

MASTEROPPGAVE

Master i samfunnsnærings

Vår 2020

Matens betydning for personer med ROP-lidelser på norske lavterskelinstitusjoner. En kvalitativ studie med refleksjoner fra ansatte.

Ingvill Veronica Blix Aaserud

OSLOMET

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for helse, ernæring og ledelse

Oslo Metropolitan University

Forord

Etter å ha hatt praksis på et værested for personer med ruslidelse fra 2017 til 2018, fikk jeg et innblikk i deres matsituasjon. Arbeidet hadde et omfang på rundt 180 timer og ble utført i løpet av bachelorgraden i ernæring fra Bjørknes Høyskole. Etter denne erfaringen kom ideen om å skrive master om rus og ernæring. Arbeidet med oppgaven har vært en veldig spennende og lærerik prosess. Den har åpnet opp for mer forståelse og innsikt innenfor et tema jeg tidligere hadde lite kjennskap til. Veien dit har tidvis vært utfordrende og frustrerende. Personer med tunge ruslidelser lever under ekstreme forhold og informasjonen som har kommet fram under gruppeintervjuer har gjort et dypt inntrykk.

Mine viktigste støttespillere har vært tre dyktige førsteamanuenser fra Oslomet – storbyuniversitetet, som alle har veiledet meg og tilført studien noe unikt på hver sin måte. Jeg vil først og fremst takke Mone Eli Sæland, som kom med tilbudet om jeg ville være en del av dette prosjektet. Sæland er en av Norges fremste innen forskning på rus og ernæring. Jeg har følt meg utrolig privilegert som har kunnet ha henne som veileder gjennom hele denne prosessen. Når Sæland snakker om rusfeltet formidler hun det med en nerve som har fungert som en ekstra motivasjonsboost i arbeidet med å skrive denne oppgaven. Jeg ønsker også å takke Zada Pajalic og Laura Terragni. Jeg setter stor pris på deres faglige kunnskap og konstruktive tilbakemeldinger. De har vært tilgjengelige for hjelp og møtt prosjektet med genuin interesse. En stor takk går også til alle gruppedeltakere som har delt sine tanker og erfaringer i denne studien. Dere har hjulpet meg med å få en bredere innsikt i lavterskelinstitusjoners organisering av mat og måltider, og ulike utfordringer tilknyttet disse tilbudene. Dette er ikke ting det går an å google seg til sånn uten videre! Takk for at jeg ble så godt mottatt og ivaretatt på institusjonene. Deres samarbeidsvillighet og entusiasme for temaet har vært helt avgjørende for studiens gjennomføring.

Jeg ønsker også å takke medstudenter ved masterstudiet i samfunns ernæring som jeg har delt både oppturer og nedturer med. Støtten her har vært uvurderlig, da vi alle befant oss i samme situasjon. Helt til slutt ønsker jeg å takke venner, familie og kjæledyr for tålmodigheten dere har vist meg under hele prosessen. Mammans hjemmebakte rundstykker kom spesielt godt med mot slutten.

Ingvill Blix Aaserud

Oslo, mai 2020.

Sammendrag

Bakgrunn: Ruslidelser medfører økt behov for livsviktige næringsstoffer og redusert oppmerksomhet på mat og måltider, både fra de som rammes og de som skal hjelpe dem. Med psykisk lidelse i tillegg blir ruslidelsen verre. Hensikten med studien var å beskrive hvordan ansatte ved lavterskelinstitusjoner oppfattet mattilbudet de til daglig serverte beboerne, både før og underveis i intervensjonsperioden med økt søkelys på sunn og god mat. Fremtidige forbedringstiltak ble også vektlagt. Studien var tilknyttet pilotprosjektet «Mat mot overdoser» og *Nasjonal Overdosestrategi 2019-2020*, med særlig søkelys på somatisk helse- og ernæringstilstand i lavterskelinstitusjoner.

Metode: Studien baserte seg på kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming. Det ble gjennomført fem semistrukturerte gruppeintervjuer inspirert av fokusgruppeteknikk (n = 15, med tre deltagere i hver gruppe) med ansatte fra fire lavterskelinstitusjoner på Østlandet. En selvutviklet intervjuguide var hovedinstrumentet for datainnsamlingen. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og deretter analysert i det kvalitative analyseprogrammet HyperResearch. Det ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse etter Graneheim og Lundemans prinsipper. Studien ble godkjent av NSD.

Resultater: Beboerne evnet ikke å ivareta sin ernæring; det sto og falt på andres initiativ. Varierende mattilbud på dagtid medførte at de som sov gjennom dagen gikk glipp av dette. Mattilbudet varierte mellom husene avhengig av finansielle og personalmessige ressurser. Ønske om mer mat og mer variasjon var uttalt og sammenfalt med intervensjonens målsetning. Flere beboeren responderte på den med å føle seg mer verdsatt, og stemningen på huset forbedret seg betydelig, med mindre utagering. Kanskje alt dette kunne bidra til færre overdoser? Mattilbudet har gjennomgått mange endringer de senere årene, men ennå er det rom for videreutvikling og forbedring.

Konklusjon: Mattilbudet ved lavterskelinstitusjoner for mennesker med ROP-lidelser, har over lengere tid hatt uttalt forbedringspotensiale. Mye tyder på at mer mat, og sunnere og mer velsmakende mat, ikke bare virker positiv på brukernes helsetilstand, men også på omgivelsene.

Summary

Background: Drug use disorders increase the need for essential nutrients and reduce the attention to food and meals, both from those affected and those who service those affected. With additional psychiatric disorders, the DUDs become worse. The purpose of the study was to describe how employees at low-threshold institutions perceived the food they served to residents daily, both before and during an intervention period with increased attention to healthy and tasteful food. Future improvement measures were also emphasized. The study was associated with the pilotproject "Mat mot overdoser" and National Overdose Strategy 2019-2020, with a focus on somatic health and nutrition in low-threshold institutions.

Method: The study was based on qualitative method with a hermeneutic approach. Five semistructured group interviews were conducted inspired by focusgroup techniques (n = 15, with three participants in each group) with informants from four low-threshold institutions in Eastern Norway. A self-developed interviewguide was the main instrument for collection of data. The interviews were recorded on tape, transcribed, and then analyzed in the qualitative analysis program HyperResearch. Qualitative content analysis was used according to Graneheim and Lundeman's principles. The study was approved by NSD.

Results: The residents could not take care of their nutrition; it was at the initiative of others. Varied food offerings during the day, resulted in those sleeping through the day, missing these offerings. The food supply varied between the houses depending on their financial and human resources. The desire for more food and more variety was pronounced and coincided with the goal of the intervention. Several residents responded to the intervention with an increased valued feeling, and the atmosphere improved greatly at the houses, with calmer residents. Maybe all this could reduce the number of drug overdoses? The food offerings at low-threshold institutions has undergone many changes in recent years, but there is still room for further development and improvement.

Conclusion: The food offerings at low-threshold institutions for people with psychiatric and drug use disorders has for some time had pronounced improvement potential. Much indicates that more food, and healthier and more tasty food, does not only have a positive effect on users' health, but also on their surroundings.

Liste over tabeller

Tabellnummer	Beskrivelse	Sidetall
Tabell 1	Oversikt over informantene fordelt på lavterskelinstitusjon og utdanningsbakgrunn	34
Tabell 2	Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet til kategori	40

Liste over forkortelser

Forkortelse	Beskrivelse	Nevnes første gang på side:
ASI	Addiction Severity Index	16
BAPEN	The British Association For Parenteral And Enteral Nutrition	28
DUD	Drug Use Disorder	4
EFSA	European Food Safety Authority	18
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	10
ERT	Ernæring, rus og tannhelse	13
FAO	FNs organisasjon for ernæring og landbruk	19
FN	De Forente Nasjoner	18
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition	28
HALS	HIV-assosiert lipodystrofi syndrome	25
HIV	Human immunsviktivirus	16
ICD-10	Den tiende revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer	27
KMI	Kroppsmasseindex	14
KORUS	Kompetansesenter rus	9
LAR	Legemiddelassistert rehabilitering	19
NSD	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	41
ROP	Rus og psykiatriske	9
ROS	Risiko- og verdivurdering	41
SUD	Substance Use Disorder	10
UiO	Universitetet i Oslo	36
ØSK	Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter	18

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Summary.....	4
Liste over tabeller.....	5
Liste over forkortelser.....	5
1.0 INTRODUKSJON.....	9
1.1 Hensikt og forskningsspørsmål.....	11
1.2 Avgrensning og oppgavens struktur.....	11
2.0 TEORETISK BAKGRUNN.....	12
2.1 Studier som ser på matens betydning hos personer med ruslidelse.....	12
2.1.1 Norske studier.....	12
2.1.2 Utenlandske studier.....	14
2.2 Retningslinjer for kosthold og ernæring innenfor det norske rusfeltet.....	16
2.3 Rettighetene til personer med ruslidelse.....	18
2.4 Lavterskelinstitusjoner i Norge.....	19
2.4.1 Beboere.....	20
2.4.2 Ansatte.....	21
2.5 Faktorer som har betydning for matinntaket hos personer med ruslidelse.....	22
2.5.1 Rusmidler.....	23
2.5.2 Infeksjoner og andre sykdommer.....	24
2.5.3. Psykiske lidelser.....	25
2.5.4 Feilernæring.....	27
3.0 METODE.....	30
3.1 Forskningsdesign.....	30
3.1.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	31
3.1.2 Forskerens forforståelse.....	31
3.2 Utvalg og utvalgsprosessen.....	33
3.2.1 Rekruttering av informantene.....	33
3.2.2 Informantene.....	34
3.3 Datainnnsamling.....	35
3.3.1 Gruppeintervju som metode.....	35
3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguiden.....	36

3.3.3 Forberedelser av gruppeintervjuene	37
3.3.4 Gjennomføring av gruppeintervjuene.....	37
3.4 Transkribering	38
3.5 Dataanalyse	39
3.6 Etske overveielser	41
4.0 RESULTATER	44
4.1 Kort presentasjon av lavterskelinstitusjonene	44
4.2 Tiden før intervensjonen	45
4.2.1 Ansattes vurdering av betydningen av måltider	45
4.2.2 Mangel på økonomiske og menneskelige ressurser	47
4.2.3 Hvorfor og hvordan beboerne skaffer seg mat utenom husenes mattilbud	49
4.2.4 Ansattes erfaringer fra andre institusjoner som serverer mat til personer med ruslidelse	50
4.3 Tre måneders intervensjon	51
4.3.1 Hva husene har kunnet tilby og ikke kunnet tilby av matvarer under intervensjonen.....	51
4.3.2 Betydningen av 'care' og omsorg i de nye matlagningsrutinene på husene.....	54
4.3.3 Erfaringer ansatte har hentet fra nye måltidsrutiner og matkurs	57
4.3.4 Beboernes tilbakemeldinger på husenes måltider under intervensjonen.....	59
4.3.5 Hvordan måltider har blitt organisert under intervensjonen.....	61
4.3.6 Hensyn som tas for at beboere skal få i seg mat.....	65
4.3.7 Betydningen av felleskapet rundt måltidene	67
4.4 Det framtidige mattilbudet	69
4.4.1 Hvilken betydning mer midler til mat har for beboerne og husene	69
4.4.2 Beboernes utfordringer knyttet til mat og måltider	71
4.4.3 Informanter drøfter sine egne og beboernes matkunnskaper.....	74
4.4.4 Ulik oppfatning blant personalet om hvordan mattilbudet bør fungere	76
5.0 DISKUSJON	78
5.1 Metodediskusjon	78
5.1.1 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	78
5.1.2 Vitenskapsteoretisk ståsted og for forståelse.....	79
5.1.3 Utvalg og utvalgsprosess.....	79
5.1.4 Gruppeintervju inspirert av fokusgruppeteknikk.....	81
5.1.5 Datainnsamling.....	82
5.1.6 Dataanalyse	83
5.2 Resultatdiskusjon	84
5.2.1 Et kosthold tilpasset personer med ROP-lidelser	84
5.2.2 Ernæringskompetanse	85

5.2.3 Ernæringsopplæring	86
5.2.4 Beboernes framtidige mattilbud: Konkrete forslag til videreutvikling.....	87
6.0 KONKLUSJON	89
6.1 Konklusjon og implikasjoner for videre praksis	89
6.2 Forslag til videre forskning	89
7.0 REFERANSELISTE	90
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og informert samtykkeskjema.....	97
Vedlegg 2: Gruppeintervjuguide	100
Vedlegg 3: Kodeskjema	102
Vedlegg 4: Utdrag fra HyperResearch	103
Vedlegg 5: Måltidsorganisering	105
Vedlegg 6: Menyer.....	108

1.0 INTRODUKSJON

Dette masterprosjektet har vært en del av et samarbeid mellom Kompetansesenter rus [KoRus], og OsloMet – storbyuniversitetet. Studien ble gjort på bakgrunn av en av Helsedirektoratets nye innsatsområder i *Nasjonale Overdosestrategi 2019-2022*. Det nye innsatsområdet var økt fokus på somatisk helse- og ernæringstilstand hos personer med ruslidelse (Helsedirektoratet, 2019a, s. 9). Helsedirektoratet anbefaler at særlig lavterskeltilbud på rusmiddelfeltet, samt helsetjenestene generelt, bistår beboere med råd, veiledning og oppfølging av somatisk helse- og ernæringstilstand (Helsedirektoratet, 2019a, s. 9).

Totalt var det fire lavterskelinstitusjoner med i pilotprosjektet denne oppgaven refererer til. Valget falt på lavterskelinstitusjoner da disse regnes for å ha de tyngste brukerne. Med «tyngre brukere» menes personer som injiserer narkotiske stoffer. I periferien av vårt velferdssamfunn risikerer personer med alvorlig ruslidelse en marginalisert tilværelse, ikke minst med hensyn til mat og måltider. Personer som sliter med tyngre rusmisbruk regnes som en av de sårbare gruppene i befolkningen, som har mest uttalt akutt behov for ernæringshjelp (Sæland et al., 2009).

Helsedirektoratet bevilget 500.000 NOK og overlot oppdraget til KoRus i mai 2019. KoRus tok kontakt med OsloMet – storbyuniversitetet og ernæringsrelatert samarbeidspartner der gjennom mange år. Gjennom denne forbindelsen ble masterstudenten involvert i prosjektet. Det ble lagt opp til et pilotprosjekt, med tanke på at man senere kunne utvide dette til et landsomfattende tiltak. Pilotprosjektet ble planlagt og gjennomført som en intervensjon, med offisiell varighet fra 15 september til 15 desember, 2019. Midlene fra Helsedirektoratet gikk til ernæringsbudsjetter, som i hovedsak ble brukt på å forbedre og øke mattilbudet på hver av lavterskelinstitusjonene i intervensjonsperioden. Tidligere ble lavterskelinstitusjonenes mattilbud finansiert via generelle budsjetter og donasjoner uten øremerkede midler til mattiltak.

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått definisjonen rus og psykiatriske lidelser som heretter forkortes til ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Personer med ROP-lidelser er hovedmålgruppen for norske lavterskelinstitusjoner. I denne oppgaven blir derfor beboere i lavterskelinstitusjoner beskrevet som personer med ROP-lidelser etter Helsedirektoratets definisjon. Rus- og psykiske helseutfordringer opptrer ofte samtidig. Dessuten får pasienter med psykisk sykdom mye hyppigere ruslidelse enn ellers i den øvrige befolkningen (Helsedirektoratet, 2012). Personer med ruslidelse har ofte angst, depresjon og andre psykiske

diagnoser som komorbiditet. Dette kan bidra til motverge mot å få det bedre (Tolliver & Anton, 2015). Noen ganger vil bruken av rusmidler være den utløsende faktoren for psykiske lidelser, mens andre ganger kan den komplisere den psykiske lidelsen og behandlingen av den (Bergen kommune, 2017). Det er også vanlig at psykisk syke bruker rusmidler for å dempe ubehagelige symptomer (Bergen kommune, 2017). Når det snakkes om rusavhengighet for øvrig, blir samlebegrepet ruslidelse eller personer med ruslidelse etter Helsedirektoratets definisjon benyttet (Helsedirektoratet, 2012). Ruslidelse (Engelsk oversettelse: Substance Use Disorder eller Drug Use Disorder) kan benyttes som et samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012). Lavterskelinstitusjonene kaller seg «hus» og denne betegnelsen vil derfor bli benyttet i tillegg til lavterskelinstitusjon.

I *Norway Country Drug Report* fra 2019 beskrives norske lavterskelinstitusjoner som tiltak som tilbyr et bredt spekter av tjenester. Dette inkluderer blant annet helsekontroller, vaksinasjoner, distribusjon av rent injiseringsutstyr, intervensjoner for å forebygge overdoser, ernærings- og hygieneveiledning, samt oppfølging og henvisning til andre relevante helsetjenester (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2018). Antall norske brukere av opioider og andre rusmidler med sprøyte var i 2016 beregnet til 8.700 personer, med et usikkerhetsintervall fra 7.400 til 10.500 personer (Gjersing, 2018). Norge har ligget i toppen av statistikken over registrerte overdosedødsfall i Europa i flere år. Stortinget har slått fast at man ikke kan akseptere at et så stort antall mennesker dør av overdoser (Helsedirektoratet, 2019a, s. 2). Overdosedødsfall i Norge knyttes i stor grad til en aldrende gruppe opioidbrukere som begynte å bruke stoffer for flere år siden (EMCDDA, 2018). Eldre brukere er mer somatisk svekket, mer sårbare og tåler lavere doser av rusmidler enn yngre brukere (EMCDDA, 2018). Svekket somatisk helse og dårlig ernæringstilstand kan medføre økt fare for overdose. Hvis personen tåler en dose en dag, kan man en annen dag, med nedsatt allmenntilstand, oppnå en større overdosefare (Helsedirektoratet, 2019a, s. 9).

Det å forbedre ernæringsstatus hos personer med rusmiddelproblematikk blir ofte oversett, eller utgjør bare en svært liten del av behandlingsprogrammet som tilbys ved poliklinikker (Jeynes & Gibson, 2017). Dette til tross for at ruslidelser i de fleste tilfeller kan lede til feilernæring og metabolske lidelser som svekker ernæringstilstanden (Sepideh Nabipour, Mas Ayu Said & Mohd Hussain Habil, 2014), gir endret kroppssammensetning (Tang et al., 2010) og dårligere mental helse (Tolliver & Anton, 2015). Mange studier viser at behandlingsutfall kan forbedres ved hjelp av rådgivning om kosthold og kosttilskudd, og et balansert næringsinntak (Biery, Williford & McMullen, 1991; Grant, Haughton & Sachan, 2004).

1.1 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien var å beskrive hvordan mattilbudet ved rusrelaterte lavterskelinstitusjoner på Østlandet oppfattes av de som til daglig er direkte involvert i dette tilbudet. Videre å drøfte hvilke forhold som kan ha påvirket utviklingen av mattilbudet i fortid og nåtid. Med utgangspunkt i sentrale ernæringsspørsmål i rusfeltet, vil mulige fremtidige forbedringstiltak for dette mattilbudet også bli drøftet.

For å belyse dette nærmere ble to forskningsspørsmål utviklet:

- 1) Hvordan ble matsituasjonen til beboere på lavterskelinstitusjonene ivaretatt før, - og underveis i intervensjonsperioden?*
- 2) Hvordan kan lavterskelinstitusjonene bistå beboere i oppnåelsen av et forbedret mattilbud i framtiden?*

1.2 Avgrensning og oppgavens struktur

Studien ble avgrenset til å si noe om matens betydning for individer som injiserer narkotiske stoffer. Hovedfokus ble rettet mot personer med ROP-lidelser som var bosatt på lavterskelinstitusjoner.

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. I det første kapitlet beskrives bakgrunnen for masterstudentens valg av tema og forskningsspørsmål, sentrale begreper, samt hensikten med studien. Det andre kapitlet omhandler det teoretiske rammeverket som ligger til grunn og tidligere forskning på feltet. I det tredje kapitlet blir metodiske prosedyrer og prosesser presentert og nærmere beskrevet. Ethiske overveielser blir redegjort for som en avslutning på kapitlet. Resultatene blir presentert i det fjerde kapitlet. Oppgavens femte kapittel inneholder en diskusjon av metode og deretter resultatene. Resultater blir diskutert i lys av teori og forskning. Kapittel seks er det avsluttende kapitlet og ender med studiens konklusjon og implikasjoner til videre forskning.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN

I dette kapittelet gis det en grundig gjennomgang av rusfeltet relatert til ernæring. Kapittelet begynner med et utvalg studier som ser på matens betydning hos personer med ruslidelse. Videre blir retningslinjer for kosthold og ernæring innenfor det norske rusfeltet gjennomgått. Deretter blir rettighetene til personer med ruslidelse trukket fram og etter det kommer en kartlegging av lavterskelinstitusjoner i Norge. Til slutt trekkes det fram faktorer som har betydning for matinntaket hos personer med ruslidelse.

2.1 Studier som ser på matens betydning hos personer med ruslidelse

Det finnes begrenset med forskning som er spesifikk for personer med ruslidelse og få studier som ser på matens betydning hos personer med ROP-lidelser i Norge. Mye av den eksisterende forskningen er ofte knyttet opp mot mennesker i rehabiliteringsinstitusjoner og har en kvantitativ tilnærming. Lite av forskningen er knyttet opp mot lavterskelinstitusjoner med en kvalitativ tilnærming som i denne studien. Et par eksempler er masterstudiene *Måltid og fellesskap – en kvalitativ studie av betydningen fellesskapet rundt måltider har på en rusbehandlingsinstitusjon* (Råmunddal, 2017) og *Mattilbud for rusmiddelavhengige. En kartlegging og vurdering av mattilbudet ved institusjoner tilknyttet Rusmiddeletaten i Oslo* (Nøding, 2012). Utover dette finnes det studier som innehar flere av de relevante faktorene som er aktuelle i prosjektet og ser på matens betydning hos personer med ruslidelse som befinner seg i ulike behandlingsopplegg.

2.1.1 Norske studier

I den kvalitative masterstudien *Måltid og fellesskap* (Råmunddal, 2017) ble det undersøkt hvilken betydning fellesskapet rundt måltider kan ha på en rusbehandlingsinstitusjon. Velsmakende mat kan være et uttrykk for omsorg som kan gi glede og forventning i hverdagen. Måltidet gir også deltagerne noe hverdagslig og regelmessig å forholde seg til. Pasientene har ofte levd liv som har vært kaotiske og måltidsstrukturen bidrar med forutsigbarhet og trygghet. Tre pasienter og tre ansatte ble intervjuet om sine opplevelser knyttet til fellesskapet rundt måltidene. Her kom det fram at måltider med ansatte og pasienter skaper en opplevelse av hverdagslig samvær på institusjonen. Det får betydning ved at relasjonene dem imellom blir styrket. Videre kan dette også føre til en positiv effekt på behandlingen. I tillegg bidrar det til at pasientene opplever seg som likeverdige og akseptert for den de er. Dette kan virke positivt inn på deres selvbilde (Råmunddal, 2017).

Hovedmålet med masterstudien *Mattilbud for rusmiddelavhengige* (Nøding, 2012) var å kartlegge og vurdere mattilbudet ved 25 institusjoner i Velferdsetaten (tidligere kalt

Rusmiddeletaten) tilknyttet Prosjekt ernæring, rus og tannhelse [ERT]. Av institusjoner som ble undersøkt var fem av disse under Seksjon Skadereduksjon og lavterskelinstitusjoner. Prosjekt ERT kom i gang på bakgrunn av *Folkehelseplanen for Oslo 2005-2008*. Dette innebar blant annet et forbedret mattilbud, samt bedre oppfølging innen ernæring og tannhelse for personer med ruslidelse (Helsedirektoratet, 2017). Studien baserte seg hovedsakelig på kvantitativ metode, men hadde også innslag av kvalitativ metode. Et selvutviklet spørreskjema, inkludert et måltidsintervju, ble brukt som hovedinstrument for datainnsamlingen. Det ble også benyttet ustrukturert bruk av observasjon. Mattilbudene ved institusjonene bestod av mye søt og sukkerholdig mat og drikke. Det ble også servert en del matvarer som inneholdt mye fett og fint hvetemel. Frukttilbudet var nokså begrenset på flere av institusjonene. Sett bort fra fullkostinstitusjonene viste det seg at mange av institusjonene hadde en lav måltidsfrekvens. I besøksintervjuet sa en respondent at beboere ofte ytret ønske om hyppigere matsservering. Flere av institusjonene manglet også klare rammer og nedskrevne retningslinjer i forhold til mattilbudet. Retningslinjer og rammer med tanke på matinnkjøp, hvor det skal handles mat, økonomi, menyer, samt hvilken type mat som skal serveres, er viktige faktorer som kan ha innvirkning på mattilbudet.

Likevel så man at de fleste måltidene ved institusjonene ble vurdert til å ha forholdsvis stor variasjon av matvaregrupper eller til å være tilfredsstillende i forhold til de nasjonale kostrådene. På institusjoner med fullkosttilbud bør man forvente at måltidsserveringene skal kunne dekke en persons daglige næringsstoffbehov, så sant personen inntar riktige mengder og kombinasjoner. Fullkosttilbudene inkluderte vanligvis varierte og fullverdige måltider. Når det kom til selve måltidsituasjonen, virket det som om alle institusjonene fokuserte på å skape en hyggelig atmosfære der beboerne kunne få oppleve å bli sett og ivaretatt.

Det kom fram at institusjonenes beboergrupper varierte veldig og at det dermed kan være vanskelig å utarbeide generelle retningslinjer for mattilbudet som passer alle. Hver institusjon burde vurderes enkeltvis for å kunne sette sammen et fullverdig mattilbud tilpasset beboer- og beboergruppens ernæringsmessige behov (Nøding, 2012).

I doktorgradsavhandlingen *Eating on the Edge* (Sæland, 2014) ble 195 respondenter fra Oslo i aktiv rus intervjuet om sine kost- og levevaner. Alle var påvirket av narkotiske stoffer da de ble intervjuet og undersøkt i forbindelse med datainnsamlingen. Hele 80 prosent var uten fast bopel, og 87 prosent injiserte stoffer. Omtrent 40 prosent lagde seg aldri varme måltider selv om 85 prosent hadde adgang til matlagningsfasiliteter og 80 prosent til kjøleskap. Av de intervjuede oppga 80 prosent at de brukte heroin regelmessig. Flere enn 90 prosent hadde en

eller flere kroniske infeksjoner, der de som var mest underernært hadde flest. Videre svarte 60 prosent at de ikke fikk i seg nok mat og 64 prosent sa de kunne spist mer hvis tilgangen på mat hadde vært bedre.

Kostholdet var preget av for lite mat med lav næringsstetthet, og sammenlignet med vanlig norsk kosthold var både matmengden og næringsinnholdet langt lavere. Få, om noen, av respondentene fikk i seg det anbefalte inntaket av de mest essensielle makro- og mikronæringsstoffene. Blodprøver i undersøkelsen viste at respondentene var alvorlig feil- og underernært tilsvarende U-landsnivå. Videre undersøkelser viste at når rusavhengige kjøpte sin egen mat, var denne mindre sunn og inneholdt mer sukker enn maten de ble tilbudt. Dessuten var terskelen for å bruke penger på mat høy. De med dårligst ernæringsstatus hadde hatt flere overdosetilfeller og flere selvmordsforsøk enn de med bedre ernæringsstatus (Sæland, 2014).

Samme tverrsnittstudie som nevnt i avsnittet over, fokuserte også på forekomst av abscessinfeksjoner (etter bomskudd) i huden. En fjerdedel av utvalget rapporterte slike infeksjoner. Undervekt (kroppsmasseindex [KMI], < 18.5 kg/m²) var signifikant mer prevalent hos personer med abscessinfeksjoner enn i gruppen med personer som ikke hadde abscesser (P = 0.001). Personer med abscessinfeksjon rapporterte færre måltider, lavere inntak av frukt og grønnsaker, lavere energiprosent fra protein og høyere energiprosent fra sukker. De hadde også et lavere totalt inntak av vitamin D, B1, B6, B12, folsyre og vitamin C enn gruppen som ikke hadde abscesser (Sæland, Wandel, Bohmer & Haugen, 2014).

2.1.2 Utenlandske studier

Cowan og Devine gjennomførte en pedagogisk og miljømessig intervensjon med hensyn til kostholdet til marginaliserte grupper med ruslidelse i New York, USA. Kroppsmasseindex og livomkrets ble brukt som effektmål. Den kvasiekperimentelle studien hadde en seks ukers kontrollperiode, fulgt opp av en seks ukers intervensjonsperiode og ble kalt RHEALTH (The Recovery Health Eating and Active Learning in Treatment Houses). Programmet ble opprettet for å fremme sunne endringer i spisevaner og for å redusere uønsket vektøkning blant menn i rusbehandling. Totalt 107 menn fra seks forskjellige behandlingssteder for personer med ruslidelse ble invitert til å delta. RHEALTH-programmet støttet endringer i matmiljøet i behandlingssentrene, og tilbød sunnere matvalg og ukentlige ernærings- og matlagingskurs. På sentre hvor det var en høyere deltakelsesrate fra beboerne, i tillegg til støtte fra personalet, var det en betydelig nedgang i det totale energiinntaket, samt en reduksjon i den daglige serveringen av søtsaker, fett og oljer, og lavere KMI blant brukerne. Funnene fra studien tyder

på at ernæringsinngrep i stor grad kan bidra til positive atferdsendringer i denne populasjonen. (J. A. Cowan & Devine, 2013).

I en annen amerikansk kvalitativ studie ble spiseatferd og matvalg til ni kvinner i alderen 29 til 40 år utforsket ved bruk av intervjuer. Kvinnene hadde lav inntekt og var med i et program for behandling av ruslidelser. Analysen avdekket en kognitiv oppvåkning blant kvinnene som førte til at de fikk en økt bevissthet rundt mat og ønske om å foreta livsstilsendringer. Noen av kvinnens helseproblemer utviklet seg som et resultat av at de befant seg i en bedringsfase. Særlig gjaldt dette vektøkning som var et felles problem kvinnene delte og så på med stor bekymring. De erkjente at motivasjonen eller evnen til å endre spiseadferd ble hindret av mange sammensatte problemer som inkluderte et sterkt sug etter sukkersøt eller fet mat, uheldige eksisterende matvalg og spisemønstre, inaktivitet og effekt av medisiner som var foreskrevet for dem. Et eksempel på dette var det antipsykotiske preparatet *Seroquel*. Felleskatalogen oppgir vektøkning som en svært vanlig bivirkning fra denne medisinen (Felleskatalogen, u.å.). De anerkjente også bruk av kontraproduktive strategier som å røyke og innta koffein i et forsøk på å redusere eller kontrollere vekten. Kvinnene uttrykket ønske om å gjøre endringer som var nødvendige for å oppnå en sunnere livsstil. Imidlertid var deres tilgang på ressurser, kunnskap og mulighet for oppbygging av ferdigheter begrenset. Studien viser at denne delen av befolkningen trenger ferdigheter, kunnskap og støtte for å kunne sette i gang positive livsstilsendringer (Wall-Bassett, Robinson & Knight, 2014).

I en annen amerikansk kvalitativ studie av Cowan og Devine, fra 2008, var hensikten å forstå hvordan menn med ruslidelser opplevde mat og spising, vektendringer og hvordan de benyttet mat i ulike stadier i behandlingen av sin ruslidelse. Et multietnisk utvalg av 25 menn i forskjellige behandlings stadier for rus- og alkoholavhengighet ble intervjuet. Dataanalysen avdekket følgende hovedtemaer: Vektøkning utover det som var ønskelig, meningsfull bruk av mat, forstyrret spising og vanskeligheter med å spise sunt. Dette varierte ettersom hvor personene befant seg i sin behandling (tidlig, midtveis eller senere behandling). Menn som befant seg i tidlig behandling beskrev en dysfunksjonell spisepraksis som innebar overspising, humørstyrt spising, bruk av mat som erstatning for medisinbruk og bruk av mat for å dekke sug. Menn som befant seg midtveis til senere behandling uttrykte bekymring for vekten og vanskeligheter med å gå ned i vekt (J. Cowan & Devine, 2008).

En tverrsnittstudie fra Virginia, USA, så på sammenhengen mellom ernæringsintervensjoner og utfall etter rusbehandling. 152 kliniske ernæringsfysiologer med ansvar for ernæringstjenester i rusbehandlingsprogrammer var med i undersøkelsen. Endringer i en

pasients Addiction Severity Index [ASI] etterbehandlings-score ble sammenlignet med pasientens førbehandlings-score og viste mål på grad av endring. Man så en positiv sammenheng mellom ernærings tjenester og behandlingsutfall. Særlig gjaldt dette pasientgruppene som ble undervist i ernæring. Psykologiske, medisinske og familie/sosiale domener i ASI scoret signifikant bedre med henholdsvis 68 prosent, 56 prosent og 99 prosent med P-verdi $< .05$ (Grant et al., 2004).

En kohortstudie fra Tel Aviv i Israel undersøkte vektendringer hos pasienter under behandling med metadon i klinikk. Pasientene hadde brukt heroin i minst ett år før innleggelse. Spisevaner, matpreferanser og ernæringskunnskap ble studert i sammenheng med forandringer i KMI. KMI hos 114 nylig innlagte pasienter økte fra 22.5 (± 3.8) til 24.4 (± 4.3) med P-verdi $< .0005$. Hos 74 pasienter som var stabilisert på metadon økte KMI ytterligere fra 24.3 (± 4.5) til 25.6 (± 5.0) med P-verdi $< .0005$. Signifikant vekt oppgang over tid var uavhengig eller urelatert til verken dose eller serumnivå av metadon. En mulig årsak til vekt oppgang er overgangen fra «et liv på gata» til «pasient under behandling», som førte til store livsstilsendringer det første behandlingsåret. Vekt oppgang ble observert hos pasienter med både undervekt, normalvekt og fedme. Den største vekt oppgangen fant sted hos pasienter som ikke hadde infeksjonssykdommene Hepatitt-C eller human immunsvikt virus [HIV], og pasienter som ikke brukte benzodiazepiner (Peles, Schreiber, Sason & Adelson, 2016).

