

Generasjon lite kravstor

Pasienters selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke på sykehjem.

Monica Klepsvik

Kandidatnummer: 404

Emne: MAELDRE6100

VID vitenskapelige høgskole

Campus Oslo

Masteroppgave

Master i tjenesteutvikling til eldre

Antall ord: 28 768

18.05.2021

Forord

Utrolig at jeg snart er ved slutten av en spennende reise. Det er både godt og litt vemodig. Å jobbe med dette studiet har vært krevende, interessant og lærerikt.

En stor takk til de tre sykehjemmene som stilte opp, og til alle pasientene som deltok og gjorde dette studiet mulig.

Bergen kommune har tilrettelagt slik at jeg kunne studere ved siden av arbeid, og mine ledere har tilrettelagt og støttet meg underveis. Er veldig takknemlig for dette.

Noe vil alltid bli ofret når en bruker mye tid på et studie. Familie, kjæreste og venner har i perioder blitt nedprioritert. De har likevel vært støttende og stilt opp og hjulpet med det de kan på ulike områder. Er takknemlig for å ha gode mennesker rundt meg!

En ekstra stor takk til min veileder Oddvar Førland som med tålmodighet har fått meg gjennom prosessen steg for steg.

Bergen 13.05.21

Monica Klepsvik

Sammendrag

Tittel: Pasienters selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke på sykehjem.

Hensikt: Å fremskaffe kunnskap som kan komme sykehjemmene til nytte om hvordan sykehjemspasienter oppfatter sin mulighet for selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke.

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever og oppfatter sykehjemspasienter sin egen mulighet for selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke?

Metode: Kvalitativt studie med fenomenologisk perspektiv. Det ble foretatt 15 fokuserte intervjuer, hver med en varighet på 10 - 35 minutter, av pasienter på tre sykehjem. Systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud ble benyttet som analyseverktøy.

Funn: Fire hovedfunn trekkes frem: 1) Informanter med nedsatt matlyst hadde behov for flere valgmuligheter når det gjelder mat og drikke. 2) Informantene hadde begrensede valgmuligheter når det gjelder mat. 3) Informantene hadde begrenset mulighet for hvem man kunne spise sammen med og hvor (sosial selvbestemmelse). 4) Informantene ville ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider.

Konklusjon: På flere vesentlige områder hadde sykehjemspasientene i studien liten mulighet for selvbestemmelse. For at pasienten skal oppleve selvbestemmelse og ha mulighet til å få i seg mer mat og drikke vil det sannsynligvis være viktig med ulike typer tiltak: flere valg når det gjelder middag, tilberedning på lokalkjøkken, tilbud av mat og tilbehør pasienten liker og at pasienten i større grad kan velge hvem man skal spise sammen med.

Sykehjemspasientene i denne studien er ikke kravstor og lar heller være å spise enn å be om å få et alternativ.

Studiens betydning: Studien gir en stemme til sårbare sykehjemspasienter som er lite kravstore og som ofte tilpasser seg rutinene og fellesskapet på sykehjemmet. Funnene aktualiserer sykehjemmene sine utfordringer knyttet til forholdet mellom deres reelle valgmuligheter og innordning i sykehjemfellesskapet. Studien indikerer at sykehjemmene må ha fokus på selvbestemmelse, både på individ- og systemnivå.

Nøkkelord: sykehjemspasienter, selvbestemmelse, sårbarhet, mat og drikke, kvalitativ studie.

Summary

Title: Older patients in nursing homes and self-determination in food and beverage.

Purpose: To provide knowledge that can be beneficial for nursing homes about how nursing home patients perceive their ability for self-determination when it comes to food and beverage.

Research question: How do nursing home patients experience and perceive their possibility of self-determination in food and beverage.

Method: Qualitative study with a phenomenological perspective. 15 focused interviews, with a duration of 10 -35 minutes, with patients in three different nursing homes. The data material has been analyzed using systematic text condensation inspired by Malterud.

