for smak.

5.11. Sensorisk kvalitet konsistens

Konsistensen på maten påvirker hvordan et menneske opplever den, konsistens er en av faktorene som sammen med lukt, smak og utseende påvirker opplevelsen av mat (Shepherd, 2006). Å tilpasse konsistens er viktig fordi endringer i munnhulen forårsaket av tannstatus og andre faktorer kan påvirke hva slags konsistens beboere i sykehjem foretrekker (Chwang, 2012).

5.11.1. Organisering

For at kok-kjøll produsert mat skal få riktig konsistens så må den slutttilberedes på riktig måte (Greene et al., 2000). Det er slik at ulike råvarer krever ulike tilberedningsmetoder for at sluttresultatet skal bli best mulig (Rodgers, 2006). Å organisere matsystemene sine på en slik måte at utstyret brukes optimalt ser ut til å kunne påvirke konsistensen på maten. Å kunne samarbeide mellom avdelinger slik at mat som skal kokes slutttilberedes i en ovn, og mat som skal ha steikeskorpe slutttilberedes i en ovn gir et bedre sluttresultat på maten. Da blir den steikte fisken crispy og sprø, og de kokte potetene møre. Dette ble praktisert på et lite sykehjem der det var kort avstand mellom avdelingene, på et større sykehjem med der det er lange avstander mellom avdelinger kan dette være en vanskelig og tungvint måte å løse dette på. Organiseringen av matsystemene og kjøkkenmodellene må tilpasses hvert enkelt sykehjem.

Det ser også ut som at det å ha en person til stede som har ansvar for maten og som kan ha opplæring av helsepersonell er en faktor som gjør at kvaliteten på kok-kjøll maten blir bedre. Studier har vist at å ha en matansvarlig til stede gjør at det er lettere å tilby et individuelt tilpasset kosthold (Lassen et al., 2008). Det at de hadde denne personen tilgjengelig på sykehjemmet mente de var en avgjørende faktor for at kvaliteten på maten produsert etter kok-kjøll metoden var så god som den var ved servering.

5.10.2. Ressurser

Mennesker som får mat med feil konsistens, slikt som er vanskelig å tygge velger ofte bort denne maten (Boczko & McKeon, 2010). Blant beboere i sykehjem ser det ut som det er myk konsistens som blir foretrukket (Greene et al., 2000). Å ha tilgang på riktig utstyr er en ressurs som er viktig for å tilpasse konsistensen på maten. På alle sykehjemmene har de tilgang til stavmiksere eller foodprosessorer på avdelingene som de kan bruke for å tilpasse konsistensen på maten. Litteraturen anbefaler også å ha tilgang på utstyr til å endre konsistens på maten tilgjengelig på avdelingene (Socialstyrelsen, 2011).

5.10.3. Holdninger

Holdninger og bevissthet til hvordan maten serveres og frembys var noe de kom inn på på et av sykehjemmene. Der var de veldig opptatt av at den findelte maten skulle presenteres på en måte som var tiltalende for beboeren. De fikk maten lagt opp på asjett fra kjøkkenet, maten ble vist til beboeren, etterpå ble den findelt med stavmikser. Dette gjorde de fordi at de opplevde at beboerne spiste bedre når de så hva som ble servert. Jeg har ikke funnet noen studier som sier noe om hvordan det å vise frem maten før den findeles påvirker matinntaket. Nå ble det nevnt at findelt mat ofte kunne gjøre det vanskelig å identifisere de ulike elementene på asjetten. Det var enighet blant de ulike fokusgruppene at å lage pureer med fine farger som passer sammen og anrette det pent er bedre enn å blande sammen alt i en blender og mose det. Mat som er presentert slik ser ofte uappetittlig ut. Og det kan hemme matinntaket til beboerne.

5.10.4. Produksjonsmetode

Mat produsert etter sous-vide metoden kan mange ganger oppleves underkokt av dem som spiser maten (Aagaard, 2010). Informantene sier at dette gjerne gjelder råvarer som grønnsaker og belgfrukter. Disse råvarene trenger høyere tilberedningstemperaturer enn for eksempel kjøtt eller fisk (Hemmer et al., 2001). Produksjonsmetoden påvirker også om det er mulig å tilby mat med steikeskorpe. Her opplever informantene at det kan være vanskelig å tilby mat med steikeskorpe, mye av maten oppleves dampet eller kokt. Det har sammenheng med at Maillard reaksjonen som gir brunet overflate går veldig langsomt i et vannbad (Roux et al., 2009), denne bruningsreaksjonen gir smak på maten (del Pulgar et al., 2013). Her er det produksjonsmetoden direkte som påvirker konsistensen på maten som tilbys i sykehjem.

5.10.5. Oppsummering konsistens

Riktig slutttilberedning av kok-kjøll maten er viktig for at den skal få riktig konsistens, ulike råvarer krever ulik behandling for at sluttresultatet skal bli bra. Å bruke utstyret på avdelingene på en mest mulig effektiv måte for eksempel å bruke en ovn på en avdeling til koking og en ovn på en annen avdeling til steiking kan gjøre at sluttresultatet på maten blir bedre. For at et slikt samarbeid skal fungere, bør det ikke være for stor avstand mellom de ulike avdelingene. Å ha en matansvarlig som kan lære opp helsepersonell slik at de slutttilbereder maten riktig har også en fremmende effekt på matens kvalitet.

Å ha tilgang på riktig utstyr slik som stavmikserer og foodprosessorer er også sett på som en faktor som gjør det lettere å tilby mat med tilpasset konsistens. Informantene er opptatt av å presentere konsistenstilpasset mat på en pen og tiltalende måte. På et sted lot de beboerne se maten på asjetten før de findelte den og serverte den.

Selve produksjonsmetoden kan påvirke matens konsistens, belgfrukter og grønnsaker opplevdes ofte underkøkt når de var produsert med sous-vide metoden. Det er ikke alltid at temperaturene i vannbadene er høy nok til at grønnsaker og belgfrukter blir ordentlig kookt. Mat med steikeskorpe er også noe som oppleves å være vanskelig å tilby det mat produseres ved sous-vide metoden.

5.11. Sensorisk kvalitet lukt

Når mennesker blir eldre blir deres evne til å gjenkjenne lukt redusert, og luktesansen har en viktig funksjon i evnen til å kjenne smak (Boyce & Shone, 2006). Svekket luktesans har vist seg å påvirke evnen til å glede seg over mat mer enn svekket smakssans (Drewnowski, 1997). Og det er også sett at mennesker med demenssykdommer som utgjør en stor del av beboerne i sykehjem har dårligere evne til å definere lukt enn ikke demente (Rawson, 2003).

5.11.1. Organisering

Organiseringen av matlagingen og fordelingen av arbeidsoppgaver i sykehjemmene kan påvirke hva slags matlukt det er på avdelingene. Å kunne bake på avdelingene har vist seg å fremme matlyst hos sykehjemsbeboere. Lukten av nysteikt brød er en slik faktor (Kee, 1990). Det å ha brødbakemaskiner på avdelingene slik at der mulig å bake brød til for eksempel

frokost gir i følge informantene ved et sykehjem god lukt over hele avdelingen, og beboerne setter pris på at det lukter godt. De er ikke alltid like tilfredse med kvaliteten på brødet, men lukten er god, og da opplever de at beboerne blir fornøyde.

Tidspunktet maten produseres på kan også ha betydning for lukten, dette gjelder spesielt brødskiver. Grunnen til at brødskivene ikke blir bra mener de er fordi de blir smurt på kjøkkenet mange timer før servering. Informantene på flere av sykehjemmene sier at de synes brødmaten er bedre når den er nysmurt på avdelingene, eller de smører selv ved bordet. Jeg har ikke funnet noen studier som sier noe om hvordan tidspunktet for produksjon av påsmurt mat påvirker hvordan den lukter, men det var stor enighet blant informantene at nysmurte brødskiver på alle måter var bedre enn brødskiver som var smurt mange timer før servering.

5.11.2. Produksjonsmetode

Matlukt på en institusjon er en faktor som fremmer appetitt og skaper forventninger til måltidet (Chisholm et al., 2011). Her snakket informantene ved alle sykehjemmene om matlukten, de som arbeidet på sykehjem som serverte mat produsert etter kok-kjøøl metoden snakket om hvor god matlukt det ble av middagen før når de hadde eget kjøkken. Her påvirker produksjonsmetoden, sous-vide mat som kommer i vakuumpakker gir ikke samme matlukt som mat som er produsert etter kok-server metoden. Det å ha kjøkken på sykehjemmene som produserer mat etter kok-server metoden har vist seg å gi bedre matlukt på avdelingene enn å servere oppvarmet kok-kjøøl produsert mat (Aagaard, 2010). De som serverte mat etter kok-server metoden opplevde at det alltid var god lukt på avdelingene rundt middagstider, de opplever at matlukten skaper forventninger til måltidet. Vakuumpakkene slipper ikke ut matlukt, og det oppleves som et savn å ikke lenger ha matlukt på avdelingene. Undersøkelser har også vist at det å kjenne matlukt skaper positive forventninger til et kommende måltid (Chisholm et al., 2011). Det stemmer med det som informantene sa, det å sitte rundt bordet og kjenne matlukten var noe som fikk alle til å se frem til måltidet som ventet.

5.11.3. Oppsummering lukt

Ferske nylagete brødskiver lukter bedre enn brødskiver som er smurt lang tid på før de serveres, det er det bred enighet om blant informantene. De foretrekker å smøre selv på avdelingskjøkken, eller å smøre ved bordene når maten serveres. Om maten smøres ved

bordene av beboerne eller på avdelingskjøkkenet av helsepersonellet avhenger av den enkelte beboers helsetilstand.

Å ha eget kjøkken som serverer varm nylaget middag hver dag gir en mye bedre matlukt på avdelingene enn å varme opp mat produsert etter kok-kjøøl metoden. Det kommer ikke lukt fra vakuumpakkene, og det oppfattes som en hemmende faktor.

Å kunne bake på avdelingene er en faktor som fremmer god matlukt, og på enkelte sykehjem har de brødbakemaskiner som kan brukes for å få lukt av nylaget bakst på de ulike avdelingene. Beboerne sier at de syns det er godt med lukten av nybakt brød selv om de ikke alltid spiser brødet.

5.12. Sensorisk kvalitet utseende

Mat som er pent presentert øker tilfredsheten hos dem som spiser maten (Uçar et al., 2009). Å presentere maten på en tiltalende måte kan stimulere appetitt (Johnson & Fischer, 2004).