2.2 Retningslinjer for kosthold og ernæring innenfor det norske rusfeltet

Helsedirektoratet og Nasjonalt råd for ernæring har ansvaret for å gi ut kostråd til den norske befolkningen. Dette inkluderer også mennesker som er i kontakt med helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2019b). De norske kostrådene skal bidra til å forebygge kostrelaterte sykdommer i befolkningen. (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 68). Rådene er først og fremst rettet mot friske, voksne individer med normalt fysisk aktivitetsnivå. Årsaken til dette er at forskningen som danner kunnskapsgrunnlaget i hovedsak er utført på nettopp denne delen av befolkningen (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 68). Kosthåndboken er en veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Den gir en detaljert beskrivelse av god ernærings praksis, og bakgrunnen for slik praksis (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Kosthåndboken er et detaljert verktøy for å iverksette de nasjonale retningslinjene for å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i hele helse- og omsorgstjenesten. På tross av dette er de nasjonale faglige retningslinjene og Kosthåndboken i liten grad kjent og tatt i bruk for å forebygge og behandle sykdomsrelatert underernæring (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Siden de norske kostrådene i hovedsak er rettet mot friske individer, må de tilpasses ulike

grupper i befolkningen som har spesielle behov. For personer med ruslidelse og underernæring må for eksempel kostrådene sees i sammenheng med individuelle energibehov (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 68).

I *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser*, blir kosthold nevnt under punkt 6.8.1: Ernæring, punkt 7.7.2: Fysisk aktivitet og ernæring, og punkt 7.8.6: Spiseforstyrrelser. Under punkt 7.7.2 står det at personer med ROP-lidelser bør følges opp med tiltak for et bedre og mer allsidig kosthold. Videre står det at rusmiddelavhengige er utsatt for dårlig tannhelse og kan ha behov for konsistenstilpasset mat. Veiledning om matvaner og matvarer, innkjøp og tillaging er viktig hvis det avdekkes forhold som kan være til hinder for et godt kosthold. Det vises til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2012).

I *Helsedirektoratets pakkeforløp for psykisk helse og rus*, kapittel 4: Ernæring, fysisk aktivitet og søvn, står det at alle som har et behov for det, bør få et tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på deres ernæringsstatus. Dessuten bør alle som har behov for det få tilbud om individuelt tilpasset kostveiledning basert på Helsedirektoratets kostråd og eventuelt målrettet ernæringsbehandling. Dette inkluderer blant annet spesialkost, næringsdrikker og kosttilskudd. Videre bør det legges til rette for et godt og tilpasset kostholds-tilbud ved institusjoner. (Helsedirektoratet, 2018).

I stortingsproposisjonen *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020* under punkt 3.3.4: Kosthold, står det at Regjeringen vil legge til rette for at det blir lagt mer vekt på ernæring i rusbehandlingen. Videre står det at Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring må følges opp i tjenestene. Dessuten må dokumentasjon på ernæringsstatus og ernæringsplan følge med pasienter som har behov for det ved utskrivning. De anbefaler *Kosthåndboken*, veileder i ernæringsarbeid for helse- og omsorgstjenesten, både med tanke på betydningen av gode måltidsvaner, døgnrytme og praktisk oppfølging av ernæring som en del av rusbehandlingen. Et annet viktig element i rusbehandling vil være individuelt tilrettelagt opplæring i gradvis å kunne ta ansvar for eget kosthold (Helsedepartementet, 2015).

Generelt finnes det lite informasjon om kostholdets rolle i forebygging av overdoser. Det finnes også lite informasjon om ernæring innen rusreformer, kartleggingsrapporter og behandlingsmodeller. Søkeordene «food», «dietary habits» og «nutrition» finnes for eksempel ikke i rapporten *EMCDDA: Preventing overdose deaths in Europe* (EMCDDA, 2018b) eller

rapporten *Global Commission on Drug Policy: Advancing Drug Policy Reform: A new approach to decriminalization* (GCDP, 2016). Søkeordene «dietary habits» og «nutrition» finnes heller ikke i *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: European Drug Report, 2019*. «Food» nevnes riktignok tre ganger, men da vises det til «health food shops» i sammenheng med cannabisutsalg eller European Food Safety Authority (forkortet EFSA) i sammenheng med nettverk som støtter EMCDDA sitt arbeid (EMCDDA, 2019a). I *EMCDDA: Norway, Country Drug Report* finnes heller ikke søkeordene «food», «dietary habits» og «nutrition». Ett unntak er når det forklares hva lavterskeltilbud er, da det nevnes at lavterskeltilbud tilbyr 'nutritional guidance' (EMCDDA, 2019b). Søkeordene «ernæring» og «kosthold» finnes ikke i kunnskapsoversikten fra *Atferdssenteret: Modeller for rusbehandling* (Kristoffersen, 2011). Denne rapporten vektlegger behandlingsmodeller for tidlig misbruk og personer under 20 år.

2.3 Rettighetene til personer med ruslidelse

Før 2004 hadde ikke personer med ruslidelse rett til nødvendig helsehjelp på lik linje som somatiske pasienter. Med rusreformen ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for personer med ruslidelse overført til staten ved de regionale helseforetakene med virkning fra 1. januar 2004. Personer med ruslidelse fikk da fulle pasientrettigheter. (Helsedepartementet, 2004).

Personer med ruslidelse har rettigheter etter flere lover som blant annet presenteres i Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) og Folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011). Kommunene har et særlig ansvar i forhold til rusfeltet med å yte tjenester etter disse lovene. Nærmere bestemmelser blir gitt i *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). I § 3 står det at brukere av pleie- og omsorgstjenesten skal sikres å få dekket «fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat».

Retten til mat står nedfelt i den norske Menneskerettsloven (Menneskerettsloven, 1999). Den er fastslått av De Forente Nasjoner [FN] i Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter [ØSK] (FN, 1966). Retten til mat reguleres hovedsakelig i ØSK artikkel 11. Her står det: «Konsesjonspartene anerkjenner retten for enhver til en tilfredsstillende levestandard for seg og sin familie, herunder tilfredsstillende mat [...]». I Generell kommentar nr. 12 forklares det mer inngående hva retten til mat dreier seg om. Blant annet presiseres det at retten til mat først er oppfylt når «alle mennesker til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til nok og trygg mat for et fullgodt kosthold som møter deres

ernæringsmessige behov og preferanser, og som danner grunnlag for et aktivt liv med god helse» (FN, 1999). Denne definisjonen er også FNs organisasjon for ernæring og landbruk [FAO] sin gjeldende definisjon på begrepet matsikkerhet fra 1996. Siden Norge har ratifisert ØSK, samt nedfelt retten til mat i norsk lov, er det derfor en plikt å realisere retten til fullgod mat for hele befolkningen.

2.4 Lavterskelinstitusjoner i Norge

Velferdsetatens tilbud og tjenester er varierte og ulike. Rusinstitusjonene tilhører forskjellige seksjoner som akutt, korttid, rehabilitering og omsorg, men det er også forskjeller innad i seksjonene. Noen institusjoner er for eksempel rusfrie, mens andre institusjoner har beboere i aktiv rus. (Oslo kommune, u.å.).

Det har vært en økning i lavterskeltilbud for personer med ROP-lidelser de siste tiårene (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Lavterskeltilbud skal bidra til en positiv endring i helsetilstand, livssituasjon og reduksjon av overdoser, og fungere som koordinerende ledd og inngangsport til det ordinære hjelpeapparatet. Dette inkluderer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (Ådnanes, Kaspersen, Hjort & Ose Osborg, 2008). Lavterskeltilbud sørger for å tilby hjelp med få eller ingen hindringer og er assosiert med skadereduksjon (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). De fleste lavterskeltilbudene er lokalisert i sentrum av byene, noe som gjør det enklere for brukerne å nå dem. Dessuten er mange av tiltakene lokalisert i samme bygg som samarbeidende instanser som legekantor, vaksinasjonskontor, ruspoliklinikk, boligoppfølgingsteam og legemiddelassistert rehabilitering [LAR] (Ådnanes et.al., 2008). Lavterskeltilbud- og institusjoner varierer fra land til land. I Norge brukes uttrykket lavterskel som et paraplybegrep for ulike tilbud som omfatter sprøyteutdeling, husly og helsetjenester (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Skadereduksjon er et bredere konsept enn lavterskel og kan defineres som «intervensjoner, programmer og retningslinjer der ønsket er å redusere helsemessig, sosial og økonomisk skade av rusmisbruk for individer og samfunn» (Rhodes & Hedrich, 2010). Noen forskere hevder at skadereduksjon blir sett på som en alternativ tilnærming til rusavhengighet i folkehelsearbeidet. Der fokuset er lagt på skadereduksjon som hovedmål, snarere enn å redusere rusmisbruk (Eversman, 2010; Lenton & Single, 1998; Ritter & Cameron, 2005; Tuukka, 2004).

En av mange konsekvenser fra et langvarig og omfattende rusmiddelbruk, er reduksjon av hukommelse og oppfatning av tid. Flere personer med ruslidelse har problemer med å forholde seg til timeavtaler i helse- og sosialtjenestene (Bergen kommune, 2017).

Lavterskeltilbudene har ingen krav om henvisning fra fastlege, og dette forenkler prosessen

det er å få tilbud om plass (Bergen kommune, 2017). Man kan se på lavterskeltilbudene som en tjeneste som sikrer brukernes behov for helse- og støttetiltak ved at det skapes en link mellom bruker og øvrige tjenester som sørger for at bruker kommer seg til de tjenestene han eller hun har behov for (Ådnanes et al., 2008). Flere aktører samarbeider for å kunne gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå mest mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse på ulike samfunnsarenaer. Dette krever kontinuitet og tar tid (Bergen kommune, 2017). I forhold til kommunenes helhetlige rusomsorg kan man benytte lavtersklene sin kunnskap om rusmiljøet for mer systematisk planlegging og tilrettelegging av tilbudet (Ådnanes et al., 2008). Lavterskeltilbudene oppholder seg litt på siden av det ordinære systemet for å kunne opprettholde den lave terskelen og den tilliten brukerne har til dem (Ådnanes et al., 2008).

2.4.1 Beboere

Hovedgruppen som mottar lavterskeltjenester i Norge er personer med dårlig fysisk og psykisk helse, som samtidig har et omfattende rusmisbruk (Ådnanes et al., 2008). Brukerne er personer som ikke nås av de vanlige helsetilbudene for den generelle befolkningen, og kan være en gruppe som både er vanskelige å nå og vanskelige å hjelpe (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). De har behov for sammensatte og samtidige tjenester fra ulike etater (Ådnanes et al., 2008). Problemet er ikke at de ikke får tilbud om hjelp og behandling andre steder, men at hjelpen enten ikke blir benyttet eller fører til bedring (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Mange personer i denne gruppen har mistet håpet om å bli bedre og ønsker ikke å ta imot tilbud om hjelp fra det kommunale helsesystemet (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). I spesialisthelsetjenesten blir brukerne ofte mangelfullt utredet og behandlet. Mange sårbare personer mangler for eksempel kriseplaner for å få rett hjelp til rett tid (Bergen kommune, 2017).

Målet med oppholdet på en lavterskelinstitusjon vil ofte være at beboerne blir bedre ved at man hjelper dem med å endre livsstil. Det kan her være snakk om veldig små endringer. Behandling i denne sammenheng betyr ikke abstinens fra rusmidler, men er en prosess bestående av mange ulike etapper, som forhåpentligvis leder mot bedre livskvalitet, mindre sosial ekskludering og en mer stabil og tryggere hverdag (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Målet er også å hjelpe beboere å søke hjelp i de etablerte helsetjenestene etter oppholdets slutt. Beboere får mat, drikke, tilgang til dusj, rene klær og mulighet til å ha et sted der de får sove og sluppet av (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Brukerne liker at de kan komme «rett inn fra gata» med en «åpen dør» uten for mange formelle hindre (Ådnanes et al., 2008). Behovet

for å kunne få ro om natten, hvile og ta seg inn noen dager på et sted der man også får helsehjelp og omsorg, er stort (Ådnanes et al., 2008). Likevel er ikke lavterskeltilbudene generelt steder som møter beboernes fullstendige behov for mat (Eversman, 2010; Ådnanes et al., 2008).

I tillegg til ruslidelsen sliter mange beboere med psykisk sykdom, fattigdom og sosial ekskludering. Resultatet kan være at de ikke har overskudd til å søke hjelp (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Det kan også være vanskelig å stole på mennesker. Personer med ROP-lidelser er en svært sårbar og utsatt gruppe. Samarbeid mellom ulike etater og forvaltningsnivå, basert på en recoveryorientert tilnærming, er avgjørende for å kunne oppnå gode resultater i rusomsorgen (Bergen kommune, 2017). I en undersøkelse gjort på et lavterskeltilbud i Norge, uttrykte de fleste at de ikke stolte på helse- og sosialtjenester grunnet dårlige opplevelser fra det samme systemet i fortiden. For mange av dem helt siden tidlig barndom (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). De følte seg ekskludert, misforstått og avvist. Ifølge brukerne var ikke respekt noe de vanligvis opplevde i behandlingstilbud og samfunnet ellers. Når de følte seg respektert, stolte de også på tjenesten som ble tilbudt (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013).

Mennesker møter ofte hindre når de søker hjelp for ulike problemer. Disse barrierene, eller tersklene, kan variere i kvalitet og størrelse, der noen vil være vanskeligere å komme over enn andre. 'Threshold theory' presentert av Jacobsen et. al. (1982) har blitt benyttet for å vise at tilgang til helsetjenester og sosialtjenester, og mulighetene og ferdighetene som trengs for å krysse terskler i sosialtjenester er ulikt fordelt. Konseptet lavterskel er ikke helt enkelt å definere, da alle ikke vil oppleve en lav terskel som nøyaktig like lav (Jacobsen, 1982).

2.4.2 Ansatte

Habilitering og rehabilitering handler henholdsvis om å lære seg nye ferdigheter og om å gjenreise seg til sitt tidligere funksjonsnivå. Dette betyr å utnytte sitt potensiale og sine ressurser for å kunne leve gode liv (Bergen kommune, 2017). Skadereduksjon karakteriseres som hjelp og omsorg som skal være lett tilgjengelig. Hjelpen foregår på beboernes premisser og det stilles få krav (Ådnanes et al., 2008). Beboernes tilgang til rent brukerstyr og helserådgivning i lavterskelinstitusjonene er viktige virkemidler for å forebygge smitteoverføring (Bergen kommune, 2017). I tillegg gir feilernæring økt risiko for å få infeksjoner. Dermed blir næringsrike måltider også en del av det infeksjonsforebyggende arbeidet i lavterskeltiltakene (Bergen kommune, 2017). Det blir lagt vekt på hvordan man reduserer skade relatert til helse, hygiene, seksuelliv, familie og økonomi. Samtidig er det et

fokus på at de ansatte skal ha en anti-stigmatiserende holdning (Ådnes et al., 2008). Det forventes at beboerne har et ønske om noe, og de blir oppmuntret til å benytte seg av den medisinske, psykiatriske og psykologiske hjelpen som tilbys (Ådnes et al., 2008).

Alle som leverer tjenester til rusavhengige, må hele tiden forholde seg til pasientens egen vurdering av tilstand og motivasjon for behandling. Hvis tjenester som tilbys er mest mulig hensiktsmessige i forhold til pasientens egenvurdering, kan man også forvente betydelig bedre resultater fra behandlingen (Bergen kommune, 2017). Samtaler er en svært viktig del av tilbudet. Videreformidling til andre tiltak, informasjon og råd om helse, smittevern, sårstell, motivasjon, tannhelse, psykisk helse og råd om ernæring og kosthold står svært sentralt (Ådnes et al., 2008). For at en habilitering- og rehabiliteringsprosess skal bli vellykket vil det ofte være behov for oppfølging i forhold til flere livsområder som for eksempel bolig, økonomi, psykisk - og fysisk helse, nettverk, fritid og arbeid i tillegg til behandling av ruslidelse (Bergen kommune, 2017). Et flertall av tiltakene har hatt kompetansehevende oppfølging fra Fylkesmannen og deltatt på kurs i regi av spesialisthelsetjenesten.

Kompetansen er i hovedsak helsefaglig (Ådnes et al., 2008). Hvis fastlegen i kommunen ikke har kompetanse til å bistå personer med ruslidelse som har akutte behov, får lavterskeltilbudet en funksjon i forhold til helsemessig oppfølging av disse (Ådnes et al., 2008). Tiltakene har i snitt minst én sykepleierstilling, der noen tiltak er svært sårbare når det gjelder personellressurser ettersom driften står og faller på at én spesiell person er tilstede (Ådnes et al., 2008). Effektive lavterskeltilbud har god tilgjengelighet og kapasitet, samt holder en høy helse- og sosialfaglig kompetanse blant sin ledelse og ansatte (Bergen kommune, 2017, s. 35). Det er ansatt både prosjektledere, sosionomer, vernepleiere, leger, hjelpepleiere, miljøarbeidere og andre (Ådnes et al., 2008).

2.5 Faktorer som har betydning for matinntaket hos personer med ruslidelse

Ernæringsbehandling av personer med ruslidelse er komplekst, da ernæringsrisiko avhenger av en rekke faktorer, som hva slags type stoff som inntas, sammenfallende psykiske lidelser og fattigdom (Salz, 2014). Stadig flere blir klar over at problematisk rusavhengighet og dårlig ernæring er knyttet tett opp til hverandre (Grotzkyj-Giorgi, 2009, s. 24). For mange med ruslidelse er det kritisk å lære om ernæring i rehabiliteringsfasen. Kunnskap om ernæring er ofte helt nødvendig for å sikre gode langtidsutsikter etter behandlingsopplegg (Grotzkyj-Giorgi, 2009, s. 24).

2.5.1 Rusmidler

Personer med ruslidelse har ofte en livsstil som svekker deres ernæringsstatus ved at tilgangen til mat, matvarevalg, bolig og sosial støtte er utilfredsstillende (Kim, Spiegelman, Rimm & Gorbach, 2001; Smit et al., 1996). Rusavhengighet vist seg å modifisere spisevaner som gjør at man oftere inntar uregelmessige måltider (Strike, Rudzinski, Patterson & Millson, 2012, s. 2). Mange personer med ruslidelse har problemer med fordøyelse og absorpsjon. Dette forekommer ofte i form av diare, oppkast og dårlig appetitt (Holford, Miller & Braly, 2008; Neale, Nettleton, Pickering & Fischer, 2012). Opioider brukes til å behandle smerte og inkluderer kodein, oksykodon, heroin, metadon og morfin. Disse stoffene svekker aktiviteten i glatt muskulatur, og medfører langsommere peristaltikk og forstoppelse (Salz, 2014). De spesifikke typer rusmidler som benyttes kan variere i innvirkning på ernæringsstatus og individets vekt (Forrester, 2006). Preferansen for søtt øker hvis man bruker opioider (Mysels & Sullivan, 2010). Man har sett at personer som bruker heroin higer etter lettvin, søt mat og spiser mer sporadisk enn andre mennesker (Neale et al., 2012; Varela, Marcos, Ripoll, Santacruz & Requejo, 1997). Personer som bruker metadon rapporterer ofte at de har sukkersug (Fenn, Laurent & Sigmon, 2015; Peles, Schreiber, Sason & Adelson, 2016). Et overforbruk av rusmidler og søt mat deler de samme belønningsveiene i hjernen (Avena, Rada & Hoebel, 2009; Colantuoni et al., 2001; Leggio et al., 2011; Mysels & Sullivan, 2010; Spangler et al., 2004). Et høyt sukkerinntak har vist seg å endre på nevrokjemiske baner i hjernen på samme måte som vanedannende rusmidler (Avena et al., 2009; Colantuoni et al., 2001). Det finnes undersøkelser som viser at kosthold med høyt sukkerinntak og lavt vitamininnhold ser ut til å føre til konsentrasjonsvansker, uro og redusert impuls kontroll (Gesch, Hammond, Hampson, Eves & Crowder, 2002; Lien et al., 2006).

Kronisk alkoholinntak kan påvirke hele gastrointestinal-traktus i stor grad, som igjen vil påvirke fordøyelse og absorpsjon av essensielle næringsstoffer (Chopra & Tiwari, 2012; Ross, Wilson, Banks, Rezannah & Daglish, 2012). Skade på den innerste slimhinnen i tarmen forårsaket av kronisk alkohol- eller heroinmisbruk hemmer absorpsjon av aminosyrer, vitaminer og mineraler (Holford et al., 2008). Uttalt mangel på vitamin B1 (tiamin) gir villusatrofi i tynntarmen, og dermed malabsorpsjon. Dette gjelder ved bruk av både heroin og alkohol (trenger kilde). Bruk av narkotiske stoffer har også vist seg å redusere matlyst og smaken på mat (Neale et al., 2012).

2.5.2 Infeksjoner og andre sykdommer

En ruslidelse er assosiert med flere alvorlige komorbiditeter, og handler derfor om mer enn rusavhengigheten alene (Jeynes & Gibson, 2017). Komorbiditet vil si at det forekommer flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person (Malt, 2018).

I Helsetilsynets rapport: *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse*, kom det fram at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har 15–20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen. Denne overdødeligheten kan i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Fylkesmenn undersøkte om kommunen kartla de somatiske helseproblemene rusmiddelbrukere er mest utsatt for å få, og om de ble fulgt opp. Funnene viser at mange kommuner ikke hadde praksis for hvordan somatisk helsetilstand skulle kartlegges, dokumenteres og følges opp. Samlet sett fikk brukernes somatiske helse lite oppmerksomhet. Det kunne også svikte i gjennomføring av tiltak der det var erkjente helseproblemer (Helsetilsynet, 2019).

De som har et mangeårig misbruk bak seg, der injisering av heroin og amfetamin, sniffing av kokain og inntak av opiater i tablettform ofte inngår, er mest utsatt for å utvikle sykdom (Rossow et al., 2010). For personer med ruslidelse vil injisering i seg selv medføre større risiko for å utvikle en rekke ulike sykdommer og skader. Deling av brukerstyr og bruk av ikke-sterile sprøyter gir begge økt risiko for å pådra seg lokale infeksjoner (Fekjær, 2008). Bomskudd der sprøyteinnholdet havner utenfor blodåren, gir grobunn for lokale infeksjoner. Disse blir ofte ikke medisinsk behandlet og kan utvikle seg til abscesser og venebetennelser (Fekjær, 2008).

Personer som injiserer stoffer har økt risiko for å få infeksjonssykdommer som tuberkulose, hepatitt C-virus og HIV, som kombinert med kronisk rusavhengighet kan gå hardt utover deres ernæringsstatus (Himmelgreen et al., 1998). Hepatitt A og B kan forebygges ved hjelp av vaksine og har et mildere sykdomsforløp enn hepatitt C (Fekjær, 2008). Hepatitt C på sin side er svært utbredt blant injeksjonsbrukere og kan på sikt føre til skrumplever, leverkreft og død. Det er anslått at mellom 70-80 prosent av personer som injiserer rusmidler har kronisk hepatitt C (Bergen kommune, 2017). Når leversykdommen utvikler seg, kan endringer i metabolismen føre til matintoleranser eller begrense næringsinntaket (Hendricks & Gorbach, 2009). Pasienter med hepatitt går ofte ned i vekt og kan utvikle anemi og nøytropeni (Soriano et al., 2002). Nøytropeni er en tilstand hvor antallet nøytrofile granulocytter i blodet er lavere

enn normalt. Nøytrofile granulocytter er en type hvite blodceller som utgjør 50-75 prosent av de hvite blodcellene i kroppen (Pzifer, u.å.).

Ifølge Folkehelseinstituttets tall ble det i 2017 diagnostisert 213 nye hivsmittede, som er et av de laveste tallene på 20 år (NHI, 2018). Blant personer som injiserer narkotiske stoffer i Norge er HIV-forekomsten stabil og lav (NHI, 2018). Endringer i kroppens fettfordistribusjon er en vanlig komplikasjon fra HIV-infeksjon (Wohl et al., 2006) Det har fått navnet HIV-assosiert lipodystrofi syndrome (HALS). Disse endringene kan være perifere og påvirke både armer, legger, baken og ansiktet. Eller de kan være sentrale og påvirke mageregionen, brystet og øvre del av ryggen. Personer med HIV-infeksjon kan rammes av enten lipoatrofi (fett-tap) eller lipohypertrofi (fettøkning) (Hendricks & Gorbach, 2009). Ernæringsstatus har sterkt innvirkning på livskvalitet og overlevelse for de som lever med HIV (Hendricks & Gorbach, 2009). Ernæringsstatus hos HIV-smittede påvirkes på komplekse måter som kan føre til feilernæring via flere mekanismer (Mangili, Murman, Zampini, Wanke & Mayer, 2006).

Ruslidelser øker den langsiktige risikoen for helsemessige komplikasjoner og er knyttet til økt dødelighet. Hjerte- og karsykdommer (Quintero-Platt et al., 2014; Zhang, Bagby, Happel, Raasch & Nelson, 2008), diabetes, lungesykdom (Zhang et al., 2008), dårlig sårheling (Guo & Dipietro, 2010) og nedsatt immunfunksjon (Housova et al., 2005; Quintero-Platt et al., 2014) har alle blitt knyttet til ruslidelser. En undersøkelse fra ruspoliklinikken ved Sykehuset Levanger utført i perioden 2009-2012, viste at pasientene i undersøkelsen hadde mer enn fire somatiske diagnoser hver i gjennomsnitt (E. Dalen, Holmen & Nordahl, 2015).

Redusert tannhelse skyldes manglende ivaretagelse av egen tannhelse over tid (Helsedirektoratet, 2018). Hvis en person har dårlig tannstatus vil det kunne virke negativt inn på kostholdet og man kan ha behov for konsistentilpasset mat (Helsedirektoratet, 2012). Personer med ruslidelse har ofte problemer med munntørrehet, tygge- og svelgevansker, redusert sekresjon av fordøyelsesvæsker, samt hemmet motilitet gjennom hele tarmkanalen (Mcgrath & Chan, 2005). Dette svekker fordøyelsen og absorpsjonen av næringsstoffer som igjen bidrar til feilernæring ((Mcgrath & Chan, 2005).

2.5.3. Psykiske lidelser

Essensielle næringsstoffer spiller en viktig rolle i hjerneregulering av humør (Du et al., 2016). Feilernæring og komplikasjoner fra rusmisbruk kan forverre psykiske symptomer (Fekjær, 2008). Bak en persons rusavhengighet er det ofte ulike og sammensatte årsaker, men felles er som regel behovet for hjelp til å lindre angst, smerte og depresjon, eller for å oppleve

oppstemthet og lykke (Abuse, 2010; Wikler & Rasor, 1953). Rusavhengighet er ofte et symptom på andre lidelser, og for mange, en form for selvmedisinering (Brodahl, 2019). I prinsippet kan alle som bruker rusmidler over tid utvikle avhengighet, men psykisk sykdom ser ut til å øke sjansen (Mørland, 2009).

Moderne teorier vektlegger rusmidlers evne til å indusere langvarige endringer i funksjonen til visse områder i hjernen som ligger til grunn for avhengighetsatferden (Mørland, 2009). En vanlig mekanisme på tvers av ulike former for avhengighet er sannsynligvis aktivering av hjernens belønningssystem og frigjøring av dopamin og endorfiner (Abuse, 2010; Gardner, 2011; Lund, 2010; Robison, Feng & Nestler, 2013). Ved regelmessig rusmisbruk over tid vil rusen føre til at personen opplever fysisk avhengighet. Når denne avhengigheten oppstår og utvikler seg vil den ønskede lindringen eller oppstemtheten etter hvert bli vanskeligere å oppnå. Til slutt vil rusmiddelet nesten utelukkende brukes for å forebygge abstinenser (Robison et al., 2013). Trangen til narkotiske stoffer kan vare livet ut og tilbakefall kan forekomme selv etter tiår med avholdenhet (Robison et al., 2013).

Rusavhengige som befinner seg i en tidlig behandlingsfase har en tendens til å gå veldig mye opp i vekt. Dette kan føre til at de bli usikre og misfornøyde med sitt eget utseendet, noe som videre kan føre til angst og depresjon (Wiss, 2013). I en studie fant man ut at personer med ruslidelse hadde vanskeligheter med å kontrollere matinntaket når de var deprimerte (Wiss, 2013). Disse erfaringene kan forårsake betydelig stress og sette personer i fare for tilbakefall (J. A. Cowan & Devine, 2013). Spiseforstyrrelser er utbredt hos personer med ruslidelse (Neale et al., 2012). Det er betydelig overlapp i prosessene som ligger til grunn for rusavhengighet og spiseatferd. Begge atferder deler de samme kretsløp i hjernen som formidler belønning og motivasjon (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi & Baler, 2012). Videre påvirkes de sterkt av emosjonelle tilstander og stress (Agras, Vögele & Gibson, 2012; Gibson, 2012; Martin et al., 2016). Det er betydelig overlapp i personlighetstrekk assosiert med risiko for rusavhengighet og risiko for overspising (Agras et al., 2012; Davis, 2013; Krug et al., 2008; Vanyukov et al., 2012; Volkow et al., 2012). Man har sett at fedmeopererte har økt risiko for å utvikle en ruslidelse (Reslan, Saules, Greenwald & Schuh, 2014). Da mange ikke får den samme nytelsen fra maten lenger, ser det ut som det foregår en avhengighetsoverføring (Jeynes & Gibson, 2017).

I 2017 var 38 av overdosedødsfallene (15 prosent) selvmord i henhold til EMCDDA - definisjonen som Norge følger. 37 av disse dødsfallene skjedde med opioider (Helsedirektoratet, 2019). Andelen selvmord har vært ganske konstant de siste årene. Siden

2013 har antallet selvmord i overdosestatistikken variert mellom 29 og 44 dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2018). Forskere påpeker at det er et utydelig grenseland mellom selvmord og ulykke overdoser. Derfor er det grunn til å tro at dette er minimumstall. Mange overdosedødsfall synes å ha bakgrunn i likegyldighet til om en lever eller dør (Biong, 2013). I en norsk studie av personer med ruslidelse i behandling ble depresjon, angst og alvorlige tanker om å ta sitt eget liv oppgitt hos omtrent 60 prosent av utvalget (Melberg, 2003). 49 prosent av kvinnene og 39 prosent av mennene i undersøkelsen hadde utført ett eller flere selvmordsforsøk (Melberg, 2003).

2.5.4 Feilernæring

Feilernæring deles ofte inn i to hovedkategorier: 1. Underernæring. Dette inkluderer ‘stunting’ (lav høyde for alder), ‘wasting’ (lav vekt for høyde), undervekt og mikronæringsstoffmangel. 2. Overvekt, fedme og kostholdsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer som hjertesykdom, slag og kreft (World Health Organization, 2016).

Ofte kan man være rammet av flere former for feilernæring samtidig. Både overvektige og undervektige kan mangle mikronæringsstoffer som for eksempel jern, folat eller vitamin A (Global Nutrition Report, 2018). De fleste land har utfordringer med ulike former for feilernæring. Selv om helserisiko forbundet med kosthold rammer absolutt alle samfunnsklasser, er det store forskjeller mellom ulike grupper. Både med tanke på hvor utsatt man er for ulike ytre påkjenninger som går direkte ut over kostholdet og med tanke på tilgangen på mat (Global Nutrition Report, 2018; World Health Organization, 2016). Disse forskjellene oppstår mellom land, men også innad i ett og samme land. Eksempler på dette kan være helsestatus, matsikkerhet, fattigdom og lav utdanning. Feilernæring fører til negative økonomiske og sosiale konsekvenser for individer, familier, samfunn og land verden over (Global Nutrition Report, 2018).

Underernæring kan defineres som: «Forstyrrelse av form eller funksjon som oppstår ved mangel på ett eller flere næringsstoffer» (Schenker, 2003, s. 91). Hovedårsaken til underernæring og næringsstoffmangler hos personer med ruslidelse ser ut til å være valg av rusmiddel framfor mat (Sepideh Nabipour et al., 2014; Neale et al., 2012). Diagnostiske kriterier for underernæring er unøyaktige og kan være vanskelig å diagnostisere. En av årsakene er at symptomer på underernæring kan maskeres av rusavhengighet. I Norge benyttes ICD-10 kodeverket når underernæring skal vurderes. ICD-10 står for den tiende revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer (Direktoratet for e-helse, 2018).

Alvorlig underernæring defineres som KMI < 18.5 kg/m², vekttap > 20 prosent (uavhengig av tid) eller > 10 prosent siste 6 måneder (Direktoratet for e-helse, 2018). For ikke så lenge siden kom det forslag til internasjonale kriterier for underernæring, kalt GLIM-kriteriene, som baserer seg på etiologi og symptomer. GLIM er en forkortelse for Global Leadership Initiative on Malnutrition (Cederholm et al., 2019).

Symptomer på underernæring er dårlig humør, tretthet, muskelsvakhet, økt infeksjonstendens og sykdom (The British Association For Parenteral And Enteral Nutrition [BAPEN], 2018). Underernæring kan også skyldes mangel på penger, tilgjengelige utsalgssteder for å kjøpe næringsrik mat, tilgang på kokemuligheter, kunnskap om matlaging, lyst til å lage mat, motivasjon til å spise og kunnskap om matens betydning (Himmelgreen et al., 1998; Neale et al., 2012; Schenker, 2003). Personer med ruslidelse er i mange tilfeller spesielt utsatt for svekket ernæringsstatus og usunn kroppssammensetning. Underernæring kan være et resultat av ensidig kosthold, lavt matinntak, dårlig fordøyelse og absorpsjon av næringsstoffer (BAPEN, 2018).

Underernæring er utbredt blant personer med ruslidelse (Hossain, Kamal, Ahsan & Islam, 2007; Housova et al., 2005; S. Nabipour, M. Ayu Said & M. Hussain Habil, 2014; Neale et al., 2012; Tang et al., 2011). Personer med ruslidelse har generelt lavere KMI og fettprosent, og høyere fettfri masse, enn sunne kontrollere (Ersche, Stochl, Woodward & Fletcher, 2013; Himmelgreen et al., 1998; Mysels & Sullivan, 2010; Quach et al., 2008; Tang et al., 2011; Tang et al., 2010). I McIlwraith et al. (2014) sin studie så man at injiserende brukere, spesielt de som injiserte heroin, var særlig utsatt for å få en KMI i undervektområdet. Kosttilskudd kan være nødvendig og viktig i denne sammenheng, men det kan ikke erstatte et variert og sunt kosthold eller andre aspekter som inngår i en sunn livsstil (Grotzkyj-Giorgi, 2009, s. 26).