Findings: Four findings are presented: 1) Informants with a low appetite were in need of several choices regarding food and beverage. 2) Informants had limited choice regarding food. 3) Informants had limited possibility to decide where and next to whom they should sit at the table (social self- determination). 4) A finding throughout the study reveals that nursing home patients do not want to be a burden; therefore they do not ask for alternatives when it comes to food and meals.

Conclusion: In several essential areas did the nursing home patients in this study have little opportunity to self-determination regarding food and beverage. The study reveals several important measures which could increase the patients' experience of self-determination, and possibly increase their consumption of food and beverage. Measures like having more choices regarding dinner, preparation at local kitchen, a possibility to decide who they want to sit next to when they eat and a varied selection of food, spices and side dishes. Nursing home patients in this study do not ask for anything special, they would rather not eat, than ask for an alternative.

Study contribution: This study gives a voice to vulnerable patients who are little demanding and often adapt to the routines and the community in the nursing home. Findings in the study reveal the challenges the nursing homes faces to increase the degree of self-determination for the patients in the nursing home community and their possibility to give

them real choices. The findings in the study indicate that nursing homes need to focus in self- determination, both on an individual- and systemic level.

Key words: patients, nursing homes, self- determination, vulnerability, food and beverage, qualitative study.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Summary	5
1.0 Innledning	9
1.1 Forskningsspørsmål	11
2.0 Bakgrunnsinformasjon, teorier og lovverk	12
2.1 Hvem er på sykehjem.	12
2.2 Kjennetegn ved sykehjemspasienter	13
2.3 Menneskets grunnleggende behov	14
2.4 Selvbestemmelse og sårbarhet i sykehjem	15
2.5 Fra fellesskap til individualisme	17
2.6 Selvbestemmelse på ulike nivå	18
2.7 Nasjonale retningslinjer og lovverk	19
3.0 Tidligere forskning om sykehjemspasienter og deres selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke	21
3.1 Litteratursøk	21
3.2 Hva finnes i tidligere forskning om sykehjemspasienter og deres selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke	22
3.2.1 Studier med ansatte som informanter	22
3.2.2 Studier der pasienter er informanter	25
3.2.3 Studier med intervensjoner	26
3.2.4 Andre utfyllende studier	27
4.0 Metode	29
4.1 Kvalitativ metode og bakgrunn for valg av metode	29
4.2 Forforståelse	30
4.3 Utvalget	30
4.4 Utforming av intervjuguide	32
4.5 Gjennomføring av intervjuene	33
4.6 Transkribering av intervjuene	35
4.7 Forskningsetikk	36
4.7.1 Godkjenning av NSD	36
4.7.2 Samtykkeskjema	37
4.7.3 Forskningsetisk refleksjon	38
4.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	39

4.9 Metodologiske betraktninger	40
4.10 Analyseprosessen	41
5.0 Funn	48
5.1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke	49
5.1.1 Ingenting i veien med matlysten.	49
5.1.2 Jeg er aldri sulten.	51
5.2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat	55
5.2.1 Bare en rett til middag.	55
5.2.2 Maten smaker best fra lokalkjøkken	58
5.3 Sykehjemspasienter har begrenset mulighet til å velge hvem man kan spise sammen med og hvor	61
5.3.1 Av ulike grunner ønsker jeg å få maten på rommet	61
5.3.2 Vil ikke sitte alene å spise	64
5.3.3 Ikke så mye selskap	66
5.4 Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider	69
6.0 Diskusjon	71
6.1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke	71
6.1.1 Ingenting i veien med matlysten	72
6.1.2 Jeg er aldri sulten	73
6.2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat	76
6.2.1 Bare en rett til middag	76
6.2.2 Maten smaker best fra lokalkjøkken	80
6.3 Sykehjemspasienter har begrenset mulighet til å velge hvem man kan spise sammen med og hvor	84
6.3.1 Av ulike grunner ønsker jeg å få maten på rommet	84
6.3.2 Vil ikke sitte alene å spise	85
6.3.3 Ikke så mye selskap	87
6.4 Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider	89
7.0 Konklusjon	94
Litteraturliste	95
Vedlegg	0
Vedlegg 1: Intervjuguide	0
Vedlegg 2: Samtykkeskjema	0
Vedlegg 3: Melding fra NSD om nødvendige endringer	0
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD	0