Farger og fargekontraster på maten kan også være med og stimulere appetitten hos mennesker (Kee, 1990). Her skal vi se på hvordan informantene at kjøkkenmodellen kan påvirke matens utseende.

5.12.1. Organisering

Det at mat lagres over tid kan medføre endringer i utseende på den, misfarging er vanlig, og et produkt som poteter misfarges ofte dersom det går lang tid mellom produksjon og servering (Church & Parsons, 2000). På det ene sykehjemmet som serverer mat produsert etter kok-kjøøl metoden opplever de ofte at potetene har brune flekker og er stygge, Dette er ikke noe de er stolte over å servere, og de forsøker gjerne å kamuflere de brune flekkene med saus for at beboerne ikke skal se dem. Lang tids lagring av mat gjør at den kan tape seg utseendemessig.

Å ha anledning til å pynte maten på avdelingene ser ut til å være en faktor som gjør at maten ser mer tiltalende ut. Fargekontraster kan gjøre maten mer appetittvekkende (Kee, 1990), og informantene er opptatt av å bruke tomat og agurk og andre råvarer som gir en frisk og fin farge. Dette opplever de at beboerne setter pris på, og de som er i stand til å skryte av maten gjør det. Nå er det ikke alltid at de spiser pynten, ofte så plukker de den bare av og lar den ligge igjen på asjetten. Men det å få maten servert med pynt er noe de uttrykker at de setter pris på, og som informantene opplever fremmer matlysten.

Maten serveres på ulike måter på ulike sykehjem, et sted serverer de mat som er lagt opp på asjett til hver enkelt på kjøkkenet. Pent presentert mat stimulerer appetitt, og fremmer spising (Johnson & Fischer, 2004). Å få lagt maten opp på asjett har både sine fordeler og ulemper, fordelene er at maten er lagt opp av noen som har anretning av mat som en del av sin utdanning. Mat lagt opp av kjøkkenpersonale ser ofte penere ut enn mat som legges opp på avdelingen (Freil et al., 2006). Å få maten lagt opp på kjøkkenet gjør også at helsepersonell får frigjort tid til å gjøre andre oppgaver på avdelingen. Det som taler i mot at mat bør legges opp på asjett på avdelingene er at den serveringsmetoden har vist seg å hemme spisingen. Undersøkelser viser at det blir spist mindre der som maten blir servert ferdig anrettet på asjett (Wilson et al., 2000). Å kunne velge porsjonsstørrelse selv var en faktor som fremmet matinntak, og det ble opplevd som vanskelig når maten var ferdig anrettet fra storkjøkkenet (Wilson et al., 2000). Dette ble ikke bekreftet av informantene ved sykehjemmet som serverte mat som var anrettet på asjett på kjøkkenet, de fjernet bare litt mat fra asjetten dersom noen ønsket mindre porsjon. Her opplevde de ikke dette som en hemmende faktor, tvert i mot så de på det som en fordel at maten ble anrettet på kjøkkenet for da fikk de frigjort ressurser på avdelingene som kunne komme beboerne til gode, blant annet førte denne serveringsmetoden til at de hadde bedre tid til å hjelpe beboerne med andre ting.

5.12.2. Holdninger

At kok-kjølt mat er emballert i plast er noe som oppfattes som negativt av informantene. De som serverte kok-kjølt mat var veldig opptatt av at plasten måtte vekk slik at beboerne ikke skulle se den. Plast er assosiert med industrimat, og det oppfattet jeg hadde en negativ klang hos informantene. Det å tilby mat til andre mennesker blir i mange kulturer sett på som et tegn på omsorg (Gastmans, 1998). Og hjemmelaget mat er gjerne det ultimate tegnet på omsorg tenker jeg. Ved å gjemme bort plasten og servere maten i fine skåler så viser helsepersonellet omsorg for beboerne. Også i sykehjem som serverer kok-servert mat oppfatter de dette med plastemballert mat som noe negativt. «Det er som å spise fjordland hver dag» var det en som sa.

En gruppe som trenger ekstra tilrettelegging med maten er de som har demenssykdommer, de mister evnen til å gjenkjenne mat (Johansson et al., 2009). Denne gruppen sykehjemsbeboere har glemt mye av det de kunne og viste fra før, derfor trenger den gruppen pasienter ekstra

tilrettelegging av maten (Asai, 2004). Dette blir gjerne løst ved at de som serverer maten til dem fjerner pynten som kan forvirre en sykehjemsbeboer med demenssykdom.

5.12.3. Oppsummering utseende

Middagsmat som er kjølelagret lang tid før servering kan bli misfarget, spesielt poteter kan få brune flekker og se lite tiltalende ut.

Pynt kan gjøre mat mer tiltalende slik at de som mottar maten ønsker å spise den. Det er ikke alltid de spiser maten, men de uttrykker ofte at de synes det er så fint når maten er pyntet. Enkelte grupper slik som mennesker med demenssykdommer kan bli forvirret av pynt på maten, da kan helsepersonellet tilpasse maten ved å fjerne pynt.

Å få maten pent lagt opp på asjett trekkes frem av noen som en faktor som de opplever er med på å gjøre maten tiltalende for beboeren. Undersøkelser har vist at mat lagt opp på asjett før servering fører til at det blir spist mindre. Dette ble ikke bekreftet av informantene på sykehjemmet, de opplevde at det å få maten lagt opp ikke hemmet spisingen. Det kan også ha en sammenheng med at de kunne tilby to hovedretter til middag hver dag og at dette gav beboerne valgmuligheter når det kom til hva de ønsket å spise.

Mat som var emballert i plast ble oppfattet som negativt av flere av informantene, de som serverte mat produsert etter kok-kjøll metoden sa at de mange ganger prøvde å gjemme bort plasten og at de ikke ønsket at beboerne skulle se den. Også de som hadde kjøkken som serverte mat produsert etter kok server metoden hadde dårlige assosiasjoner til mat emballert i plast, det er som å spise Fjordland hver dag var det en som sa. Det var ingen som hadde positive ting å si om plastinnpakket mat på noen av sykehjemmene.

6. Konklusjon

Denne studien viser at selv om sykehjemmene i utgangspunktet kan ha samme kjøkkenmodell så opplever helsepersonell at de har ulik mulighet til å gi beboerne et individuelt tilpasset kosthold. Ulike faktorer ser ut til å hemme og fremme muligheten til å tilpasse muligheten til å tilpasse kostholdet til den enkelte.

6.1. Organiseringen av kjøkkenmodellen

At maten er laget opp til en uke før slutttilberedning og servering kan gjøre at det blir vanskelig for beboerne i sykehjemmene å ønske seg noe annet enn det som sto på menyen den dagen. Standardmenyer som er vanlige i sykehjem (Chisholm et al., 2011), kan se ut til å ha en hemmende virkning på beboeres mulighet til å velge hva de vil spise selv. Ved et av sykehjemmene hadde de eget kjøkken som produserte mat etter kok-kjøll metoden, dette opplevde informantene gjorde at kjøkkenet opplevdes langt unna selv om de hadde kjøkken på huset. Og at kjøkkenet opplevdes langt unna kan være et hinder for å kunne tilby beboerne det de ønsket. Også eksterne leverandører tilbyr standardmenyer som gir lite rom for valg for beboerne i sykehjem, ved et sykehjem hadde de ikke mulighet til å bestille den desserten de ønsket fra det eksterne kjøkkenet. De opplevde også at spesialkost var noe som kunne ta tid å få inn i system når de skulle motta det fra eksternt kjøkken. Disse utfordringene måtte løses, og ved sykehjemmet som fikk middagen levert fra ekstern leverandør hadde de ansatt en kantineansvarlig som kunne lage forskjellig mat ved behov og som hadde ansvaret for bestilling og distribusjon av maten til avdelingene. Informantene uttrykte stor tilfredshet med denne ordningen, og mente det at de hadde en person med ansvar for maten på den måten gjorde at de kunne tilby et individuelt tilpasset kosthold. Det disse informantene sier stemmer over ens med funnene til Lassen et al. (2008), som sier at det å ha en person ansatt som har ansvaret for maten og som kan lage små retter og bake ved behov gjør det lettere å tilby et individuelt tilpasset kosthold ved sykehjem. Å organisere driften på en måte som gir beboerne flere valgmuligheter har vist seg å føre til at de får et høyere matinntak (Merrell et al., 2012). De som hadde en person ansatt som hadde det overordnede ansvaret for maten uttrykte stor tilfredshet med ordningen og sa at det var helt avgjørende for at de skulle ha mulighet til å tilby beboerne et individuelt tilpasset kosthold.

Arbeidsfordelingen mellom de ulike avdelingene kan også påvirke hvor lett det er å gi et individuelt tilpasset kosthold. På flere sykehjem foretrekker de å smøre brødsnivene som

serveres til frokost og kveldsmat selv. Det er fordi at brødskivene da oppfattes som ferskere, de smaker og lukter bedre noe som er med på å fremme appetitten. Å smøre brødskiver på avdelingskjøkken og ved bordene under måltidet gir også beboerne større mulighet til selv å velge hva slags pålegg de ønsker på brødskiven sin. Brødskiver som er smurt av kjøkkenpersonale på kjøkkenet lang tid før servering oppleves som tørre, og det hender at de lukter mugg i følge en informant ved et sykehjem. Å presentere maten for beboeren på en tiltalende og appetittvekkende måte gjør at beboere i institusjoner spiser mer (Johnson & Fischer, 2004). Å ha tilgang til råvarer å pynte mat med på avdelinger er også noe som oppleves som en faktor som gjør maten mer appetittvekkende for beboeren. Der som de får maten lagt opp på asjett på kjøkkenet opplever de at maten blir penere presentert enn om den skulle vært lagt opp på avdelingen. Denne måten å organisere serveringen på blir sett på som en fremmede faktor av informantene her. De opplever at maten ser bedre ut når den kom ferdig anrettet fra kjøkkenet, og at det gjorde at personalet på avdelingene fikk frigjort tid som kom beboerne til gode. De var tilfredse med ordningen og opplevde at det hadde en positiv påvirkning på beboernes matinntak. Her bekrefter ikke mine funn det litteraturen sier, nemlig at matinntaket blir mindre dersom maten blir anrettet til hver enkelt på storkjøkken blir det spist mindre (Wilson et al., 2000).

Samarbeid mellom avdelinger slik at sluttresultatet på middagen som serveres blir best mulig ser ut til å være en viktig faktor for å tilberede mat som beboerne aksepterer og spiser. På et lite sykehjem valgte de å samarbeide på tvers av avdelingene. Ulike råvarer behøver ulike tilberedningsmetoder for at sluttresultatet skal bli best mulig (Rodgers, 2006). Og for å gå best mulig resultat så bruker de gjerne ovnen på den ene avdelingen til å tilberede det som skal steikes og ovnen på den andre avdelingen til det som skal kokes og så bærer de den ferdige maten mellom avdelingene.