Fra ulike undersøkelser ser det ut til å være en endret metabolisme blant forsøkspersoner med ruslidelse (McIlwraith et al., 2014; Quach et al., 2008; Tang et al., 2010). For eksempel fører gjentatt bruk av kokain til redusert lagring av kroppsfett (Ersche, Stochl, Woodward & Fletcher, 2013) som igjen fører til en betydelig lavere KMI (Quach et al., 2008) enn det som opprettholdes av personer som ikke tar narkotiske stoffer. Næringsstoffmangel kan også oppmuntre personen til å skaffe seg narkotiske stoffer (Gibson, 2001). Siden mange personer med ruslidelse er underernært, kan det være vanskelig for dem å skille mellom trangen til å

innta rusmidler og behovet for mat (Brunault et al., 2015). De pengene man har brukes i hovedsak på mer stoff og dette hindrer økt tilgang på mat (Tang et al., 2011).

Selv om mange personer med ruslidelse er underernærte, forekommer det store vektvariasjoner i denne gruppen. Livet til en rusavhengig kan sammenlignes med en berg- og dalbane, der personen flytter seg fra hektiske perioder med rusavhengighet på gatenivå, til roligere faser med behandling, rehabilitering og fengsling (Sæland et al., 2009, s. 35). I de roligere fasene kan man anta at personen inntar flere regelmessige måltider som kan gi store variasjoner i deres kosthold (Sæland et al., 2009, s. 35). Personer med ruslidelse rapporterer om vektøkning i rehabiliteringsinstitusjoner (Neale et al., 2012; Varela, Marcos, Ripoll, Santacruz & Requejo, 1997). Årsakene kan være et økt matinntak og lavere stoffskifte på grunn av langvarig sult og mangel på tilstrekkelige mengder livsviktige næringsstoffer som er nødvendig for å holde energistoffskiftet oppe.

3.0 METODE

I dette kapittelet beskrives metoden som har blitt benyttet for å belyse studiens to forskningsspørsmål. Kapittelet starter med å presentere det teoretiske grunnlaget som ligger til grunn for valg av studiens metode. Deretter vil masterstudentens forforståelse bli gjort rede for. Videre følger en beskrivelse av metode for datainnsamling, utvalg, samt gjennomføring og analyse av intervjuene. Avslutningsvis vil studiens etiske aspekter vurderes.

3.1 Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Målet med kvalitative studier er å forstå og fortolke meningsinnholdet i ulike fenomener slik de oppleves av de involverte i deres naturlige setting (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Et kvalitativt design kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive opplevelser (Malterud, 2017, s. 30). Masterstudenten ville undersøke meningen i det informantene sa, noe som ikke ville vært mulig ved bruk av spørreskjema og kvantitativ metode. Kvalitative forskningsmetoder egner seg godt for forskning der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er lite, og man på forhånd ikke har oversikt over relevante svaralternativer (Malterud, 2011). De ansattes felles erfaringer gav et grunnlag for å utvikle en forståelse av fenomenet som skulle undersøkes (Thagaard, 2018).

Forskningsmetoden som ble benyttet i studien var kvalitative gruppeintervjuer inspirert av fokusgruppeteknikk (Malterud, 2017). Antall deltakere var færre enn det som er vanlig i fokusgrupper, og det var heller ingen observatør til stede under intervjuene. Derfor ble det bestemt å kalle dem for «gruppeintervjuer». Hovedinstrumentet for datainnsamlingen var en selvutviklet, semistrukturert intervjuguide. Den ble utformet på bakgrunn av ustrukturert feltobservasjon og tidligere funn fra vitenskapelige artikler.

Studien hadde en hermeneutisk (også kalt interpretativ) tilnærming. Hermeneutikken tar for seg tolkning av menneskelige uttrykk som et middel for forståelse (Malterud, 2017, s. 28). I denne sammenheng var det menneskelige uttrykket samtalen fra gruppeintervjuene som skulle tolkes. Empiriske funn fra gruppeintervjuerintervjuene bidro til at det kunne utvikles perspektiver, som deretter ble knyttet opp mot teori, med sikte på å utvikle en forståelse av dataene (Thagaard, 2018, s. 184).

Studien fulgte prinsippene bak kvalitativ innholdsanalyse etter beskrivelse av Graneheim og Lundman, der det settes søkelys på et dypere meningsinnhold enn det som kan oppfattes umiddelbart (Graneheim & Lundeman, 2004).

3.1.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

En studies vitenskapsteoretiske ståsted er avgjørende for hvordan man tilnærmer seg materialet som skal samles inn. Samtidig bestemmer det hvordan man tolker og forstår det som skal studeres (Thagaard, 2018). Virkeligheten kan oppfattes og forstås på mange måter og er avhengig av hvordan man henter inn og tolker datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Som kvalitativ forsker ser man på virkeligheten som subjektiv, mangfoldig og konstruert. Det konstruktivistiske perspektivet ligger til grunn for denne studien. Innenfor et konstruktivistisk perspektiv vil kunnskapen som produseres være et resultat av interaksjonen mellom forsker og personene som studeres i en sosial kontekst (Thagaard, 2018).

Informantene i studien ble derfor sett på som aktive bidragsyttere, der kunnskapen ble utformet av masterstudenten og informantene i et fellesskap. Det konstruktivistiske perspektivet tar utgangspunkt i at tekstens beskrivelser gjenspeiler informasjon fra datamaterialet, samtidig som det er preget av masterstudentens fortolkning av informasjonen.

I analysen ble det lagt vekt på å beskrive tekstens innhold, samt å fortolke tekstens mening. Graneheim og Lundman (2004) sin tolkning av kvalitativ innholdsanalyse er at ulike mennesker alltid vil tolke en tekst, datamateriale eller intervjusituasjon på forskjellige måter. Dermed kan virkeligheten oppfattes ulikt av ulike mennesker. Prinsippene i hermeneutikken og kvalitativ analyse har blitt benyttet aktivt under gjennomføringen av gruppeintervjuene, i studieplanleggingen og under analyseprosessen (Føllesdal, 2001). Det har hele tiden vært et mål for masterstudenten å forstå helheten gjennom å tolke de ulike delene av de transkriberte gruppeintervjuene.

3.1.2 Forskerens forforståelse

Filosofen Heidegger (Heidegger, 1962) argumenterer for at hver person vil oppfatte det samme fenomenet på ulike måter, og at hver og en bringer inn hans eller hennes levde opplevelse, spesifikke forståelse og historiske bakgrunn. Det vil si at det vi opplever, allerede har blitt tolket av oss (Finlay & Gough, 2003). Forforståelsen har en sentral plass innen hermeneutikken (Kvale et al., 2009) og omfatter meninger og oppfatninger som forskeren har dannet seg på forhånd til det som skal studeres (Malterud, 2011). Forskeren vil alltid ha en forforståelse, både i møtet med informanter, men også til det innsamlede datamaterialet. Ved å bruke seg selv som forskningsinstrument preger forskerens forforståelse studiens utførelse (Malterud, 2011) og vil påvirke kunnskapen som kommer fram (Thagaard, 2018). Dalen (2011) peker på at en ny forforståelse vil oppstå, ved at den eksisterende forforståelsen videreutvikles når ny forståelse oppstår i forskningsprosessen. Det er viktig å være bevisst på,

og redegjøre for sin egen forforståelse og innvirkningen den har på tolkningsprosessen. Dette åpner for størst mulig forståelse av informantenes egne erfaringer og uttalelser (M. Dalen, 2011).

Masterstudenten har ernæringsfaglig bakgrunn, med bachelor i ernæring fra Bjørknes Høyskole, og er i avsluttende fase av masterstudiet i samfunnsernæring på OsloMet – storbyuniversitetet. Kunnskap masterstudenten har tilegnet seg i løpet av ernæringsstudiene preger forforståelsen. Dette omfatter blant annet viktigheten av helsefremmende folkehelsearbeid. For å redusere sosiale ulikheter i helse kreves det langsiktig og målrettet innsats (Helse- og omsorgsdepartement, 2006). Inngående kunnskap om sosiale ulikheter i helse har medvirket til at masterstudenten har en spesiell interesse for kostholdet til sårbare grupper. Hun har vokst opp i en familie der flere har slitt med ulike former for spiseforstyrrelser. Dette har bidratt til å påvirke valg av utdanning. Hun har savnet flere forelesninger om psykisk helse på studiet, da hun gikk ut ifra at dette temaet skulle bli vektlagt i større grad. Dette medvirket til valg av tema for masteroppgaven, siden hun kunne koble temaet psykisk helse opp mot studieløpet og på den måten få studert det mer inngående.

Videre har masterstudentens forforståelse blitt påvirket av kunnskapsrike veiledere og møter med ansatte fra lavterskelinstitusjoner i forkant av gruppeintervjuer. Dette foregikk via ernæringsmøter, personalmøter og ustrukturert observasjon i form av besøk på husene. Dette kom i tillegg til forutinntattheter hun måtte ha hatt om personer med ruslidelse.

Masterstudenten er opptatt av at absolutt alle grupper i samfunnet ivaretas. Det skal ikke være nødvendig å måtte være en bidragsyter for å bli ivaretatt, men likevel kan det argumenteres for at alle mennesker har noe å bidra med i et samfunn. Masterstudentens psykisk utviklingshemmede storebror har lært, og fortsetter å lære henne mye om empati, tålmodighet og omtanke for andre. Den store interessen i det å bedre forholdene for spesielt utsatte og sårbare samfunnsgrupper, har vært en sterkt påvirkende faktor i utarbeiding av forskningsspørsmål og intervjuguide, og har også vært fremtredende i gjennomføring av gruppeintervjuer og tolkning av data. Forebyggingsarbeid er en viktig del av samfunnsernæringsstudiet. Ved å forsøke å bedre forholdene for spesielt utsatte grupper, kan man forhåpentligvis være med å bidra til at neste generasjon unngår å få det like vanskelig.

Masterstudenten hadde en viss forventning om hvordan situasjonen til beboerne i lavterskelinstitusjonene skulle være, siden hun har hatt praksis på et værested for rusavhengige. Dette var et dagtilbud og hun fikk pratet mye med både brukerne av stedet og ansatte. En av arbeidsoppgavene var å holde matkurs, der hun forberedte seg ved å lese seg

opp om kostholdet til personer med ruslidelse. Samtidig var forforståelsen for arbeidet i lavterskelinstitusjoner og kvalitativ forskning i praksis, relativt liten. I arbeidet med studien ble det lest litteratur for å sette seg inn i russtatistikk, rusmidler, rusbehandling og mer, samt forskningsmetoden kvalitativ metode. Ved å lese seg opp på disse temaene dannet masterstudenten seg en teoretisk referanseramme som inngår som en del av forforståelsen. I løpet av forskningsprosessen ble imidlertid den teoretiske referanserammen utvidet. Masterstudenten har vært bevisst og kritisk til sin egen forforståelse, men samtidig latt være å holde seg objektiv. Masterstudentens forforståelse gjør sannsynligheten stor for at hun har gått inn med allerede etablerte forventinger på hvordan deltagerne vil svare og hva tolkningen av analysene vil vise (Thagaard, 2018). Disse tankene vil videre påvirke tolkningen av datamaterialet og det deltagerne forteller under gruppeintervjuene.

3.2 Utvalg og utvalgsprosessen

I studien er det samlet inn data gjennom gruppeintervjuer med fem utvalg fra fire lavterskelinstitusjoner på Østlandet. Lavterskelinstitusjonene ble plukket ut siden de allerede var en del av pilotprosjektet «Mat mot overdoser».

3.2.1 Rekruttering av informantene

Det ble benyttet strategisk utvalg ved rekruttering av informantene. Strategisk utvalg er utvalgsmetoden som benyttes oftest i kvalitativ forskning, og gir mulighet til å rekruttere deltagere som er informasjonssterke (Malterud, 2011). Målet var å rekruttere deltagere med god innsikt i temaet og med de beste forutsetningene for å besvare forskningsspørsmålene. Det ble antatt at ansatte som hadde ansvar for mat og måltider i lavterskelinstitusjonene satt med relevant kunnskap og erfaringer om studiens tema, og disse ble derfor sett på som nøkkelpersoner. Inklusjonskriteriene for å kunne delta i gruppeintervjuer var at deltageren måtte: Arbeide i en av de fire lavterskelinstitusjonene, være involvert i matlagning og måltider på lavterskelinstitusjonen, være over 18 år for å kunne gi sitt samtykke, være i stand til å forstå hva deltagelsen innebar og måtte kunne svare for seg selv om han eller hun ønsket å delta.

Før en forsker inntar forskningsfeltet må man sikre seg tillatelse til å oppsøke de aktuelle informantene. Tillatelse var sikret i denne sammenheng, siden lavterskelinstitusjonene allerede var deltagere i prosjektet. Masterstudenten ble en del av prosjektet etter tilbud fra en av veilederne sine kort tid etter at prosjektet var igangsatt. Rekrutteringsprosessen startet 13 juni, 2019, da masterstudenten for første gang fikk kontakt med fire lavterskelinstitusjoner under et ernæringsmøte. På disse møtene var også en av masterstudentens veiledere til stede,

samt en representant fra KoRus. Lavtersklene ble spurt om de var interessert i å være med i masterstudentens masteroppgave. Den skulle være et av bidragene i et større ernæringsprosjekt kalt «Mat mot overdoser». Etter å ha blitt enige om når de ulike lavterskelinstitusjonene hadde mulighet til å delta, ble det omsider gitt informasjon om dato, tid og sted for gjennomføring av gruppeintervjuer. Deltagerne ble opplyst om at intervjuene skulle befinne seg på lavterskelinstitusjonen de jobbet ved. I forbindelse med pilot- og gruppeintervjuer hadde masterstudenten med seg informasjonsskriv og informert samtykkeskjema i papirformat (Vedlegg 1). I informasjonsskrivet ble det presisert at det var ønskelig med en gruppe satt sammen av ansatte som var involvert i matlagning og måltider på husene. Videre ble det informert at antall påmeldte informanter måtte være minst tre og maksimalt åtte personer fra hvert hus. Fire av fire lavterskelinstitusjoner sa seg villig til å være med i studien.

3.2.2 Informantene

De ansattes tanker kan bidra til å framskaffe mer innsikt om temaet, siden mange av de som ble intervjuet har jobbet tett med personer med ROP-lidelser over flere år. De har i tillegg sett hvordan mattilbudet på lavterskelinstitusjonene har utviklet seg over tid. Det totale antall informanter i studien var 15 personer. Utvalget bestod av 11 kvinner og fire menn. Det var tre informanter per gruppe. Informantene fikk en informant-ID for å ivareta anonymitet.

Lavterskelinstitusjonene ble ikke nevnt med navn (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over informantene fordelt på lavterskelinstitusjon, utdanningsbakgrunn og kjønn.

Lavterskelinstitusjon	Informant-ID	Utdanningsbakgrunn	Kjønn
Lavterskel 1	1a	Sosionom	Kvinne
	1b	Barnevernspedagog	Mann
	1c	Vernepleier	Kvinne
Lavterskel 2	2a	Hjelpepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid og rus	Kvinne
	2b	Sosionom	Kvinne
	2c	Velferdsviter/masterstudent	Kvinne

Lavterskel 3 (første intervju)	3a	Selvtnevnt «halvstudert	Mann
	3b	røver»	
	3c	Sosionom Sykepleier	Kvinne Mann
Lavterskel 3 (andre intervju)	3d	Sosionom	Kvinne
	3e	Sosionom	Kvinne
	3f	Selvtnevnt «juksesosionom»	Mann
Lavterskel 4 (pilotintervju)	4a	Sosionom	Kvinne
	4b	Sosionom	Kvinne
	4c	Sosionom	Kvinne

3.3 Datainnsamling

Informasjonsskriv ble medbrakt av masterstudenten på intervjudagen, sammen med informert samtykkeskjema (Vedlegg 1). Informert samtykkeskjema ble skrevet under av informantene rett før alle intervjuene begynte. Datainnsamlingen ble utført mellom 9 oktober til 17 desember. Hver enkelt lavterskelinstitusjon ble besøkt en gang og gruppeintervjuet foregikk på samme dag, med unntak av Lavterskel 3, der to gruppeintervjuer ble utført på ulike datoer og med ulike informanter. Det ble beregnet omtrent to timer per besøk.

3.3.1 Gruppeintervju som metode

Gruppeintervjuer inspirert av fokusgruppeteknikk ble benyttet som datainnsamlingsmetode i denne studien (Malterud, 2017). Det ble gjennomført fem gruppeintervjuer på fire forskjellige lavterskelinstitusjoner. Formålet med kvalitative intervjuer er å framskaffe fyldig og beskrivende informasjon om hvordan andre mennesker erfarer ulike sider av sin livssituasjon (M. Dalen, 2011, s. 13). Intervju som metode egner seg godt når man ønsker kjennskap til

hvordan informantene opplever og forstår seg selv i sine omgivelser (Thagaard, 2018, s. 53). Gruppeintervjuer ble valgt siden gruppeintervjuer utnytter samhandling mellom flere deltakere for å få enn annen type innsikt enn det man får fra individualintervjuer (Malterud, 2017, s. 138). Gruppeintervju i seg selv kan forklares som en deltakende metode (Brandt, 1996) der grupped medlemmene får innflytelse på intervjuet og kan bidra til endringer i hverandres oppfatninger. Dette finner man ikke i individuelle intervju i samme grad (Malterud, 2017). Hvordan rekkefølgen på temaene i intervjuet er organisert, har betydning på hvordan intervjuet forløper seg (Thagaard, 2018). Samtalene var fokusert mot bestemte temaer som var formulert på forhånd i form av en semistrukturert intervjuguide (Malterud, 2017) (Vedlegg 2). Under gruppeintervjuerintervjuene ble det iblant stilt oppfølgingsspørsmål av masterstudenten uavhengig av intervjuguiden. Det var ingen observatør til stede under intervjuene, men under det første intervjuet på Lavterskel 3 var det også en ansatt til stede som forholdt seg taus og tok notater som en del av prosjektet «Mat mot overdoser».

3.3.2 Utarbeidelse av intervjuguiden

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med 27 spørsmål i forkant av gruppeintervjuene som fungerte som en veiledende mal under intervjuene. Det er ikke nødvendig å følge intervjuguiden i den rekkefølgen spørsmålene er satt opp, men det er viktig at man får dekket temaene intervjuguiden inneholder (Malterud, 2011). Masterstudenten valgte likevel å følge spørsmålene i den rekkefølgen de var satt, da hun følte dette ble mer oversiktlig grunnet det relativt store antallet med spørsmål. Hun la også til oppfølgingsspørsmål der det passet seg. Hvis et tema allerede var blitt snakket om og spørsmålet ble gjentakende, ba intervjuer om informanten kunne utdype litt mer hvis de hadde noe annet å tilføre.

Arbeidet med intervjuguiden var basert på studiens to forskningsspørsmål, og ble utviklet i samarbeid med to av masterstudentens veiledere. Det ble foretatt ustrukturert observasjon i form av besøk ved alle lavtersklene i forkant av gruppeintervjuene. Dette var for å undersøke kjøkkenfasilitetene og hva som kunne være interessant å stille informantene av spørsmål. Intervjuguiden inneholdt fire innledende spørsmål og deretter 23 dybdegående spørsmål fordelt på tre sentrale temaer som omhandlet matkunnskap, matlagning og måltider på lavterskelinstitusjonene. De første spørsmålene i intervjuguiden var innledende, der målet i hovedsak var at informantene skulle bli komfortable i forhold til intervjusituasjonen (Kvale et al., 2009). For at datamaterialet skulle danne et godt grunnlag for analysen, var det ønskelig å samle inn fyldige data. I utarbeidelsen av intervjuguiden var det viktig å lage spørsmål som

kunne gi masterstudenten trygghet under intervjusituasjonen og forsikre henne om at viktige temaer ikke ble glemt. De dybdegående spørsmålene hadde en klar rekkefølge og struktur, men de var likevel åpne så ikke samtalen skulle bli overstyrt og rigid. Det ble formulert åpne spørsmål som startet med: «*Kan dere fortelle ...*» eller «*Kan dere si noe om ...*». På den måten hadde informantene mulighet til å prate forholdsvis fritt og dele av sine tanker og erfaringer. For at informantene skulle få en mulighet til å prate enda mer fritt lød siste spørsmål i intervjuguiden som følger: «*Er det noe annet dere vil fortelle som jeg ikke allerede har spurt om*»?

3.3.3 Forberedelser av gruppeintervjuene

Malterud (2011) påpeker at data som hentes inn fra pilotintervjuer kan ha betydning for studiens funn. De bør av den grunn benyttes som bidrag til studien. Det ble gjennomført et pilotintervju med ansatte i en av de fire lavterskelinstitusjonene. Daglig leder spurte tre ansatte ved den aktuelle lavterskelen om de ønsket å være med i gruppeintervju i løpet av et personalmøte i begynnelsen av oktober, 2019. Både masterstudenten og en av hennes veiledere var da til stede. De ansatte tok utfordringen på strak arm og gruppeintervjuerintervjuet ble holdt uken etter. Pilotintervjuet ble gjennomført for å se hvordan intervjuguiden fungerte i praksis, undersøke hvordan masterstudenten forholdt seg som intervjuer, og for å teste Diktafon-app utviklet av Universitetet i Oslo [UiO], - for opptak av lyd fra smarttelefon. Pilotintervjuet varte i ca. 45 minutter og gav nyttig informasjon, og ble derfor benyttet videre i studien.

3.3.4 Gjennomføring av gruppeintervjuene

Masterstudenten gjennomførte alle gruppeintervjuer selv. I rollen som moderator ledet hun samtalen og passet på at deltagerne holdt en rød tråd. Før intervjuene begynte gav masterstudenten beskjed om at informantene ikke måtte avbryte hverandre når de snakket. To intervjuer ble tatt opp med Diktafon-app utviklet av UiO, tre intervjuer med båndopptaker på utlån fra OsloMet – storbyuniversitetets bibliotek, og gjennomført til avtalt tid. Det var naturlig at gruppeintervjuerintervjuene foregikk i lavterskelinstitusjonenes lokaler, da det måtte skje i arbeidstiden. Intervjuene foregikk enten på personalkjøkkenet, møterom eller andre rom i bygget, alt etter hvor informantene foretrakk å sitte og hvor det var forholdsvis stille. Masterstudenten startet med en kort presentasjon av seg selv og hensikten med studien. Alle informanter fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema og fikk tiden de trengte til å lese igjennom skrivet før intervjuet begynte. De ble oppfordret til å stille spørsmål hvis de lurte på noe og fikk beholde informasjonsskrivet hvis de ønsket. Masterstudenten sa noe om

hvordan hun ønsket at samtalen skulle forløpe seg. Dette inkluderte at man prøvde å unngå bruk av person- eller stedsnavn for å sikre anonymitet. Dessuten var det en fordel hvis man gjorde sitt for å ikke avbryte hverandre når noen snakket. Deretter gav hun informasjon om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd. Det ble gjentatt at anonymiteten deres skulle sikres og deretter kort forklart hvordan Diktafon-app eller båndopptakeren fungerte i praksis. Ingen informanter hadde noen innvendinger, og underskrev samtykkeskjema kort tid før intervjuene begynte. Masterstudenten informerte deretter om at opptaksutstyret nå ble slått på. Den semistrukturerte intervjuguiden ble benyttet under hele gjennomføringen av gruppeintervjuerintervjuene.

Masterstudenten begynte intervjuet med å stille innledningsspørsmål i forhold til alder og utdanningsbakgrunn, samt informantens og institusjonens daglige gjøremål i forhold til mat og måltider. Dette for å prøve å skape en rolig atmosfære og en mykere overgang til de mer dybdegående spørsmålene. Oppfølgende spørsmål utenom intervjuguiden ble stilt av masterstudenten kontinuerlig når deltagerne kom med interessant informasjon som det var naturlig å få utdypet nærmere. Spørsmål som: *Noe mer dere har lyst til å legge til, eller?* er eksempel på spørsmål som ble stilt utenom intervjuguiden. Det kunne også komme oppsummerende setninger fra masterstudenten iblant for å undersøke om et utsagn var forstått: *Jeg tenkte på når du sa godterimat, mener du da, mener du godteri eller mener du liksom, kjeks eller.* Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter. Etter besøk på lavterskelinstitusjonene ble det skrevet ned notater som inneholdt hovedinntrykk fra informanter og intervjuer som kunne ha betydning for videre tolkning og analyse av materialet.

3.4 Transkribering

Alle lydfiler ble transkribert og intervjuene utgjorde 162 maskinskrevne sider. Informanter fikk en informant-ID hver (Tabell 1). Intervjuene ble transkribert verbatim. Under transkriberingen ble det forsøkt å gjengi intervjuene ordrett, inkludert latter og pauser. Lengre pauser ble markert med [pause] og latter ble beskrevet med [ler]. Korte pauser ble markert med tre prikker i form av «...». Trykk på ord ble markert med tegnet «_». Det ble i tillegg skrevet ned stikkord for å huske *måten* ting blir sagt på, som stemninger, tonefall, muntlige vendinger, kroppsspråk og lyder. Naturlige fyllord som oppstår i enhver samtale, for eksempel «eh» eller «mhm»-lyder, ble også tatt med i transkripsjonene (Gentikow, 2005, s. 117). Dersom samtalen var preget av utydelige eller ufullstendige setninger, ble dette markert med «()». For eksempel: *3b: Ja, vi heier på prosjektet, veldig ()*.

Det ble valgt å utelate særlige kjennetegn som slang og dialekter ved å transkribere på bokmål. Dette bidro til å styrke anonymiseringen av personene som deltok. Opptakene er råmaterialet for analysen, og det er anbefalt å sjekke utskriftene grundig mot lydfilene (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydkvaliteten på opptakene var god, men litt lav, så hodetelefoner ble benyttet for å høre samtalene tydeligere, samt sikre at andre ikke hadde mulighet til å høre intervjuene bortsett fra masterstudenten selv. Der det var tvil om innholdet, måtte det spoles tilbake flere ganger for å høre nøyaktig hva som ble sagt. Etter endt transkribering ble hele intervjuet hørt på i sin helhet enda et par ganger for å dobbeltsjekke at alt var skrevet ned ordrett, samt at meningen med informantens ord og uttrykk var forstått, etter masterstudentens oppfattelse. Dette ble gjort for at den transkriberte teksten skulle representere det som informanten har hatt til hensikt å meddele, i den grad det er mulig.

3.5 Dataanalyse

For å utføre analysene ble dataene behandlet ved hjelp av Microsoft Word, Microsoft Excel og det kvalitative dataanalyseprogrammet HyperResearch. Microsoft Word gjorde det enklere å få en oversikt over datamaterialet ved hjelp av programmets kommentarfunksjon. Det ble lagt inn stikkord og forslag til koder i kommentarfelt. Deretter ble datamaterialet bearbeidet videre i Microsoft Excel for organisering av kategorier og koder. Selve kodingsprosessen ble gjort i programvaren HyperResearch, da dette gjorde det enklere å se tilbake på analyseprosessen og på den måten forbedre studiens pålitelighet. Dataanalysen av de transkriberte gruppeintervjuene ble gjort med Graneheim og Lundman (2004) sin tolkning som grunnlag. Alle trinn i den kvalitative innholdsanalysen er basert på Graneheim og Lundman (2004) sine prinsipper. Når masterstudenten analyserte datamaterialet var hun ute etter å beskrive variasjoner gjennom å identifisere likheter og ulikheter (Graneheim & Lundman, 2004) mellom institusjonene. Likheter og ulikheter deles inn i ulike kategorier og temaer og tolkes deretter. I hver tekst vil det finnes «et åpenbart innhold» og «et skjult innhold» (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim & Lundman (2004) påpeker at teksten har et manifest og latent innhold. Tekstens manifeste innhold involverer en beskrivelse av de synlige og åpenbare delene, mens tekstens latente innhold involverer en fortolkning av den underliggende meningen i teksten. En tekst vil alltid involvere flere meninger og det vil alltid finnes en grad av fortolkning når man tilnærmer seg en tekst. Dette er uavhengig om man ser etter det manifeste eller latente innholdet. Både det manifeste og latente innholdet innebærer tolkning, men fortolkningene vil variere i dybde og abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). Masterstudenten undersøkte både det åpenbare og det skjulte innholdet og hadde den

hermeneutiske sirkelen i bakhodet under denne prosessen. I analyseprosessen ble også deltageres interaksjoner tatt hensyn til.

Første steg av analyseprosessen var å lese igjennom den transkriberte teksten flere ganger i Microsoft Word, for deretter å søke etter mer dybdeforståelse og innsikt i hva teksten ville fortelle, og så gjøre seg opp noen tanker om hva som kunne være hovedtemaer og skrive de ned i programmets kommentarfunksjon. Aktuelle tekstutdrag fikk farge og det gikk dermed raskere å finne fram til disse. Deretter ble kategorier og koder videre bearbeidet og organisert i Microsoft Excel. Så ble meningsbærende enheter, det vil si deler av tekst som har samme mening, identifisert og organisert i det kvalitative dataanalyseprogrammet HyperResearch. Det åpenbare innholdet ble først beskrevet, og deretter fortolket gjennom utarbeidelse av koder, underkategorier og kategorier. Det ble notert ned stikkord knyttet til informantens utsagn. For hver gang teksten ble lest kunne nye stikkord noteres. Analyseprosessen beveget seg fra helheten til delene, og fra delene til helheten, der ny kunnskap førte til at masterstudenten oppnådde en dypere forståelse, denne prosessen var i lys av den hermeneutiske sirkelen. Underveis i hele analyseprosessen har det vært søkelys på å fortolke tekstens underliggende mening, som utgjør tekstens tema. Intervjumaterialet i tekstform utgjør studiens analyseenhet, og ble vurdert som stort nok til å sees på som en helhet, og lite nok til å huskes som en kontekst for meningsbærende enheter under analyseprosessen.

Når man tillegger meningsbærende enheter en kode skjer en tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Når de meningsbærende enhetene ble kodet ble hele intervjumaterialet vurdert parallelt. Informative og nyttige meningsbærende enheter ble kondensert, som vil si at man forkorter uten å miste helheten og forståelsen av enheten, og fikk koder (Vedlegg 2). Tekst med samme koder ble delt inn i underkategorier som deretter ble lagt under tilhørende kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Etter hvert som masterstudenten hadde tolket delene, prøvd å forstå det skjulte innholdet og sett sammenhenger, ble ulike temaer utformet.

Det åpenbare innholdet som framkommer av den transkriberte teksten presenteres i resultatdelen og underbygges ved bruk av sitater. Det skjulte innholdet er framstilt basert på masterstudentens egne tolkninger av resultater og viser seg i valg av overskrifter på underkategorier, kategorier og sammensetning av dem. Valg av tema ble formet av masterstudentens egne tolkninger av det skjulte innholdet. Transkriberingsprosessen gir muligheter for en forsker å bli kjent med datamaterialet, og bør derfor utføres av forskeren selv (Dalen, 2011).

Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enhet til kategori.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Underkategori	Kategori
4a: Og så opplever vi ofte at folk har næringsdrikk selv og at de tenker at det er maten deres, at de ikke spiser noen ting ved siden av, «men, nei, nei, jeg har jo næringsdrikk.» Sånn at kunnskapen blant beboerne er ikke alltid ... like god. Eller så er de så opptatt av ... å være tynne. At de prioriterer ikke å spise.	Flere (undervektige) beboerne har tilgang til sine egne næringsdrikker. Dette kan medføre at de ikke spiser noe i tillegg til denne drikken. Årsaken kan være mangel på kunnskap, eller at de er redde for å legge på seg og nedprioriterer det å spise.	Spiseutfordringer	Beboernes utfordringer knyttet til mat og måltider	Det framtidige mattilbudet

3.6 Etiske overveielser

Forskningsetikk er spørsmål vedrørende konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter, samtykke, personvern og konfidensialitet av data (Berg & Lune, 2012). Studien inneholdt sensitive personopplysninger som har vært mulig å spore tilbake til hver enkelt deltager. Lydopptak regnes som personopplysninger og informantene skriver under med fullt navn på informert samtykke. Masterstudenten har derfor vært pliktig til å få godkjenning til å gjennomføre studien av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste [NSD]. En risiko- og verdivurdering [ROS] ble foretatt i samarbeid med veileder i forkant av gruppeintervjuer for å etablere rutiner for hvordan personopplysninger skulle behandles etter vurdering fra NSD.

Samtykkeerklæringer, lydopptak og det transkriberte datamaterialet ble oppbevart hver for seg. Konfidensialitet og anonymitet ble respektert gjennom hele forskningsprosessen.

Alle deltagerne måtte skrive under på et informert samtykke for å bli tilstrekkelig informert om omfanget ved studien og sikre at sine rettigheter ble ivaretatt. I det informerte samtykket ble det også gitt informasjon om deltagerens anonymitet, studiens tema og nytteverdi.

Informert samtykke ble framskaffet fra alle informanter før intervjuene fant sted.

Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før deltakelse. Informantene ble også informert om at intervjuet ble tatt opp med lydopptaker.