1.0 Innledning

I dagspressen finner vi overskrifter som «Vi svikter våre eldre» (Refsholt, 2018) og «Sjokktall om eldre som sliter med å spise» (Gulbrandsen, 2017). Media retter fokus på at eldre ikke får i seg tilstrekkelig mat på sykehjem og står i fare for å sulte i hjel. I disse medieoppslagene jeg viser til er det som regel ikke sykehjemspasienter som uttaler seg, men ofte pårørende eller andre personer. Dette vekket min interesse for hva pasientene selv mener. Opplever de å ha selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke?

På sykehjem ser jeg jevnlig pasienter som har nedsatt matlyst, og enten er underernært eller står i fare for å bli underernært. Pasientene får vanligvis tilbud om fire måltider om dagen, og mange har mulighet til å få mat når på døgnet de måtte ønske det på avdelingen hvor jeg arbeider. På min arbeidsplass er det også eget kjøkken som lager hjemmelaget mat. I tillegg er det en del ansatte som baker kaker, rundstykker med mer. På tross av dette har flere pasienter nedsatt matlyst og får ikke dekket sine grunnleggende behov når det gjelder mat og drikke. Å få dekket sine grunnleggende behov for mat og drikke er nødvendig for liv og velvære, og for å fremme god helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). Uten å få dekket behovene for mat og drikke har ikke vi som mennesker motivasjon til å få dekket våre andre behov, som blant annet sosiale behov (Maslow, 1943, s. 375).

Sykehjemspasienter er som regel ikke på sykehjem fordi de ønsker det, men fordi de har behov for det. Det å tilpasse seg til fellesskapet på sykehjemmet kan være en stor omveltning og vanskelig for pasientene (Brandburg et al., 2013, s. 863).

Ifølge pasientrettighetsloven har pasienten rett til medvirkning (2018, § 3-1), og §1 i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester (2003) sier tydelig at pasienter har rett til å få dekket sine grunnleggende behov og har selvbestemmelsesrett:

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

Sykepleieren skal ifølge sine yrkesetiske retningslinjer respektere den enkelte pasient sin rett til å foreta egne valg (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019, pkt. 2.6). Hvor sterkt står pasientene sin selvbestemmelse innen dette feltet? Samsvarer det at dette temaet har et stort fokus i helsevesenet og samfunnet generelt når det er få studier på hva sykehjemspasientene selv mener. Hva er viktig for sykehjemspasientene, og har de andre synspunkt enn helsepersonell, pårørende og samfunnet for øvrig?

Selvbestemmelse finnes, ifølge Haukelien et al. (2011), på tre ulike nivå. Individnivå, tjenestenivå og systemnivå. På individnivå kan pasientene være med å påvirke tjenestetilbudet og valg som gjelder dem selv. For eksempel velge hva, hvor og når de vil spise. Selvbestemmelse på tjenestenivå kan være å delta i et pasientutvalg på sykehjemmet, og på den måten ha innvirkning på lokale beslutninger. På systemnivå kan pasienter komme med innspill ved å delta i for eksempel brukerorganisasjoner for å påvirke på politisk nivå (Haukelien et al., 2011, s. 21). Det er i hovedsak på individnivå pasientene på sykehjem har selvbestemmelse innen mat og drikke.

Hvilke fenomener er det pasientene trekker frem? Et fenomen er det som viser seg (Henricson, 2014, s. 335). Datamaterialet fra de 15 transkriberte intervjuene som ble gjennomført med sykehjemspasienter ble analysert i et fenomenologisk inspirert perspektiv. Analysen beskriver så nøyaktig som mulig de mest relevante sidene av de fenomenene som fremkommer (Malterud, 2017, s. 116).