6.2. Ressurser

Ulike sykehjem har ulike ressurser tilgjengelige, det ser ut til å kunne påvirke muligheten til å gi beboere et individuelt tilpasset kosthold.

Økonomi er et tema som flere ganger kommer opp i intervjuene, økonomiske nedskjæringer og med det reduserte stillinger gjør at det blir mer arbeid på de som står igjen. Holst & Rasmussen (2013), har i en undersøkelse slått fast at stramme budsjetter og krav fra administrasjonen ofte kan komme i konflikt med beboerens behov og rett til å få dekket disse

behovene. Det var ikke kultur i blant helsepersonell i sykehjemmene å smake på maten før servering, mange av informantene sa at de hadde restriksjoner fra administrasjonen på grunn av at det ville gå ut over økonomien dersom de smakte på maten. Dette ble hevdet av personale både på sykehjem som serverte kok-kjøll mat, og som serverte kok-server mat. Det var økonomi som ble oppgitt som grunn til det, ikke om sykehjemmet serverte kok-kjøll eller kok-server mat som avgjorde om helsepersonellet hadde lov til å smake på maten. Det var stort engasjement rundt temaet om hvorvidt helsepersonell fikk lov til å smake på maten, og ved et sted opplevde de motstridende beskjeder fra administrasjon og kjøkken, administrasjonene sa nei til å smake på maten med begrunnelse i økonomi mens kjøkkenansvarlig sa at de skulle smake på maten, det var en del av kvalitetssikringen av maten, og at kjøkkenets budsjetter ikke ble overskredet om de smakte på maten. Lite åpenhet mellom ulike avdelinger rundt dette med økonomi kan også være en faktor som hemmer et individuelt tilpasset kosthold (Holst & Rasmussen, 2013), dette blir bekreftet av informantene i studien mine funn viser at det ikke alltid er åpenhet mellom kjøkken og pleieavdeling, noe som kan føre til misforståelser som at helsepersonell ikke kan smake på maten før servering.

Tilgang på næringsmidler og smaksstoffer til å justere smak, men også til å gjøre maten mer næringstett med sees på som en fremmede faktor som gjør det lettere å tilpasse maten som serveres til beboere i sykehjem tilpasset til den enkeltes matpreferanser og næringsbehov (Schiffman & Graham, 2000). Både sykehjem som servere mat produsert etter kok-kjøll metoden og sykehjem som serverte mat som var produsert etter kok-server metoden hadde tilgang på smaksstoffer til å justere smak med, og til å gjøre maten mer næringstett for beboere som spiste lite. En annen ressurs de disponerte på avdelingene uavhengig av kjøkkenmodell var stavmikser og foodprosessorer, dette var noe som de opplevde var helt nødvendig fordi beboernes av og til hadde behov for å gå endret konsistens på maten dersom de skulle greie å spise den. Det er anbefalt å ha tilgang på utstyr til å endre konsistens med på avdelingene (Socialstyrelsen, 2011).

6.3. Fleksibilitet

Standardmenyer fra eksternt kjøkken gir mindre mulighet for å gi beboere i sykehjem den maten de ønsker å spise (Chisholm et al., 2011). For å løse utfordringen med ferdig oppsatte standardmenyer valgte de på et sykehjem å ha et system der de hadde en matansvarlig som kunne lage retter som ikke eksternt kjøkken klarte å tilby. Å ha tilstrekkelig med personale og

personale med riktig kompetanse ut fra arbeidsoppgavene som skal utføres er en faktor som gjør at det kan være lettere å tilpasse maten til den enkelte beboer. En matansvarlig har vist seg å være en slik faktor som fremmer muligheten til og gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold (Merrell et al., 2012). Der som de har kjøkken som serverer kok-server mat opplever de at det er enkelt å få tak i noe ekstra i kjøkkenets åpningstid når det er personale til stede, men når kjøkkenet er stengt for dagen og de kjøkkenansatte har gått hjem kan det være vanskeligere å få tak i noe ekstra.

Selv om det ikke er mulig å velge ulike retter fra et spisekart hos ekstern leverandør er det mulig å bestille mat i store pakker og i enkeltporsjoner, det er en fleksibel ordning som gjør at det er mulig både å kunne servere mat utenom de vanlige måltidene, og å kunne tilby noe annet til dem som ikke ønsker det som er dagens middag den dagen. Slike singelpakker gjør det lettere å tilby alternativer til dem som ønsker det (Hickson et al., 2007). Og dette blir trukket frem av informantene som noe som de oppfatter som en fremmede faktor til å tilby ønskekost.

Å ha eget kjøkken som tilbyr to alternativer til hovedrett til middag hver dag gir beboeren flere valg, flere valg fremmer næringsinntaket (Freil et al., 2006). Dette oppleves som en fremmede faktor på næringsinntaket til beboerne. Et annet sykehjem som produserer mat etter kok-server metoden går enda lenger når det gjelder å være fleksible og imøtekomme beboernes ønsker. De opplever at ulike avdelinger ønsker seg ulike retter til kveldsmat lørdagen. Kjøkkenansvarlig sier da at det er det rom for å få til med de ressurser de har til rådighet. Han sier også at det er mulig å bestille mat fra eksterne leverandører slik som pizzarestauranter dersom det skulle være ønske om det selv om de hadde kjøkken selv på institusjonen. Økonomisk vil ikke det koste mer enn å lage maten selv, så økonomi var ingen hindring for å tenke nytt og kreativt rundt maten i sykehjemmet der.

6.4. Holdninger

Holdninger og kunnskapsnivå både hos helsepersonell og hos kjøkkenpersonell påvirker sykehjemsbeboeres mulighet til å få et individuelt tilpasset kosthold (Merrell et al., 2012). Det var veldig stor bevissthet blant alle informantene i studien rundt dette å bruke næringstette råvarer til å berike mat med. De oppviste mye kunnskap rundt hvilke produkter som var best å bruke til næringsberiking. Det som kunne være en utfordring, og spesielt da der som de hadde eget kjøkken som produserte kok-server mat, det var at kjøkkenpersonell og helsepersonell

hadde ulik oppfatning om hva som var riktig kosthold for enkelte pasientgrupper slik som de som har diabetes mellitus. Dette kunne medføre at noen beboere ikke fikk mat som var tilpasset deres sykdomstilstand. Slik uenighet mellom avdelinger er i følge Holst & Rasmussen (2013) en av faktorene som er til hinder for å kunne tilby et individuelt tilpasset kosthold, dette ble bekreftet av informantene.

Å smaksjustere maten til beboerne ved slutttilberedning og servering i stedet for bare å servere den slik som den kommer fra kjøkkenet er en faktor som er med på å tilpasse maten til den enkelte beboers smakspreferanser. Smaksjustering kan skje i alle ledd i produksjonen (Schiffman & Graham, 2000). Det er ikke alltid at det gjøres, en av grunnene til det sier informantene er at de antar at maten er ferdig smaksjustert når den kommer fra kjøkkenet.

Alle var opptatt av at maten skulle presenteres på en tiltalende måte for beboeren, det kunne inne bære at maten skulle legges pent opp på asjett til den enkelte slik at maten så fristende ut. Noen informanter snakket om å pynte maten og at maten var pyntet både fra kjøkkenet og på avdelingene. For beboere med demenssykdommer var det ofte nødvendig å fjerne pynt for at de skulle spise, mennesker med demenssykdommer mister ofte evnen til å gjenkjenne mat (Johansson et al., 2009).

Et ord som dukket opp under intervjuene som jeg ikke hadde tenkt over på forhånd var ordet «plastikposemat», begge sykehjemmene i undersøkelsen som serverte kok-kjøll produsert mat snakket om «plastikkposemat». Plasten så de på som noe negativt, noe som var viktig å gjemme bort slik at beboerne slapp å se plasten som de opplevde gav assosiasjoner til industrimat. Det var viktig å servere maten på en måte som gjorde at den så hjemmelaget ut, fine porselensskåler på bordet var noe flere informanter fra flere av sykehjemmene trakk frem som en fremmede faktor for appetitt. Jeg oppfattet at det å gjemme bort plasten og servere maten i skåler var et tegn på omsorg, og det å servere mat til andre er et tegn på omsorg (Gastmans, 1998). Og eldre mennesker foretrekker å spise hjemmelaget mat fordi det er det de er vant med fra tidligere i livet (Kerstin Gustafsson et al., 2002). Også de som arbeidet på sykehjem som serverte mat produsert etter kok-server metoden trakk frem mat i plastemballasje som noe de oppfattet som negativt. Holdningen generelt ser ut til å være at mat som ser hjemmelaget ut fremmer appetitt og er noe positivt mens det som kan assosieres som industrimat er negativt oppfattet som noe negativt.

6.5. Produksjonsmetode

Også produksjonsmetoden har vist seg å påvirke muligheten til å gi et individuelt tilpasset kosthold til beboere i sykehjem. De som serverer mat produsert etter kok-kjøll metoden opplever at maten noen ganger kan være underkokt. Enkelte råvarer slik som grønnsaker og belgfrukter trenger høyere temperaturer enn kjøtt og fisk for å få riktig konsistens (Hemmer et al., 2001). Kok-kjøll metoden har også vist seg å gjøre det vanskeligere å tilby mat med steikeskorpe. Spesielt produksjonsmetoden sous-vide der maten tilberedes i vakuum i vannbad gjør at Maillardreaksjonen som gir bruning og aroma ikke utvikler seg raskt nok til at maten får brunet steikeskorpe (Roux et al., 2009). De som serverte mat produsert etter kok-servermetoden nevnte ikke noe om at maten ble underkokt eller at den ikke fikk steikeskorpe, så dette ser ut til å være et problem som kun rammer der som det serveres kok-kjøll mat.

Det var stor forskjell på hvorvidt det er matlukt på sykehjemmene beroende på om de serverer mat som er produsert etter kok-kjøll metoden eller om de serverer mat som er produsert etter kok-server metoden. Alle informantene som arbeider på sykehjem som serverer mat produsert ved kok-server metoden trekker fram hvor god matlukt det blir på avdelingene når middagen produseres på kjøkkenet deres. Aagaard (2010) har i en undersøkelse funnet ut at sykehjem som har kjøkken som serverer varm nylaget middag opplever mer og bedre matlukt enn sykehjem som serverer mat produsert etter kok-kjøll metoden. Der som de serverte kok-kjøll produsert mat ble det sagt at de savnet matlukten som var på sykehjemmene før når de hadde kjøkken som leverte varm nylaget middag til avdelingene hver dag. Matlukt i institusjoner er viktig fordi det fremmer appetitt og skaper forventninger til det kommende måltidet (Chisholm et al., 2011). For å få noe matlukt på avdelingene så har det ene sykehjemmet som serverer kok-kjøll mat kjøpt brødbakemaskin som de opplever gir god lukt på avdelingene. Dette ser de på som en fremmede faktor selv om det ikke alltid er slik at brødet blir vellykket.