Anonymitet, konfidensialitet, og informert samtykke er sentrale faktorer som må ivaretas for å kunne gjennomføre en studie (Berg & Lune, 2012). Alle opplysninger ble behandlet uten navn, personnummer, navnelister eller annen identifiserbar bakgrunnsinformasjon. I den ferdige rapporten skal det ikke være mulig å spore tilbake til hvem som har sagt hva og det skal heller ikke være mulig for utenforstående å få tak i datamaterialet (Berg & Lune, 2012). Lavterskelinstitusjonene og informanter er ikke navngitt i studien og kan kun gjenkjennes av masterstudenten selv. Dette for å ivareta lavterskelinstitusjonen og deltagerens anonymitet. Informantene fikk en informant-ID ved presentasjon av resultater. Intervjuguiden ble utformet slik at lydopptakene ikke skulle inneholde identifiserbare opplysninger, verken direkte eller indirekte. Sitatene fra de enkelte deltagerne er knyttet opp mot deltagerens nummerering. Deltager nummer en fra lavterskel 1 (tilfeldig nummerert) benevnes med: 1a, og så videre. Deltagerne ble oppfordret til å ikke presentere seg selv eller lavterskelinstitusjonen med navn under opptakene. Det finnes derfor ikke opptak der informantene forteller hva de heter. Sitater som presenteres i resultatdelen er ikke presentert i sin originale sammenheng, da dette gjør teksten vanskeligere å gjenkjenne for informanter som var med i studien. For deltagerens anonymitet er dette positivt, men noen kan imidlertid kunne bli provosert dersom de gjenkjenner noe de selv har sagt når de leser teksten og ikke føler dette samsvarer med egen selvforståelse (Thagaard, 2018). Andre person- eller stedsidentifiserende utsagn som eventuelt kunne avsløre identiteten på informantene eller lavterskelinstitusjonene ble ikke skrevet ned under transkriberingen. Særegne kjennetegn som dialekt, språk, ord og uttrykk er blitt omformulert til bokmål i sitatene.

Arbeid og lagring av lydopptak og datafiler ble gjort i henhold til retningslinjer gitt i FoU-håndboken, (OsloMet, 2016a, 2016b). Alle båndopptak ble slettet fra PC etter at hvert gruppeintervju var blitt transkribert. Det transkriberte datamaterialet ble oppbevart på en ekstern, kryptert harddisk. Underskrifter fra informanter ble oppbevart i en konvolutt og

låsbart skap i studiestedets lokaler. De vil bli destruert når masterstudien er levert og bestått. Opptakene vil også bli slettet fullstendig og datamaterialet makulert når masterstudien er levert og bestått.

Fordelene ved å gjennomføre studien skal være større enn ulempene eller risikoen som ligger i å gjennomføre den (Behi & Nolan, 1995). Denne studien gir i likhet med mange andre studier ikke deltagerne en direkte fordel, men deltagelsen kan vise seg å være til fordel for samfunnet (Behi & Nolan, 1995). Studien utsetter ikke deltagerne for noen åpenbare farer. Temaene som ble tatt opp berører situasjonen i lavterskelinstitusjonen og ikke deltagerne selv personlig. Innsamlede data inneholder trolig verken personlige eller nærgående temaer som kan gi informantene problemer i etterkant. Fordelen ved å gjennomføre studien for masterstudenten har vært muligheten det gir på å belyse aspekter rundt temaene som kan medføre ny kunnskap, og samtidig kunne bidra i videreutviklingen av mattilbudet på lavterskelinstitusjoner for personer med ruslidelse. Masterstudenten har ikke hatt noen finansielle hensikter ved studien.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil resultater fra gruppeintervjuerintervjuene bli beskrevet. Funnene presenteres ved bruk av overskrifter som er de samme som analysens kategorier og underkategorier. I første omgang gis en kort presentasjon av lavterskelinstitusjonene, deretter belyses studiens første forskningsspørsmål; hvordan matsituasjonen til beboerne på lavterskelinstitusjonene ble ivaretatt før, - og underveis i intervensjonsperioden. Videre vil forskningsspørsmål nummer to; hvordan lavterskelinstitusjonene kan bistå beboerne i oppnåelsen av et forbedret mattilbud i framtiden belyses. I oppgaven er sitater skrevet i kursiv. Sitatenes setningsoppbygging er justert til en viss grad for å gjøre de mer lesbare. Vedlegg 5: Måltidsorganisering, gir en oversikt over mattilbud på husene før og underveis i intervensjonsperioden. Vedlegg 6: Menyer, gir en oversikt over husenes ulike menyer i intervensjonsperioden.

4.1 Kort presentasjon av lavterskelinstitusjonene

Lavterskel 1, 2, 3 og 4 er midlertidige botilbud og skadereduserende tiltak for brukere i aktiv rus. Lavterskelinstitusjonene hjelper og veileder personer med ruslidelse som ønsker endring i sin livssituasjon. De er døgnbemannet, har feltpleie og ansatte med sosialfaglig kompetanse. Sett bort fra lavterskel 4 som er et tilbud kun for kvinner, er målgruppen på husene både menn, kvinner, eller par. Beboerne er brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis. De inntar rusmidler daglig eller periodevis, og har ønske om å få et mer kontrollert rusmiddelbruk eller rusreduksjon. De klarer seg selv i hverdagen eller har behov for noe omsorg. Ingen av husene tilbyr oppfølging etter utflytting (Oslo kommune, u.å.).

Lavterskel 1 deltok i Prosjekt ERT i 2012. De prioriterer opiatbrukere som kan være aktuelle for substitusjonsbehandling og har totalt 43 døgnplasser. De har legetjenester, medikamenthåndtering og psykiater på huset. Lavterskel 2 har 32 døgnplasser, dette inkluderer seks plasser på avdelingen «Trappetrinn» som har botid inntil to år. På lavterskel 3 prioriteres yngre brukere. De tilbyr i likhet med lavterskel 1 og 2 inntil tre måneders botid som kan forlenges inntil ett år. De har 37 døgnplasser på huset. Målgruppen hos lavterskel 4 er voldsutsatte kvinner som ikke får tilbud ved vanlige krisesentre på grunn av omfattende rusmiddelbruk. De tilbyr akutt plasser i inntil 14 dager. De har 12 døgnplasser og er døgnbemannet (Oslo kommune, u.å.).

4.2 Tiden før intervensjonen

Denne delen av resultatene vil sette søkelys på matens betydning for beboerne basert på informantenes uttalelser. I tillegg blir ulike utfordringer i forbindelse med husenes knapphet på ressurser belyst. Det blir også gitt informasjon om beboernes matinntak utenom institusjonene, samt et par informanters opplevelser fra andre institusjoner der det har blitt servert mat til personer med ruslidelse. Samlet gir det et bilde av matsituasjonen på lavterskelinstitusjonene før den tre måneder lange intervensjonen begynte.

4.2.1 Ansattes vurdering av betydningen av måltider

Informanter ved flere lavterskler påpekte at beboerne hadde behov for variert og næringsrik mat med mer grønnsaker, kjøtt og fisk i kostholdet, og at de inntok mye sukkerholdig mat med mye karbohydrater.

Ib: Og så tenker jeg, det er en gruppe som ... mitt inntrykk er at mange spiser ekstremt mye karbohydrater.

Flere nevnte også at maten skulle smake godt, lukte godt og se innbydende ut. En informant fra lavterskel 1 fortalte at beboere ikke var så flinke til å prioritere ernæring, selv om de definitivt hadde behov for mer mat og bedre mat, i tillegg til mer væske. Man hadde observert at mange drakk altfor lite vann, og når de fikk i seg væske ble det gjerne en del alkohol, kaffe og brus. Lavterskel 1 skulle gjerne hatt et større mattilbud enn det de kunne tilby. De var veldig klar over viktigheten av flere måltider, og da særlig det å kunne tilby ett varmt måltid om dagen. Videre ble det påpekt at en jevn tilførsel av mat var viktig. Noen beboere spiste kanskje kun ett måltid om dagen, hvis de spiste noe i det hele tatt. Det så ut til at humøret ble bedre og at de ble roligere etter å ha inntatt flere måltider. Det ble nevnt at mer mat kunne gjøre beboerne bedre rustet til å tåle psykoser og overdoser. En informant mente også at det kanskje førte til at man ruset seg mindre. Det var imidlertid vanskelig å si noe sikkert om dette.

En informant fra lavterskel 4 påpekte at beboerne deres spiste bedre og fikk det bedre når de hadde tilgang på mat. Ansatte hadde observert at mange beboere la på seg under oppholdet.

4a: Så kommer de hit og får normal mat, og det er jo ikke det at de er overvektige. De var jo undervektige gjerne, når de kom.

En informant fra lavterskel 3 sa beboerne satte veldig stor pris på det å kunne hente seg brød, havregryn, melk og litt pålegg mellom måltidene. En annen informant fra lavterskel 3 sa at et

liv i aktiv rus var en ekstremt energikrevende livsstil, så det var veldig viktig at man fikk i seg de grunnleggende næringsstoffene. Når de hadde mindre mat på lavterskel 3 sa en annen informant at det da også virket som det var flere overdoser der. Det var veldig skadereuserende å tilby flere måltider, noe huset ikke hadde hatt mulighet til før i den grad de hadde nå. Mat ble nedprioritert hos mange beboere og informantene var derfor glade for at det nå var større matutdeling. Det samme ble gjentatt under gruppeintervjuer på lavterskel 2:

2b: Vi er jo et hus hvor det er aktiv rus og mange som har vært ganske ... rusa i veldig, veldig mange år. Så førsteprioritet er jo ikke mat. Så det er veldig fint at vi kan dele ut og har mat flere ganger om dagen, for det er ikke noe mange prioriterer pengene sine på.

Fra gruppeintervjuer på lavterskel 3 kom det fram at enkelte beboere var veldig dårlig fungerende og underernærte. En informant sa beboere kunne bli sinte når de fikk servert hard mat. En annen informant fra lavterskel 3 forklarte at det kanskje ble inntatt mer sukkerholdig mat tidligere når de ikke hadde måltider. Flere informanter fra ulike gruppeintervjuer sa at mange beboere hadde dårlig tannstatus, og dermed behov for mat som var lett å tygge. Beboere på lavterskel 3 var nysgjerrige på hva det var til middag og visste når det var middag. De levde ikke i en rusverden der alt kom brått på. Det var ikke sikkert de alltid visste hvilken dag det var, men de visste at det var middag på kvelden de dagene det var satt opp. En informant fra lavterskel 3 sa at mindre mat førte til dårligere allmenntilstand. Det var mange personer med ROP-lidelser som døde av sykdommer også, og ikke kun overdoser.

Under flere gruppeintervjuer kom det fram at informanter hadde lagt merke til at noen beboere forvekslet russug og matsug, altså sult. De prioriterte da å ruse seg hvis de kjente en eller annen form for sug. Det kom også fram under flere gruppeintervjuer at man trodde beboerne stod bedre rustet mot sykdom når de inntok regelmessige måltider. Flere av de intervjuede kunne merke at beboere endret uttrykk og ble roligere og mer stabile i løpet av et måltid når de satte seg ned og spiste i felleskap. Særlig underveis i middagene. Det førte som oftest til at det ble en veldig fin atmosfære rundt middagsbordet.

2b: Jeg har hatt beboere som har utagert og vært kjempesinte. Kommer inn, har fått mat og da roer de seg ned.

En informant fra lavterskel 3 sa de hadde tilrettelagt med beboerkjøleskap på hvert rom. Beboere ble oppfordret til å skaffe seg noe mat selv, siden huset ikke hadde servering på natten. Veldig mange av beboerne på lavterskelinstitusjonene levde på natten, dermed ble mattilbudet deres borte, siden dagen deres gikk bort. Enten fordi de var ruset, sov, eller var

ute og jobbet. Flere informanter mente at måltider og det å spise var nedprioritert for mange, og at beboere kanskje ikke hadde et bevisst forhold til det å spise næringsrik mat. En informant fra lavterskel 3 mente det var viktig for beboere å oppleve det å kunne nyte rammene rundt et helt ordinært måltid utover det å kun få i seg nok næring. En annen informant fra samme hus mente mat kunne ha en effekt på beboernes humør, samt føre til lavere aggresjonsnivå og mindre støy på huset. Man hadde sett en utvikling over tid, da mattilbudet tidligere nærmest var ikke-eksisterende.

3e: Nå har ikke jeg jobbet her så lenge, men som jeg har fått hørt, så har man jo sett en forskjell fra da det nesten ikke var noe mattilbud, til det ble mattilbud. Både i forhold til hærverk her, konflikter på huset, overdoser. At alt bedret seg veldig da, når man kunne gi tilbud om mat.

4.2.2 Mangel på økonomiske og menneskelige ressurser

De fleste lavterskelinstitusjonene hadde få ansatte fordelt på veldig mange beboere. Når alle beboere skulle følges opp på lavterskel 4, og man samtidig skulle ta telefoner og lage middag til alle fra bunnen av, trengte det ikke å skje så veldig mye før måltidet ble forskjøvet.

4a: Vi er jo bare to stykker på jobb og tolv beboere.

En informant fra lavterskel 4 sa de tidligere brukte 50 000 kr i året, men nå hadde fått 200 000 kr å benytte på mat og ernæringstiltak i løpet av prosjektperioden. Tidligere var det de hadde av mat enten donert eller varer som butikken hadde bestilt for mye av. Det var ofte ting som ikke var så sunne og næringsrike.

4a: Når jeg begynte å jobbe her for syv år siden, så var det ikke noe. Det var - det var ingenting. Altså hvis vi fikk noen boller og sånn fra bakeren, så stod det der. Kanskje stod det brød der. Det var det_ som stod der, det var ingenting_. Med mindre vi fikk noe donert, men da fikk vi jo gjerne sånn 'crap'. Fikk donert juicebokser, sukkertøy og sånn.

En informant fra lavterskel 4 fortalte at de hadde fått negative tilbakemeldinger på mat, men at dette ikke hadde skjedd på et par år. Det dreide seg ofte om beboere som syntes maten var lite spennende og variert. En annen informant la til at de tidligere kjøpte det absolutt billigste av alt. Det ble også snakket om en liten fase der personalet smurte på brødskiver til lunsj. Dette likte verken beboere eller ansatte, men de hadde ikke mye pålegg og måtte fordele det lille de hadde. De var redde for at pålegget skulle forsvinne eller at noen skulle ta på det. I perioden da huset hadde mindre penger, ble det ikke satt fram mat utenom faste tidspunkt.

4c: Det likte ikke folk, og det skjønner_jeg jo! Man har jo gjerne lyst til å smøre på sin egen skive selv!

Tidligere da lavterskel 4 nesten ikke hadde noe matsservering, ble beboere rådet til å gå på NAV og søke nødhjelp.

4b: «Jeg er enig med deg», husker jeg, jeg sa ofte «skulle gjerne_servert deg god mat, jeg, men det er ikke opp til meg, for vi har ikke penger.»

En informant fra lavterskel 3, snakket om tidligere matsservering da de hadde mindre penger og lyden som kom når beboere løp ned trappene for å få fatt i mat.

3f: Jeg husker for mange år siden hvor det var, til og med før vi hadde frokosten, som kom i gang etter et sånt prosjekt det også. [Ehm] Hvis vi lagde noe, da hadde vi et sånn varmmåltid på lørdag som var litt tilfeldig. Hvem kom på jobb? Hvor mye har vi i kaffekassa å gå og handle for? Hvem liker å lage mat? Men når vi tok en sånn felles skål, om vi laget fiskeboller i hvit saus eller pasta eller hva det nå skulle være, så hører jeg fortsatt den dere rumlingen i trappene inne i hodet mitt at: «YES! Nå er det noe mat!»

En annen informant fra lavterskel 1 snakket om at det var en bit å gå når det gjaldt ernæring og kosthold for beboere. Det virket som om det var en del som trengte spesialkost, men de hadde ikke kunnet skreddersy noe mattilbud rundt deres behov i noen større grad. Ved lavterskel 1 kom det også fram at det primært var behov for flere ansatte for å kunne bedre mattilbudet, men de hadde også utfordringer i forbindelse med fasilitetene på huset. Det ble snakket om å få tilkjørt mat i ferdige pakker, så det ble mindre behov for tid til tilberedelse. Mange av rettene tok lang tid å lage. Siden de var et stort hus og hadde mange små lagre her og der, tok bare det å finne fram til ingredienser tid. Men beboerne virker mer fornøyde når de fikk servert mer mat. På lavterskel 1 organiserte personalet seg etter forholdene. Dagvakter preparerte og kuttet mat til kveldsmiddagen. På den måten var det enklere for kveldsvaktene som var enda færre på jobb enn dagvaktene, å lage middag.

På lavterskel 3 ble alt låst ned på kvelden og det var ingen matsservering etter halv ti. De sa det hadde vært fint å kunne tilby middag oftere, og gjerne hver dag, lunsj også. Men det var vanskelig i forhold til antall ansatte og andre oppgaver på huset som skulle gjøres hver dag i tillegg til å lage mat.

3f: Det hadde aldri vært feil med mer, men det er de grensene for hva vi har kapasitet til å gjøre da. Det er ikke et pleiehjem, eller syke, gamle mennesker, eller et sykehus her heller, så.

Det vil jo, jeg ville gjerne hatt litt oftere de varme måltidene. Men jeg tror kanskje ikke jeg ville hatt tre måltider hver dag her på huset. Jeg synes det ville vært kjempevanskelig å jobbe da.

4.2.3 Hvorfor og hvordan beboerne skaffer seg mat utenom husenes mattilbud

Noen av beboerne var flinke til å oppsøke de ulike mattilbudene hvor de kunne få mat rundt i byen, mens mange ikke var det. Det var vanskelig for flere informanter å snakke om beboernes totale matinntak, da veldig mange var veldig mye ute. De så dem rett og slett ikke ofte nok.

4c: Vi ser jo kun at folk spiser middag, egentlig. De andre måltidene ser vi jo ikke at folk spiser, eller det man forsyner seg i kjøleskapet med.

På lavterskel 3 ble kjøkkenet stengt om natten. Mikrobølgeovn var riktignok tilgjengelig, og det var kjøleskap på alle rom der noen av beboere hadde sin egen mat. Huset hadde utlevering av varer som smør, sennep, ketchup og krydder til de som ønsket å lage seg mat selv. Beboere kunne også låne utstyr som komfyr, kopper og kar.

3a: Det er alltid noen kokker blant beboerne.

Selv om mange i realiteten hadde mulighet til å lage seg mat, var det likevel ikke mange som prioriterte det. Det ble et økonomispørsmål om man var villig til å kjøpe inn egne råvarer, noe mange ikke gjorde.

3f: Det er som du sier at det er lite prioritert [eh] hos mange, og blant de som kjøper en del, noe mat og tilbereder selv, så er jo det veldig mye av, altså en cola, en frossenpizza.

En informant fra lavterskel 2 sa at deres mattilbud kanskje ble valgt bort de første dagene man fikk inn penger fra NAV, og at beboere da isteden gjerne kjøpte seg hurtigmat som de ikke fikk på lavterskelinstitusjonen.

2a: Får du trygd den 20 så kommer du kanskje ikke og spiser mat her på en tre, fire dager. For da har du litt penger selv. Og kan kanskje kjøpe en burger eller noe som er mer litt sånn du har lyst på, som du ikke, som du faktisk får.

Beboerne kunne iblant være misfornøyde med lørdagstilbudet på lavterskel 3. En informant hadde sagt til beboere som klagde at det også var mulig å få seg mat andre steder.

3f: Jeg har jo noen ganger sagt hvis folk sier: «Å, er det disse pølsene på lørdag igjen» at «Det er det, [eh] og det er noe varmt og det smaker greit, og mange her kommer seg ikke ut i

dag, men du vet du kan gå på Lisa-kafeen og få deg en fullverdig og kjempegod middag for 15 kr. Så kan du velge litt i dag.»

4.2.4 Ansattes erfaringer fra andre institusjoner som serverer mat til personer med ruslidelse

En ansatt fra lavterskel 2 hadde positive opplevelser etter å ha jobbet som kjøkkensjef i et fengsel. Hun skulle ønske de kunne hatt samme system på lavterskel 2.

2a: Jeg kan jo bare si det at jeg har jobbet alene på et storkjøkken, men jeg hadde noen som hjalp meg. Opplegget var at det skulle være knekkebrød, det skulle være brød, det skulle være kornsorter, det skulle være sånne ting til frokost. Det skulle gjerne være noe grønt og frukt som skulle serveres til frokosten. Alt ble satt ut på et langbord [ehm]. Det er drømmesituasjonen her også [eh] og at det var varm lunsj som ble servert halv tolv, og da gjerne med salat ved siden av noe [eh] grovt fiberbrød til og litt sånn pålegg og sånne ting. Så ble det servert middag, varm mat klokken halv fire, og da var det ut ifra hva de som var på kjøkkenlaget ønsket å lage. For det kunne være at de ville ha oksestek en dag, eller de kunne ha kebab en dag, shawarma, fisk, ikke sant. De var med på, også hadde de ansvaret for kveldsmaten sammen med en ansatt, og da ble det også satt fram forskjellige brød og kornsorter og knekkebrød og nok smør og nok pålegg, sånn at alle fikk spist seg ordentlig mette. Det er drømmesituasjonen. Fire måltider per dag. Og du trenger ikke å ha en kokk, kjøkkenansatt som er på hele tiden. For hvis du har et idiotsikkert system som vi hadde der, så funket det som fysj!

En informant fra lavterskel 4 fortalte om et sted hun tidligere hadde jobbet der de hadde mange strenge regler når det gjaldt matserveringen. Beboere fikk ikke mat overhodet hvis de kom ett minutt for sent til måltidet. De hadde ett langbord der det ikke var mulig å sette seg ved et annet bord mer for seg selv.

4a: () og måtte faktisk spise i fellesarealer. Var kun lov til å spise, måtte på en måte nesten ha legeerklæring hvis du skulle få lov til å spise på rommet.

4c: [Ehm] satt og stirret_ på hverandre, mens de spiste i takt!

4a: Hadde noen krangler på det huset der, altså!

4c: Og det, ikke sant, det skaper ubehag rundt mat da.

4b: Og ganske lite kompetanse på den gruppa man skal hjelpe også da.

4.3 Tre måneders intervensjon

Denne delen av resultatene omfatter den tre måneder lange intervensjonen som foregikk i samme periode som gruppeintervjuer med lavterskelinstitusjonene ble utført av masterstudenten. Det kommer fram hva husene har kunnet tilby i sin matservering og betydningen dette har hatt for beboerne.

4.3.1 Hva husene har kunnet tilby og ikke kunnet tilby av matvarer under intervensjonen

En informant fra lavterskel 3 sa at hvis beboere befant seg på en institusjon hvor de fikk alle måltider og medisiner dekket, så var det lite de hadde igjen av penger. Grunnen til det var at de fikk mindre utbetalt i støtte fra NAV. Informanten ville da selv ha valgt å sitte igjen med mer penger, og så kunne han ha fått nok mat til å overleve på og ha det helt greit, uten å måtte betale noe for det. En annen informant mente huset i hvert fall sørget for at beboere hadde tilgang på mat og at rammene for å dekke dette behovet var til stede.

3a: Enkelte beboere kommer jo til oss, nærmest fra gata. Og det er jo mulig å tenke seg at [eh] når du sover på en rist i byen og kommer hit, så er det veldig behagelig.

På lavterskel 4 var mat som yoghurt, frukt, tubeost, brød, cornflakes og melk tilgjengelig hele døgnet. På det samme huset sa de at de ikke hadde tatt seg råd til å kjøpe kosttilskudd, men prøvde isteden å introdusere alle vitaminene og næringsstoffer i maten. Videre sa de at de lagde mat hele tiden. Informantene fra lavterskel 4 sa de syntes det var veldig god tilgang på mat på huset. Det var to måltider som ble servert hver dag, og så var det tilgjengelig enkel mat og frukt hele døgnet. Under intervensjonen hadde de lagt til en ekstra middag på menyen, kveldsmat og flere matvarer som var tilgjengelig i kjøleskapet for beboere døgnet rundt. De syntes de hadde et kjempebra mattilbud i forhold til hva de hadde hatt, og i forhold til at de hadde fullt av beboerne som bodde der i korte perioder. Tidligere fikk de gjerne kjeft fra beboere hvis de ikke hadde mat.

4a: Da måtte vi bare forsvare oss og ta imot. Nå kan vi si: "Du! Gi meg fem minutter, så skal jeg fylle opp kjøleskapet.»

Lavterskel 4 styrte unna lettprodukter. De kjøpte mye avokado, laks og hadde alltid masse forskjellige grønnsaker, til alle måltider. De tok hensyn til glutenallergier, laktoseintoleranser og hvis noen var vegetarianere. De hadde også kjøpt inn næringssmoothies til beboerne. De var veldig opptatt av egg, nettopp fordi det inneholdt så mange ulike næringsstoffer, praktisk talt alle, unntatt vitamin C.

På lavterskel 1 fortalte informantene at de begynte med matservering for 12-15 år siden. De sa de hadde startet med å dele ut multivitamin daglig for de som ville ha, og at mange beboere fikk næringsdrikk ved behov av Feltpleien. De mente mattilbudet under intervensjonen var veldig bra. De serverte frokost og middag daglig, og hadde matpakker tilgjengelig hver dag. I tillegg hadde de også fått litt mat fra et bakeri, og iblant cateringmat tilkjørt fra 'events' rundt om i byen. Frokosten inneholdt ulike typer pålegg, litt grønnsaker, masse egg, grovt brød, knekkebrød og korn. Det var ikke så mange dagene i uken hvor de serverte svin med tanke på religiøse hensyn. De prøvde å tilpasse slik at det alltid var noe beboerne kunne spise hvis de hadde spesielle behov.

På lavterskel 2 handlet intervensjonen om å utvide tilbudet til å inkludere litt flere retter, litt mer næringstett kost, samt litt mer fokus på det å ha større matpakker. Dessuten hadde de melk, juice og yoghurt som skulle deles ut. Når det kom til næringsdrikker i tillegg til vanlig kost, var dette kun for de som var veldig underernærte og hadde spiseforstyrrelser. Lavterskel 2 hadde ikke tilbud om tran og vitaminer. De mente at maten var variert og skulle inneholde det man trengte av vitaminer og næring. De sa de hadde gått på kurs med tanke på hva som skulle være på 6 ukers menyene, som bidro til kvalitet og variasjon. Noen ganger ble det bakt litt kaker og laget vafler på huset som ekstra kos. Søndagsmiddagen skulle spises i felleskap med personalet. Frokosttilbudet bestod av brødskiver med pålegg, kornsorter, grøt, havregryn, og cornflakes. Det var i tillegg servering av egg i helgene. Hvis noen informerte om at de hadde laktoseintoleranse eller noe annet, la man ekstra mat til side i tillegg til menyene som var laget for alle. Inntrykket var at lavterskel 2 tok dette seriøst.

2a: Har vi en som bor her som har en intoleranse så blir det kjøpt inn spesialmat.

Ferdigsnakket. Og de får den maten når de ønsker.

En informant fra lavterskel 3 sa de lagde mat med ferske råvarer, og gode tydelige smaker. De brukte mye krydder, fordi noen beboere kunne ha nedsatt smaksevne. Mattilbudet bestod av lakseretter, vegetarmat, husmannskost, kyllingretter og pasta bolognese. De hadde varmmat på lørdager fra seks til syv, hvor de serverte ulike supper en uke, og så pølse og brødmat uken etter. De hadde fjernet sukker fra tilbudet siden beboerne hadde et veldig stort søtbehov.

3b: Vi savner det jo i teen kanskje og sånne ting, men det som vi har sett tidligere er at () en nesten tok like mye sukker som havregryn på en måte (). Det var rett og slett helseskadelig.

Det så riktignok ut som at beboerne fortsatt valgte å kjøpe sitt eget sukker.

3a: De kjører på med sitt eget sukker, det gjør de jo. Men vi, ja, nei, jeg stiller meg bak den. Blir jo forundret over mengden sukker ().

Variasjon var et viktig stikkord i lavterskel 3 sitt mattilbud. Tidligere hadde de tilbudt omega3 kapsler via Feltpleien som de vurderte å innføre igjen. Utviklingen i mattilbudet på huset hadde vært markant fra nesten ikke noe mat, til så å si, full dekning. En informant forklarte at full dekning ikke betydde institusjons-dekning. Lavterskel 3 var ikke et hospits, men heller ikke fulldekket (et fullkosttilbud). En av informantene forklarte at man ikke gikk sulten der, men at det heller ikke bugnet over av mat.

3a: Det høres jo ut som vi har, at det flyter over av mat. Det gjør det ikke, men man går ikke sultne her.

De tok hensyn til muslimer som ikke spiste svin og vegetarianere med tanke på mattilbudet. Oppfordringer om glutenfri mat trodde de ikke at de hadde fått fra noen beboere, men det var lite gluten i maten. Fra gruppeintervju nummer to på lavterskel 3 kom det fram at fokuset i intervensjonsperioden hadde vært på at maten skulle være næringsrik og inneholde så mye som mulig av det man trengte for å kunne ha et fullverdig kosthold. Beboerne skulle få i seg ting som kunne gi dem en liten boost, i form av for eksempel helmelk istedenfor lettmelk. At pålegg som leverpostei og makrell i tomat skal ha en effekt hvis man tok opp veldig lite næring. Biola ble tilbudt til frokost med tanke på mage og tarm. Maten skulle smake godt og se innbydende ut. Når det kom til kosttilskudd, ble ikke det tilbudt med mindre mangler kunne vises på blodprøver.

3e: Nei, det er vel mere hvis vi, man har sett igjennom noen blodprøver hos fastlege, eller at man har mangel på, på diverse så kan jo det ha blitt [eh] dosert opp, om det har vært jernmangel eller sånne ting, at man får tilskudd for det.

Når det kom til næringsdrikk, var ikke det noe huset hadde mulighet til å gi ut sånn uten videre. Det måtte man gjennom fastlegen for å få rekvirert.

3f: Ja, vi hadde jo tidligere, Feltpleien kunne vurdere det selv, men det ble et økonomisk spørsmål. Dyre næringsdrikker. Så da var det mer det å få nærmest en diagnose som underernært fra fastlegen og så hjelp til det.

Mattilbudet på lavterskel 3 bestod av ferske grønnsaker og ikke frysede grønnsaker. Det var fersk fisk og ikke frysede fisk. Det var kun en rett med bearbeidet kjøtt; pasta bolognese-retten.

Beboerne hadde tilgang på brødmatt og havregryn hele dagen. En informant sa de hadde noen middager uten at beboerne måtte bidra selv eller betale noe for det.

3f: Noen har jo vært på en rehabiliteringsinstitusjon, blitt skrevet ut eller flytta, og vet i hvert fall at når de kommer tilbake hit, så har de tilgang på brødmatt og havregryn hele dagen. De har noen av disse middagene, uten å måtte bidra selv eller betale inn en 20-kroning eller hva det koster noen steder.

4.3.2 Betydningen av 'care' og omsorg i de nye matlagningsrutinene på husene

En informant fra lavterskel 4 trodde beboerne fikk litt jevnere og mer stabilt matinntak av å være på institusjonen. Det var ikke uvanlig å folk la på seg under oppholdet. Før hadde de gjerne bodd ute på gata og ikke fått spist ordentlig.

4a: Altså, jeg har jo snakket med folk som sier: "Fy faen, nå må jeg flytte herifra for jeg har blitt så tjukk.»

På lavterskel 4 hadde mange beboere gått fra å ikke spise middag i det hele tatt, til å spise middag hver eneste dag. En av informantene lagde ostesmørbrød til kveldsmat. Hvis de hadde fått boller fra bakeren smurte hun de med brunost og hvitost for å gjøre noe litt ekstra ut av det. Hvis beboerne skulle vekkes tidlig, hadde de gjerne med en kaffekopp. Da startet dagen hyggeligere enn den kanskje ellers ville gjort. En informant sa det virket som folk ble blidere når de serverte vafler. På et av husene hadde de sittet og spist sammen med beboerne når forholdene lå til rette for det, og da hadde det vært veldig hyggelig. De var mye på farten og det å sitte ned og spise var ikke alltid lett å få til.

1b: [Eh] Og så har du tilberedelsen og det går mye tid. Også når vi setter ut da så er det gjerne andre ting vi må gjøre på huset. [Um]. Så jeg ser at det er litt_ vanskelig å få til den der 'sitte ned og spise'.

Lavterskel 3 hadde fått økonomisk tilskudd som ble brukt på kjøkkenet. De dekket opp, hadde servietter, pyntet og tente lys for å gjøre det litt ekstra koselig. De var opptatt av at maten de serverte beboerne skulle se fin ut på tallerkenen. Det ble trukket fram at det nærmest ble litt feststemning og restaurantpreg over det hele.

3b: Så kommer de hit til dekket bord og så står en av oss og serverer. Så får de så mye de vil ha.

Før intervensjonen var det litt andre rutiner på lavterskel 3. En informant nevnte at det bar mer preg av at man slang noe på tallerkenen. Det var ikke så forseggjort. Videre ble det fortalt

at beboerne kanskje spiste mer av tingene de før ville valgt bort. En informant fortalte at han hauset maten opp litt, og prøvde å gjøre beboerne mer nysgjerrige på hva de hadde foran seg. En annen påpekte:

2b: [Mhm] Er man sulten nok, så spiser man det meste, og det er jo derfor det er så fint at det er variert.

Beboere som ikke likte fiskeretter eller vegetarretter prøvesmakte, og så ble det suksess med gode tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger fra andre beboere som spiste fisk var også med på å påvirke andre igjen. En ung gutt som skulle videre på et annet tiltak rakk å delta på et av måltidene. Etterpå sa han at han gjerne ville ha oppskrift på maten, for den var utrolig god. Det var noe av det beste han hadde smakt. Huset printet ut oppskriften og han tok den med seg videre. Det var mange flere positive tilbakemeldinger nå enn tidligere. Nå la de merke til at de ansatte la litt mer innsats og litt mer sjel i matlagingen. Beboerne var veldig takknemlige, og det skapte hyggelig stemning på huset. En informant forklarte at måten de nå organiserte matserveringen på, førte til at beboerne opplevde å bli satt pris på.

3a: Åh, ja at de ikke er, at man føler seg litt mindre på institusjon kanskje. Kommer hit og har litt sånn hyggelig avbrekk.

Det var flere beboere som nå satt lenger ved middagsbordet og spiste og koste seg.

3c: Ja, de blir sittende mer under retten da enn kanskje før. Før så bare skuffa de i seg, ble rent som en mat- [ehm] magefyll, nå er det mer en gastronomisk opplevelse. [ler]

En informant fra lavterskel 3 fortalte at det hadde blitt mer og mer mat på huset gjennom tiden han hadde vært der, men at det den siste tiden også hadde vært en dreining mot bedre mat og at middagene holdt bedre kvalitet.