Tidligere forskning, lovverk og teori danner sammen med funnene i studien rammen for diskusjonen. Det er gjort søk i ulike databaser på sykehjemspasienter og deres selvbestemmelse når det gjelder temaet mat og drikke. Få studier har sett på hva sykehjemspasienter selv mener om mat og drikke og deres mulighet for selvbestemmelse. I tillegg er snøballmetoden brukt for å finne utfyllende litteratur (Aveyard, 2014, s. 97). Blant annet ved å se på referanselister og søke vidt på temaet.

Det er med dette som bakgrunn jeg ønsker å undersøke hvilke oppfatning sykehjemspasienter har om sin selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke. Opplever de at de har muligheter og valg når det gjelder dette feltet på sykehjem, og mener de at de har selvbestemmelse?

1.1 Forskningsspørsmål

I denne studien er 15 sykehjemspasienter intervjuet om sin opplevelse og oppfatning om mat og drikke på sykehjem. Studien er særlig opptatt av deres opplevelse og oppfatning av selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke.

Problemstillingen jeg ønsker innsikt i er formulert slik:

Hvordan opplever og oppfatter sykehjemspasienter sin egen mulighet for selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke?

2.0 Bakgrunnsinformasjon, teorier og lovverk

2.1 Hvem er på sykehjem.

Pr. 31.12.2019 var det 39 466 pasienter på sykehjem i Norge. Til sammen 32 105 var innskrevet på langtidsplass og 9 748 på tidsavgrenset opphold (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det gir oss et inntrykk av at det er flest pasienter på langtidsplass, men i 2011 hadde cirka 44 000 vært inne på et eller flere korttidsopphold. Til sammenligning var det samme år 45 700 pasienter som var inneliggende på langtidsplass (Ramm, 2013, s. 95).

På korttidsopphold er gjennomsnittsalderen på pasientene lavere enn på langtidsplasser (Ramm, 2013, s. 95). I 2011 var gjennomsnittsalderen på korttidsopphold 81 år, mens den var 84 år for på langtidsplass (Ramm, 2013, s. 94). Det at gjennomsnittlig alder er lavere på korttidsplasser kan ha sammenheng med at pasientgruppen ofte er en annen på korttidsplass enn på langtidsplass. Kortere opphold på sykehjem kan være nødvendig i en periode for behandling, rehabilitering, utredning eller lignende. Noen kan også ha behov for en slik plass for å avlaste pårørende. Pasienter som trenger fast plass på sykehjem har behov for pleie og omsorg hele døgnet og en ser dette som et varig behov for pasienten (Ramm, 2013, s. 95). Gjennomsnittlig botid på langtidsplass i sykehjem er 2 år (Helsedirektoratet, 2017, s.3).

Pasienter både på kort- og langtidsplass i sykehjem har behov for døgkontinuerlig tilsyn. Det vil ikke være nok med tilsyn og hjelp av hjemmetjenesten noen ganger i døgnet. Alle kommuner har fra 2007 registrert hvor stort hjelpebehov den enkelte pasient har ved hjelp av IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, Helsedirektoratet, 2019). Denne statistikken viser at demens og kognitiv svikt er en viktig årsak til at pasienter trenger fast plass i sykehjem. Cirka 45 % har omfattende bistandsbehov knyttet til demens og kognitiv svikt, mens ytterligere cirka 30 % har middels til stort bistandsbehov. Totalt er det da cirka 75 % av sykehjemspasienten på langtidsplass som trenger hjelp knyttet til en kognitiv svikt eller demens (Ramm, 2013, s. 98). Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2014) har nesten tilsvarende tall og skriver at i overkant av 80 % av sykehjemspasienter på en langtidsplass har en demenssykdom. Å ha et stort bistandsbehov vil si at en har et stort behov for personlig hjelp i hverdagen. 80 % av pasientene på langtidsplass hadde i 2011

omfattende bistandsbehov, mens bare 40 % på korttidsplass hadde så omfattende hjelpebehov (Ramm, 2013, s. 98).