6.6. Oppsummering hemmende og fremmede faktorer

Med bakgrunn i min forforståelse trodde jeg før denne studien at det automatisk var enklere å tilby et individuelt tilpasset kosthold til beboere i sykehjem der de hadde eget kjøkken som serverte varm nylaget middag produsert etter kok-server metoden. Denne studien har vist at det ikke nødvendigvis er riktig. Det er en del andre faktorer som påvirker her, økonomiske ressurser er en av dem. Økonomi påvirker bemanningen på sykehjem, og mange ganger så opplever ansatte i sykehjem at det blir skåret ned på ressursene de har tilgjengelig. En

konsekvens av å kutte i budsjetter kan være at kjøkkenmodellen blir endret. Når det blir lagt om fra kok-server til kok-kjøøl system så blir ofte mindre penger brukt til mat og til kjøkkenpersonale, dette er en utfordring som løses på ulike måter i ulike sykehjem. Det som ser ut til å gjøre det lettere å tilby et individuelt tilpasset kosthold der som de serverer kok-kjøøl mat er å ha en person ansatt som har et overordnet ansvar for hele matsystemet og som både tar seg av bestilling og distribusjon av mat, men som også kan lage mat på kort varsel dersom det er nødvendig. Det som jeg opplever kommer fram her er at det å ha en person med riktig kompetanse på riktig sted er en faktor som fremmer helsepersonells mulighet til å tilby sykehjemsbeboere et individuelt tilpasset kosthold.

Arbeidsfordeling mellom avdelinger, dette å smøre brødsiver på avdelingene slik at beboerne selv kan velge hva de vil ha på brødsivene er en fremmede faktor uavhengig av om middagen er produsert etter kok-kjøøl eller kok-server metoden. Det er oftere misnøye med brødsiver som er smurt på kjøkkenet lang tid før servering enn brødsiver som smøres rett før de serveres.

Å ha tilgang til utstyr og kompetanse til å bruke utstyret som er tilgjengelig ser også ut til å være en faktor som kan fremme muligheten til å gi individuelt tilpasset kosthold. Alle sykehjemmene hadde uavhengig av kjøkkenmodell tilgang på utstyr til å tilpasse konsistensen på maten.

Det eneste jeg fant som hadde direkte tilknytning til om maten ble produsert med kok-kjøøl eller kok-server metode var konsistensen og lukten på maten. Det ble opplevd som vanskeligere å få riktig konsistens på maten der som det ble servert mat produsert etter kok-kjøøl metoden. Dette hadde direkte sammenheng med temperaturene som ble brukt under produksjonen av kok-kjøøl maten. Temperaturen i vannbadet maten ble produsert i var ikke høy nok til at belgfrukter og enkelte grønnsaker ble tilstrekkelig kokt. Temperaturen i vannbadene kok-kjøøl maten produseres i er heller ikke høy nok til at det produseres steikeskorpe på maten, og det er noe som informantene opplever at beboerne savner. Det ser ut som det går an å løse noe av den utfordringen med å koke maten ferdig og steike den slik at det blir steikeskorpe på ved slutttilberedning. Hvor enkelt det er å få til i praksis alltid sier ikke studien så mye om, et sykehjem greier å gjøre det, men det kan være vanskelig å få til for andre fordi de mangler bemanningsressurser. Inge av sykehjemmene som serverer kok-server produsert mat opplever at kjøkkenmodellen påvirker matens konsistens.

De som serverte kok-kjøll mat opplevde i mindre grad matlukt på avdelingene. Å ha eget kjøkken som produserer varm og nylaget mat gir mer matlukt på avdelingene.

Å kunne tilby mer enn en varmrett hver dag ble også trukket frem som en faktor for om de kan tilby individuelt tilpasset kosthold, dette løses på ulike måter i ulike sykehjem. Et sykehjem har eget kjøkken som servere to varmretter til middag hver dag produsert etter kok-server metoden. Et sykehjem som får middag fra ekstern leverandør bestiller noen enkeltpakker med middag som de kan ha i kjøleskapet og varme opp dersom beboere ønsker noe annet enn det som var til middag den dagen.

Det var i det store og hele tilfredshet blant både beboere og helsepersonell med maten som ble servert. Med unntak av matlukt og konsistensen på maten så er det personalressurser, økonomi, tilgang og de ansattes holdninger og kunnskap som er mest avgjørende for om det er mulig å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold.

Nå er det bare fem sykehjem med i denne studien, tre som serverer mat produsert etter kok-server metoden, og to som produserer mat produsert etter kok-kjøll metoden. Det at utvalget er så lite gjør at disse resultatene ikke nødvendigvis kan overføres til andre sykehjem. Det var også stor forskjell på de ulike sykehjemmene hvor tilfredse de var med matsystemene sine. De tre som serverte mat produsert etter kok-server metoden var jevnt over tilfredse med maten, samarbeidet med kjøkkenet og fordelingen av arbeidsoppgavene mellom kjøkken og avdeling. Det var mye større forskjeller i tilfredsheten med matsystemene hos de to sykehjemmene som serverte mat produsert etter kok-kjøll metoden. Informantene på det ene sykehjemmet var mer tilfredse enn informantene på det andre sykehjemmet. De som var mest tilfredse trakk frem sin kantineansvarlige som en faktor som gjorde at de var så tilfredse. Så det som ser ut til å påvirke mest er økonomi, personalressurser og samarbeid mellom avdelingene. Og det å ha rett person med riktig kompetanse på riktig plass er den faktoren som kan gjøre det lettere å tilby individuelt tilpasset kosthold til sykehjemsbeboere.

6.7. Videre forskning

Denne studien gir et innblikk i hvordan kjøkkenmodeller på sykehjem kan hemme og fremme helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold. Det er ikke gjort mange studier som har dette temaet. Min studie er en liten studie, og den gir ikke noe fasitsvar, den bare berører et tema som det er viktig å forske videre på.

Fremtidige studier kan kanskje omfatte flere sykehjem slik at det blir et bredere datamateriale å bygge på. Andre vinklinger som kunne vært interessante er å se på om det er forskjell i næringsinnhold på maten som er produsert etter kok-server metoden kontra maten som er produsert etter kok-kjøll metoden ved serveringen til beboeren. Økonomi kunne være en faktor som kunne vært spennende å se på, hva lønner seg økonomisk, og hva slags kvalitet får man for pengene? Det kunne også vært spennende å intervju informanter på sykehjem hvordan de opplever selve omleggingsprosessen fra den ene kjøkkenmodellen til den andre. Det kunne også vært spennende og kjørt en brukerundersøkelse blant beboere for å høre hva slags mat de foretrekker. Det er mange temaer å gripe fatt i her, som kunne vært interessant å få svar på, og som kanskje vil bli besvart i fremtiden en gang.

Litteratur

- Aagaard, H. (2008). Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet (Vol. 2008:3, pp. 96 s.). Halden: Høgskolen.
- Aagaard, H. (2010). "Ærlig talt": mat og måltider i sykehjem : en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold (Vol. 2010:1, pp. 61 s. : ill.). Halden: Høgskolen.
- Abunnaja, S., CuvIELLO, A., & Sanchez, J. A. (2013). Enteral and parenteral nutrition in the perioperative period: state of the art. *Nutrients*, 5(2), 608-623. doi: 10.3390/nu5020608
- Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., . . . Van Gossum, A. (2008). Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007)). *Clin Nutr*, 27(4), 481-488. doi: 10.1016/j.clnu.2008.04.011
- Asai, J. L. (2004). Nutrition and the geriatric rehabilitation patient: challenges and solutions. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(1), 34-45.
- Berri, S., & Illeris, K. (2005). *Tekster om voksenlæring*. København: Learning Lab Denmark.
- Boczko, F., & McKeon, S. (2010). Flavor enhancers: Study shows improvement in resident meal satisfaction. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 59(9), 38-40.
- Boyce, J. M., & Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*, 82(966), 239-241. doi: 10.1136/pgmj.2005.039453
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110-118. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x

- Busch, T. (2012). *Forskning og innovasjon i offentlig sektor. Sluttrapport* (Vol. 2012:4). Trondheim: Avdelingen.
- Bye, A. (2000). *Kosthold til kreftpasienter* (Vol. nr 1/2000). Lillestrøm: Høgskolen.
- Castellanos, V. H. (2004). Food and nutrition in nursing homes. *Generations*, 28(3), 65-71.
- Charlton, K. E., Nichols, C., Bowden, S., Lambert, K., Barone, L., Mason, M., & Milosavljevic, M. (2010). Older rehabilitation patients are at high risk of malnutrition: Evidence from a large Australian database. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(8), 622-628. doi: 10.1007/s12603-010-0307-3
- Chisholm, A., Jensen, J., & Field, P. (2011). Eating environment in the aged-care residential setting in New Zealand: Promoters and barriers to achieving optimum nutrition. Observations of the foodservice, menu and meals. *Nutrition & Dietetics*, 68(2), 161-166. doi: 10.1111/j.1747-0080.2011.01510.x
- Christensson, L., Ek, A. C., & Unosson, M. (2001). Individually adjusted meals for older people with protein-energy malnutrition: a single-case study. *J Clin Nurs*, 10(4), 491-502.
- Church, I. J., & Parsons, A. L. (2000). The sensory quality of chicken and potato products prepared using cook–chill and sous vide methods. *International Journal of Food Science & Technology*, 35(2), 155-162.
- Chwang, L.-C. (2012). Nutrition and dietetics in aged care. *Nutrition & Dietetics*, 69(3), 203-207. doi: 10.1111/j.1747-0080.2012.01617.x
- Comlossy, M., & Walden, J. (2013). The silver tsunami: states have a fairly long to-do list to get ready for the health care needs of an aging America. *State Legislatures*, 39(10), 14-19.
- Cowart, B. (2011). Smell and Taste in Aging. *Perfumer & Flavorist*, 36(1), 34-36.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

del Pulgar, J. S., Roldan, M., & Ruiz-Carrascal, J. (2013). Volatile Compounds Profile of Sous-Vide Cooked Pork Cheeks as Affected by Cooking Conditions (Vacuum Packaging, Temperature and Time). *Molecules*, 18(10), 12538-12547. doi: 10.3390/molecules181012538

Donini, L. M., Neri, B., De Chiara, S., Poggiogalle, E., & Muscaritoli, M. (2013). Nutritional Care in a Nursing Home in Italy. *PLoS ONE*, 8(2), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0055804

Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013). Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *British Journal of Nursing*, 22(3), 170-173.