3a: Det dreier seg litt om å bli satt pris på. Altså, ikke bare slenge en sånn bolle med noe dritt bort til de narkisene liksom. At man faktisk gjør noe ordentlig, at de selv merker at de blir satt pris på. At du tenker på dem som folk på linje med alle andre folk, liksom. Som fortjener et godt måltid, ja, så ofte som mulig egentlig. Det er fint for dem kanskje å komme ned og se at man har gjort noe ekstra.

Under gruppeintervjuer på lavterskel 3 kom det fram at oppgraderingen og justeringen av middagsmenyene hadde vært en stor gevinst i seg selv. Flere ting ble laget fra bunnen av nå enn tidligere, og mindre var halvfabrikata. Både med tanke på smak og at det skulle være

grønnsaker til alle retter. De hadde brukt mer tid på middagene og hadde derfor kunnet gjøre dette.

3f: At de ser at en rett, en helt vanlig middagsrett, med proteiner, karbohydrater og grønnsaker og det som skal til, kan se innbydende ut. Det at den kan lukte sånn at nå får jeg appetitt, nå gleder jeg meg til å spise. For det er på en måte nesten helt fraværende hos veldig mange.

En informant fra lavterskel 3 forklarte at det hadde vært en endring på huset siden de begynte å lage maten mer fra bunnen av. Luktene spredde seg veldig mye mer og beboere kom og sa de gledet seg til å spise middag når det var deres tur, fordi det luktet så godt. Dette var en ganske ny opplevelse for de alle. En annen informant forklarte at de var opptatt av å løfte middagene ved å bruke servietter og tenne noen lys. Det skulle være en sånn: «Velkommen - til mat og hyggelig samvær» - ramme rundt det hele.

3f: Og det er jo veldig mange som knapt har opplevd det. Det gjør jo noe med matlysten og hele biten, forhåpentligvis til å bli nysgjerrig på mat selv og da.

De ønsket å få fram gode smaker og få rettene til å se litt elegante ut. Tidligere var fokuset størst på hyggen rundt måltidet, men når det kom til maten handlet det da mer om å få i seg nok.

3f: Jeg kjenner at jeg ofte kan bli stolt når vi serverer disse middagene og det kjente jeg jo ikke tidligere, på den, den måten da.

De erfarte at mange flere stod i kø for å få rester hvis det var noe igjen. Beboere i andre etasjer som ikke hadde middagstilbud den dagen spurte gjerne mens middagen pågikk i den aktuelle etasjen om det var mer mat igjen. Informanter fortalte at de tok tallerkenen og la oppi porsjoner til beboere av ulike grunner. Andre beboere kunne for eksempel reagere hvis noen var uhygieniske og borte i maten før de fikk den servert. Det kunne også ha en positiv virkning, at det var en fin følelse å bli servert en tallerken som var gjort litt pen og pyntelig fra personalet, istedenfor at man satt en stor gryte på bordet,

3d: [Mhm] Og det sier vi jo gjerne også, at vi sier jo ikke det: «Nei, du får ikke lov å ta selv» eller vi sier jo gjerne at: «Kan jeg få lov å servere deg?» og det synes jo mange, får litt sånn nærmest følelse av å være på restaurant eller altså, at de skal, ja, føle at de blir servert da.

4.3.3 Erfaringer ansatte har hentet fra nye måltidsrutiner og matkurs

På lavterskel 1 hadde matkurs vært ukens høydepunkt for enkelte. De tenkte å fortsette med det til neste år. Selv om de hadde tilbud om det, hadde ingen kommet fra andre institusjoner. Det å lage middag hver dag hadde kommet på toppen av alle andre rutiner.

1b: Så det har jo vært tidkrevende og vi har jo på en måte, måttet nedprioritere andre ting for å kunne klare å servere middag hver dag, vi har jo ikke vært noen flere folk på jobb, sånn sett.

En informant trodde personalet jevnt over syntes intervensjonen hadde vært veldig viktig for de som bodde der, og at de derfor hadde tenkt at prosjektet var fornuftig bruk av tid. Det ble også trukket fram at mange av personalet var veldig flinke til å lage mat. De hadde ikke de beste fasilitetene på dette huset, og det å lage store mengder mat krevde en del av de ansatte. De hadde for eksempel ikke store komfyrer. Likevel ga personalet aldri opp og sa: «Å nei, den retten her greier vi ikke å lage.» Det var en som hadde uttrykt at han hadde lært veldig mye av prosjektet når det gjaldt matlagning, som ikke kunne så mye fra før av. En informant fra lavterskel 2 syntes det fungerte veldig bra med at beboerne fikk mat tre ganger om dagen, og at de faktisk roet seg hvis det skulle være utagering. De pleide ofte å tilby mat som førte til at de roet seg, så lenge de var mette i magen, så dempet det seg litt. Beboerne sov mye mer på natten og det var ikke det samme aktivitetsnivået, kranglingen og rusfestene som hadde vært i gangen tidligere. Reduksjon i overdoser ble også trukket fram.

2b: Og overdose. Jeg kan ikke huske sist vi har hatt så lavt [eh] altså i forhold til overdosetall da. Det var jo mer før, jeg vet ikke om det har noe sammenheng med det her eller at det handler om brukergruppen vi har som varierer veldig.

Lavterskel 2 hadde også forsøkt å holde noen matkurs. De hadde ikke fått til så mange, men i desember skulle de ha et juleverksted og kombinert matkurs der fokus var å lære beboere å lage juleretter de selv ønsket å lage. De skulle også bake pepperkaker. Det var veldig mange som hadde svært dårlige opplevelser fra julen, så denne tiden kunne være utrolig traumatisk for enkelte. Huset ville prøve å skape litt nye, gode minner rundt høytiden. Det var likevel vanskelig å holde matkurs for folk som var i aktiv rus. Det var blant annet et spørsmål om sikkerhet.

2a: Så det å ta med beboere inn på kjøkkenet, for sikkerhetens skyld håper jeg det aldri kommer til å skje. Da må man finplukke de. Fordi at de som virkelig har voldshistorikk her. Jeg har jobbet med en som virkelig har støbbet_ noen med en kniv. Det bare, nå bare kjenner

jeg det at, ja, vi skal tilrettelegge og vi skal gjøre ting, men fader rullan vi må ha sikkerheten på plass! Ja, vi kan ikke bare åpne opp alle slusene og tenke at «Åh, her skal alle få alt.» Nei.

Ansatte på lavterskel 2 var opptatt av at beboerne skulle ha det bra og få et godt tilbud, men sikkerhet var også viktig for dem.

2a: Nei, så det er mange gode ting som vi alltid har gjort på huset. For vi har, tror jeg, ansatte som er veldig_ veldig opptatt av beboerne og beboernes ve og vel. Vi er her først og fremst på [eh] grunn av beboerne, for å gjøre deres opphold her så godt som mulig. I størst mulig grad. Når det kommer til sikkerheten så blir det et annet spørsmål, og så tenker jeg jo det at skal man ha knivene liggende låst eller er det noen som skal ha ansvaret for å håndtere de knivene om man har mat?

På lavterskel 3 hadde de hatt matlagingskurs eller det de kalte en matgruppe. Det gikk ut på at beboerne lagde mat selv og det var veldig nivåforskjell. Noen kunne veldig mye, og andre kunne så og si ingenting. Men det virket som om viljen til å lære å lage mat hos enkelte var der, og i tillegg til at det ble en sosial setting. Det hadde vært med noen beboere, der de som var med var veldig positive.

3c: Så det har vært med litt ujevn intensitet, men ... ja, kanskje en gang i måneden. Forsøke å få til det vi kaller en matgruppe, hvor en av oss ansatte har innkjøp av mat og setter opp en meny etter innspill fra beboerne, [eh] og litt sånn førstemann til mølla prinsipp [eh] helst ikke flere enn fire. Hvor da den ansatte bistår og er, ja, til hjelp, men det er beboerne som lager maten. Da har vi laget mat fra bunnen av. Lagde pizza, taco og lasagne.

Tidligere skeptiske ansatte hadde i likhet med beboerne også fått øynene opp for vegetarmat:

3a: Og jeg har også selv, altså, det er kanskje på siden av spørsmålet, men vegetarretten har vært en øyeåpner for min del. Altså jeg har jo selv blitt litt overrasket over – over noe av det dere har servert også, ikke sant.

En informant fra lavterskel 3 sa at han kunne tenke seg at det å involvere beboerne i masse matlagning kunne ha en verdi, men det var hygienemessige, tidsmessige og kanskje sikkerhetsmessige hensyn som gjorde dette vanskelig.

3a: Fokuset vårt er at de skal få mat, og ikke nødvendigvis [eh] lage maten selv da. Og det er også usikkerhetsmomenter, man kan gjøre avtaler med beboere om at de skal være med å lage mat og mange sier: «Ja, det vil jeg gjerne være med på» og så har dere, har de et, gjerne et annet tidsskjema enn det vi har og nye avtaler inngås som gjør at vår avtale utgår da.

De nye rutinene krevde mer planlegging og tok mer tid, men det resulterte også i at de ansatte satte pris på de nye endringene. De følte de kunne stå inne for maten de lagde. Det krevde forberedelser og endringer underveis, men til slutt fant man et produkt som de var veldig fornøyde med som de kunne servere til beboerne, og som beboerne også var glad for å få servert. Tilbakemeldingene fra matkurs hadde vært veldig positive og ofte var veldig mange interesserte. Lavterskel 3 hadde hatt det samme pålegget på frokosten gjennom en årrekke (syltetøy, leverpostei, makrell i tomat) og skulle gjerne sett en endring der. Siste endringen ble kanskje gjort for tre år siden, da de plutselig fikk bringebærsyltetøy. Før hadde de sjokoladepålegg, men det ble tatt bort når ernæring ble satt mer i fokus. Det at de var så få på jobb kunne være en utfordring på mange måter. En informant fra lavterskel 3 mente institusjonen hadde et veldig godt mattilbud, mandatet tatt i betraktning. Hvis en beboer benytter seg av mattilbudet deres, vil man kunne si at de fikk et næringsrikt, fullverdig kosthold på mange måter. Det ble nevnt at det hadde vært fint med middagservering fem dager i uken, men det ville krevd desto mer ressurser. Det var et ønske om at flere beboere spiste bedre og mer mat. En informant fra lavterskel 3 antydte likevel at om tilbudet ble for bra, ble kanskje motivasjonen til endring hos beboerne mindre.

3f: Jeg tror at vi skal erkjenne at det blir vanskeligere både for oss, og ikke minst det å få noen til å ønske å ville flytte i rehabilitering, hvis man får fire, varme måltider hver dag hos oss. For livet kommer aldri til å være sånn, uansett om du får til store eller små endringer, at noen kommer og leverer fire gode måltider til deg hver dag, da. Vi skal jo forberede dem aller første steget her på, for de som kommer til å, til å endre livet og mestre det selv etter hvert.

4.3.4 Beboernes tilbakemeldinger på husenes måltider under intervensjonen

I det store og hele følte en informant fra lavterskel 4 at de fikk mest positive tilbakemeldinger fra beboerne. Hvis noen klagde, kom det gjerne tre stykker og sa: «Dere må ta dere sammen, vi har det så godt og de lager så god mat og de gjør det så godt for oss.» Det at beboere gjerne kom og forsvart tilbudet iblant opplevdes som hyggelig.

4b: De sier det er veldig godt, de sier det er luksus å få servert middag tre ganger i uken, de sier vi er flinke til å lage mat ... skryt for god mat, en dame satt pris på at det var glutenfrie og laktosefrie alternativer. De var glade da de fikk vite at det var pizza til middag.

Informanter fra lavterskel 4 opplevde også at beboerne forholdt seg mer nøytrale iblant, noen likte kanskje ikke fisk, og andre turte kanskje ikke klage. På lavterskel 1 var inntrykket at beboerne var veldig glade i mat og veldig takknemlige for den maten de fikk.

1a: Og at det er lett å lokke med mat da, hvis vi skal gjøre et eller annet, ha noe møte som kanskje ikke er så interessant, det kommer alltid noen hvis de vet det er servering. Så det er egentlig, (um) ja, en ganske sånn takknemlig gruppe å jobbe med. Når det gjelder mat, synes jeg.

Lavterskel 1 opplevde at prosjektet hadde vært en positiv ting å bruke tid på og at de som bodde der jevnt over hadde vært kjempefornøyde. Det kom fram at beboerne ikke var veldig kravstore og virket fornøyde nesten uansett hva vi fikk servert. Noen hadde uttrykt tydelig at de hadde lagt på seg i perioden det hadde vært økt matservering og var veldig fornøyde med det. De hadde god erfaring fra tidligere perioder med mer mat, og det viste seg å stemme nå også. Det var ikke nødvendigvis sånn at beboere ble friske fra psykiske problemer, men mat hadde en dempende faktor.

På lavterskel 3 erfarte man at beboerne som oftest var glade, hvis ikke det var noe de absolutt ikke likte. Da fikk personalet høre det. Flere kommenterte at det var fint med tilbud om matkurs på lavterskel 2.

2b: De er stort sett fornøyde, og de er veldig glade for å få mat til enhver tid, men det er jo alltid noen misfornøyde som vil ha mer kjøtt eller mer av det ene eller det andre. Men likevel så synes jeg jo at flere har kommentert at de synes det er fint at det er mulighet for opplæring og kurs da. Som vi har satt i gang litt med.

Gjennom tidene hadde det vært tilbakemeldinger fra beboere på lavterskel 3 om at de ikke likte grønnsaker, men en informant opplevde at det kanskje var mindre av dette under intervensjonen. Beboerne engasjerte seg i måltidene og var nysgjerrige.

3b: Flere som har drøftet det, at «Åh, det var godt, og hva gjør du der?» Det tenker jeg også er å innhente litt informasjon og få en form for opplæring da, når de engasjerer seg. Det er hyggelig med den nye menyen. At [eh] at det som du sa da, at nå er det så gode menyer vi har, at de er lykkelige over den menyen de får.

Det hadde ikke vært noen klager på maten, i motsetning til noen mer negative reaksjoner som hadde kommet tidligere på lavterskel 3.

3b: Det er ikke noe sånn, jeg har enda ikke hørt noen klage på eller «Åh, er det det det er i dag.» Sånn som kanskje det, noen av de reaksjonene vi fikk før da.

Oppsummert hadde lavterskel 3 fått flere gode tilbakemeldinger på enkeltretter, det var bedre oppmøte på middagene, det var flere beboere som spiste rester etter middagene. Det var også

flere som spurte hva som var til middag. Dette skjedde nesten aldri tidligere. Under intervensjonen hadde beboere på lavterskel 3 uttrykket ønsker om at huset utvidet på andre felter.

3f: Når en beboer her i aktiv rus sier at vi ønsker oss noe bedre enn pølser. Det er jo kjempefint å ha energi og overskudd til å ta opp. Det er middag for eksempel: «Hvor ofte spiser du middag?» «Jo, det er nesten hver dag.» «Ja, dere mener at det holder med en middag i uken og noe varmt på lørdag?» Jeg mener jo ikke det.

4.3.5 Hvordan måltider har blitt organisert under intervensjonen

På lavterskel 4 ble det satt opp menyer og handlelister. Informantene trodde dette planleggingsarbeidet førte til mindre matsvinn. Personer som jobbet kveldsvakt den aktuelle dagen med middagsservering lagde maten. På dagtid lagde alle ansatte lunsj.

4c: Ja, [ehm]. Lunsjen settes jo opp (settes opp fra personalkjøkken til beboernes etasje) og beboerne forsyner seg selv når de har lyst.

Fisk ble servert på huset en gang i uken. Den største endringen i tilbudet var at det var lagt til en ekstra middag. De prøvde å sette opp enkle måltider som ikke krevde mye kunnskap eller tok for lang tid å lage. De flyttet også tiden på lunsjen i hverdagene så den ble servert halv elleve i stedet for tolv. Helgelunsjen prøvde de å gjøre litt ekstra stor og fin. De forsøkte også å få til at personalet satte seg ned og spiste sammen med beboerne. Lavterskel 4 kom i gang med en del endringer allerede rundt juni, 2019. På denne tiden begynte de å handle en gang i uken og ha fire faste månedsmenyer. Tidligere satte de opp menyen dag for dag, og handlet inn daglig. De trodde endringene startet når de fikk ekstra tilskudd til ernæring. Det var heller ikke lenge siden de innførte kveldsmat på huset. Tidligere hadde de ikke spiseskjeer på beboerkjøkkenet siden disse ble brukt til å koke dop i, men nå hadde de fått kokekar som de delte ut. Menyene hadde de utviklet over tid, basert på hva beboerne likte å spise. Det så ut til at det gikk greit å gjennomføre endringene i mattilbudet, sett bort fra kveldsmaten som gjerne kom litt i veien for andre oppgaver.

4c: Den ekstra middagen på mandager har faktisk ikke utgjort så stor forskjell som jeg ... tenkte, men det er bare, hver gang så er det sånn: «Ja, det var kveldsmaten da.»

På lavterskel 1 hadde ernæringsansvarlig mye med matbestillingene å gjøre. Hun lagde menyer og forberedte maten de skulle lage. Huset hadde matpakkeutdeling og for noen beboere var denne matpakken omtrent det eneste de spiste.

Ic: Nei, det er mange som har behov for den matpakken og er fornøyd med det. For noen er det liksom det eneste de spiser nesten, de fire brødiskivene.

Før intervensjonen hadde de middag hver lørdag og suppe hver tirsdag. Nå hadde de middagservering daglig. De valgte retter som var enkle og raske å tilberede, men også retter som de visste beboerne likte. Lavterskel 1 startet derfor ikke helt på 'scratch'.

Ia: Ja, vi har liksom prøvd å ...vi har laget 14-dagers menyer da. Så de rettene som har vært populære og som brukerne har synes vært gode og som de ansatte har likt å lage har liksom gått igjen flere ganger da. Men vi har liksom prøvd å, prøvd å variere maten, med, både næringsinnhold og kjøtt og fisk. Skal være litt variert og ... få mest mulig ut av pengene også som vi har hatt. Så det er den største forskjellen at, fra å ha servert varmt måltid to dager i uken, så har det liksom blitt syv.

På lavterskel 1 var det mellom 15 og 20 personer som kom og spiste uansett hva de serverte og hvilken dag det var. Hvis det var mye mat igjen, hendte det de serverte det til middag dagen etter, eller brukte det som en del av maten til frokosten. Hvis det ble poteter igjen, kunne det for eksempel bli stekte poteter til frokost eller potetmos til middag. Det kunne også hende de satte ut litt mat sånn at beboerne kunne varme seg noe i mikrobølgeovnen som var tilgjengelig døgnet rundt. På lavterskel 2 sa en informant at hun av og til smurte matpakker eller delte ut mat. Hun hjalp også til på kjøkkenet under matsserveringen. Hun lagde menyer og bestilte varer, samt gjorde undersøkelser på huset med tanke på hva beboerne likte av mat. Lavterskel 2 hadde ansatt en egen kokk i ukedagene på dagtid. Huset hadde hatt frokost og varmlunsj-servering i mange år, men matpakkene begynte de først med i fjor. Før intervensjonen holdt de seg mer til tidspunktene for måltidene, men nå kunne de dele ut mer mat ved behov i form av matpakker, og måtte ikke forholde seg til strenge tidspunkt for når maten skulle serveres. Det så ut som forståelsen hos personalet hadde økt gradvis over tid.

2a: Men jeg tenker også det har noe med, med vår forståelse av det, ikke sant, mat er viktig. Mat har innvirkning på fysisk helse, det har innvirkning på psykisk helse, det har innvirkning på søvn, så det er klart det at med at vi har fått mer fokus på mat, så har også vi blitt mer opptatt av å dele ut. Har vi middagsrester så deler vi til det blir tomt og sånne ting.

Måltidsvariasjonen og porsjonene hadde også blitt større, ifølge en informant.

2c: Variasjonen på måltidene har blitt større [øh] i hvert fall føler jeg det. Også porsjonene har blitt større. [Eh] for det var en periode vi hadde veldig små porsjoner synes jeg til

lunsjen. Fordi det var veldig fokus på å holde budsjettet, og da jeg har lagt opp maten, så har jeg vel ikke akkurat holdt budsjettet for å si det sånn, eller har jeg hatt noe budsjett? Det har jeg vel egentlig heller ikke hatt?

Søndagsmiddagen skulle spises i felleskap, og middagene i helgene ble satt til litt mer utpå dagen enn de var i ukedagene. Til frokost var det brødskiver med pålegg, havregryn, kornsorter, cornflakes og grøt. De fikk flere alternativer til frokost nå enn tidligere. Lavterskel 2 kastet sjelden mat.

2b: Bruker det igjen til rester til helgen eller kvelden og sånne ting, så da ... går det jo unna.

På lavterskel 3 hadde huset en sjef for dagen som delegerte ulike oppgaver. Det rullerte på hvem som tok på seg de ulike oppgavene. Oppgave kunne handle om å forberede og lage mat, og ansvar for å utforme oppskrifter og planlegge nye middagsretter. Videre hadde de fått utvidet til en meny på fem uker, med ulik mat. De hadde varmmat på lørdager fra seks til syv, hvor det var ulike supper en uke og pølser og brødmat uken etter. Dessuten stekte de vafler på søndager. De hadde frokostbuffet hver morgen, som de beskrev som ganske brukbar og variert. Her danderte personalet litt på fatene og satt fram sånn at beboerne kunne koke og steke seg egg. I tillegg var det noe pålegg. De hadde også et tilbud der det var satt fram en liten bolle med porsjonssmør, syltetøy, makrell i tomat og leverpostei, i tillegg til havregryn og melkedispenser. Dette var tilgjengelig for beboere fra åtte til halv 10. Informanten fortalte de følte beboerne var trygge på at de fikk mat på huset innenfor visse tidspunkt.

3a: Har jo inntrykk av at de føler seg trygge i sin verden nå, altså i gåsetegn da, er jo slett ikke en trygg verden, [eh] men de er nå trygge på at de får mat, de som bor her da. Så sant ikke klokka passerer halv ti, da stenger brødboksen. Så starter det igjen klokken åtte.

Middager på tirsdager, onsdager og torsdager, hadde eksistert på huset i mange, mange år, men da med mye enklere råvarer. Med det nye tilskuddet laget de nå mer mat fra bunnen av. De hadde også et pizzatilbud på huset.

3b: Annenhver måned inviterer vi til pizza på «Prima Pizza» oppe i gaten her. Vi har et lite budsjett hvor vi da inviterer alle. Da skriver man seg på liste. Det er veldig populært. Da drar de ... på det meste skulle man ha 13 stykker eller noe sånt noe.

Ved måltidets slutt på tirsdag, onsdag og torsdag, ble rester båret ned til resten av beboerne på huset. Det var veldig mange av de som fikk i seg næring på denne måten. Dette baserte seg på førstemann til mølla-prinsippet. Det satt ofte tre-fire stykker og ventet utenfor døren på mat. I

likhet med andre hus, var knapphet på ressurser en aktuell problemstilling. De organiserte seg ved at dagvaktene preparerte til kveldsmiddagen, slik at det ble lettest mulig for kveldsvaktene som var enda færre på jobb enn de var på dagen.

3c: Vi satte jo fort ned en gruppe på tre personer i personalgruppa som skulle ha ansvaret for utarbeidingen av menyen og gjennomføringen av prosjektet og innkjøp og diverse for at det skulle gå så glatt som mulig. Så er det blitt implementert i hele arbeidsgruppa, sånn at fordelingen av arbeidsoppgaver har gått så fint som det kan.

De hadde laminert menyer og tatt bilder av retter når de følte det satt og alle virket fornøyd. Men de la også opp til at man fortsatt kunne endre hvis noe kanskje var bedre, eller man kom på noe som kunne øke kvaliteten. Den største endringen på huset så ut til å være kvaliteten på maten.

3a: Men den store endringen dreier seg om dette du sier om kvalitet da, for vi hadde jo som sagt, var inne på det tidligere [eh] middager i tirsdag, onsdag, torsdag, og da var det, da hadde vi noe med toros [eh] kilosbokser med ferdigpulver som bare skulle tilsettes vann og kjøttdeig og fiskepinner. Mye mer sånn ferdigprodukter da. Ja, så det matuttrykket [ehhm] det fortjente kanskje ikke så mye mer oppmerksomhet enn at det ble servert litt middag da.

De merket det også på matsvinn, at mat ikke lenger ble stående igjen, men forsvant.

3c: Og tidligere så kan det kanskje ha stått igjen ett kilo med tørr pasta som vi må kaste.

Informant 3f hadde fulgt kolleger ekstra opp i intervensjonsperioden på lavterskel 3.

3f: Det vil jo si at man har hatt en sånn rolle hvor man har fulgt litt ekstra opp. Veiledet litt de andre, motivert kolleger.

Kjøkkenet hadde blitt pusset opp og gjort det mer lystbetont for ansatte og beboere å bruke det. De benyttet seg av bedre råvarer og hadde gått fra halvfabrikata til å lage mer mat fra bunnen av. Ansatte var mer bevisst på sammensetningen av menyen. De startet å forberede middag på dagtid. Tidligere tok de det mer på sparket.

3f: Tidligere så var det litt mer sånn, vi kom på kveldsvakt og «hva har vi denne uken, er det noen som kan gå opp og gjøre det.» Men nå er det allerede forberedt på dagtid. Det er handlet godt inn, det er planlagt. Så vi har jo lagt litt mer sånn hjerte og sjel i det. Det er jo nytt etter at prosjektet startet opp.

Selv om de laget mat til 16 personer i hver etasje, dukker aldri alle opp. Måltidene var til de som kom, og eventuelt til de som rakk å få med seg restene.

3f: Vi er strikte på at frokosten er et ganske vidt spekter, eller halvannen time. [Eh] og når man bor 37-40 stykker på et hus, og mye som ryddes inn også, så er vi strenge på dette her. Det er ikke sånn at vi kan rydde inn og ut hele tiden.

Lavterskelinstitusjonene var opptatt av å følge måltidstradisjoner i forhold til årstider og høytider. Noen hadde også muligheter for grilling på sommeren. Det var også noen som hadde satt i stand en liten grønnsakshage.

4.3.6 Hensyn som tas for at beboere skal få i seg mat

På lavterskel 4 ble hensyn tatt i forhold til at noen beboere ikke hadde tenner. Det kunne være mange som ikke klarte å spise fast føde. De hadde beboere med mye soppinfeksjon i munnen, for eksempel de med HIV. Hvis beboere hadde soppinfeksjoner prøvde de å lage for eksempel en suppe eller milkshake. Det var også et poeng å lage mat som luktet godt i hele huset, for å blant annet skjerpe appetitten.

4b: Vi lager jo mat som lukter godt, for det trekker jo. Folk prioriterer jo kanskje ikke alltid å spise hvis ikke maten står der, rett foran dem.

Selv på svært hektiske dager, klarte de fortsatt å lage hjemmelaget mat.

4c: [Eh] så jeg husker jo godt den dagen vi fremdeles fikk servert pizza selv om vi hadde både ambulanse og sykebil her, og vi måtte sende av gårde to stykker [eh], men det ble hjemmelaget pizza!

De tok hensyn hvis beboere hadde laktoseintoleranse, glutenintoleranse eller hvis de var vegetarianere eller veganere. Det eneste de ikke tok hensyn til på lavterskel 4 var slanking.

4a: Tror det vi ikke har tatt hensyn til, det er slanking_. Det har vi vel aldri villet tatt hensyn til.

Lavterskel 4 var mindre rigide på tidspunkter for å spise. Hvis folk ville ha mat, skulle de få mat.

4a: Noen hus har sånne regler at du kun får lov til å spise hvis du spiser i fellesarealer. Mellom det og det tidspunktet. Vi har ikke så innmari mye sånne regler altså.

Hvis beboere ikke spiste, prøvde personalet på ulikt vis å få dem til å få i seg noe.

4a: Da pusher jeg også litt mer, og på kvelden sier jeg på kveldsmaten sånn sent: "Ta deg en smoothie da, så får du noe.»

4b: Så på middagen, den setter vi jo ikke i beboerkjøleskapet, for den er lunsj dagen etterpå, men da tror jeg en del av nattevaktene er ganske rause med å gi ut en porsjon. Hvis folk kommer inn litt sent og er sultne, så får de jo mat.

Lavterskel 1 traff fram viktigheten av regelmessige måltider over tid og årsaker til dette.

1b: Så vi ser jo det at det er viktig at vi har det her og at vi har det litt sånn regelmessig over tid. Slik at folk blir vant til at det faktisk er middag hver dag [eh] og at vi, som vi var inne på her. Litt tilrettelegging i forhold til tannhelse, svelging.

Etter frokosten på lavterskel 4 ble det alltid stående igjen litt pålegg som ble satt i kjøleskapet der beboerne kunne forsyne seg. Det var også alltid tilgang på brød. På lavterskel 1 hadde de ikke lagt noen restriksjoner på hvor folk skulle spise, men prøvd å legge til rette for at de satt seg ned på kjøkkenet. Beboere kunne også her få matpakke på natten.

1b: Og hvis det er helt_ spesielle grunner til det, så, så kan jo folk komme ned her og få en matpakke også på natten, hvis det er noe som tilsier at det er smart å gjøre.

Huset hadde et lite kjøleskap som stod åpent hele tiden, hvor de satte inn det som hadde vært servert til frokost. Beboere som kom for sent hadde dermed mulighet til å få seg mat og det var en del som benyttet seg av dette. Dette forhindret også en del konflikter rundt mat. For det var en del beboere som kom for sent og ikke fikk spise, og dermed ble ganske sinte. Ellers var det ikke sånn at de ryddet av middagen når de tenkte at det var ferdig på et eller annet klokkeslett. De lot det stå ute til det var tomt. De hadde vegetarretter for de som spurte etter det. De fleste måltidene var nøytrale når det kom til allergier, og de tok religiøse hensyn med tanke på svinekjøtt. Det skulle være noe for alle. Matpakker kom de og hentet i resepsjonen, og kunne spise hvor de ville.

På lavterskel 3 hendte det at de sendte beboere som ikke brydde seg om personlig hygiene på rommet for å spise. Det å skulle ta opp dette temaet var en av de vanskeligste samtalene de hadde på huset. Innimellom kunne andre beboere steppe inn og påpeke at en beboer som luktet vondt måtte skjerpe seg.

3a: Så sender vi folk opp som ikke bryr seg katta om sin egen hygiene, med mat riktignok, på rommet sitt. Det er også en del av hygienene her sånn. For å skjerme andre beboere som reagerer! ... og hvis vi (som ansatte) reagerer.

Noen beboere trengte å bli påminnet flere ganger om at det var måltider, siden de var så ruset. Da kunne personalet 'calle' en ekstra gang opp til beboerrommet for å få de aktuelle personene til å komme ned og spise.

3b: I hvert fall når jeg jobber, så 'caller' jeg en gang til. For det er mange som er rusa og glemmer rett og slett. Noen trenger å bli påminnet noe mer, de er jo i rus.

Under gruppeintervjuerintervju på lavterskel 3, kom det fram at beboere hadde mulighet til å være litt skjermet og sitte på kjøkkenet hvis de hadde en dårlig dag. Hvis noen hadde feber eller lignende, gikk personalet opp og sjekket om de hadde lyst til å få opp noe mat på rommet. Det var gjerne sånn at når noen beboere kom og forsynte seg, gikk de opp på rommene sine. Det var flere grunner til at personalet ønsket at beboerne ikke skulle spise på rommet, men det var heller ikke noe de satte mye inn på å unngå. De prøvde å tilpasse det individuelt og bruke litt kjønn.

3e: Nå tenker jeg egentlig at det er vel bedre at de får i seg noe mat, enn at de vet de må spise i fellesområdet og egentlig ikke ønsker det. Så er det vel like greit at de får i seg den maten de vil ha og heller tar den på rommet.

4.3.7 Betydningen av felleskapet rundt måltidene

En informant fra lavterskel 3 trakk fram at det kunne være interessant å snakke om andre ting enn livet på gata og rus iblant. Han trodde beboerne syntes fellesmåltidene var et fint, lite avbrekk. Når ansatte deltok på middagene på lavterskel 4, var det mer samvær rundt bordet og stemning rundt maten og dialogen gikk over til mer hverdagslig prat.

4b: Det å kunne servere, lage mat, og sitte sammen over et ordentlig måltid. Da gjør jo vi, vi spiser jo sammen med folk på middagene, da gjør jo vi akkurat det samme. Det gjør noe med liksom, dialogen, stemningen.

En informant fra lavterskel 2 hadde laget frokost i helgene, selv når dette egentlig ikke var en del av mattilbudet. Hun fortalte at det å spise med beboere i felleskap var viktig.

2a: Jeg synes jo mat er viktig, og jeg synes det å spise sammen er viktig. Jeg har jo i alle år laget frokost, selv om vi ikke skulle det i helgene.

Det ble nevnt at de fleste beboere stort sett kom til måltidene på lavterskel 3, men det kom an på hva som ble servert, og når de fikk penger. På dette huset gikk samtalen over i mer hverdagslige temaer som ikke omhandlet rus. De tillot ikke at beboere snakket om kjøp og salg. Det viste seg at måltidene senket avstanden mellom ansatte og beboere.

3b: Det blir et deilig avbrekk i det ganske hektiske livet med å skaffe penger til rus og sånne ting. Vi tillater ikke at, de kan jo drøfte rusproblematikken i seg selv, men ikke kjøp og salg og sånn: «Ja, du skylder meg penger» eller «Jeg skal ut og kjøpe.» Det tillater vi ikke. Det blir på en måte en slags koselig setting hvor vi glemmer rus og ... det er ikke «vi» og «dem.»

En informant fra lavterskel 3 trakk fram at de ønsket å se beboere og kanskje utføre noe miljøarbeid. Hun mente at måltidene på huset var en god arena for dette. Her kunne ansatte blant annet innhente informasjon om barndommen og beboere kunne begynne med endringssnakk. Fellesmåltidene var en arena for å lære seg å være sammen med andre, og en mulighet til å jobbe med for eksempel døgnrytmen. Ifølge en informant hadde det en miljøterapeutisk sideeffekt.