I overkant av 70 % av de som bor på langtids plass på sykehjem er kvinner. På korttidsopphold er antall kvinner vel 60 % (Ramm, 2013, s. 94- 95).

2.2 Kjennetegn ved sykehjemspasienter

I dagens samfunn ønsker de fleste eldre å være selvstendig og bo hjemme så lenge som mulig (Husebø et al., (u.å.), s. 11). Funksjonsnedsettelse eller kognitiv svikt, enten sammen eller hver for seg, er en av de største risikofaktorene for at en person trenger plass på sykehjem. (Husebø et al., (u.å.), s.12). Det å være skrøpelig (frailty på engelsk) er nært forbundet med funksjonsfall, og er en viktig faktor for utvikling av større hjelpebehov. Relativt små belastninger, som et fall, kan gi store konsekvenser for personen sin helse. Skrøpelig rammer særlig eldre mennesker, og sykehjemspasienter er ofte det en kan kalle skrøpelig. Nedsatt gripestyrke, redusert ganghastighet, utmattelse, ufrivillig vekttap og selvrapportert nedgang i selvstendighet i dagliglivet er kjennetegn på skrøpelig. Ved tilstedeværelse av tre av disse kjennetegnene oppfyller en kravet om å være skrøpelig (Husebø et al., (u.å.), s. 14). God ernæring og sosial støtte er noen av tiltakene som kan motvirke dette (Folkehelseinstituttet, 2014).

Aldringsprosessen er kompleks og det er mye en ikke vet om den prosessen (Kirkwood, 2011, s. 64). Alder i seg selv er en risikofaktor for mange tilstander, men hvordan alder gjør eldre personer mer sårbar trengs det mer kunnskap om. Aldring medfører ødeleggelse på ulike måter i kroppen, og påvirker mange aldersrelaterte sykdommer. De biologiske prosessene er avgjørende for å forstå sammenhengen mellom aldring og sykdommer (Kirkwood, 2011, s. 67).

Underernæring er assosiert med nedsatt matlyst, og oppstår når næringsinntaket over tid blir for lite. Nedsatt matlyst dobler risikoen for underernæring (Husebø, (u.å.), s. 32). Blant sykehjemspasienter har mellom 10 % og 60 % underernæring. Hvor mange sykehjemspasienter dette gjelder avhenger av hvilke grupper en undersøker, hvilke metoder

en bruker og hvilke grenseverdier en benytter for å stille diagnosen (Helsedirektoratet, 2010, s. 10).

Luktesansen er viktig for å oppleve smakene i mat, og den reduseres gradvis hos eldre. 75 % av eldre i 80 årene har vanskeligheter med å kjenne igjen lukter. Smaksløkene endrer seg også. Terskelen for søtt stiger, og graden av smak oppleves som mindre med alderen. Det gjør at eldre gjerne har behov for mer sukker og salt i maten enn de har brukt tidligere (Viidik, 2002, s. 191).

Nedsatt syn og hørsel er vanlig blant eldre. Dette kan medføre redusert sosial kontakt og dårligere evne til å fungere godt i hverdagen (Folkehelseinstituttet, 2014).

Litteraturen viser mange kjennetegn hos en sykehjemspasient. Alle pasienter har ikke alle kjennetegn, men mange har flere av disse kjennetegnene. De har ofte et betydelig tap av funksjoner og er skrøpelige.