Drewnowski, A. (1997). Taste preferences and food intake. *Annual Review Of Nutrition*, 17, 237-253.

Evans, B. C., Crogan, N. L., & Shultz, J. A. (2005). The meaning of mealtimes: connection to the social world of the nursing home. *J Gerontol Nurs*, 31(2), 11-17.

Findalen, A. M., & Arsky, G. H. (2012). *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Freil, M., Nielsen, M. A., Biltz, C., Gut, R., Mikkelsen, B. E., & Almdal, T. (2006). Reorganization of a hospital catering system increases food intake in patients with inadequate intake. *Scandinavian Journal of Food & Nutrition*, 50(2), 83-88. doi: 10.1080/17482970600743186

Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Gaskill, D., Isenring, E. A., Black, L. J., Hassall, S., & Bauer, J. D. (2009). MAINTAINING NUTRITION IN AGED CARE RESIDENTS WITH A TRAIN-THE-TRAINER INTERVENTION AND NUTRITION COORDINATOR. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 913-917.
- Gastmans, C. (1998). Meals in Nursing Homes: An Ethical Appraisal. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(4), 231-237. doi: 10.1080/02839319850162841
- Glasdam, S., Appel Esbensen, B., & Andersen-Ranberg, K. (2009). *Gerontologi: livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck ; Dansk sygeplejeråd.
- Greene, B., Sarah , Kayser-Jones, J., & Bell, P., Julie. (2000). Malnutrition and dehydration in nursing homes: Key issues in prevention and treatment.
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2000/Jul/Malnutrition%20and%20Dehydration%20in%20Nursing%20Homes%20%20Key%20Issues%20in%20Prevention%20and%20Treatment/burger_mal_386%20pdf.pdf
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringene med utskrivingsklare pasienter? *Foeskning*(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053
- Gunnarsson, A., Lönn, K., & Gunningberg, L. (2009). Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation? *J Clin Nurs*, 18(9), 1325-1333. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02673.x
- Gustafsson, K., Andersson, J., Andersson, I., Nydahl, M., Sjöden, P.-O., & Sidenvall, B. (2002). Associations between perceived cooking ability, dietary intake and meal patterns among older women. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 46(1), 31-39. doi: 10.1080/110264802753704109
- Gustafsson, K., Ekblad, J., & Sidenvall, B. (2005). Older women and dietary advice: occurrence, comprehension and compliance. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18(6), 453-460. doi: 10.1111/j.1365-277X.2005.00652.x

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hartwell, H. J., Shepherd, P. A., & Edwards, J. S. A. (2013). Effects of a hospital ward eating environment on patients' mealtime experience: A pilot study. *Nutrition & Dietetics*, 70(4), 332-338. doi: 10.1111/1747-0080.12042

Helse-og-omsorgsdepartementet. (2003). *FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie-og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19 november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13 desember 1991 nr 81 om sosiale tjenester m.v.*

Helse-og-omsorgsdepartementet. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg, verdighetsgarantien. Retrieved 09.09.2012, from http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655

Helse-og-omsorgsdepartementet. (2011). *Lov 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).*

Hemmer, E., Askim, M., Lynum, L., Karlsen, H., Nordeng, A., & Nybraaten, G. (2001). *Næringsmiddellære: råstoff, produksjon og ferdigvarer : næringsmiddelteknikk - teknisk fagskole*. Oslo: Yrkeslitteratur.

Hickson, M., Fearnley, L., Thomas, J., & Evans, S. (2007). Does a new steam meal catering system meet patient requirements in hospital? *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 20(5), 476-485. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00817.x

Hjemås, G. o. V., B. (2011). På randen av samhandling. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling>

Holst, M., & Rasmussen, H. H. (2013). Nutrition Therapy in the Transition between Hospital and Home: An Investigation of Barriers. *Journal of Nutrition & Metabolism*, 1-8. doi: 10.1155/2013/463751

- Horio, T. (2000). Effects of Various Taste Stimuli on Heart Rate in Humans. *Chemical Senses*, 25(2), 149.
- Imsen, G. (2006). *Elevens verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansson, L., Sidenvall, B., Malmberg, B., & Christensson, L. (2009). WHO WILL BECOME MALNOURISHED? A PROSPECTIVE STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION IN OLDER PERSONS LIVING AT HOME. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 855-861.
- Johnson, M. A., & Fischer, J. G. (2004). Eating and appetite: common problems and practical remedies. *Generations*, 28(3), 11-17.
- Kee, C. C. (1990). Sensory impairment: factor X in providing nursing care to the older adult. *Journal of Community Health Nursing*, 7(1), 45-52.
- Kim, G.-T., Koo, K.-M., Paik, H.-D., Lyu, E. S., & Lee, D. S. (2002). Sous vide processing of seasoned spinach soup. *Food Service Technology*, 2(3), 131-138. doi: 10.1046/j.1471-5740.2002.00041.x
- Kleiveland, J. (2006). *Arbeidsbok om bruk av HACCP-metoden: implementering av HACCP-metodikken som en læringsprosess* (Vol. nr 3/2005). Lillestrøm: Høgskolen.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kyoung-Mo Koo, H. L., Eun Soon Lyu, H. L., Kim, J. C., Dong Sun, L., & Hyun-Dong Paik, J. C. (2003). Quality changes during the storage of sous vide processed soybean sprouts soup. *Food Service Technology*, 3(3/4), 107-112.
- Lassen, K. O., Grinderslev, E., & Nyholm, R. (2008). Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *BMC Health Services Research*, 8, 168-168. doi: 10.1186/1472-6963-8-168

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- McErlain, L., Marson, H., Ainsworth, P., & Burnett, S.-A. (2001). Ascorbic acid loss in vegetables: adequacy of a hospital cook–chill system. *International Journal of Food Sciences & Nutrition*, 52(3), 205-211.
- Merrell, J., Philpin, S., Warring, J., Hobby, D., & Gregory, V. (2012). Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. *Health & Social Care in the Community*, 20(2), 208-215. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01033.x
- Mikkelsen, B. E., Beck, A. M., & Lassen, A. (2007). Do recommendations for institutional food service result in better food service? A study of compliance in Danish hospitals and nursing homes from 1995 to 2002–2003. *Eur J Clin Nutr*, 61(1), 129-134. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602488
- Mitchell, H. (1999). Nutrition audit at a community hospital. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 12(5), 425-432. doi: 10.1046/j.1365-277X.1999.00184.x
- Morgan, D. L., & Spanish, M. T. (1984). Focus Groups: A New Tool for Qualitative Research. *Qualitative Sociology*, 7(3), 253.
- Mowé, M. (2002). Behandling av underernæring hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 8(122).

- Nilsen, S. R. (2013). *Når samhandling kreves: et helsevesen i endring krever ny kompetanse* (Vol. 2013:17). Halden: Høgskolen i Østfold.
- O'Leary, F., Flood, V. M., Petocz, P., Allman-Farinelli, M., & Samman, S. (2011). B vitamin status, dietary intake and length of stay in a sample of elderly rehabilitation patients. *Journal of Nutrition, Health & Aging, 15*(6), 485-489. doi: 10.1007/s12603-010-0330-4
- Orvik, A., Larun, L., Berland, A., & Ringsberg, K. C. (2013). Situational Factors in Focus Group Studies: A Systematic Review. *International Journal of Qualitative Methods, 12*(1), 338-358.
- Otterstad, H. K. (2013). Dansk samhandling. *Sykepleien*(12), 53-55. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0117
- Racho, C. (2010). Trends in foodservice: Quality control, resident satisfaction are cornerstones of successful foodservice. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional, 59*(9), 34-36.
- Rawson, N. E. (2003). Age-related changes in perception of flavor and aroma. *Generations, 27*(1), 20-26.
- Rodgers, S. (2006). Deriving Strategic Advantages from Extended Shelf-Life Foods in the Hospitality Sector. *Journal of Culinary Science & Technology, 5*(2/3), 111-129.
- Rosef, O., & Rosef, L. (2005). *Helse- og miljø-mikrobiologi*. Rådal: Fenris.
- Roux, S., Courel, M., Ait-Ameur, L., Birlouez-Aragon, I., & Pain, J.-P. (2009). Kinetics of Maillard reactions in model infant formula during UHT treatment using a static batch ohmic heater. *Cinétique des réactions de Maillard dans une formule infantile modèle au cours d'un traitement UHT dans un réacteur discontinu statique à chauffage ohmique.*, *89*(3/4), 349-362. doi: 10.1051/dst/2009015

- Rugås, L. (2003). Underernæring er vanlig på sykehjem. *Tidsskriftet Sykepleien*, 6., 34-37.
- Schenker, S. (2001). Better hospital food. *Nutrition Bulletin*, 26(3), 195-196. doi: 10.1046/j.1467-3010.2001.00135.x
- Schiffman, S. S., & Graham, B. G. (2000). Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *Eur J Clin Nutr*, 54 Suppl 3, S54-S63.
- Shepherd, G. M. (2006). Smell images and the flavour system in the human brain. *Nature*, 444(7117), 316-321. doi: 10.1038/nature05405
- Sidenvall, B. (1999). Meal procedures in institutions for elderly people: a theoretical interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 319-328. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01082.x
- Sidenvall, B., Fjellström, C., & Ek, A. C. (1994). The meal situation in geriatric care-- intentions and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 613-621.
- Silverman, D. (Ed.). (2004). *Qualitative research: theory, method and practice*. London: Sage.
- Skjegstad, G. (2004). *Kok-kjøll og sous vide: produksjonsmetoder i storkjøkken* (Vol. nr 7/2004). Lillestrøm: Høgskolen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Næring for god v rd och omsorg. En vägledning f r att f rebygga och behandla underernæring*.
- Sortland, K. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikk*e. Bergen: Fagbokforl.
- Statistisk-sentralbyrå. (2013a). Pleie- og omsorgstenester, 2012, førebelse tal.
- Statistisk-sentralbyrå. (2013b). Pleie- og omsorgstenester, 2012, førebelse tal. from <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-forelopige/2013-07-01?fane=tabell&sort=nummer&tabell=126498>

- Sydner, Y. M., Sidenvall, B., Fjellström, C., Raats, M., & Lumbers, M. (2007). Food Habits and Foodwork. *Food, Culture & Society*, 10(3), 367-387.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thommessen, M., & Krogh, L. v. (2001). *Ernæringsleksikon*. [Oslo]: NKS forl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torgersen, G.-E., Melbye, P. E., & Lodgaard, E. A. L. S. (2001). *Voksenpedagogikk i kompetansesamfunnet*. Skarnes: Compendius.
- Uçar, A., Çakiroğlu, F. P., & Çetin, M. (2009). DETERMINATION OF HOSPITAL PERSONNEL SATISFACTION FROM CATERING SERVICES. *HASTANE PERSONELININ YIYECEK HIZMETLERINDEN MEMNUNİYETİNİN BELIRLENMESİ*, 4(4), 422-432.
- Vasset, F. (2013). Bedre helsetjenester i kommunen. *Sykepleien*(10), 58-60. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0098
- Wen-Hwa, K. O. (2009). Foodservice Satisfaction for Work-Sector Meals: A Model Based on Food Variety, Sensory Feeling, and Quality Perception. *Journal of Culinary Science & Technology*, 7(2/3), 132-151. doi: 10.1080/15428050903313440
- Wilhelmsen, E., Knott, F., & Dahl, S. E. (2005). *Statens ernæringsråds retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*. [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Wilson, A., Evans, S., & Frost, G. (2000). A comparison of the amount of food served and consumed according to meal service system. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 13(4), 271-275.