3f: At det er en liten puff for bittesmå endringer eller litt læring. Med at hos oss så er frokosten på morgenen.

En annen informant fra lavterskel 3 trakk fram at det var positivt at de hadde etasjemiddager. Da det var rundt 40 beboere på huset var det fint at ikke alle var samlet på en gang. Han hadde inntrykk av at det var mange beboere som syntes det var hyggelig å sette seg ned med hvit duk og servietter. Det å hente seg en skål med havregryn og få i seg noe på farten, var ikke forbundet med den samme hyggen som å sette seg ned og spise sammen med en annen. Det var veldig mange beboere som var opptatt av at personalet skulle spise med dem både under frokosten og middagen. Det første til en mer naturlig måte å samhandle på.

3e: Jeg ville også satt pris på at noen satt seg ned og spiste med meg. Istedenfor å nesten føle at man ble holdt vakt over på en måte. Så det er noe som er viktig under disse middagene, at vi setter oss ned og spiser med dem, ja.

En informant sa at samtalene rundt måltider var en anledning der beboere kunne vise fram litt mer av hvem de var som person utenom rusen.

3f: Det å kunne [eh] by litt mere på seg selv, altså, vise frem litt mer, hvem er jeg. Hvis man snakker om dagens nyheter, morgendagens stortingsvalg eller hva det nå er. Det er veldig givende. Det gir mye for å kunne jobbe mer med både relasjoner og allianser senere. Sånn helt uavhengig av maten. For det er noe veldig grunnleggende ved det å kunne nyte et godt måltid sammen da.

4.4 Det framtidige mattilbudet

Den siste delen av resultatene setter søkelys på hva mer midler til mat har å si for både lavterskelinstitusjonene og deres beboere i framtiden. Deretter kommer beboernes og ansattes kunnskaper innen ernæring og kosthold fram. Videre snakkes det om beboernes spiseutfordringer og personalets håndtering av dette. Til slutt går man inn på eventuelle uenigheter som kan oppstå med tanke på mattilbudet blant personalet. Samlet gir det en oversikt over utfordringer lavterskelinstitusjonene kan støte på når det dreier seg om videreutvikling av mattilbudene.

4.4.1 Hvilken betydning mer midler til mat har for beboerne og husene

Flere informanter uttrykket et ønske om å videreføre ernæringsbudsjettet under gruppeintervjuerintervjuene. En informant fra lavterskel 4 sa det var hyggelig å kunne servere folk ordentlig mat.

4a: Jeg håper jo det at de (Helsedirektoratet) ikke tar tilbake de pengene. Hvis de da skal komme neste år og vi har halvert budsjettet igjen. Ja, da blir det mye kjeft å få igjen (fra beboerne).

4b: Ja, det blir dritt ... for nå har vi blitt godt vant også.

4a: Ja [pause] men vi ser jo at det virker.

Hvis penger ikke hadde vært et spørsmål sa flere informanter at de hadde ansatt en kokk som lagde alle måltider daglig, og satt inn ekstra personale. En informant fra lavterskel 1 sa det hadde vært fint å servere middag hver dag og hatt enda bedre tid på å lage mat, siden dette var veldig viktig for beboerne. Under gruppeintervjuerintervjuet kom det fram at lavterskel 1 hadde planer om å endre på mattilbudet i forhold til tiden før prosjektet. Mattilbudet ville ikke bli utvidet, men fordelt annerledes. Uten ekstra midler hadde ikke lavterskel 1 mulighet til å opprettholde middagstilbudet og tilby mat hver dag slik de hadde gjort det under intervensjonen.

1a: Nå når det matprosjektet, når midlene der ikke er mere, så kan vi jo kanskje. Har vi jo liksom tenkt litt sånn om vi kanskje kunne fått til et varmt måltid til på sikt da, ved å redusere frokosttilbudet ytterligere. Så det blir jo på en måte ikke mere mat, men man fordeler jo bare den maten som er på et vis da, eller de pengene vi har.

På spørsmålet fra masterstudenten om hva husene hadde gjort med mattilbudet hvis de hadde hatt ubegrenset med penger, snakket flere om et mer fleksibelt mattilbud, der beboerne kunne

spise når de selv ville og var sultne. De ønsket seg mer rene kjøttprodukter, grønnsaker og fisk på menyen. Lavterskel 3 snakket om muligheter for å ha brødservering på nattestid.

3c: Det tilbudet skal vi nå ta opp for å se om vi kan utvide til å gjelde hele døgnet. Sånn at vi kan bære ut enten havregryn og melk eller brødmat. Sånn at de som ikke rekker måltider i løpet av dagen, kan få i løpet av natta.

På lavterskel 1 så det ut til at endringene huset gjorde under intervensjonen kunne forbli varige løsninger. De opplevde at det ble mindre hærverk på inventaret, og mindre uro blant beboerne.

2c: Det kommer jo helt sikkert til å fortsette sånn som det er nå, i forhold til, hvis budsjettet legger opp til at vi kan ha det like fritt eller like ... men jeg tror at det blir. For det har blitt mindre hærverk og mindre andre ting, så postene blir liksom flyttet litt på.

På lavterskel 3 hadde intervensjonen vært en positiv opplevelse for ansatte og beboere. De ville hatt vanskeligheter med å gå tilbake til det gamle opplegget.

3b: Jeg er veldig sånn som heier og jeg synes det er så hyggelig at vi har fått det tilskuddet. Det slår jo tilbake på oss også. Jeg håper at det blir varig.

Informanter fra lavterskel 3 sa at hvis de hadde hatt ubegrenset med penger, hadde det ført til mer tilgang på mat på natten og middag hver dag for alle beboere. Man hadde kunnet bevege seg mer mot det som var mer vanlig i den øvrige befolkningen.

3a: Det er jo det vi andre, altså, bare mer mot det vi alle andre driver med da.

De ønsket seg tre måltider om dagen, egen kokk og utlevering av brød og litt pålegg på natten for de som ikke klarte å følge opp måltidene. De sa det hadde gått hvis de kunne vært flere på jobb. Men det kom også opp at med den type fullkosttilbud ville det kostet mer for beboere å bo der.

3b: Da har de jo ikke råd til å bo her. Da blir vi plutselig ikke et lavterskeltilbud.

På lavterskel 3 ble det nevnt at hvis de hadde hatt ubegrenset med penger ville de hyret inn en klinisk ernæringsfysiolog og en dyktig kokk. Sammen kunne de ha diskutert seg fram til hva som hadde vært perfekt mat for deres beboere, som samtidig så innbydende ut, og smakte fantastisk godt. De hadde fortsatt villet spise sammen med beboerne, selv om de ikke lenger stod for all matlagingene. Et par informanter fra lavterskel 3 synes det ville være et nederlag å ikke kunne fortsette med det nye mattilbudet. Det ville blitt et merkbart dårligere tilbud

igjen for beboerne. Det ble nevnt at man ikke måtte ta fra beboerne noe som allerede var blitt gjort bedre, men at den gode trenden måtte fortsette.

3f: At vi får fortsette med det, tror jeg er avgjørende for at det skal være sånn suksess med det her inne.

4.4.2 Beboernes utfordringer knyttet til mat og måltider

En informant fra lavterskel 4 sa at beboere som var underernært og hadde resept på næringsdrikk, ofte tenkte at det var maten deres, og ikke spiste noe ved siden av. Informanten mente dette handlet om kunnskap, eller at man var opptatt av å være tynn, og at beboerne derfor ikke prioriterte å spise. Spiseforstyrrelser var en relativt vanlig tilstand på huset.

4b: Vi hadde jo en med anoreksi her, og hun ble veldig trigget av at det stod mat eller boller og sånn framme i fellesarealer. Da satte vi ikke fram det.

Det var heller ikke uvanlig at beboere som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep hadde vansker med å svelge og spise enkelte matvarer som bananer og grøt. Mange beboere slet med angst. Noen syntes det var flaut å spise og klarte ikke å spise foran andre. Informanter fra lavterskel 4 fortalte at de prøvde å hjelpe beboere som slet med å spise.

4a: Jeg vet at noen ganger, de som virkelig spiser veldig sjelden og veldig lite. De som jeg sjelden observerer spiser, kan hende jeg banker på en ekstra omgang, så sier jeg: "Sikker på at du ikke skal spise? Bare litt?"

Hvis en beboer var veldig urolig, ville ikke de andre beboerne komme og spise. Andre ting som kunne påvirke var hvis en beboer hadde paranoide tanker om at ansatte har tuklet med maten, eller at det var larver eller slanger i maten.

4c: Det var en beboer her som stod og så på syltetøy. Det var ett med bringebær og ett med jordbær. Så sa han: "Åh, jeg har mest lyst på den der med jordbær.» Så sier jeg: «Men ta den med jordbær da.» Beboer: "Nei, for det er flest slanger i den med jordbær, så jeg er nødt til å ta bringebær.»

Det ble nevnt i flere gruppeintervjuer at flere av beboerne hadde dårlig tannstatus, dårlig matlyst og var forstoppet. Hvis beboere av ulike årsaker ikke ville være med på fellesmåltidene, var det mulig at de fikk ta med seg mat opp på rommet. Noen ganger leverte personalet mat opp på rom til beboere som var psykisk og fysisk dårlige. På lavterskel 2 nevnte en informant at noen kanskje aldri hadde lært seg å sitte mange rundt et bord og spise.

De kunne ha dårlige erfaringer med måltider fra oppveksten. Dessuten kom døgnrytme opp som en viktig årsak til at mange ikke rakk å få meg seg måltider.

Ib: Ja, jeg vil si, også det du sa, [ehm] folk har jo ikke samme døgnrytme som folk flest da. Sånn at for noen så er de jo våkne på natt, ikke sant. Så det å kunne tilby noe_, for eksempel på litt andre tidspunkt.

En informant fra lavterskel 2 sa at hvis en beboer hadde rusen han eller hun trengte i løpet av en dag, behøvde man ikke å dra ut og jobbe for å skaffe penger. Da befant beboerne seg på huset og ville kanskje spise.

Ib: Men mange, de må ut å finne penger for å skaffe seg medisiner (narkotika). Da er det jo ikke mat som blir prioritert, da er det å bli frisk.

Det kom også fram at beboere på lavterskel 2 kunne bli veldig stresset hvis de for eksempel skulle flytte eller i fengsel. Hvis mye skjedde, var det vanskelig å spise. Typen rusmiddel hadde også mye å si. Hvis beboere brukte mye amfetamin, fikk de ikke roet seg ned og spist. Selv om de kanskje var sultne. Det ble for mye rus og for mye stress. Det ble gjentatt flere ganger at beboerne på de ulike lavterskelinstitusjonene hadde nedprioritert mat. En informant fra lavterskel 2 sa at da var det viktig at ansatte prioriterte dette og la til rette for det. Det ble sagt at beboere med sikkerhet ville valgt rus (eller medisiner som mange informanter foretrakk å kalle det) framfor mat, hvis ikke de hadde hatt mattilbudene.

En informant fra lavterskel 3 sa hun kunne se på beboerne at de satt veldig stor pris på matserveringen. Selv de som brukte amfetamin og måtte tvinge i seg mat, siden stoffet gjorde at de mistet matlysten. Det kom fram at heroinistene var flinkere til å spise enn det amfetaminmisbrukerne var. Det var noen beboere som hadde blitt vant til at de i hvert fall måtte få i seg *litt* næring. Når huset hadde et ekstra godt tilbud som under intervensjonen, spiste beboere fordi de visste at det på en måte var godt. Abstinens var en vanlig tilstand på huset. Det kunne medføre kvalme og forskjellige negative kroppslige reaksjoner som gikk utover matlysten, samt lysten til å spise i felleskap.

3b: Vi prøver å oppfordre til at de skal spise, men det er noen som har sosial angst, som er dårlige sånn psykisk og da prøver vi å være litt fleksible, men sånn i det store og hele så oppfordres det til det. Men vi bruker skjønn noen ganger, noen er dårlige, som spør om lov: «Jeg er så dårlig, men jeg har lyst til å ha mat likevel liksom, kan jeg få gå på rommet?» Så sier vi jo ikke nei til det.

Beboere på lavterskel 3 kunne bli veldig skuffet og frustrerte hvis de ikke rakk frokosten. Da gikk de glipp av ingredienser som for eksempel ost, skinke og Biola.

3b: Ja, også prøver de kanskje å ... «Kan jeg bare få litt lite?». Men det er 40 beboere, vi kan ikke. Vi vil jo at alle skal få, men vi kan ikke bryte reglene med at en får og en ikke.

På lavterskel 3 kom det fram at rusmidler kunne påvirke appetitt og var en vesentlig ting, men det kunne også være at beboere var i dårlig form, hadde abstinenser, smerter, eller mye abscesser og måtte fote seg til å komme til måltider. Det kunne være at de var ute og jobbet. Det kunne da dreie seg om prostitusjon, kriminelle handlinger eller å selge Erlik Oslo for å skaffe seg penger. Det kunne være at man var psykotisk, eller stein og var i sin egen rus. Folk kunne glemme hvilken dag det var og hvilken etasje som hadde middagstilbud. Selv om dette ble skrevet opp til informasjon for beboerne på en tavle. Det kunne også være konflikter med andre beboere på huset. Man kunne ha kranglet med noen for kort tid siden, eller blitt truet og ikke klare å tenke så mye på mat.

3f: Som du er litt inne på det med, altså hele livsstilen da. Noen velger nok: «Åh, shit, der sitter A eller B i stua, jeg tar heller havregryn etterpå. Jeg orker ikke å forholde meg til den gruppen eller den personen på frokost i dag.» Det er jo mye sinne og aggresjon, og noen har kortere lunter en dag og noen har det en annen dag. Så det er jo noe som justerer, altså, i den grad man, eller i hvilken grad man spiser frokost blir justert etter det da. Om hvem kommer og hvem er til stede. Det er et selvstendig poeng.

For å få småspiste beboere til å spise, la en informant fra lavterskel 3 mindre mat på fatet for å gjøre det mer innbydende:

3b: Så jeg prøver jo å legge på, ikke altfor mye på fatet, for at det skal være innbydende. Samtidig som at, man kan heller få et påfyll, hvis du ser at det er mye som går i søpla, hvis det blir for store porsjoner. Så det er ganske mange som er småspiste. Noen velger jo bort å spise.

En annen informant fra lavterskel 3 fortalte at for veldig mange av de som bodde der, handlet hverdagen om å konsekvent skaffe seg nok penger til neste dose. Det var en fulltidsjobb som tok veldig mye ressurser. Da var det ikke mye tid igjen til å tenke på mat. Informanten opplevde at mat var litt tilfeldig. Passet det inn å spise frokost i forhold til døgnrytmen, så gjorde de det. Noen var mer konsekvente på det og kom ned og spiste frokost, om ikke hver dag, så ofte.

3e: Nei, jeg tror ikke de nødvendigvis kjenner på sultfølelsen heller jeg oppi den ellers veldig stressende hverdagen. Det er stort sett rusmidler som står sterkest.

Det kunne gå flere dager mellom hver gang en beboer spiste noe.

3d: Det er ikke uvanlig at vi hører noen komme og for eksempel da henter seg havregryn eller brødsriver eller spiser frokost og sier: «Åh, jeg har ikke spist på to dager.»

Når man endelig hadde tid til å slappe av en halvtimes tid, kjøpte man seg kanskje en pose med boller for å døyve sulten raskere. Selv om mange av beboere av ulike grunner møtte på utfordringer i forbindelse med måltider, var det ofte ønske om mer mat.

3f: Samtidig så synes jeg det er viktig å understreke at når folk for eksempel kommer til middag, så kan det ofte være: «Åh, jeg kunne ønske vi hadde hatt middag hver dag eller alle kunne spise flere dager i uken» eller. Når man først har den tiden og synes det er godt så er det litt flere som kunne ønske seg ofte middag.

Noen hadde sosial angst og vansker med å spise sammen med andre. Andre synes det var litt leit å spise i fellesskap på grunn av tannhelse, og kanskje fordi de følte at de ikke så presentable ut når de spiste. Søvn og døgnrytme ble nevnt flere ganger som faktorer som kunne påvirke. I veldig aktive rusperioder kunne beboere være våkne veldig lenge, etterfulgt av at de sov veldig lenge.

3e: Det er jo generelt livsstilen mange lever. Ikke nødvendigvis at det er konkret bare rusen, men det medfører jo en livsstil som kanskje gjør det vanskelig å ha noe spesielt mønster i forhold til mat.

4.4.3 Informanter drøfter sine egne og beboernes matkunnskaper

Under flere gruppeintervjuer kom det fram at det var en del kokker blant beboerne som kunne lage mat.

3a: Det er en del folk blant våre beboere som har jobbet som kokker og som har en del historier fra arbeidslivet sånn sett. Om hvordan ting burde vært laget.

På lavterskel 4 fortalte informanter at de hadde vært på en lavterskelkonferanse året før. En annen fortalte at hun hadde vært på et kurs i regi av Velferdsetaten for et par år tilbake. Et par andre informanter fortalte at de hadde fått god opplæring fra kollegaer som hadde jobbet der lengre enn dem selv. Informanter fra lavterskel 4 sa blant annet noe om hvor viktig det var å sette søkelys på grønnsaker, og mat med næringsstetthet og fett. Det forklarte at mange ansatte

var veldig opptatt av kosthold privat, og dermed ikke hadde søkt noen profesjonelle råd utover dette.

4b: Veldig mange ansatte av de som jobber her er jo på privaten opptatt av kosthold ... egentlig. Så vi har ikke søkt noen råd sånn profesjonelt om det.

En informant fra lavterskel 4 fortalte at ansatte var forsiktig med å understreke at de ikke var leger, sykepleiere eller ernæringsfysiologer. De bakte gjerne dette inn i samtalen, slik at de eventuelle rådene eller opplysningene som ble gitt, måtte tas med forbehold. En annen informant fortalte at hun av og til forhørte seg med en ernæringsfysiolog som tidligere var ansatt i etaten. En informant fra lavterskel 2 sa at hvis noen beboere lurte på noe angående mat, kunne de spørre dem eller feltsykepleien på huset. Når det kom til beboernes matlagningsferdigheter, fantes det mye variasjoner.

1b: Det er nok mange som er veldig glad i mat og som er flinke til å lage mat. Som er, liksom en gruppe. Så er det jo en gruppe som ikke kan, kanskje noen ting.

En informant fra lavterskel 2 fortalte at hun ikke hadde noen kunnskap om glutenfritt kosthold og annen spesialkost. Det hadde kanskje krevd mer personale som hadde greie på dette. Hun trakk fram at de ikke kunne tilby spesialkost overhodet på dette huset. En informant fra lavterskel 1 forklarte at hun hadde spurt beboere om hva de ønsket å spise, og hadde lyst på for å tilegne seg kunnskap. Flere informanter nevnte at de hadde deltatt på et heldagskurs på Kjeller. Her ble det laget mange retter og man smakte seg fram. Ansatte fikk litt grunnleggende informasjon om forskjellige matretter og utformingen av menyer som skulle følges i intervensjonsperioden.

Når det kom til spørsmål om mat, var beboerne mer opptatt av om de kunne få mat og hva som var til middag, istedenfor å spørre om for eksempel næringsinnholdet i en matvare

En informant fra lavterskel 1 sa det lå et poeng i det å ha kunnskap om mat, og kunne formidle den videre til beboerne. Det å forklare at det faktisk var protein i fisk og ikke bare i kjøtt som mange trodde. Hvis beboere var tynne og redde for å legge på seg, men likevel ønsket sukker, kunne man opplyse om at sukker omdannes til fett. Når det dreide seg om ansattes kunnskaper mente en informant at det viktigste var å ta det opp på et møte og få det skrevet ned. Var man ikke informert om noe, kunne man heller ikke forvente at noen skulle ha storkjøkken-regler i hodet. På lavterskel 3 sa noen at de hadde søkt på nett etter oppskrifter som kunne være gunstige for huset med tanke på næringsinnhold og vanskelighetsgrad. Med

vanskelighetsgrad mente han at alle som jobbet på huset, skulle kunne utføre og lage maten neste dag. Ved noen tilfeller hadde beboere med litt kokkeutdanning spurt om å få lage mat til beboerne. Huset hadde da stått for innkjøpet, men slike forespørsler kom sjelden.

4.4.4 Ulik oppfatning blant personalet om hvordan mattilbudet bør fungere

Det var ikke alltid personalet var enige seg imellom i forhold til hvordan mattilbudet ved husene burde vært lagt opp. Et eksempel var fra noen år tilbake, der en informant fra lavterskel 4 fortalte om en hendelse som hadde med servering av boller å gjøre.

4a: Så fikk jeg vel med meg en alliert for noen år siden, med å ikke servere boller hver dag. Fordi vi stappa folk bare full av sukker. Da hadde vi noen kjempediskusjoner.

En informant fra lavterskel 4 sa at hun foretrakk å lage det mesteparten av maten fra bunnen av. Men det var også noen som foretrakk å kjøpe ferdigpakket mat. Personen la til at dette varierte, og at det sannsynligvis handlet om kunnskap og prioriteringer.

4a: For jeg synes det er viktig å prioritere at om middagen tar en time å lage, så synes jeg det er viktig. Noen synes det er viktigere å gjøre andre ting [pause], men mat får de da!

Selv om ønsket om utvidet matserveringen kom fram under flere av gruppeintervjuerintervjuene, mente en informant fra lavterskel 4 at det ikke ville fungert å servere fire måltider på deres institusjon.

4a: Men våre beboere som er i aktiv rus de spiser ikke så mye uansett. At det å ha fire måltider om dagen her, det fungerer ikke. Fordi de er - de er i aktiv rus! Vi har ikke tid!

På lavterskel 1 ble det sagt at det tidligere var mindre forståelse når det gjaldt matserveringen. Nå hadde de derimot fått en ny leder og trodde at mattilbudet kom til å fortsette som det hadde blitt under intervensjonen. Informanten mente det handlet om ledelsesstrategi.

2c: Ja. Jeg tror sånn, vi har jo fått ny sjef, som har veldig fokus på det. Så jeg tror at vi kommer til å fortsette.

En informant fra lavterskel 2 mente det hadde vært bra å ha nok budsjett til å tilby fire måltider og samtidig hatt et kjøleskap stående. Sånn at beboere kunne komme og hente seg yoghurt, melk og jus når de ønsket. En informant fra samme hus var ikke enig:

2a: Hadde ikke det blitt fri flyt av ingenting?

2b: Ja, men jeg tenker ikke ulike ting hver dag, men at man hadde fått fram mere ønsker da.

2a: Ja, samtidig så tenker jeg at det som er vanlig i miljøet er jo å hamstre. Sånn at står det 15 jus-bokser der, så kan det hende at en person får 15 og de andre får ingen. Sånn at det synes jeg ikke vi skal legge opp til.

Lavterskel 3 hadde en diskusjon på et personalmøte som dreide seg om servering av enten helmelk eller lettmelk. Fagsjefen tok kontakt med en klinisk ernæringsfysiolog og det endte med at huset begynte å servere helmelk til beboerne. Hva som skulle serveres og hva som var bra for beboerne, var oppe til drøfting på møter ganske regelmessig. Personalet tok imot forslag til endringer fra beboerne og deretter fikk det gjennomslag eller avslag. Lavterskel 3 sa det hadde vært interne diskusjoner og debatter på hvordan intervensjonsperioden skulle foregå, men syntes det hadde gått over all forventning og vært vellykket for huset.

3a: Hva vi skal lage og hvordan vi skal lage det og til dels, varierende temperatur, altså. Det skaper engasjement dette her. Det var jo masse diskusjoner, og mange hadde uttrykt stor frykt for hva dette nye skulle innebære av ekstra arbeid, og hva man får til og alt sånn. Når vi har hatt noen uker med dette her nå. Så for egen del så kan jeg i hvert fall si det er jo, det har gått over all forventning. Det er mye morsommere å holde på med, men også servere den nye maten for beboerne.

Videre kom det fram at det var delte meninger i personalgruppen på lavterskel 3 angående tilgang på mat om natten. Siden det ikke var mat fra halv ti til klokken åtte på kvelden, mente noen at beboere skulle ha mulighet til å kunne ta seg havregryn og brødskiver hvis de hadde behov for det nattetid. En av informantene trodde dette ville dekke enda mer av matbehovet deres. Nattevaktene ønsket ikke å ha den type tilbud, da de mente det skulle være sovetid om natten.

3a: Har du snakket med nattevakter om det?

3b: Ja, vi har hatt, det har vært oppe til diskusjon tidligere. Blir mer uro og mer å gjøre på natten.

De hadde forhørt seg med andre institusjoner om hvordan de kunne tilpasse seg best i forhold til gjennomføring av mat på nattetid, og at andre lavterskelinstitusjoner hadde mange, gode erfaringer med mat på natten.

3c: At det senker [eh] krancling og andre konfrontasjoner som kan føre til ... utskrivelser og sånne ting.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er delt inn i to hovedkapitler: I den første delen av kapittelet vil forskningsmetoden som ble benyttet i studien drøftes. I den siste delen av kapittelet vil hovedfunnene diskuteres opp mot studiens to forskningsspørsmål og videre forskning.

5.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen begynner med at det redegjøres for oppgavens validitet, reliabilitet og overførbarhet. Deretter vil studiens forskningsdesign, og valg av gruppeintervjuerintervju som metode drøftes. Videre følger en refleksjon over hvordan utvalget, forskerens rolle, intervjusituasjonen, transkriberingen og analyseprosessen kan ha påvirket studiens resultater. Studiens styrker og svakheter drøftes underveis.

5.1.1 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Validitet, reliabilitet og overførbarhet er sentrale begreper når forskningsprosjektets troverdighet skal undersøkes. Det er dermed også et uttrykk for kvaliteten på prosjektet (Thagaard, 2018, s. 181). Når man skal validere kvalitativ forskning stiller man spørsmål om kunnskapens gyldighet og gyldighetens mulige begrensinger, og under hvilke betingelser (Malterud, 2017). Validitetsbegrepet begrenses ikke bare til metoden, men forskeren som person og denne personens moralske integritet. Dette har stor betydning for evalueringen av kunnskap som blir produsert (Kvale et.al., 2015).

Reliabilitet vil si hvor godt man måler det man skal måle (Busch, 2013) og dreier seg om forskningsresultatene konsistens og grad av troverdighet (Krumsvik, 2014). I kvalitative studier samles det inn data fra samtaler. Man er avhengig av konteksten i samtalen og at forskeren selv bruker seg selv som instrument. Det har blitt lagt vekt på å beskrive prosessen og valg av analyse trinnvis og grundig. Valg som er blitt gjort av masterstudenten er tydelig begrunnet i et forsøk på å hjelpe leseren å følge prosessen. Dette bidrar med å styrke påliteligheten og reliabiliteten i studien, da det hjelper leserne å forstå hvordan masterstudenten har kommet fram til resultatene. For å styrke studiens troverdighet var det søkelys på å unngå ledende spørsmål under gruppeintervjuer, da dette vil kunne svekke troverdigheten av funnene (Kvale et.al., 2015). Informantenes stemme kommer tydeligere fram enn masterstudentens egen forståelse, for å ivareta troverdigheten. Dette har blitt gjort ved å bruke originale sitater. Studien har blitt fulgt opp av veiledere gjennom hele prosessen som har vurdert de gjennomførte beskrivelsene som rimelige.

Utvalget i en kvalitativ studie kan ikke generaliseres til hele populasjonen, da utvalget ikke er representativt. Det kommer fram kunnskap om de 15 informantenes refleksjoner fra norske lavterskelinstitusjoner, og man kan anta at funnene kan overføres til andre lavterskelinstitusjoner i Norge. Resultater i studien er basert på beskrivelser fra deltagere som tilbyr et spesifikt tilbud for en spesifikk gruppe mennesker, og kan være retningsgivende i en videreutvikling av denne typen tilbud.

5.1.2 Vitenskapsteoretisk ståsted og forforståelse

Om valgt metode belyser forskningsspørsmålene på en relevant måte har vært i masterstudentens bevissthet under hele forskningsprosessen. Under analysen har det vært et poeng å ikke overtolke eller feiltolke. I kvalitative studier er subjektivitet nødvendig, og noe en forsker ikke kan eller bør motarbeide. Det er av stor betydning at det tydeliggjøres hva som er forskerens tolkning og hva som er informantenes tolkning (Kvale et al 2015). Sitatene som er framhevet i resultatene bidrar med å trekke fram hva som er blitt fortalt av informantene. På denne måten er det med på å styrke studien ved at deres stemme kommer tydelig fram og skiller seg fra masterstudentens egne tolkninger. Selv om arbeidet i analyseprosessen betraktes som grundig, kan det ikke utelukkes at tekstutdrag likevel kan ha blitt tolket feil. For å minimere sannsynligheten for denne muligheten er dette blitt gjennomgått med masterstudentens veiledere.

Kompetansen og erfaringen fra rusmiljøet som danner grunnlaget for masterstudentens forforståelse er å anse som en ressurs, hvis den brukes riktig og gjøres eksplisitt (Tjora, 2012). Det viktige blir å kunne trekke inn sin forforståelse på en slik måte at den åpner for størst mulig forståelse av opplevelsene og uttalelsene til informantene (M. Dalen, 2011, s. 16). Gjennom samspillet mellom masterstudenten og datamaterialet, samt masterstudentens forforståelse, har målet vært å oppnå en dypere forståelse av meningen i teksten. Etter hvert som deltagerne ga mer informasjon i gruppene og gjennom analysen av datamaterialet, dannet masterstudenten seg en ny forforståelse (Føllesdal, 2001; Graneheim & Lundman, 2004; Thagaard, 2018). Denne prosessen er det som kalles den hermeneutiske sirkelen (Føllesdal, 2001). Den hermeneutiske sirkelen har vært framtrepende under analyseprosessen, og det var viktig å veksle mellom helheten og deler av datamaterialet for å oppnå en gyldig forståelse av tekstens meningsinnhold.

5.1.3 Utvalg og utvalgsprosess

Det ble avgjort å la ansatte snakke om sine opplevelser med beboere på institusjonen, fremfor å la beboere fortelle om sine egne opplevelser. Årsaken til dette var blant annet ivaretagelse

av beboernes sårbarhet. Skulle beboere ha blitt intervjuet ville mange, om ikke alle informanter, sannsynligvis vært tungt ruset, siden hovedmålgruppen på lavterskelinstitusjonene er tyngre brukere i aktiv rus.

Prosessen startet med en usikkerhet rundt antall gruppeintervjuer som burde avholdes for å kunne si noe om de aktuelle forskningsspørsmålene. Antall informanter er ikke lett å bestemme på forhånd i kvalitativ forskning. Det bestemmes ut ifra hensiktsmessighet og ikke representativitet, som i kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2016). På bakgrunn av studiens omfang var det hensiktsmessig med fem gruppeintervjuer etter å ha diskutert dette med veiledere. Fem gruppeintervjuer ble sett på som nok til å få fram variasjonsbredde, gi et rikt datamateriale, samtidig som det ikke overskred omfanget av en masteroppgave. Antall informanter per gruppe var et annet dilemma, men det ble sett på som hensiktsmessig å ha mellom tre til åtte informanter i hver gruppe. Det var også begrenset med informanter på lavterskelinstitusjonene som hadde mulighet til å stille opp på intervju i arbeidstiden. Gruppestørrelse ble her valgt ut fra hva som var realistisk å få til ut fra ovennevnte punkter.

Et mulig dilemma med utvalget var at ikke alle intervjuobjekter var like involvert i mat og måltider. Sett bort fra pilotintervjuet på lavterskel 4, der personalleder valgte ut informanter, ble deltagere plukket ut av en nøkkelperson før intervjuene begynte. Nøkkelpersoner var informanter som befant seg på ernæringsmøter i juni, juli og august 2019, samt et matlagingskurs som ble holdt på Kjeller i august, 2019. Masterstudenten og en av hennes veiledere var også til stede på dette kurset som en del av forberedelsesarbeidet før intervensjonen. Lavterskelinstitusjonene hadde få ansatte fordelt på mange beboere. De ble derfor nødt til å håndtere mange ulike oppgaver på en gang. Dette bidro til at alle informanter kunne si noe om mattilbudet, selv om noen ikke var direkte involvert i mat og måltider. Det var likevel alltid minst en nøkkelperson til stede under intervjuene som hadde særskilt ansvar for utarbeiding av menyer og måltider i intervensjonsperioden. Informanter som ikke var like involvert, var kanskje mindre motivert for å snakke om dette enn andre, og ble ikke hørt i like stor grad.

Kvale (1997) fastsetter at interaksjonen mellom de intervjuede og intervjueren i det kvalitative forskningsintervjuet ikke er en feilkilde. Betydningen av denne interaksjonen må ikke reduseres, men heller anvendes bevisst. Masterstudenten drøftet hvilken nærhet og avstand mellom henne og informantene som skulle til for å gjennomføre intervjuene, og samtidig besvare studiens forskningsspørsmål på en tilfredsstillende måte.

5.1.4 Gruppeintervju inspirert av fokusgruppeteknikk

I følge Malterud går det an å gjennomføre gruppeintervjuer som er inspirert av fokusgruppeteknikk, uten at man oppfyller alle de formelle kravene. Når slike design benyttes, blir imidlertid overveielser om validitet ekstra viktige (Malterud, 2017, s. 139-140). Fokusgrupper består vanligvis av fem til åtte deltakere (Malterud, 2017), i denne studien var det imidlertid kun tre personer per gruppeintervju. Årsaken var at veldig mange oppgaver ofte stod og falt på få personer ved lavterskelinstitusjonene. Det måtte alltid være et visst antall ansatte til stede i lokalene, mens intervjuene pågikk. Dette var både med tanke på sikkerhetshensyn og av hensyn til beboere, i tilfelle noen skulle ha behov for hjelp. Utvalget var homogent som i fokusgrupper, da ønsket var å vektlegge informantenes felles erfaringsgrunnlag og redusere muligheten for spenninger (Malterud, 2017, s. 138).