2.3 Menneskets grunnleggende behov

Mat og drikke er en forutsetning for liv og vekst, og skal dekke mennesket sine grunnleggende behov for energi og næringsstoffer. I tillegg skal mat og drikke være med å fremme god helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). Når en får for lite mat og drikke over tid blir næringsinntaket for lite og det er fare for underernæring (Husebø, (u. å.), s. 32). Hvis pasienten utsettes for underernæring kan det føre til forverret fysisk og mental funksjon, gi redusert livskvalitet og øke dødeligheten (Helsedirektoratet, 2010, s. 11). Uansett hvor i verden vi kommer fra har vi de samme grunnleggende behov, men som Virginia Henderson (1997, s. 16) påpeker så er alle mennesker forskjellige og opplever sine behov ulikt. Hun sier pasienter har 14 grunnleggende behov, og sykepleieren skal så godt som mulig hjelpe pasienten å dekke disse behovene slik pasienten selv ønsker det. Å spise og drikke tilstrekkelig er et av disse grunnleggende behovene. Det å hjelpe pasienten med å få kontakt med andre mennesker og la dem gi uttrykk for sine behov og følelser er et annet grunnleggende behov hun mener sykepleieren skal hjelpe pasienten å få dekke hvis ikke de klarer det selv (Henderson, 1997, s. 19).

Maslow (1943, s. 375) sier at de grunnleggende behovene hos mennesker kan organiseres i et hierarki. Det er de grunnleggende fysiske behovene som blant annet mat og drikke som er det viktigste for mennesket hvis det ikke er oppfylt. En person som er sulten og ikke får dekket sine behov for mat og drikke vil ønske å få dekket dette behovet før han kan tenke på å være motivert til å de oppnå de andre behovene. Når et behov er dekket tenker ikke mennesket på dette behovet, og en har da et ønske og behov for å nå neste behov i hierarkiet.

Når de grunnleggende behovene er dekket kan mennesket komme lenger opp i hierarkiet, men en må gå trinn for trinn. Når et behov er dekket dukker et nytt og høyere behov i hierarkiet opp. Et nivå må ikke være hundre prosent oppfylt før en kan ha behov for å gå videre til neste nivå (Maslow, 1943, s. 388). Nederst beskriver Maslow de grunnleggende fysiske behovene som mat og drikke. På neste trinn er behovet for trygghet. Hvis det delvis er oppfylt har en behov for å dekke det sosiale behovet på neste nivå.

En av forutsetningene for å få dekket behovene våre er at vi har muligheten til å uttrykke oss, si hva vi mener og frihet til å gjøre det en ønsker. Uten den muligheten er det vanskelig å få dekket de grunnleggende behovene våre (Maslow, 1943, s. 383).

2.4 Selvbestemmelse og sårbarhet i sykehjem

Selvbestemmelse er et ideal i det moderne demokratiet. Det inkluderer uavhengighet i handling, ord og tanker. Idealet ut fra et demokratisk syn på selvbestemmelse er at en skal ha mulighet til å ta egne valg som er til det beste for en selv (Agich, 2003, s. 1).

Frihet, autonomi, fri vilje og uavhengighet er andre ord med tilsvarende betydning som selvbestemmelse. Å definere autonomi helt nøyaktig kan være vanskelig. Det er avhengig av hvilken kultur og sammenheng det settes inn i (Agich, 2003, s. 6). Personlig frihet vil inkludere personlige ønsker og egne valg, men det er ikke nok å ha egne ønsker og ta egne valg. En må også være aktiv og engasjert for å få gjennomført og oppfylt sine ønsker (Agich, 2003, s. 8). Det kan være utfordrende å få til i praksis for sykehjemspasienter som har omfattende hjelpebehov og kan ha vansker med å uttrykke seg. Sykehjemspasienter er i en sårbar og spesiell situasjon slik at det vil kreve et spesielt fokus for at de skal oppnå

selvbestemmelse på områder som er viktig for dem (Agich, 2003, s. 2). Det kan likevel være mulig å ha selvbestemmelse for pasienter på noen områder slik som å involvere seg i relasjoner og når det gjelder mat og drikke. Men med økende alder og økt sårbarhet reduseres gjerne selvstendigheten og en blir mer avhengig av andre mennesker rundt seg. Det å oppleve redusert selvstendighet kan gi pasientene en følelse av å ikke være verdt noe (Agich, 2003, s.7). Sykehjemspasienter kan i samfunnet bli sett på som en byrde, og de kan også se på seg selv som en byrde og kjenne seg mindreverdige (Agich, 2003, s. 10). Sykehjem er en egen kultur som kan være med på å isolere og kontrollere dagliglivet til pasientene (Agich, 2003, s. 5).