Wong, S., Graham, A., Green, D., Hirani, S. P., Grimble, G., & Forbes, A. (2012). Meal provision in a UK National Spinal Injury Centre: a qualitative audit of service users and stakeholders. *Spinal Cord*, 50(10), 772-777. doi: 10.1038/sc.2012.43

Woodhouse, M. (2006). Making a New Home: The Importance of a Home-Like Setting in Nursing Homes. *Sociological Viewpoints*, 22, 103-110.

Zanandrea, V., Philippe, Cesari, M., Vellas, B., & Rolland, Y. (2013). Obesity and nursing home: A review and an update. *Clinical Nutrition*, 32(5), 679-685. doi: 10.1016/j.clnu.2013.05.008

Vedlegg

Vedlegg 1.

Intervjuguide.

Problemstilling:

Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at deres mulighet er til å gi individuelt tilpasset kosthold er på sykehjem som har eget storkjøkken kontra sykehjem som får maten levert fra eksternt storkjøkken?

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker kjøkkenmodellen muligheten for helsepersonell til å ta hensyn til beboerens matpreferanser?
2. Hvordan opplever helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker muligheten de har til å tilby spesialkost?
3. Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker matens smak og utseende?

Spørsmål.	Oppfølgingsspørsmål.	Notater
Innledning.		
Jeg forteller om prosjektet, informert samtykke underskrives og deltakerne presenterer seg.	Litt om prosjektet. Litt om meg. Informert samtykke. Hvordan blir data lagret, hvem har tilgang. Det er lov å trekke seg underveis.	
1. Hvordan påvirker kjøkkenmodellen muligheten for helsepersonell til å ta hensyn til beboerens matpreferanser?		
<ul style="list-style-type: none"> • Kan dere si noe om hva slags mulighet 	Kan dere si mer om....	

<p>dere har til å tilby ønskekost til beboerne på sykehjemmet?</p>	<p>Hemmende/fremmende faktorer.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hva slags mulighet opplever dere at dere har til å tilby mat som er tilpasset beboerens kultur og religion? 	<p>Hva hemmer og hva fremmer?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Opplever dere at beboeren selv kan 	<p>Hva mener dere påvirker beboerens mulighet til selv å</p>	

bestemme når han eller hun skal spise?	bestemme når han eller hun skal spise?	
<ul style="list-style-type: none">• Spiser beboerne godt?	<p>Hva mener dere kan være med å hemme eller fremme beboernes matinntak?</p> <p>Tror dere maten kan påvirke appetitten? Hvorfor/hvorfor ikke?</p>	

2. Hvordan opplever helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker muligheten de har til å tilby spesialkost?		
<ul style="list-style-type: none"> Hvordan opplever dere at muligheten er til å tilby spesialkost på sykehjemmet? 	<p>Tar det lang tid å tilby spesialkost?</p> <p>Har dere mulighet til å tilby alle dietter?</p> <p>Hva opplever dere kan påvirke muligheten til å tilby spesialkost?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Har dere mulighet til å tilpasse kostholdet 	Med tanke på å få dekket den enkeltes behov for	

<p>til den enkelte beboers næringsbehov?</p>	<p>næringsstoffer?</p> <p>Energibehov. (porsjonsstørrelser).</p> <p>Vitaminer, mineraler og sporstoffer.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Opplever dere at beboerne får dekket sine ernæringsmessige behov gjennom maten? 	<p>Hva mener dere hemmer og fremmer beboernes næringsinntak?</p> <p>Opplever dere at maten holder god nok</p>	

	ernæringsmessig kvalitet?	
<ul style="list-style-type: none"> • Opplever dere at dere har nødvendig tilgang til det som behøves for å næringsberike kosten? 	<p>(Hva brukes)?</p> <p>Næringsmidler/beriking</p> <p>Utstyr til å tilpasse konsistens.</p>	
<p>3. Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker matens smak og utseende?</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Kan dere tilpasse smaken på maten før den serveres til beboerne? 	<p>Har dere mulighet til å smake på maten og endre smaken etter beboerens ønsker?</p> <p>Hva brukes eventuelt?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan opplever dere at beboerne syns at maten smaker og ser ut? 	<p>Hva slags tilbakemeldinger får dere?</p> <p>Mener dere at matens smak og utseende kan påvirke beboerens matlyst?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Er dere stolte over maten dere serverer? 	<p>Syns dere den ser delikat ut og smaker bra?</p> <p>Har dere mulighet til å smake på maten før servering?</p>	

Er det noe vi har glemt å ta med som dere synes er viktig?		
<ul style="list-style-type: none">• Avslutning, oppsummering.		

Vedlegg 2.



Kjære.....

Jeg heter Sissel Steinsland og er masterstudent i Samfunnsnæring ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg har en bachelorgrad som yrkesfaglærer i restaurant og matfag, og en etterutdanning i sosialpedagogikk. Jeg har også fagbrev som institusjonskokk, og har arbeidet ca. 12 år som kokk i sykehjem.

Dette brevet er en forespørsel til sykehjemmet om å delta i mastergradstudiet: «Lokalt storkjøkken på sykehjem eller maten levert fra eksternt storkjøkken. Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at kjøkkenmodellen påvirker deres mulighet til å tilby beboere i sykehjemmet et individuelt tilpasset kosthold?»?

De senere år har flere og flere sykehjem gått bort fra lokalt storkjøkken på stedet og gått over til å servere mat som er levert fra eksternt storkjøkken. Man har sett at en individentsentrert modell kan ha positiv effekt på eldre personers næringsinntak, og formålet med studien er å finne ut hvordan kjøkkenmodellen på sykehjem påvirker helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold.

Jeg har en spesiell interesse for eldre og kosthold, og vil gjennom min masteroppgave finne ut hvordan kjøkkenmodellen på stedet påvirker helsepersonells mulighet til å gi beboerne et individuelt tilpasset kosthold. Jeg ønsker å gruppe intervju helsepersonell for å samle inn data til studien. Med helsepersonell mener jeg sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og andre med helsefaglig utdanning som arbeider på stedet.

Metoden for datainnsamlingen vil være fokusgruppeintervjuer, et fokusgruppeintervju er en form for gruppediskusjon som egner seg spesielt godt når man ønsker å få mer kunnskap om erfaringer, opplevelser og holdninger. Fokusgruppeintervjuet vil bli styrt av en moderator. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet som senere transkriberes om til tekst. Tekstene fra fokusgruppeintervjuene vil bli presentert i en masteroppgave. Alle deltakerne vil bli sikret anonymitet og konfidensialitet, datamaterialet vil være avidentifisert. Når resultatene publiseres vil det ikke være mulig å identifisere hverken deltakere eller sykehjem i resultatet når masteroppgaven er ferdig. Det vil kun være masterstudenten og veilederne som vil ha tilgang til dataene som samles inn. Veiledere i denne studien er: Helene Dahl Eide, Stipendiat ved Akershus Universitetssykehus/ Institutt for helse, ernæring og ledelse ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Kjersti Sortland Førstelektor ved Institutt

for helse, ernæring og ledelse ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Dataene fra studien vil slettes så snart resultatet fra studien er publisert. Deltakelse i studien er frivillig og deltakerne vil få beskjed om at de kan trekke seg når det måtte ønske uten at det får negative konsekvenser for dem. De må også skrive under på skriftlig informert samtykke for å kunne delta. Fokusgruppene vil foregå i desember 2012 og januar og februar 2013 og vil vare i ca. 1 time.

Det blir sendt ut brev til flere sykehjem med forespørsel om å delta i studien, deretter vil jeg ta kontakt med de aktuelle sykehjemmene 1-2 uker etter at dere har mottatt brevet. Jeg håper på positiv respons og at deres sykehjem ønsker å delta.

Med vennlig hilsen

Sissel Steinsland

Snertingdalsvegen 456

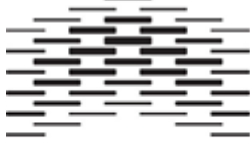
2836 Biri

Telefon: 930 57 765

E-post: s260628@stud.hioa.no

Dersom dere har spørsmål angående studien er dere hjertelig velkommen til å ta kontakt med meg.

Vedlegg 3



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Informasjonsskriv om mastergradsprosjektet:

«Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at deres mulighet til å gi individuelt tilpasset kosthold er på sykehjem som har eget kjøkken kontra sykehjem som får levert maten fra eksternt kjøkken?»

Bakgrunn og hensikt

Dette mastergradsprosjektet har til hensikt å få økt kunnskap om hvordan kjøkkenmodellen og matleveringssystemene ved sykehjem påvirker helsepersonells mulighet til å tilby pasienter ved somatiske langtids og korttidsavdelinger et individuelt tilpasset kosthold. Det finnes få studier som fokuserer på hvordan kjøkkenmodellen påvirker helsepersonells mulighet til å tilby kosthold tilpasset den enkelte beboer. Denne studien vil derfor kunne tilføre ny kunnskap.

Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp med en digital diktafon og transkribert om til tekst og deretter analysert. Resultatene og dataene presenteres som forskning i en mastergradsoppgave. Alt datamaterialet vil være aidentifisert og din konfidensialitet og anonymitet vil bli ivaretatt gjennom hele prosessen. Kun mastergradsstudenten og veilederne vil ha tilgang til dataene som blir innhentet. Når studien blir publisert vil alt datamaterialet slettes.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, det vil bli innhentet skriftlig informert samtykke og du kan når som helst trekke deg fra studien uten at det medfører noen konsekvenser for deg.