Karakteristisk for intervju er at man etablerer en direkte kontakt med personene som studeres. Det gir oss et viktig grunnlag for hvordan man utvikler data (Thagaard, 2018, s. 13). Styrken med gruppeintervjuer som metode er at det kan bidra til bredde i beskrivelsene, og hjelpe til å frambringe ulike perspektiver gjennom utvesking av erfaringer i gruppen. Ideelt sett skulle det ha vært en observatør til stede for å fange opp enda mer av samhandlingen mellom informantene. En svakhet ved metoden er at det er en utfordring å få til et samspill der alle deltar og alles beskrivelser kommer fram (Malterud, 2012). Dominerende synspunkter kan fremmes i en gruppesituasjon der personer med avvikende synspunkter kan vegre seg for å presentere dem i gruppen (Thagaard, 2018, s. 92). Malterud (2012) peker på at gruppeintervjuer kan mobilisere assosiasjoner og fantasi gjennom gruppedynamikken som oppstår. Gruppeintervjuer er også hensiktsmessig når man skal undersøke fenomener som omhandler felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø hvor mange samhandler (Malterud, 2012). Gruppeintervjuer ble derfor vurdert som en hensiktsmessig metode for datainnsamling. Det ligger en metodisk styrke i det at grupper benyttes som virkemiddel for å produsere mer komplekse data (Halkier & Gjerpe, 2010). På den annen side går man sannsynligvis glipp av mye interessant som kun er tilgjengelig når man er til stede i menneskers sosiale kontekst, utenom en nøye planlagt gruppeintervjusituasjon (Halkier & Gjerpe, 2010).

Masterstudenten tilegnet seg nye erfaringer og ferdigheter etter hvert intervju, som ble tatt med videre i prosessen.

5.1.5 Datainnnsamling

Forskningsspørsmålet ble endret etter at informasjonsskrivet var sendt ut. Blant annet siden formuleringen viste seg å ikke være tydelig nok (Vedlegg 1). En utprøving av intervjuguiden på forhånd kan være en fordel for å se om spørsmålene gir svar på det vi ønsker (Malterud, 2011) og at vi som intervjuer ikke avbryter, holder fokus og gir tydelige instruksjoner før gjennomføringen. Intervjuguiden ble derfor pilottestet. Underveis i pilotintervjuet kom det fram at noen spørsmål var gjentakende. Dette hendte fordi informantene kunne svare på flere spørsmål samtidig. Andre ganger var det ikke like tydelig for informantene hvor masterstudenten ville hen. For eksempel om spørsmålet var rettet mot mattilbudet før intervensjonen eller under selve intervensjonsperioden. Det varierte imidlertid hvilke spørsmål dette dreide seg om fra intervju til intervju. Informantene hadde nesten alltid mer å si om temaet, og de ble derfor grundig gjennomgått. Enkelte informanter «hoppet i det» og svarte med en gang, mens andre var mer opptatt av å ha forstått spørsmålet «riktig» og ba om det kunne presiseres. Masterstudenten måtte gjenta at spørsmålene var åpne, og at hun var opptatt av å styre samtalene i minst mulig grad under gruppeintervjuene. Det kunne ha vært hensiktsmessig å gi en forklaring på hva åpne spørsmål gikk ut på før intervjuene begynte, men dette ble altså utelatt. Intervjuguiden inneholdt et stort antall spørsmål, noe som sannsynligvis har ført til at det ble mindre diskusjon blant informantene. Samtalene kan ha blitt mer kontrollert enn det som var ønskelig på grunn av dette. Intervjusituasjonen betyr likevel ikke at de som intervjues er uten kontroll. Hun eller han velger selv hvor mye de ønsker å dele om de temaene som kommer opp i intervjusituasjonen (Thagaard, 2018, s. 91-92).

Deltagerne i pilotintervjuet var under samme intervjusituasjon som deltagerne i de andre gruppeintervjuene, sett bort fra opptaksmetoden. Det ble gjort lydopptak med Diktafon-app utviklet av UiO under to intervjuer. Dette endret seg til lydopptak med båndopptaker på utlån fra OsloMet – storbyuniversitetet under de siste tre intervjuene. Båndopptakeren ga bedre gjengivelsen av intervjuene og bidro til sikring av informasjonsoverføringen fra informantene til moderator.

Det var nødvendig å dra tilbake til lavterskel 3 en tredje gang for å spille inn siste del av gruppeintervju nummer en på nytt. De siste 15 minuttene av dette intervjuet ble slettet når Diktafon-app ble benyttet. Årsaken til at to av intervjuene ble holdt på lavterskel 3 handlet om at de var et stort hus, der flere ansatte hadde mulighet til å delta.

Før pilotintervjuet forberedte masterstudenten seg ved å bli trygg på intervjuguiden og lære den noenlunde utenat. I forkant av alle gruppeintervjuer rådførte masterstudenten seg med veiledere og leste om hvordan intervjusituasjonen burde være, samt moderatorens rolle i kvalitative forskningsintervjuer. Pilotintervjuet ble transkribert nesten tre uker etter opptak, noe som førte til at det var vanskelig for masterstudenten å skille stemmer fra hverandre. Dette kan ha medvirket til at kvalitet på denne transkriberingen ble noe lavere enn de andre. Denne erfaringen førte til at den videre prosessen med å transkribere startet kort tid etter at de resterende gruppeintervjuene ble utført. Det er en styrke at transkriberingen foregår i kort tid etter at det aktuelle intervjuet er utført, da det fortsatt ligger friskt i minne. På denne måten blir sannsynligheten for usikkerheter i forhold til datamaterialet betydelig redusert.

En annen mulig svakhet ved studien var at noen detaljer som gjaldt lavterskelinstitusjonene forble uavklart. Lavterskel 2 var den eneste lavterskelinstitusjonen i utvalget med fullkosttilbud. Masterstudenten lurte på om det kostet mer for beboere å bo på lavterskel 2, siden de serverte flere måltider til sine beboere. Det ble sendt en henvendelse til Byrådsavdelingene noen uker før innleveringsfrist, men etter flere uker hadde masterstudenten fortsatt ikke fått noe svar, og dette forble uavklart. Dette kunne blant annet ha bidratt til en bedre diskusjon med tanke på hvorfor ulikheter oppstår i mattilbudet fra en lavterskelinstitusjon til en annen.

5.1.6 Dataanalyse

Masterstudenten har selv utført gruppeintervjuerintervjuene og transkribert data. Ved å utføre dette selv, har hun en god innsikt i det innsamlede materialet, og det lettet den videre analysen siden innholdet var velkjent. Malterud (2017) anbefaler at analysen utføres i samarbeid med andre, da dette styrker studiens troverdighet. Selv om analysen av data er utført alene, har masterstudenten mottatt mange innspill fra veiledere og forholdt seg til disse. Da det er første gang masterstudenten har utført en kvalitativ innholdsanalyse kan dette påvirke abstraksjonsnivået, så det å ha andre å samarbeide tolkningen med er en styrke. Analysen har blitt utført på en grundig og strukturert måte, der veilederne har vært hjelpelige under hele prosessen.

Selv om alle intervjuer ble transkribert og overført til HyperResearch i sin helhet, var det bare et utdrag av informantenes sitater som kom til syne i oppgaven. Denne datareduksjonen (Gentikow, 2005, s. 119) bunner i to forskningsmessige grunner: For det første er det innsamlede materialet for stort til å kunne dokumenteres i sin fulle helhet. For det andre

bringer kvalitative intervjuer normalt med seg mye informasjon som ikke nødvendigvis er relevant for oppgavens tema og forskningsspørsmål.

5.2 Resultatdiskusjon

I følgende kapittel vil studiens resultater bli diskutert i lys av tidligere forskning og teori. Resultatdiskusjonen begrenses til de funnene masterstudenten anser som mest sentrale for å besvare studiens to forskningsspørsmål: Hvordan matsituasjonen til beboere på lavterskelinstitusjonene ble ivaretatt før, - og underveis i intervensjonsperioden, og hvordan lavterskelinstitusjonene kan bistå beboere i oppnåelsen av et forbedret mattilbud i framtiden. Hovedfunn i studien vil bli sammenlignet med tidligere forskning, og diskutert fortløpende.

5.2.1 Et kosthold tilpasset personer med ROP-lidelser

Hovedfunn fra resultater som omhandlet mattilbudet på lavterskelinstitusjonene i tiden før intervensjonen viste at beboere ikke prioriterte ernæring. De var på mange måter helt avhengig av å få servert gratis mat for å få i seg nok næring. Mange oppsøkte ikke de ulike mattilbudene i byen, og var dermed avhengig av maten som blir servert på institusjonen. Mange beboere var veldig dårlig fungerende og underernærte. Mat var ikke bare utrolig viktig for personer med ROP-lidelser sett fra et helseperspektiv, men også med tanke på det hyggelige samholdet og de andre positive ringvirkningene som fulgte med fellesmåltidene. Selv om det fantes beboere som av ulike grunner ikke spiste, var det likevel sterkt hold for at mange både trengte, og ville ha mer mat. Denne viljen og ønske mange beboere har til å spise, bør utnyttes. Flere av de intervjuede kunne merke at beboere endret uttrykk, og ble roligere og mer stabile i løpet av et måltid. Dette forekom særlig under middagene, når de satte seg ned og spiste i felleskap. Imidlertid levde veldig mange av beboerne på natten. Dermed ble mattilbudet deres borte, siden dagen deres gikk bort. Det kom frem at ansatte ikke så beboere ofte nok til å avgjøre om de fikk i seg nok mat.

Krav til mattilbudet i helse- og omsorgstjenesten blir detaljert beskrevet i Kosthåndboken (Norge, 2016). Den benyttes som grunnlag for å utarbeide kravspesifikasjoner når mattilbudet lyses ut på anbud. Likevel er det stor variasjon i hvordan maten tilberedes og serveres på norske institusjoner (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). I denne studien så man også store variasjoner i serveringen mellom de ulike lavterskelinstitusjonene (Vedlegg 5 og 6). Andre fag har en felles terminologi, noe som ernæringsfaget mangler. Det fører til mindre presisjon og kan være forvirrende og i verste fall misvisende (Helene Dahl Eide, Kristin Halvorsen & Kari Almendingen, 2015). Eksempelvis kan det være ulike oppfatninger om hva som er en «lav KMI» og hva som tilsvarer «et signifikant vekttap» (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Kosthåndboken er en detaljert veileder for arbeidet med måltider og service i helseinstitusjoner, men denne kunnskapen kan være vanskelig å omgjøre til praksis (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). For å gjøre Kosthåndboken mer tilgjengelig kan man for eksempel gi ut mini-brosjyrer innenfor et gitt tema. For rusfeltet er kapittel 14 som tar for seg kostholdet ved ulike diagnoser spesielt aktuelt. Her skrives det om psykiske lidelser, spiseforstyrrelser, og rusmiddelproblemer (Norge, 2016, s. 224-233). Andre aktuelle temaer for rusfeltet i Kosthåndboken er forslag til innhold i måltidene for energi- og næringstett kost og forslag til lett-tyggelig kost med konsistensnivå III (Norge, 2016, s. 126, 134).

Nasjonale faglige retningslinjer er systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper i befolkningen (Nasjonalt råd for ernæring, 2017). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen, 2009) har vært et viktig dokument gjennom mange år, men trenger en oppdatering med tydeligere anbefalinger. Kunnskapsgrunnlaget har økt siden retningslinjene ble utgitt i 2009, og nye studier har kommet til (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

Det vises til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012) for personer med ruslidelse. Kostholdet til denne befolkningspopulasjonen involverer imidlertid mange flere aspekter enn de man finner hos personer som «kun» er underernært. Det finnes ingen tilpassede veiledninger for personer med ruslidelse å forholde seg til i Norge på nåværende tidspunkt. Ernæringsbehandling hos personer med ruslidelse er komplekst og utfordrende, og det er behov for klare retningslinjer på dette området.

Spiseforstyrrelser er utbredt hos personer med ruslidelse og finnes i alle grader. Fra milde og moderate til svært alvorlige former som krever intensiv og langvarig behandling (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 465). Siden spiseforstyrrelser utfordrer behandlingsapparatets tverrfaglighet er det nyttig hvis for eksempel sosionomen eller sykepleieren som er tilknyttet et lavterskeltilbud har en del kunnskap om somatiske og psykiske konsekvenser av under- og feilernæring (Drevon & Blomhoff, 2012, s. 465). Ernæring kan ofte være eneste form for behandling av en rekke sykdommer (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

5.2.2 Ernæringskompetanse

Ingen av informantene hadde ernæringsfaglig bakgrunn. Flere av informantene gav uttrykk for at mattilbudet var bra som det var, mens andre uttrykte et ønske om at det kunne ha vært

bedre. Verken Kosthåndboken eller Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble nevnt under noen av gruppeintervjuene. Det kan derfor tyde på at dette ikke var velkjent informasjon for personalet.

I en kvalitativ studie blant sykepleiere på sykehus med underernærte eldre kom det fram at ernæringspraksis ble viet liten oppmerksomhet. Ernæring var lett å overse siden mange oppgaver ble ansett som viktigere. Ernæring ble kun prioritert dersom det var en nødvendig del av den medisinske behandlingen. Videre ble pasienter hovedsakelig veid når det var andre årsaker til å veie enn å følge ernæringsstatus. Sykepleierne var usikre på hvordan man skulle vurdere en pasients ernæringsstatus, ernæringsbehov og næringsinntak. De kjente til retningslinjene i liten grad og visste ofte ikke hvordan de skulle initiere ernæringstiltak. De kjente heller ikke til hvilke konsekvenser et lavt matinntak kunne ha for pasientene. De ønsket kurs i klinisk ernæring, men slike kurs er i liten grad tilgjengelig. Sykepleierne mente at kliniske ernæringsfysiologer var få, travle og ofte fraværende. (H. D. Eide, K. Halvorsen & K. Almendingen, 2015).

På lavterskel 2 hadde de ansatt en kokk i ukedagene. Ingen av de andre lavterskelinstitusjonene hadde kokk og uttrykket et ønske om å få dette hvis penger ikke var et spørsmål. Selv om man ansetter en kokk med kjøkkenfaglig kompetanse, krever imidlertid matservering til underernærte mer enn matfaglig kompetanse alene (Nasjonalt råd for ernæring, 2017).

5.2.3 Ernæringsopplæring

I hovedfunn fra resultater som omhandlet mattilbudet under den tre måneder lange intervensjonen, kom det fram at det varierte fra hus til hus hva de hadde kunnet tilby av spesialkost og næringsdrikker. Knapphet på ressurser ble trukket fram som årsaken til at noen av lavterskelinstitusjonene ikke fikk lagt til flere måltider på menyen i løpet av intervensjonsperioden. Tilgang på ressurser varierte fra lavterskelinstitusjon til lavterskelinstitusjon. Videre førte endringene som ble gjort i forbindelse med intervensjonen til at beboere følte de ble satt pris på, ansatte fikk mye positive tilbakemeldinger, og noen informanter nevnte at de nå kunne bli stolte av maten de lagde. Beboere gledet seg til mat og det kom fram under flere intervjuer at stemningen på huset hadde endret seg fra tidligere. Det ble nevnt ved flere anledninger at mer mat kunne se ut til å redusere antallet overdoser. Lavterskel 2 kunne ikke huske sist de hadde så lavt med overdoser på huset. Det kom også fram at beboerne på lavterskel 3 uttrykket ønske om at huset utvidet på andre felter, for eksempel kom det opp at de ønsket seg flere middager per uke. En informant fra lavterskel 3

snakket om at motivasjonen til å ville komme seg videre i livet kunne bli redusert hvis man fikk servert 4 måltider hver dag.

På lavterskel 1 var matlagingskurset ukens høydepunkt for enkelte. Lavterskel 3 hadde satt i gang det de kalte for en matgruppe. Det gikk utpå at ansatte bistod beboere i å lage mat som taco eller pizza. Beboere som hadde vært med fra lavterskel 3, hadde vært veldig positive. Informanter fra lavterskel 2 trakk fram sikkerhet som en hindring som gjorde det vanskelig å holde matlagningskurs. På bakgrunn av analysen så man at gjennomføringen av matlagingskurs var et problem for mange hus, selv om det via ernæringsmøter i utgangspunktet ble lagt opp til at alle lavterskelinstitusjonene skulle holde kurs for sine beboere.

Selv om det ikke direkte angår personer med avhengighetsproblemer, indikerer forskningsresultater at barrierer for sunne spisevaner dreier seg om mangel på tillit til ens evne til å handle, velge og tilberede sunn mat (Reicks, Trofholz, Stang & Laska, 2014; Winkler & Turrell, 2010). Manglende evne til å tilberede mat for seg selv kan føre til et kosthold av dårlig kvalitet ved at man øker inntaket av svært prosesserte matvarer (Reicks et al., 2014). Ernærings- og matlagningsintervensjoner som tilbyr praktisk matlagningsopplæring kan skape ferdigheter som kan brukes på handleturer, i forbindelse med matlaging, i tillegg til ernæringsopplæring. Å tilegne seg disse ferdighetene kan øke en persons selvtilit når det kommer til å handle og tilberede sunne matvarer, noe som vil redusere inntaket av prosesserte og lettvinde matvarer (Barbadoro et al., 2011; J. Cowan & Devine, 2008; J. A. Cowan & Devine, 2013). Det er svært viktig å starte denne kunnskapsprosessen tidlig i behandlingsfasen, for å understreke viktigheten av å velge næringsrik mat, samt rollen som mat spiller ved kroniske sykdommer som overvekt og diabetes (Barbadoro et al., 2011; J. A. Cowan & Devine, 2013).

5.2.4 Beboernes framtidige mattilbud: Konkrete forslag til videreutvikling

I hovedfunn fra resultater som omhandlet det framtidige mattilbudet på lavterskelinstitusjonene, kom det fram at for veldig mange beboere handlet hverdagen om å konsekvent skaffe seg nok penger til neste dose. Det var en fulltidsjobb som tok veldig mye ressurser, og førte til at det ikke ble mye tid igjen å tenke på mat. Likevel uttrykket beboere ønske om å kunne ha middag hver dag og mulighet til å spise flere dager i uken. Flere informanter forklarte at mange ansatte var svært opptatt av kosthold privat, og derfor ikke hadde søkt noen profesjonelle råd utover dette. En informant fra lavterskel 4 mente beboere som var i aktiv rus ikke spiste så mye uansett, og at det ikke ville fungere for dem å ha fire

måltider om dagen siden de ikke hadde tid. Det kom fram at mattilbudet ved alle lavterskelinstitusjonene hadde bedret seg mye med tiden. Informantene mente dette handlet om økt forståelse og kunnskap blant personalet. I tillegg ble ledelsesstrategi nevnt som en årsak.

Feilernæring gir økt risiko for å få infeksjoner. Dermed blir næringsrike måltider også en del av det infeksjonsforebyggende arbeidet i lavterskeltiltakene (Bergen kommune, 2017). Siden analysen viste at mange beboere var underernærte, bør deres ernæringsstatus følges tettere opp. Man bør vurdere å innføre screening av beboere som oppholder seg på en lavterskelinstitusjon. Blodprøver kan tas hos lege, og klinisk ernæringsfysiolog vurderer blodprøver med tanke på næringsstoffmangler. Beboere blir veid, og man måler KMI for å undersøke om personen er undervektig. Eventuell overvekt og fedme vil også være aktuelt å ta med.

Matkurs bør vurderes å prøves ut på hus som ikke fikk gjennomført dette under intervensjonsperioden, bakgrunnen for dette blir nærmere beskrevet under punkt 5.2.3. Vitaminordning på husene i samarbeid med Feltpleien bør vurderes gjeninnført fordi kosttilskudd kan være nødvendig i forbindelse med feilernæring og underernæring. Næringsdrikk kan være nødvendig i noen tilfeller og bør være tilgjengelig for alle underernærte beboere som har problemer med å få i seg vanlig kost. Beboere som av ulike grunner trenger spesialtilpasset mat med tanke på for eksempel intoleranser, bør få tilgang til dette.

I analysen så man at lavterskel 4 og 2 var mindre rigide på tidspunkter for matsservering enn andre hus. En årsak kan være at de hadde færre beboere på lavterskel 4 som førte til at dette var enklere å tilpasse. På lavterskel 2 så det ut til at de hadde mer tilgang på ressurser, siden de hadde et fullkosttilbud. Beboerne har behov for et mattilbud som er fleksibelt. Det bør innføres enkel, døgnåpen servering eller matpakker på alle hus.

Det finnes andre varianter med porsjonspakket pålegg utover leverpostei, makrell i tomat og syltetøy. For eksempel får man tak i småtuber med majones, kaviar og tubeost. Syltetøy inneholder gjerne 60 prosent sukker per 100 gram og er noe mange beboere allerede får i seg for mye av. Beboerne trenger variasjon, ikke bare for næringsinnholdets skyld, men også med tanke på deres appetitt, som ofte er nedsatt. Det kan også være aktuelt å gi brukerne viktig informasjon om aktuell og utbredt kostholdsproblematikk i denne gruppen, for eksempel behovet for konsistentilpasset kosthold.

6.0 KONKLUSJON

6.1 Konklusjon og implikasjoner for videre praksis

Personer med ruslidelse har økt behov for livsviktige næringsstoffer da deres rusavhengighet fører med seg store kroppslige påkjenninger. De er utsatt for under- og feilernæring, noe som gjør de mer sårbare for infeksjonssykdommer og overdoser. Fra gruppeintervjuene snakkes det om at mer mat og bedre mat på lavterskelinstitusjonene fører til mindre vold, aggresjon, skader på møbler, bråk og uro, samt bedrer nattesøvn hos beboerne. De mange positive følgene av et fullverdig mattilbud for personer med ruslidelse letter ikke bare beboernes, men også de ansattes hverdag. Personer med ruslidelse bør få grundig informasjon om ernæring i møte med helsetjenesten. Informasjon om ernæring bør prioriteres på lik linje med informasjon om hvordan man kan redusere risiko for smitte og infeksjoner.

I likhet med annen litteratur som omhandler effekter av kosthold hos personer med ruslidelse, taler studien for at mer mat og sunnere og mer velsmakende mat, ville ha en positiv effekt på denne gruppens helsetilstand.

6.2 Forslag til videre forskning

Det er behov for videre forskning på kostholdet og mattilbudets innvirkning på personer med ruslidelse i Norge. Et særlig fokus bør rettes mot lavterskelinstitusjoner, da deres brukergrupper ofte vil være de som har mest akutt behov for ernæringshjelp grunnet en stor utbredelse av underernæring og mangelsykdommer. Kvalitative intervjuer før og etter ulike kostintervensjoner som adresserer personer med ROP-lidelser på lavterskelinstitusjoner, kan bidra til å gi et mer fullstendig bilde av matsituasjonen på husene og hvilken effekt og nytte ulike mattiltak kan ha. Undersøkelser på lavterskelinstitusjoner der målet er å kartlegge om ansatte har tilstrekkelig med kompetanse og opplæring for å kunne hjelpe beboere med komplekse ernæringsutfordringer som underernæring og mangelsykdommer bør vurderes. Det bør utføres kvantitative undersøkelser for å se om mer mat på institusjonene kan bidra til en reduksjon i harde endepunkter som overdoser og død. Lavterskelinstitusjoner kan bidra med overdosestatistikker fra sine hus og deretter kan man benytte statistikkprogrammer for å sammenligne overdosedødsfall fra perioder husene har hatt lavere tilgang på mat mot perioder de har hatt høyere tilgang på mat. Det bør også undersøkes hvordan man kan styrke rettighetene til personer med ruslidelse, og i hvilken grad retten til mat blir oppfylt for personer med ROP-lidelser på norske lavterskelinstitusjoner.

7.0 REFERANSELISTE

- Abuse, N. I. o. D. (2010). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. . NIDA.
- Agras, W. S., Vögele, C. & Gibson, E. L. (2012). *Mood, Emotions, and Eating Disorders. I*: Oxford University Press. Hentet fra <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195373622.001.0001/oxfordhb-9780195373622-e-011>
- Avena, N. M., Rada, P. & Hoebel, B. G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *The Journal of nutrition*, 139(3), 623. <https://doi.org/10.3945/jn.108.097584>
- BAPEN. (2018). Introduction to malnutrition. Hentet fra <https://www.bapen.org.uk/malnutrition-undernutrition/introduction-to-malnutrition?start=3>
- Barbadoro, P., Ponzio, E., Pertosa, M. E., Aliotta, F., D'Errico, M. M., Prospero, E. & Minelli, A. (2011). The Effects of Educational Intervention on Nutritional Behaviour in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol and Alcoholism*, 46(1), 77-79. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq075>
- Behi, R. & Nolan, M. (1995). Ethical issues in research. *British Journal of Nursing*, 4(12), 712-716. <https://doi.org/10.12968/bjon.1995.4.12.712>
- Berg, B. L. & Lune, H. (2012). *Qualitative research methods for the social sciences* (8th ed. utg.). Boston: Pearson.
- Bergen kommune. (2017). Samarbeid, mestring og verdighet. Plan for rusfeltet 2018-2022. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-arbeid-sosial-og-bolig/9130/9183/article-150500>
- Biery, J. R., Williford, J. H., Jr. & McMullen, E. A. (1991). Alcohol craving in rehabilitation: assessment of nutrition therapy. *J Am Diet Assoc*, 91(4), 463-466.
- Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., ... Compher, C. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*, 38(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>
- Chopra, K. & Tiwari, V. (2012). Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. *Br J Clin Pharmacol*, 73(3), 348-362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2011.04111.x>
- Colantuoni, J. C., Schwenker, H. J., McCarthy, G. J., Rada, G. P., Ladenheim, G. B., Cadet, G. J. L., ... Hoebel, G. B. (2001). Excessive sugar intake alters binding to dopamine and mu-opioid receptors in the brain. *Neuroreport*, 12(16), 3549-3552. <https://doi.org/10.1097/00001756-200111160-00035>
- Cowan, J. & Devine, C. (2008). Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*, 50(1), 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.05.006>
- Cowan, J. A. & Devine, C. M. (2013). Diet and body composition outcomes of an environmental and educational intervention among men in treatment for substance addiction. *J Nutr Educ Behav*, 45(2), 154-158. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2011.10.011>
- Dalen, E., Holmen, J. & Nordahl, M. H. (2015). Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 135(2).
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Davis, C. (2013). A narrative review of binge eating and addictive behaviors: shared associations with seasonality and personality factors. *Front Psychiatry*, 4, 183. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00183>
- Direktoratet for e-helse. (2018). ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. I. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596277>
- Drevon, C. A. & Blomhoff, R. (2012). *Mat og medisin : lærebok i generell og klinisk ernæring* (6. utg. utg.). Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl.

- Edland-Gryt, M. & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *J Clin Nurs*, 24(5-6), 696-706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- Eide, H. D., Halvorsen, K. & Almendingen, K. (2015). Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 696-706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562>
- EMCDDA. (2018). *Norway Country Drug Report 2018*. Norway.
- EMCDDA. (2019a). *European Drug Report*. Hentet fra http://www.emcdda.europa.eu/edr2019_en
- EMCDDA. (2019b). *Norway, Country Drug Report 2019*. Hentet fra http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/norway_en
- Ersche, K. D., Stochl, J., Woodward, J. M. & Fletcher, P. C. (2013). The skinny on cocaine: insights into eating behavior and body weight in cocaine-dependent men. *Appetite*, 71, 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.07.011>
- Eversman, M. H. (2010). High and low threshold service provision in drug-free settings: Practitioner views. *International Journal of Drug Policy*, 21(6), 501-506. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.03.005>
- Fekjær, H. O. (2008). *Rus – Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Felleskatalogen. (u.å.). Seroquel. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/seroquel-astrazeneca-563858>
- Fenn, J. M., Laurent, J. S. & Sigmon, S. C. (2015). Increases in Body Mass Index Following Initiation of Methadone Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.007>
- FN. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Hentet 3.4.2020 fra <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/cescr.pdf>
- FN. (1999). General Comment No.12. The right to adequate food Hentet fra <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/3d02758c707031d58025677f003b73b9>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid: LOV 2011-06-24 nr. 29
- Forrester, J. E. (2006). Nutritional Alterations in Drug Abusers With and Without HIV. *Am J Infect Dis*, 2(3), 173-179.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). 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. FOR-1997-02-27-358.
- Føllesdal, D. (2001). Hermeneutics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(2), 375-379. <https://doi.org/10.1516/1D08-F6V9-YVPJ-A79W>
- Gardner, E. L. (2011). Addiction and brain reward and antireward pathways. *Adv Psychosom Med*, 30, 22-60. <https://doi.org/10.1159/000324065>
- GCDP. (2016). *Advancing Drug Policy Reform: A new approach to decriminalization*. Hentet fra <https://www.globalcommissiondrugs.org/reports/advancing-drug-policy-reform>
- Gentikow, B. (2005). *Hvordan utforsker man medieerfaringer? : kvalitativ metode* (Rev. utg. utg.). Kristiansand: IJ-forl.
- Gesch, C. B., Hammond, S. M., Hampson, S. E., Eves, A. & Crowder, M. J. (2002). Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. Randomised, placebo-controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 181, 22.
- Gibson, E. L. (2012). The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behav Pharmacol*, 23(5-6), 442-460. <https://doi.org/10.1097/FBP.0b013e328357bd4e>

- Gjersing, L., Amundsen, E.J. (2018). *Skader og problemer knyttet til narkotikabruk*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-avnarkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
- Global Nutrition Report. (2018). About malnutrition. Hentet fra <https://globalnutritionreport.org/resources/about-malnutrition/>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grant, L. P., Haughton, B. & Sachan, D. S. (2004). Nutrition education is positively associated with substance abuse treatment program outcomes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 104(4), 604-610. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.01.008>
- Grotzkyj-Giorgi, M. (2009). Nutrition and addiction – can dietary changes assist with recovery? *Drug and Alcohol Today*, 9(2), 24-28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/17459265200900016>
- Guo, S. & Dipietro, L. A. (2010). Factors affecting wound healing. *J Dent Res*, 89(3), 219-229. <https://doi.org/10.1177/0022034509359125>
- Guttormsen, A. B. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2006). St.meld. nr. 20. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV 2011-06-24 nr. 30.
- Helsedepartementet. (2004). Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-82004/id445634/>
- Helsedepartementet. (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/sec1>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS-1948)*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017). *Ernæring i helse- og omsorgstjenesten (IS-2591)*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ernaering-i-helse-og-omsorgstjenesten/Ern%C3%A6ring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_attachment/inline/37f940cf-0354-4860-9eca-afc134901037:117dcc69f95df3285c018d6886d2daa123342429/Ern%C3%A6ring%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonalt overdosestrategi 2019-2022 (17/3829-92)*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2019b). Nasjonalt råd for ernæring. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/nasjonalt-rad-for-ernaering>
- Himmelgreen, D. A., Pérez-Escamilla, R., Segura-Millán, S., Romero-Daza, N., Tanasescu, M. & Singer, M. (1998). A comparison of the nutritional status and food security of drug-using and non-drug-using Hispanic women in Hartford, Connecticut. *American Journal of Physical Anthropology*, 107(3), 351-361. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1096-8644\(199811\)107:3<351::Aid-ajpa10>3.0.Co;2-7](https://doi.org/10.1002/(sici)1096-8644(199811)107:3<351::Aid-ajpa10>3.0.Co;2-7)
- Holford, P., Miller, D. & Braly, J. (2008). *How to quit without feeling s**t*. London: Piatkus Books.
- Hossain, K. J., Kamal, M. M., Ahsan, M. & Islam, S. K. (2007). Serum antioxidant micromineral (Cu, Zn, Fe) status of drug dependent subjects: Influence of illicit drugs and lifestyle. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2, 12. <https://doi.org/10.1186/1747-597x-2-12>

- Housova, J., Wilczek, H., Haluzik, M. M., Kremen, J., Krizova, J. & Haluzik, M. (2005). Adipocyte-derived hormones in heroin addicts: the influence of methadone maintenance treatment. *Physiol Res*, 54(1), 73-78.
- Jacobsen, K., D., Jensen, T.Ø., & Aarseth, T. . (1982). Fordelingspolitikens forvaltning. *Sosiologi i dag*, (3), 29-49.
- Jeynes, K. D. & Gibson, E. L. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 229-239.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.006>
- Kim, J. H., Spiegelman, D., Rimm, E. & Gorbach, S. L. (2001). The correlates of dietary intake among HIV-positive adults. *Am J Clin Nutr*, 74(6), 852-861. <https://doi.org/10.1093/ajcn/74.6.852>
- Kristoffersen, H., C., Holth, P., Ogden, T. (2011). *Modeller for rusbehandling: En kunnskapsoversikt*. Hentet fra <https://bufdir.no/nn/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00001188>
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., ... Fernandez-Aranda, F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug Alcohol Depend*, 97(1-2), 169-179.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.04.015>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leggio, L., Addolorato, G., Cippitelli, A., Jerlhag, E., Kampov-Polevoy, A. B. & Swift, R. M. (2011). Role of feeding-related pathways in alcohol dependence: A focus on sweet preference, NPY, and ghrelin. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 35(2), 194.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01334.x>
- Lenton, S. & Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev*, 17(2), 213-219.
<https://doi.org/10.1080/09595239800187011>
- Lien, L., Lien, N., Heyerdahl, S., Thoresen, M., Bjertness, E. & Lien, L. (2006). Consumption of soft drinks and hyperactivity, mental distress, and conduct problems among adolescents in Oslo, Norway. *American journal of public health*, 96(10), 1815-1820.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.059477>
- Lund, I., Bretteville-Jensen, A.I., Skretting, A., Rise, J., Nordlund, S. & Amundsen, E.J. . (2010). *Hva er misbruk og avhengighet?* (SIRUS rapport nr. 04/2010).
- Malt, U. (2018, 30 september 2018). Komorbiditet. Hentet fra <https://sml.snl.no/komorbiditet>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, K., Woo, J., Timmins, V., Collins, J., Islam, A., Newton, D. & Goldstein, B. I. (2016). Binge eating and emotional eating behaviors among adolescents and young adults with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 195, 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.030>
- Mcgrath, C. & Chan, B. (2005). Oral health sensations associated with illicit drug abuse. *British Dental Journal*, 198(3), 159-162. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4812050>
- Melberg, H. O., Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. (SIRUS rapport nr. 4/2003).
- Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett: LOV-1999-05-21 nr. 30.
- Mysels, D. J. & Sullivan, M. A. (2010). The relationship between opioid and sugar intake: review of evidence and clinical applications. *J Opioid Manag*, 6(6), 445-452.
<https://doi.org/10.5055/jom.2010.0043>
- Nabipour, S., Ayu Said, M. & Hussain Habil, M. (2014). Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article. *Iranian journal of public health*, 43(8), 1022-1032. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25927032>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4411899/>