Det er et paradoks at autonomi og selvbestemmelse ofte knyttes til det å være en robust person som er uavhengig. Realiteten på sykehjem er at de fleste pasienter er syke og har redusert evne til å fungere uavhengig av menneskene rundt seg. Selv om sykehjemspasienter ønsker å være uavhengig er de oftest sårbare og avhengig av menneskene rundt seg på mange måter (Agich, 2003, s. 1). På grunn av deres avhengighet av mennesker rundt seg kan personale, rutiner i fellesområdet og medpasienter være med å begrense pasientene sin selvbestemmelse (Agich, 2003, s. 62).

Det å tilpasse seg fellesskapet på sykehjem kan være vanskelig for sårbare sykehjemspasienter. Brandburg et al. (2013, s. 868- 869) finner i sin studie ulike strategier pasientene benytter i møte med fellesskapet på sykehjem: blant annet at pasientene ønsket å gjøre det beste ut av situasjonen de var i, og opplevde at hvis det var noe de ikke kunne endre så lot de det bare være. Pasientene opplevde at de måtte være tålmodige og fleksible siden de ikke var alene på sykehjemmet.

Uansett hvilken kultur vi er en del av er alle mennesker sårbare og avhengig av hverandre. Dette gjelder også på sykehjem. Fordi vi mennesker er sårbare kan vi forestille oss at andre mennesker er sårbare. Vi er en del av den samme verden og vi angår hverandre. Hvordan vi mennesker er til stede for oss selv og andre i fellesskapet kan være med å styrke eller ødelegge egne og andre sine rom. Vår væremåte med blikk, pust, ord og hele stemningen i relasjonen kan avgjøre om en person kjenner seg sett eller hørt. Som helsepersonell så handler det om å være til stede på en profesjonell måte slik at en åpner for pasienten sin sårbare situasjon. Personalet kan da gi rom for at pasienten kan bli sett og hørt.

Helsepersonell har en makt i relasjonen til pasienter. Hvordan vi bruker makten vår i forhold til sårbare sykehjemspasienter kan være med på å avgjøre om vi gir dem rom for selvbestemmelse. Om vi som helsepersonell er lydhor overfor pasientene og gir dem rom til å uttrykke ønsker og behov, eller krenker vi sårbare pasienter med vår maktbruk (Martinsen, 2012, s. 11-14).

2.5 Fra fellesskap til individualisme

Det seinmoderne samfunnet vi er en del av er i omstilling og kravet om fleksibilitet er økende. Livssituasjonen til mange mennesker er endret og mange har nå økte valgmuligheter, og muligheter til å kunne gjennomføre disse valgene. Både på grunn av økt materiell velferd, men også på grunn av økt frihet i samfunnet til å gjøre det en selv ønsker. (Nafstad & Blakar, 2009, s. 123). Med økt personlig frihet mister en delvis båndene til fellesskapet. Blant annet til storfamilien, lokalsamfunnet og nasjonen (Nafstad & Blakar, s. 124). Individualisme er et fremtredende kjennetegn hos de moderne vestlige samfunnene. Individet sine egne behov og rettigheter er viktige. Alle individ er unike og skal fritt kunne leve sine egne liv. Fellesskapet blir nedprioritert. Ulike samfunn utvikler sine egne kompromisser mellom det kollektive og det individuelle, og individet vil være en del av den ideologien og de verdiene som gjelder i det aktuelle samfunnet (Nafstad & Blakar, 2009, s. 149-150).

Den tyske sosiologen Ulrich Beck (1997, s. 121) trekker frem tendenser i det moderne samfunn til at individene utvikler egne "indre rom" og at dette er av betydning for opplevelsen av kontroll og uavhengighet. Han mener at mennesker strever etter å leve sine egne liv, og at det å ha et eget rom er en forutsetning for å leve sitt eget liv i den moderne vestlige verden. Det individuelle rommet tar over store deler av fellesskapets rom. En hovedgrunn for dette er mennesket sin vilje og økende krav til ikke å ville innordne seg og gi avkall på egne ønsker (Beck, 1997, s. 111).