Som deltaker i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du har også rett til å korrigere eventuelle feil i opplysningene. Du har også rett til å få informasjon om utfallet eller resultatene av studien. Du kan når som helst ta kontakt om du har spørsmål om studien. Dersom du velger å trekke deg fra studien kan du kreve å få slettet innsamlede data med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser.

Prosjektansvarlig og veiledere har ingen økonomisk vinning i til prosjektet. Veiledere i prosjektet er Kjersti Sortland førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Helene Dahl Eide doktorgradsstipendiat ved Akershus universitetssykehus.

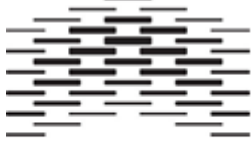
Har du spørsmål om studien eller deltakelse ta kontakt med Masterstudent Sissel Steinsland: Tlf: 93057765, e-post: s260628@stud.hioa.no

Med vennlig hilsen

Sissel Steinsland

Masterstudent

Vedlegg 4



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

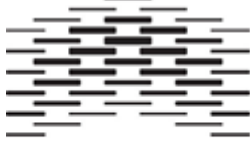
Nr

Spørsmål til fokusgruppedeltakere i masterprosjektet «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at muligheten deres er til å tilby beboerne i sykehjem et individuelt tilpasset mattilbud avhengig av om det er kjøkken på stedet eller de får maten levert fra eksternt kjøkken»?

1. Alder (skriv inn)	
2. Kjønn (kryss av)	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann
3. Profesjon (Kryss av)	<input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Hjelpepleier/omsorgsarbeider/ Helsefagarbeider <input type="checkbox"/> Annet (skriv inn)
4. Hvor lenge har du arbeidet i helsevesenet? (skriv inn)	
5. Hvor lenge har du arbeidet der du arbeider nå? (skriv inn)	
6. Hva slags matleveringssystemer ved sykehjem der du arbeider/har arbeidet tidligere har du erfaring fra? (sett kryss)	<input type="checkbox"/> Storkjøkken på sykehjemmet <input type="checkbox"/> Mat levert fra eksternt storkjøkken <input type="checkbox"/> Begge matleveringssystemer

	<input type="checkbox"/> Annet (skriv inn)
7. Hva slags matleveringssystem er det på sykehjemmet der du arbeider nå?	<input type="checkbox"/> Storkjøkken på sykehjemmet <input type="checkbox"/> Mat levert fra eksternt storkjøkken

Vedlegg 5



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Skriftlig informert samtykke

Til helsepersonell som har takket ja til å være fokusgruppedeltakere i studien «Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at deres mulighet er til å gi individuelt tilpasset kosthold er på sykehjem som har eget storkjøkken kontra sykehjem som får maten levert fra eksternt storkjøkken»?

Hensikten med denne masterstudien er å få økt kunnskap om hvordan kjøkkenmodellen på sykehjem påvirker helsepersonells mulighet til å gi beboere i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold.

Når du sier deg villig til å være deltaker må du undertegne dette *skriftlig informert samtykke*. Din signatur av samtykkeerklæringen betraktes som ditt samtykke.

Gjennom innlevering av samtykkeerklæringen bekrefter du:

- Jeg har mottatt og lest informasjon om studien i dette masterprosjektet, og er kjent med forskningens hensikt.
- Jeg er informert om at det å være deltaker er frivillig, og at jeg kan trekke meg når som helst om jeg måtte ønske det, uten at dette vil medføre noen uheldige konsekvenser for meg. Jeg vet at hvis jeg trekker meg, så vil alt datamaterialet jeg har gitt fra meg umiddelbart bli makulert, og ikke benyttet i forskningen.
- Jeg er innforstått med at min anonymitet og konfidensialitet er sikret i behandlingen av datamaterialet som samles inn under fokusgruppeintervjuene.

På bakgrunn av den informasjonen jeg har fått om studien sier jeg meg villig til å delta.

Yrkestittel:

Navn (blokkbokstaver):

Dato/ sted:..... Signatur:

Vedlegg 6

NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Kjersti Sortland
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 12.10.2012

Vår ref:31781 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31781	<i>Hvordan opplever og erfarer helsepersonell at type matleveringssystem påvirker deres mulighet til å gi pasienter i sykehjem et individuelt tilpasset kosthold</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kjersti Sortland
Student	Sissel Steinsland

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

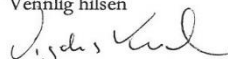
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/forsk_stud/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, 01.08.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Sissel Steinsland, Snertingdalsvegen 456, 2836 BIRI

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. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Vedlegg 7 analysetabeller

Kok-kjøp metoden				
Ønskekost				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Middagen er laget en uke i forkant, så den er ikke å få rikket på».		Maten er ferdigprodusert lenge før den serveres, det kan hemme spontane matvalg.	Produksjonsrutiner på eget kjøkken	Organisering
«Med steikt flekk, ja. Blodklubb. Og det har vi sendt melding ned til. Det har vi fått svar at det har de ikke mulighet til, rett og slett på grunn av bemanning å lage».		Bemanningen på kjøkkenet kan avgjøre hva slags retter som er mulig å tilby.	Bemanning på kjøkken	Ressurser
«Vi har jo, vi fikk jo saltsupper til dessert her, det er jo ikke våre beboere vant med. Og helst søtt etterpå ja. Suppe har vi jo gått bort fra det».		Det ser ut som det er begrenset hva som går an å bestille fra eksternt produksjonskjøkken.	Bestillingsutvalg fra eksternt kjøkken	Fleksibilitet
	«Det har vi fått endret, så nå er det saltsuppe en gang i uka til middag. Så kjøper vi faktisk desserten selv, altså den kommer ikke fra leverandøren, for de kan ikke levere den desserten vi vil».	Å ha mulighet til å lage enkelte retter selv i kantina på sykehjemmet gjør det lettere å tilby mat som eksternt leverandør ikke kan levere.	Å kunne lage noe selv	Organisering
	«Vi har god mulighet til å bestille ekstra porsjoner også, og dessuten tror jeg vi får ekstra porsjoner også». «Som ekstramat.» «Som ekstra som vi har på lur i kjøleskapet.»	Det er mulig å bestille enkeltporsjoner av maten fra eksternt kjøkken, da er det mulig å varme opp mat til dem som vil spise senere, og å finne noe annet til dem som ikke ønsker dagens middag.	Bestillingsutvalg fra eksternt kjøkken	Fleksibilitet

Kok-server metoden				
Ønskekost				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
	«Og så er det alltid i utgangspunktet to middager».	De har eget kjøkken som tilbyr to varmretter til middag hver dag.	Flere valg til beboeren	Fleksibilitet
	«På lørdag er det grøt og lapskaus, og da er det ei som nesten ombestemmer seg annenhver lørdag. Så vil hun ha lapskaus, og så grøt så hun får faktisk begge deler».	I noen tilfeller kan de servere to retter til en person så får vedkommende bestemme hva hun/han vil spise når maten serveres.	Flere valg til beboeren	Fleksibilitet
	«Men å bake knekkebrød selv, det skal vi begynne med utover. Det er verdens enklest ting og gjøre, det er så enkelt så. Så har vi jo så fancy ovner at vi steiker på langpanneplater og bare knekker opp. Det er jo ikke noe problem i det hele tatt i grunnen».	Kjøkkenet er godt utstyrt slik at det er mulig å utvikle nye retter etter beboernes ønsker.	Å ha tilgang på utstyr til å lage forskjellige ting	Ressurser
	«Og her er det, kanskje den lørdagsretten, den er noe jeg har tenkt på da. Og her er det disse ønskene deres kommer inn sant. For lørdagsretten, der er det rom for at vi på en måte kan være litt forskjellige».	Her blir det lagt vekt på at de ulike avdelingene kan komme med forskjellige ønsker til kjøkkenet om hva de ønsker seg som lørdagsrett.	Å kunne ønske ulikt til ulike avdelinger	Fleksibilitet
	«Hvis dere vil bestille pizza nede fra der på en lørdag, hvorfor ikke? Ja, det mener jeg.	Å kunne bestille takeaway til dem som ønsker det.	Å kunne kjøpe mat fra eksterne leverandører.	Fleksibilitet

Kok-kjøp metoden

Spesialkost og næringstett kost				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Vist vi vet at det kommer pasienter inn her og vi vet de har spesielle behov så legger de det inn, er det 14 dager før de må vite det før det trer i kraft?»		Å få spesialkost inn i system fra ekstern leverandør tar lang tid.	Leveringstid fra ekstern leverandør	Organisering
«De må vite det i forkant i forhold til bestilling».				Organisering
«Og nå er det mye ferdigprodukter som blir spedd ut i vann og putta litt fløte og smør i. Standarden på maten generelt syns jeg har blitt dårligere».		Det blir brukt mye halvfabrikata under produksjonen av kok-kjøp mat på dette stedet. Det berikes med litt fløte og smør.	Kvalitet på maten	Ressurser
	«Ja, hun løper på butikken, hun er kjempeflink. Braser og hun lager, blomkålsuppe uten klumper og til slagpasienter. Hun er kjempeflink».	Å ha en person som kan lage mat ved behov gjør at det er mulig å tilpasse til den enkelte beboer selv om middagen kommer fra ekstern leverandør.	Bemanning på sykehjemmet	Organisering
	«Men vi har alle hjelpemidler for å berike, både oljer, pulver og kremfløte og kremdott».	Tilgang til næringsmidler på avdelingene gjør det lettere å næringsberike maten der og da.	Tilgjengelige råvarer på avdelingene	Organisering
	«Smør, ikke lettprodukter, det har vi slutta helt med».	Bevissthet rundt hva slags matvarer som er energirike.	Kunnskaper hos helsepersonell	Holdninger
	«Moset mat som vi bestiller, bestiller vi jo beriket».	Å ha mulighet til å bestille beriket findelt mat fra ekstern leverandør.	Bestillingsutvalg fra ekstern leverandør	Organisering