- Nabipour, S., Ayu Said, M. & Hussain Habil, M. (2014). Burden and nutritional deficiencies in opiate addiction- systematic review article. *Iranian journal of public health*, 43(8), 1022-1032.
- Nasjonalt råd for ernæring. (2017). *Sykdomsrelatert underernæring. Utfordringer, muligheter og anbefalinger*.
- Neale, J., Nettleton, S., Pickering, L. & Fischer, J. (2012). Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*, 107(3), 635-641. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03660.x>
- Norge, H. (2016). *Kosthåndboken : veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* ([Rev. utg.]. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Nøding, I. S. (2012). *Mattilbud for rusmiddelavhengige. En kartlegging og vurdering av mattilbudet ved institusjoner tilknyttet Rusmiddeletaten i Oslo* (Master). Høgskolen i Akerhus. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10642/1196>
- Oslo kommune. (u.å.). Rusinstitusjoner. Hentet fra https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjoner/#!c|f_drug_use_active_use
- OsloMet. (2016a, 20.06.2019). Behandling av lydfiler i forskning. Hentet 18.07.2019 fra <https://ansatt.oslomet.no/behandling-lydfiler-forskning>
- OsloMet. (2016b, 15.03.2019). Lagringssteder ved OsloMet. Hentet 18.07.2019 fra <https://ansatt.oslomet.no/lagringssteder-hioa>
- Peles, E., Schreiber, S., Sason, A. & Adelson, M. (2016). Risk factors for weight gain during methadone maintenance treatment. *Substance Abuse*, 37(4), 613-618. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1179705>
- Pzifer. (u.å.). Nøytropeni. Hentet fra <https://www.pfizer.no/helse/noytropeni>
- Quach, L. A., Wanke, C. A., Schmid, C. H., Gorbach, S. L., Mwamburi, D. M., Mayer, K. H., ... Tang, A. M. (2008). Drug use and other risk factors related to lower body mass index among HIV-infected individuals. *Drug Alcohol Depend*, 95(1-2), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.12.004>
- Quintero-Platt, G., González-Reimers, E., Martín-González, M. C., Jorge-Ripper, C., Hernández-Luis, R., Abreu-González, P., ... Santolaria-Fernández, F. (2014). Vitamin D, Vascular Calcification and Mortality among Alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 50(1), 18-23. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu076>
- Reicks, M., Trofholz, A. C., Stang, J. S. & Laska, M. N. (2014). Impact of Cooking and Home Food Preparation Interventions Among Adults: Outcomes and Implications for Future Programs. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 46(4), 259-276. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.02.001>
- Reslan, S., Saules, K. K., Greenwald, M. K. & Schuh, L. M. (2014). Substance misuse following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Subst Use Misuse*, 49(4), 405-417. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.841249>
- Rhodes, T. & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction : evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications office of the European Union.
- Ritter, A. & Cameron, J. (2005). MONOGRAPH 06 A SYSTEMATIC REVIEW OF HARM REDUCTION.
- Robison, A., Feng, J. & Nestler, E. (2013). Drug Addiction and Reward. I(s. 173-195).
- Ross, L. J., Wilson, M., Banks, M., Rezannah, F. & Daghli, M. (2012). Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition*, 28(7-8), 738-743. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2011.11.003>
- Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J., Lauritzen, G. & Storvoll, E. E. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. Oslo: SIRUS.
- Råmunddal, L. (2017). *Måltid og fellesskap – en kvalitativ studie av betydningen fellesskapet rundt måltider har på en rusbehandlingsinstitusjon* (Master). Høgskolen i Oslo og Akershus Hentet fra <https://hdl.handle.net/10642/5443>
- Salz, A. (2014). Substance Abuse and Nutrition. *Today's Dietitian*, 16(Issue).
- Schenker, S. (2003). Undernutrition in the UK. *Nutrition Bulletin*, 28(1), 87-120. <https://doi.org/10.1046/j.1467-3010.2003.00303.x>

- Smit, E., Graham, N. M., Tang, A., Flynn, C., Solomon, L. & Vlahov, D. (1996). Dietary intake of community-based HIV-1 seropositive and seronegative injecting drug users. *Nutrition*, 12(7-8), 496-501. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(96\)91726-8](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(96)91726-8)
- Spangler, R., Wittkowski, K. M., Goddard, N. L., Avena, N. M., Hoebel, B. G. & Leibowitz, S. F. (2004). Opiate-like effects of sugar on gene expression in reward areas of the rat brain. *Molecular Brain Research*, 124(2), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.molbrainres.2004.02.013>
- Sæland, M. (2014). *Eating on the edge. A study focusing on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo, Norway*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sæland, M., Haugen, M., Eriksen, F. L., Smehaugen, A., Wandel, M., Bohmer, T. & Oshaug, A. (2009). Living as a drug addict in Oslo, Norway--a study focusing on nutrition and health. *Public Health Nutr*, 12(5), 630-636. <https://doi.org/10.1017/s1368980008002553>
- Tang, A. M., Bhatnagar, T., Ramachandran, R., Dong, K., Skinner, S., Kumar, M. S. & Wanke, C. A. (2011). Malnutrition in a population of HIV-positive and HIV-negative drug users living in Chennai, South India. *Drug Alcohol Depend*, 118(1), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.02.020>
- Tang, A. M., Forrester, J. E., Spiegelman, D., Flanigan, T., Dobs, A., Skinner, S. & Wanke, C. (2010). Heavy injection drug use is associated with lower percent body fat in a multi-ethnic cohort of HIV-positive and HIV-negative drug users from three U.S. cities. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(1), 78-86. <https://doi.org/10.3109/00952990903544851>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tolliver, B. K. & Anton, R. F. (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues Clin Neurosci*, 17(2), 181-190.
- Tuukka, T. (2004). The harm-reduction school of thought: three fractions. *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 381-399. <https://doi.org/10.1177/009145090403100301>
- Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., ... Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and "gateway hypothesis": theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 123 Suppl 1(Suppl 1), S3-S17. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018>
- Varela, P., Marcos, A., Ripoll, S., Santacruz, I. & Requejo, A. M. (1997). Effects of human immunodeficiency virus infection and detoxification time on anthropometric measurements and dietary intake of male drug addicts. *The American journal of clinical nutrition*, 66(2), 509S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/66.2.509S>
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D. & Baler, R. (2012). Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr Top Behav Neurosci*, 11, 1-24. https://doi.org/10.1007/7854_2011_169
- Wall-Bassett, E., Robinson, M. A. & Knight, S. (2014). Food-Related Behaviors of Women in Substance Abuse Recovery: A Photo-Elicitation Study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(8), 951-965. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.923359>
- Wikler, A. & Rasor, R. W. (1953). Psychiatric aspects of drug addiction. *The American Journal of Medicine*, 14(5), 566-570. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(53\)90372-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(53)90372-6)
- Winkler, E. & Turrell, G. (2010). Confidence to Cook Vegetables and the Buying Habits of Australian Households. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(5), S52-S61. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.03.007>
- Wiss, D., A. (2013). *Nutrition and substance abuse* (Master's thesis). Hentet fra <http://hdl.handle.net/10211.2/3444>
- World Health Organization. (2016). What is malnutrition? Hentet fra <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/en/>
- Zhang, P., Bagby, G. J., Happel, K. I., Raasch, C. E. & Nelson, S. (2008). Alcohol abuse, immunosuppression, and pulmonary infection. *Curr Drug Abuse Rev*, 1(1), 56-67. <https://doi.org/10.2174/1874473710801010056>

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Hjort, H. & Ose Osborg, S. (2008). *Lavterksel helsetiltak for rusmiddelavhengige - Skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat* (SINTEF-rapport nr A4638). Trondheim.



Vil du delta i masterprosjektet «Mat mot overdoser» ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å avdekke ansattes tanker om matkunnskap, matlagning og måltider ved fire lavterskelinstitusjoner i Oslo. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Kompetansesenter rus - Oslo, gjennomfører i samarbeid med OsloMet – storbyuniversitetet et masterprosjekt der formålet er å avdekke ansattes tanker om matkunnskap, matlagning og måltider ved fire lavterskelinstitusjoner i Oslo: Fredensborg bosenter, Thereses hus, Marcus Thranes hus og Dalsbergstien hus. Ønsket er å se om lavterskelinstitusjoner har tilstrekkelig med ressurser for å bistå beboerne i oppnåelsen av en bedre ernæringsstatus.

Forskningsspørsmålet i oppgaven lyder som følger: Hvilke tanker har ansatte ved de fire institusjonene når det gjelder utfordringer relatert til matkunnskap, matlagning og måltider?

Du er blitt trukket ut til å delta i masterprosjektet, da du er involvert i mat og matlagning på et av lavterskelinstitusjonene som er deltagende i prosjektet.

Hva deltakelse i studien vil innebære for deg

Deltakelse i studien innebærer at du blir intervjuet i en gruppe bestående av 3-8 andre ansatte mellom 15 oktober til 15 desember. Det vil ta deg ca. 60 minutter å delta og intervjuet blir tatt opp på bånd. Intervjuet handler om hvordan du som ansatt opplever matsituasjonen på lavterskelinstitusjonen du jobber ved.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle data som er innsamlet kommer til å bli anonymisert. Kun intervjueren og hennes to veiledere ved OsloMet – storbyuniversitetet vil ha tilgang til intervjuene. Lydfilene fra intervjuene vil bli transkribert og etter det slettet i henhold til gjeldende lovverk. Alle som arbeider med masterprosjektet har taushetsplikt. Ingen informanter skal kunne gjenkjennes i

masteroppgave/publikasjon. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15 juni, 2020. Data makuleres ved prosjektslutt.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres på forskningsserver og blir innelåst/kryptert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Mone E. Sæland, førsteamanuensis/klinisk ernæringsfysiolog, OsloMet – storbyuniversitetet på epost moneeli.saeland@OsloMet.no eller telefon 67 23 65 19.
- Ingvill Blix Aaserud, masterstudent i samfunnsnærings, OsloMet – storbyuniversitetet på epost s335749@OsloMet.no.
- Zada Pajalic, førsteamanuensis/jordmor, OsloMet – storbyuniversitetet på epost zada.pajalic@OsloMet.no eller telefon 67 23 63 70.
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen på epost personvernombud@OsloMet.no eller telefon 67 23 55 34
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Mone Eli Sæland, Zada Pajalic og Ingvill Blix Aaserud

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Mat mot overdoser**» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet, ca. 15 juni, 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Intervjuguide

Innledende spørsmål

1. Kan dere fortelle meg hvilken rolle dere har i forhold til mat og måltider på denne lavterskelinstitusjonen?
2. Kan dere fortelle hvordan lavterskelinstitusjon fungerer i det daglige i forhold til mat med beboere?
3. Hvor gamle er dere?
4. Hva er utdanningsbakgrunnen deres?

Dybdegående spørsmål

Spørsmål med fokus på matkunnskap

1. Kan dere fortelle meg hva dere tenker denne gruppen har behov for av mat?
2. Kan dere fortelle om dere har hatt behov for å søke råd om kosthold tilpasset personer med ruslidelse? Kan dere gi eksempler på hvor dere lette og hva dere fikk hjelp med?
3. Kan dere fortelle hvorvidt ansatte er behjelpelige dersom beboere har spørsmål knyttet til mat og ernæring?
4. Kan dere si noe om hva som er viktig å legge vekt på i kostholdet til personer med en ruslidelse? (Medisiner, mikro/makronæringsstoffer, rusmidler, psykisk/fysisk helse)
5. Kan dere si noe om deres erfaringer med kosttilskudd og næringsberikning av mat tilpasset personer med en ruslidelse?
6. Kan dere fortelle noe om beboernes holdninger til mat og kosthold?

Spørsmål med fokus på matlagning

1. Kan dere fortelle litt om deres erfaring med matlagning på lavterskelinstitusjonen?
2. Kan dere fortelle om endringer i tilberedningen av mat til beboerne siden oppstarten av dette prosjektet?
3. Kan dere si noe om hva dere tenker om nye matrutiner i framtiden etter dette prosjektets slutt?

4. Kan dere si noe om beboernes tilbakemeldinger på maten dere serverer, tilbereding av mat, og opplæringen dere holder for dem med mat og matlagning?

Spørsmål med fokus på måltider

1. Kan dere fortelle hva dere tenker om brukernes tilgang på mat og måltider på institusjonen?
2. Kan dere fortelle meg hva dere opplever som mest og minst populært av matretter blant beboerne på huset?
3. Kan dere si noe om hvor beboerne pleier å spise maten sin og hva dere har observert under deres måltider?
4. Kan dere si noe om hvordan kostholdet til en beboer har endret seg før og etter oppholdet på lavterskelinstitusjonen?
5. Kan dere fortelle om spesielle dietter blir tatt hensyn til i forbindelse med måltider?
6. Kan dere fortelle litt om hvordan hygien ivaretas på kjøkkenet i forbindelse med måltider?
7. Kan dere si noe om hvordan dere ville lagt opp matinnkjøp og måltider hvis institusjonen hadde ubegrenset med midler?
8. Kan dere fortelle litt om kjøkkenregler på huset og hvordan disse fungerer i praksis?
9. Kan dere si noe om når på dagen flest beboere spiser måltider på institusjonen?
10. Kan dere fortelle litt om hva som skjer når en beboer går glipp av måltider?
11. Kan dere si noe om hva som kan påvirke en beboers spisemønster i løpet av en dag?
12. Kan dere fortelle om deres erfaringer med beboere som har fått i seg tilstrekkelig med mat i løpet av en dag?
13. Er det noe annet dere vil fortelle som jeg ikke allerede har spurt om?

Vedlegg 3: Kodeskjema

Forklaring: Vedlegg 3a) Første del av kodeskjema i Microsoft Excel. Kolonne A viser kategori, kolonne B viser kodetall og kodenavn.

	A	B
1	Kategori	Kode
2	A. Tiden for intervensjon	A1. Beboernes ernæringsbehov
3		A2. Ressursknapphet
4		A3. Matinntak som faller utenom husenes mattilbud
5		A4. Andre insitusjoner
6	B. Tre måneders intervensjon	B1. Matvaretilbudet
7		B2. Matlagning og 'care'
8		B3. Ansattes erfaringer
9		B4. Beboernes tilbakemeldinger
10		B5. Måltidsorganisering
11		B6. Beboerhensyn
12		B7. Samvær rundt måltidene
13	C. Det framtidige mattilbudet	C1. Ernæringsbudsjettet
14		C2. Spiseutfordringer
15		C3. Beboere og ansattes matkunnskaper
16		C4. Personalets ulike oppfatninger
17		
18		
19		
20		

Forklaring: Vedlegg 3b) Andre del av kodeskjema i Microsoft Excel. Kolonne C viser kodetall, kolonne D viser forklaringer som er benyttet til kodene.

C	D
	Betydning
A1.	Koden brukes når informantene snakker om beboernes ernæringsbehov og hva mer og bedre mat kan gjøre for en beboer.
A2.	Koden benyttes når informanter forklarer hvordan knappe ressurser kan påvirke mattilbudet på husene.
A3.	Når det snakkes om hvorfor og hvordan beboerne skaffer seg mat utenom husenes mattilbud.
A4.	Koden benyttes når ansatte snakker om erfaringer fra andre institusjoner de har jobbet ved.
B1.	Forklarer hva husene kan tilby og ikke kan tilby av matvarer under intervensjonen (inkl. spesialkost, næringsdrikk og kosttilskudd).
B2.	Koden går nærmere inn på 'care' eller omsorg som legges inn i de nye matlagningsrutinene på husene.
B3.	Handler om ulike erfaringer ansatte har hentet fra nye måltidsrutiner, samt matkurs.
B4.	Denne koden omtaler beboernes tilbakemeldinger på husenes måltider under intervensjonen.
B5.	Det snakkes her om hvordan måltider har blitt organisert under intervensjonen.
B6.	Koden benyttes når det snakkes om ulike hensyn ansatte tar for at beboerne skal få i seg mat.
B7.	Koden blir brukt når informanter snakker om betydningen av felleskapet rundt måltidene.
C1.	Informantene snakker om hvilken betydning mer midler til mat har for beboerne og huset.
C2.	Koden benyttes når det snakkes om beboernes utfordringer knyttet til mat og måltider på husene.
C3.	Koden benyttes når informanter drøfter sine egne og beboernes matkunnskaper.
C4.	Koden tar for seg ulike oppfatninger blant ansatte og ledelse på hvordan mattilbudet på husene bør fungere.

Vedlegg 4: Utdrag fra HyperResearch

Forklaring: Vedlegg 4a) Første del av skjermbildet i HyperResearch (utdrag). Bildet viser et oversiktsbilde over koder som er foretatt, samt kodebok (til høyre). Kildeopplysninger har blitt anonymisert.

The screenshot displays the HyperResearch interface. On the left, a table lists codes with their sources, types, and positions. On the right, a 'Code Book' window shows a hierarchical structure of codes. At the bottom, there are controls for filtering and viewing annotations.

Code	Source	Type	Position
B1. Matvaretilbudet	MT 1 tekstan	Text	103768,103856
B5. Måltidsorganiserin	MT 2 tekstan	Text	377,656
B5. Måltidsorganiserin	MT 2 tekstan	Text	920,1098
B5. Måltidsorganiserin	MT 2 tekstan	Text	1107,1235
B5. Måltidsorganiserin	MT 2 tekstan	Text	1668,1838
B7. Samvær rundt mål	MT 2 tekstan	Text	1839,2267
B6. Beboerhensyn	MT 2 tekstan	Text	2268,2965
B6. Beboerhensyn	MT 2 tekstan	Text	3028,3274
B5. Måltidsorganiserin	MT 2 tekstan	Text	3276,3731
B7. Samvær rundt mål	MT 2 tekstan	Text	3912,4141
B2. Matlagning og 'ca	MT 2 tekstan	Text	4224,4368
C2. Spiseutfordringer	MT 2 tekstan	Text	4224,4368
A1. Beboernes ernærin	MT 2 tekstan	Text	5248,5650
B1. Matvaretilbudet	MT 2 tekstan	Text	5652,5961
B1. Matvaretilbudet	MT 2 tekstan	Text	5972,6282
B1. Matvaretilbudet	MT 2 tekstan	Text	6328,6595
A3. Matinntak som fall	MT 2 tekstan	Text	6614,6796
A1. Beboernes ernærin	MT 2 tekstan	Text	7006,7241
B1. Matvaretilbudet	MT 2 tekstan	Text	6817,6997
C3. Beboere og ansatte	MT 2 tekstan	Text	7576,7740
C3. Beboere og ansatte	MT 2 tekstan	Text	7752,8213

Code Filter: All Codes
720 of 720 Filter Code References
 View Annotation View Source

Code Book (15 total codes)

- ▼ All Codes
 - ▼ A. TIDEN FØR INTERVENSJON
 - A1. Beboernes ernæringsbehov
 - A2. Ressursknapphet
 - A3. Matinntak som faller utenom husenes mattilbu
 - A4. Andre institusjoner
 - ▼ B. TRE MÅNEDERS INTERVENSJON
 - B1. Matvaretilbudet
 - B2. Matlagning og 'care'
 - B3. Ansattes erfaringer
 - B4. Beboernes tilbakemeldinger
 - B5. Måltidsorganisering
 - B6. Beboerhensyn
 - B7. Samvær rundt måltidene
 - ▼ C. DET FRAMTIDIGE MATTILBUDET
 - C1. Ernæringsbudsjettet
 - C2. Spiseutfordringer
 - C3. Beboere og ansattes matkunnskaper
 - C4. Personalets ulike oppfatninger

Forklaring: Vedlegg 4b) Del to av skjermbildet i HyperResearch (utdrag). Bildet viser et utdrag fra transkribert intervju (til høyre) med tilhørende anvendte koder (til venstre). Personopplysninger har blitt anonymisert.

	<p>9) M: Ja. Kan dere si noe om deres erfaringer med kosttilskudd og næringsberikning av mat tilpasset personer med en rus- med en ruslidelse? Nå ble det litt tatt opp akkurat, men hvis dere kan utdype det litt? [eh]</p>
B1. Matvaretilbudet	<p>4.2: Kosttilskudd har vi jo ikke tatt oss råd til å kjøpe, men vi prøver å introdusere alle de vitaminene og næringsstoffene i kosttilskudd i maten isteden.</p> <p>M: [Mhm!]</p>
B1. Matvaretilbudet	<p>4.2: Som å ha mye varierte grønnsaker, ha avokado, ha proteiner.</p>
B1. Matvaretilbudet	<p>4.3: Veldig opptatt av egg, nettopp fordi det inneholder så mye, alt unntatt C.</p>
B5. Måltidsorganisering	<p>4.2: Serverer liksom fisk ... en gang i uka.</p> <p>4.1: Minst.</p> <p>4.2: Minst en gang i uka så har vi fisk.</p>
B1. Matvaretilbudet	<p>4.2: Og så har vi de smoothiene da, der hvor folk ikke får i seg så mye kanskje.</p>
C2. Spiseutfordringer	<p>4.1: Og så opplever vi ofte at folk har næringsdrikk selv og at de tenker at det er maten deres, at de ikke spiser noen ting ved siden av, «men, nei, nei, jeg har jo næringsdrikk». Sånn at kunnskapen blant beboerne er ikke alltid ... like god. Eller så er de så opptatt av ... å være tynne. At de prioriterer ikke å spise.</p> <p>4.3: Det er sant.</p> <p>4.1: Og da blir det heller noe sånn, næringsdrikk.</p>
B6. Beboerhensyn	<p>4.2: En ting til vi også tenkte på, det er kanskje ett av de forrige spørsmålene, er jo å lage mat som lukter godt i hele huset. For å ... enten det er noe vi vil pushe på folk, at det er en eller annen samtale på stua eller et eller annet</p> <p>4.3: [ler]</p>

Vedlegg 5: Måltidsorganisering

Forklaring: Under (vedlegg 5a) vises en oversikt over de ulike lavterskelinstitusjonenes mattilbud før, - og under selve intervensjonen med varighet fra 15 september til 15 desember, 2019. Informasjon om mattilbudet før intervensjonen ble hentet fra referater etter ernæringsmøter i juni, 2019, med representanter fra KoRus, OsloMet – storbyuniversitetet, og de fire lavterskelinstitusjonene til stede. Opplysninger om mattilbud i intervensjonsperioden ble tilsendt masterstudenten etter forespørsel via mail til husene i mars, 2020.

Vedlegg 5a. Mattilbud på husene før og underveis i intervensjonsperioden.

	Mattilbudet før intervensjon	Intervensjonsperiode: 15 september-15 desember, 2019
Lavterskel 1	Tilbudet består av frokost, matpakker, kveldsmat og baking.	<p>Huset startet med å servere flere måltider ved oppstarten av intervensjonen. De valgte å ha middagsservering hver dag i hele intervensjonsperioden. I tillegg til middag har de hatt frokost mellom kl. 09.30-11.00, og matpakker som kunne hentes mellom kl. 14.00-22.00. Middagen ble servert rundt kl. 18.00-19.00 hver dag.</p> <p>Matkurs for beboerne ble holdt på torsdager mellom kl. 16.00-19.00.</p> <p>Middagsmenyene har blitt utformet av to ansatte. Huset valgte å ha fire ukers menyer, og rullerte på disse.</p>
Lavterskel 2	<p>Huset er et fullkosttilbud. Det serveres mat tre ganger daglig og dette inkluderer ett varmt måltid.</p> <p>De lager spesialmat (glutenfritt, vegetar osv.) hvis noen beboere har behov for det.</p>	<p>Har utvidet mattilbudet sitt den siste tiden, men det har ikke vært så store endringer da de har hatt frokost og varm lunsj i mange år. Begynte med matpakker i fjor. Tilbudet er utvidet i form av litt flere retter, litt mer næringsinnhold, litt mer fokus på større matpakker. Melk, jus og yoghurter som skal deles ut. Prosjektet har gjort det mulig å dele ut mer mat, før forholdt huset seg kun til faste tidspunkt. Huset har fått mer forståelse og fokus på mat enn tidligere. Tidligere kunne rester bli oppbevart til dagen etter, nå deler de ut til det blir tomt.</p> <p>Viktige holdepunkter for matlaging for denne brukergruppen: Smakfullt, forståelig og næringsrikt.</p>

<p>Lavterskel 3</p>	<p>De tilbyr frokost, havregryn og brødsriver med enkelt pålegg fra kl. 08 til kl. 21.30. Det er middag for hver etasje en gang i uken. Det serveres et enkelt varmt måltid på lørdager og vafler på søndager.</p>	<p>Middag ble servert kl. 18:00-19:00 på husets nyoppussede kjøkken i 2. etg. Tirsdag for 1. etg. Onsdag for 2. etg. Torsdag for 3. etg. Etter kl 19. satt de restene etter middagen ned på felleskjøkken i 1. etg og tilbød det til resten av beboerne. I tillegg hadde de i denne perioden fortsatt med sitt vanlige mattilbud. Frokost med brødmatt og havregryn og diverse pålegg fra kl. 09:30-11:00 alle dager. De serverte også brødsriver med enkelt pålegg og havregryn med melk og syltetøy kl. 08:00-21:30 i intervensjonsperioden.</p> <p>Det ble gjennomført ett matkurs for beboere i prosjektperioden der tre beboere deltok som laget hjemmelaget pizza.</p> <p>I prosjektperioden hadde huset også et økt fokus på hygiene. Håndvask/desinfisering skulle gjennomføres før matsservering.</p>
<p>Lavterskel 4</p>	<p>De har frokostservering og får ofte brødvarer levert i tillegg. De serverer middag to ganger i uken.</p>	<p>Bygde på menyer de allerede hadde i prosjektperioden. Målet var å lage litt flere middager og utvide tilbudet med kveldsmat. Det har hatt et frukttilbud som startet <u>før</u> prosjektet. Mye endringer allerede i juni. Begynte å ukeshandle og ha faste menyer. 4 månedsmenyer istedenfor å planlegge og handle dag for dag. Ekstra penger til ernæring kom inn før intervensjonen startet. Det er tilgjengelig enkel mat og frukt hele døgnet. Type mat som er tilgjengelig for beboere hele døgnet: Yoghurt, frukt, brød, tubeost, cornflakes, melk. Ansatte tenker på beboernes behov. Kjøper ikke lettprodukter. Kjøper mye avokado, laks. Regel er at det skal være mye grønnsaker til hvert eneste måltid. Tar hensyn til glutenallergier, laktoseintoleranser og hvis noen er vegetarianere. Lager mye mat fra bunnen av, men kommer an på hvem som er på jobb. Det har ikke vært endringer i tilberedningen, men huset har prøvd seg på andre retter på mandager. De har laget enkle måltider som ikke tar veldig mye tid og kunnskap. De har fått på plass en ekstra middag og flyttet</p>

		<p>lunsjen så den foregår halv elleve istedenfor tolv. De prøver å gjøre helgelunsjen litt ekstra fin og kanskje sitte sammen med beboerne.</p>
--	--	---

Vedlegg 6: Menyer

Forklaring: Under (vedlegg 6a) vises menyene som lavterskelinstitusjonene fulgte i intervensjonsperioden fra 15 september til 15 desember, 2019. Opplysninger om menyer i intervensjonsperioden ble tilsendt masterstudenten etter forespørsel via mail til husene i mars, 2020.

Vedlegg 6a. Menyer fra husene i intervensjonsperioden.

MENY	Uke 1	Uke 2	Uke 3
Lavterskel 1	<p>Mandag: Fiskegrateng med poteter og rå raspet gulerøtter.</p> <p>Tirsdag: Suppe v. Clemens eller kirkens bymisjon</p> <p>Onsdag: Kyllingkjøttboller i pastasaus Oppskrift:</p> <p>Torsdag: Tomatsuppe med egg og brød.</p> <p>Fredag: Stekt laks med poteter og saus.</p> <p>Lørdag: Pølsegryte/Gulasj.</p> <p>Søndag: Kjøttkaker i brun saus med poteter og surkål og is til dessert.</p>	<p>Mandag: Fiskeburgere med hamburger, salat, tomat, agurk og dressing.</p> <p>Tirsdag: Suppe ved Clemens eller kirkens bymisjon.</p> <p>Onsdag: Makaroniform med pølser.</p> <p>Torsdag: Omelett med bacon eller skinke.</p> <p>Fredag: Nachos og salat.</p> <p>Lørdag: Ferdig Pizza.</p> <p>Søndag: Lasagne med salat og brød.</p>	<p>Mandag: Baligryte med ris</p> <p>Tirsdag: Makaroniform med pølser.</p> <p>Onsdag: Suppe v. Clemens.</p> <p>Torsdag: Fiskeburgere.</p> <p>Fredag: Sei i løk- og paprikasaus.</p> <p>Lørdag: Tomatsuppe.</p> <p>Søndag: Kjøttkaker i brun saus med poteter.</p>
Lavterskel 2	<p>Mandag: Linsegryte med brød.</p> <p>Tirsdag: Lettsaltet torsk med poteter, grønnsaker og persillesmør.</p> <p>Onsdag: Kylling form og ris.</p> <p>Torsdag: Fiskegrateng med grønnsaker, poteter og smør.</p>	<p>Mandag: Blomkål og brokkoli grateng med brød.</p> <p>Tirsdag: Fiskekaker, grønnsaker, smør og poteter.</p> <p>Onsdag: Pasta med ostesaus, skinke/kalkun og erter.</p> <p>Torsdag: Laks,</p>	<p>Mandag: Bondeomelett med grønnsaker, ost og brød.</p> <p>Tirsdag: Panert fisk med poteter, grønnsaker og saus.</p> <p>Onsdag: Risengrynsgrøt med smør, kanel/sukker og spekemat.</p> <p>Torsdag: Wok med fisk og nudler.</p>

	<p>Fredag: Svenske kjøttboller, fløtesaus, potetmos, grønnsaker og tyttebærsyltetøy.</p> <p>Lørdag: Tomatsuppe med egg, makaroni og brød.</p> <p>Søndag: Oslo Sodd med flatbrød og smør.</p>	<p>råkost, poteter og rømme/smør.</p> <p>Fredag: Lapskaus med flatbrød.</p> <p>Lørdag: Kyllinglår med ris og salat.</p> <p>Søndag: Sånn i ovnen (kjøttbrød med poteter, grønnsaker stekt ovnen)</p>	<p>Fredag: Mors hjemmelagde kjøttkaker med brunsaus, poteter, ertestuing og tyttebærsyltetøy.</p> <p>Lørdag: Pølser og potetmos.</p> <p>Søndag: Tomatpølsegryte med pasta.</p>
--	--	---	--

MENY	Uke 4	Uke 5	Uke 6
Lavterskel 1	<p>Mandag: Fiskegrateng med poteter.</p> <p>Tirsdag: Kirkens bymisjon kommer med suppe og vafler.</p> <p>Onsdag: Suppe v. Clemens.</p> <p>Torsdag: Omelett med skinke og bacon.</p> <p>Fredag: Pasta med kyllingkjøttboller.</p> <p>Lørdag: Lasagne med salat.</p> <p>Søndag: Laks med poteter og saus.</p>		
Lavterskel 2	<p>Mandag: Grønnsaksgrøte med kikerter, bønner og couscous.</p> <p>Tirsdag: Torsk med poteter, smør og grønnsaker.</p> <p>Onsdag: Pasta med kjøtt saus. (kraftig bolognese saus)</p> <p>Torsdag: Laks i form med grønnsaker og poteter.</p> <p>Fredag: Biffkarbonader, potetbåter, grønnsaker og bearnaise.</p>	<p>Mandag: Pannekaker med blåbærsyltetøy og ertesuppe</p> <p>Tirsdag: Fiskepinner med poteter, råkost og smør.</p> <p>Onsdag: Kylling, grønnsaker i ris med kald rømme saus.</p> <p>Torsdag: Fiskepudding i hvit saus, poteter og gulrøtter</p> <p>Fredag: Stekt kjøttpølse med makaronistuing og kålrot.</p>	<p>Mandag: Vegetar/kjøtt lasagne med spinat, gulrot og rundstykker.</p> <p>Tirsdag: Torsk, gulrøtter, poteter og smør.</p> <p>Onsdag: Kylling tandorigryte med ris.</p> <p>Torsdag: Fiskeboller i hvitsaus/karrisaus, grønnsaker og poteter</p> <p>Fredag: Mors hjemmelagde kjøttkaker med brunsaus, poteter, ertestuing og tyttebærsyltetøy.</p> <p>Lørdag: Blomkålsuppe med ekstra blomkål/bacon og brød.</p>

	Lørdag: Fiskesuppe og brød. Søndag: Oslo Sodd med flatbrød og smør	Lørdag: Pizza Søndag: Sånn i ovnen (kjøttbrød med poteter, grønnsaker stekt ovnen)	Søndag: Stek, poteter, grønnsaker, tyttebærsyltetøy og saus.
--	---	---	--

MENY	Uke 3 og 8	Uke 4 og 9	Uke 5 og 10	Uke 6 og 11	Uke 7 og 12
Lavterskel 3	Kjøttkaker i brun saus Servert med kokte poteter, bakte grønnsaker og tyttebærsyltetøy.	Pasta Bolognese Servert med revet parmesan og basilikum.	Kylling i kremet Karrisaus Servert med basmati- og villris og grønn salat.	Ovnsbakt laks Servert med hjemmelaget potetmos, bakte grønnsaker og pepperrotkrem.	Chili sin carne Servert med basmati- og villris, rømme, lime og koriander

MENY (har tatt med eksempler fra husets ukemenyer)	Lunsj	Middag
Lavterskel 4	Omelett	Medisterkaker i brun saus
	Pytt i panne med egg	Lasagne
	Middagsrester	Fiskeboller i hvit saus
	Suppe med baguetter	Taco
	Brødskiver med pålegg	Ovnsbakt laks
	Karbonadesmørbrød	Asiatisk gryte