Kok-server metoden

Spesialkost og næringstett kost				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Vist alle sammen skal ha sin på en måte spesielle ting og komme med sine ønsker da kommer vi til å ha fryktelig mye varer på lager nedi her liksom. Og det går jo ikke».		Lagerkapasiteten på kjøkkenet kan gjøre at det er vanskelig å ha veldig mange ulike råvarer på lager.	Lagerkapasitet på kjøkken	Ressurser
«Det som kanskje er litt vanskelig er vist vi får, vi går ut fra at det er tilrettelagt når vi får inn maten og så står vi i problemet midt under middagen, og når vi går til kjøkkenet så er det kanskje litt vanskelig å finne noen gode alternativer da».		Informantene tror at maten som kommer er tilpasset sykdommer som for eksempel diabetes, men så er den ikke det allikevel. Da kan det være vanskelig å få noe på kort varsel.	Ulike meninger mellom helsepersonell og kjøkkenpersonell om hva som er et riktig kosthold for en gruppe mennesker	Holdninger.
	«Vi lager jo en del sånt selv, og når vi har egg i kjøleskapet og vi har suppeposer og vi har fløte og vi lager til».	Å ha tilgang på råvarer til å næringsberike med.	Tilgjengelige råvarer	Ressurser
	«Det er en slik ernæringsdrikk de lager på kjøkkenet».	Kjøkkenet har egne oppskrifter på næringsdrikk som de lager.	Kan bestille næringsdrikk fra kjøkken	Organisering
	«Vi lager smoothie selv. Og så bruker vi fløte, tilsetter kremfløte, ja, det som vi ser de trenger».	Helsepersonellet har mulighet til selv å lage næringsdrikker på avdelingen.	Kan lage næringsdrikker selv	Organisering

Kok-kjøøl metoden

Sensorisk kvalitet smak				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Vi serverer det som det er ferdig med krydder og sånt».		Informantene gjør ikke noe for å endre eller justere smaken på maten	Å vite hvordan maten smaker	Holdning
«Ved bordet ja, pepper og salt».		De har begrenset med smaksstoffer til å justere smaken med	Smakstilpasning av mat	Ressurser
«Om vi da smaker på den, men vi skal ikke gjøre det».		Informantene har ikke lov til å smake på maten før servering.	Økonomiske ressurser	Ressurser
	«Vi har saltet, og vi har fløte og sånt i supper».	Å kunne tilsette smaksbærere i maten for å gjøre den mer smaksrik.	Smakstilpasning av mat.	Ressurser
	«Og vist vi gjør sånn som vi skal med maten, og lager smakstilsetning så vil jeg stort sett si jeg er fornøyd».	Å kunne gjøre slik de skal med maten slik at den blir best mulig på smak ved servering.	Smakstilpasning av mat.	Holdning
	«Vi er egentlig mer fornøyd med det vi ordner selv».	Informantene er mer fornøyd med maten de lager selv på avdelingene enn med maten som kommer fra eget storkjøkken der den produseres etter kok-kjøøl metoden.	Tilfredshet med maten.	Holdning

Kok-server metoden

Sensorisk kvalitet smak				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«De smører skivene om morgenen, og de smører, nei, jeg vet ikke... De står i kjøleskapet, så kommer de kjerne kalde fra kjøleskapet og da blir det...».		Tidspunktet når maten blir produsert, og hvordan den oppbevares kan påvirke smaken ved servering.	Produksjonstidspunkt	Organisering
«Vi har jo ikke det ferske brødet».		Hvor ofte det blir levert varer, kan påvirke kvaliteten.	Varelevering	Organisering
«Vi skal jo ikke smake på den da». «Nei, det blir for dyrt».		Kulturen i mange institusjoner er at helsepersonell ikke skal smake på maten fordi det blir for dyrt.	Økonomi	Ressurser
«Men da må vi jo be om å få opp ekstra, da må vi nesten be om å få opp en tallerken, for vi kan da ikke ta en skje og spise av deres mat».		Serveringsmetoden kan hemme muligheten til å smake på maten, mat som legges på asjett av kjøkkenpersonalet gjør at det kan være vanskelig å smake på maten.	Serveringsmetode	Organisering
	«Brunost som blir lagt på brødet like før du får brødskiva er mye bedre».	Tidspunktet når brødskiver blir smurt kan påvirke hvordan de smaker.	Produksjonstidspunkt	Organisering
	«Vi har salt og pepper». «Sukker har vi og». «Og kanel».	Tilgang på matvarer til å justere smak med gjør det lettere å tilpasse smaken på maten til beboerne	Tilgang på smaksstoffer	Ressurser

Kok-kjøøl				
Sensorisk kvalitet konsistens				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Nei, ofte klager de på at grønnsakene ikke er ordentlig kokt. Og så var det her om dagen, og da var ertene for harde og maten for salt. At det ikke var mer enn 4-5 stykker oppe hos oss som spiste suppe».		Maten som produseres etter sous-vide metoden kan noen ganger oppleves underkokt.	Feil konsistens på maten	Produksjonsmetode
«De får ikke mat med steikeskorpe, alt er dampa».		Begrenset mulighet til variasjon i tilberedningsmetoder ved sous-vide produsert mat.	Lite variasjon i tilberedningsmetoder	Produksjonsmetode
	«Det er vel det som for, alt ble lagt inni samtidig sant, vi hadde ikke tid til dette». Men når vi fulgte oppskriften sant, og hun nede på kjøkkenet, hun er flink til å komme og vise oss. Så tar hun opp og viser oss hvordan fisken skal se ut, og potetene. Det er viktig at vi følger det».	Å lære seg å slutttilberede ulike matvarer riktig og ikke putte alt i samme ovn på samme temperatur. Å ha et menneske som kan gi opplæring til helsepersonell slik at de kan slutttilberede maten på best mulig måte.	Opplæring av personale	Organisering
	«Ja, det er veldig greit at vi kan hjelpe hverandre på det, at vi får den steikte fisken, at vi får den crispy og sånn».	Samarbeid mellom avdelinger slik at utstyret kan brukes på mest mulig optimal måte.	Samarbeid mellom avdelinger	Organisering

Kok-server metoden

Sensorisk kvalitet konsistens				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
	«For det ser jo litt finere ut når det ligger på asjett, og så tok vi og moste den og sånn».	Her viser de maten til beboeren før den findeles slik at beboeren skal se og vite hva som blir servert.	La beboeren se hva som serveres	Holdninger
	«Stavmiksere er det jo rundt på de fleste teamene». Så har vi mulighet lager vi moset konsistens utenom kjøkkenet og».	Å ha utstyr tilgjengelig for å endre konsistens på maten på avdelingene.	Utstyr	Ressurser

Kok-kjøøl metoden

Sensorisk kvalitet lukt				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«En annen ting til, når det kom opp mat som når på en måte serverte mat fra avdelingskjøkkenet ble det en helst annen matlukt enn når du drar opp de bakkene».		Her snakker de om hvordan det var før når de hadde kjøkken som produserte mat etter kok-server metoden, at det var mye mer matlukt på huset da.	Matlukt på avdelingene	Produksjonsmetode
«Tenk hvor deilig det hadde vært om de på kjøkkenet kom opp med tralla, letta litt på lokka».				
«Sånn som før ja».				
«Før så var det jo naturlig at de fikk steikt flekk, drev hele dagen og steikte stekt flekk».				
	«Flinke i desember, vi bakte julebrød». «Og det lukter godt, men det er ikke alltid det er så vellykket det som er bakt som kommer	De har mulighet til å bake på avdelingene for å få god lukt. Det gjøres ikke alltid, og bakverket blir heller ikke alltid spist, men det gir god lukt.	Å kunne lage mat på avdelingene	Organisering

Kok-server metoden

Sensorisk kvalitet lukt				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Det lukter mugg rett og slett av skivene, og det har det gjort i alle år. Og de er tørre og de krøller seg, nei dette er dårlig»!		Brødskiver som er smurt lang tid før de serveres og oppbevares i kjøleskap lukter ikke godt i følge en informant.	Tidspunkt for produksjon av mat	Organisering
	«Men det som jeg kjenner sånn som onsdager, for da har vi litt sånn god middag her. For da er det, da serverer vi nede på dagsenteret også, i tillegg til at vi har matservering i kommunen. Og da, du kjenner lukten gjerne, og da når de har raspeballer med godt kjøtt, du kjenner jo lukten i gangen».	En dag i uka lages ekstra god mat på storkjøkkenet. Da kommer det folk utenfra som skal spise.	Hva som blir produsert	Produksjonsmetode
	«Det lukter jo som regel alltid godt av middagen, at når de sitter rundt bordet så blir du sulten av lukten».	Nylaget mat som serveres lukter godt og skaper forventning til måltidet.	Nylaget mat lukter godt	Produksjonsmetode

Kok-kjøøl metoden				
Sensorisk kvalitet utseende				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«Vakuumpakkede poteter er ofte stygge syns jeg». «Det er at det er sånn brunt».		Lang lagringstid fra produksjon til slutttilberedning kan føre til at poteter blir misfargete.	Lagring av mat	Organisering
«Og vi klipper opp poser, og vi drar av plastikken og har over i andre ting». Jeg veit ikke, jeg reagerer jo på det selv da liksom. Å denne plastikkposematen».		Begge sykehjemmene som serverte mat etter kok-kjøøl metoden hadde negative assosiasjoner til dette med mat som kom i plastemballasje, de forsøkte å skjule platen for beboerne slik at de ikke skulle tenke på at maten kom fra den plastposen der borte.	Slutttilberedning av mat	Holdninger
«Og jeg tenker på, ja, få det i skåler og sånt. Få vekk plastikk, og disse begrene, vekk i søppelet med det. Så en faktisk slipper å tenke på at det faktisk kom ut av den posen der borte.				
	«Og vi pynter og vi pynter, legger opp».	Informantene pynter maten på avdelingene før servering.	Mulighet til å pynte mat på avdelingene	Organisering

Kok-server metoden				
Sensorisk kvalitet utseende				
Hemmer	Fremmer		Kode	Kategori
«De spiser det de får, og ser vist vi pynter litt på brødiskivene med agurk og paprika så ofte så blir det et problem for dem, det blir i veien».		Her tilpasser de maten til demente ved å fjerne pynt som gjør dem forvirret.	Individuell tilpasning ved å avpynte maten	Holdninger
	«Og slik som inne på rehabiliteringen, vi serverer mat så de forsyner seg selv. Og da er det kanskje litt viktig at det ser all right ut? Vi har spurt om å få inn slike porselensboller».	Her serverer de maten fra fine skåler slik at det blir mer hjemmekoselig.	Serveringsmetode	Holdninger
	«Det er så veldig mange som trenger hjelp til å forsyne seg, så det i det daglige vil vi bruke mer tid enn avdelingen har til det. Så derfor blir det lagt opp på kjøkkenet».	Kjøkkenet legger opp maten på asjett til hver enkelt beboer, det frigjør resurser i pleien som kommer beboerne til gode.	Serveringsmetode	Organisering