Den polsk-engelske sosiologen Zygmunt Bauman trekker frem at individualiteten øker og at dette er et tegn på at fellesskapet er i ferd med å miste evnen til å regulere sine medlemmers liv (2015, s. 58-59). I et fellesskap er det mønster og rutiner en skal følge, slik at

hvert enkelt individ vet hva som er forventet av dem. I den individuelle verden vi nå lever i vektlegges at vi alle skal være unike og oppfylle våre egne ønsker og behov fremfor fellesskapets (Bauman, 2015, s. 64).

2.6 Selvbestemmelse på ulike nivå

Det at pasientene har selvbestemmelse er en form for brukermedvirkning. De kan selv på noen nivåer av brukermedvirkning være med å ta avgjørelser. Tjenestetilbudet skal, så langt som mulig, utformes i samarbeid med pasienten. Når helse- og omsorgstjenestens tilbud utformes, skal det legges vekt på pasientens synspunkter. Slik kan pasienten få et godt tilbud som er tilpasset den enkelte sitt behov. Det at pasienten kan delta i utformingen av tjenestetilbudet er en rett, men ingen plikt. For at medvirkning skal være en mulighet, er det viktig med informasjon om tjenestetilbudet for pasienten. Den som tilbyr helse- og omsorgstjenester må gi pasienten informasjon slik at vedkommende får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2018).

Brukermedvirkning kan deles inn i tre ulike nivå. Individnivå, tjeneste/- systemnivå og system/-politisk nivå. Disse nivåene henger sammen og påvirker hverandre.

Brukermedvirkning på individnivå vil si å ha innflytelse på et bestemt tjenestetilbud. For eksempel det å ha valgmuligheter innen mat og drikke, og det å være med å utforme tilbudet som er tilgjengelig. På tjeneste/-systemnivå vil brukermedvirkning si at pasienten kan samarbeide med tjenesteapparatet og delta aktivt i både planleggings- og beslutningsprosesser. Det kan blant annet være at pasienten er med i et pasientutvalg på sykehjemmet, eller engasjerer seg i andre lokale beslutningsprosesser. Pasienten representerer da også de andre pasientene på sykehjemmet. Brukermedvirkning på system-/politisk nivå vil si en involvering av brukergrupper og brukerorganisasjoner i politiske prosesser (Haukelien et al., 2011, s. 21). Det er i hovedsak på individnivå pasienter på sykehjem er involvert og har størst mulighet til å ha selvbestemmelse på sykehjem.

Brukermedvirkning har de siste tiårene blitt vektlagt internasjonalt. Både for å bedre pasienten sin sikkerhet, men også for å bedre kvaliteten på tjenestene (Landstad et al., 2020, s. 7). I tidligere tider var helsepersonell ekspertene, og det var de som best kunne ivareta

pasientene sine interesser. Pasientene var mer passive mottagere (Landstad et al., 2020, s. 8). Brukermedvirkning kan gjenspeile utviklingen i samfunnet, at det nå er individet sine rettigheter som blir vektlagt mer enn kollektive interesser. Både høyere utdanningsnivå, flere juridiske rettigheter og større forventninger til alle typer tjenester har styrket pasienten sin posisjon i helsevesenet. Og brukermedvirkning bør styrkes både på individnivå og systemnivå for å styrke pasienten sin rolle (Landstad et al., 2020, s. 11- 12).

2.7 Nasjonale retningslinjer og lovverk

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester (2003) er en lov som skal hjelpe sykehjemspasienter og andre brukere i kommunene å få dekket sine grunnleggende behov, og samtidig sikre pasienten sin selvbestemmelsesrett. §1 viser hva formålet med loven er og lyder:

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

I §3 poengterer de at kommunene skal ha skriftlige prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Blant annet at de får dekket sine fysiologiske behov for mat og drikke, får et variert og helsefremmende kosthold og har valgfrihet i forhold til mat. Deres grunnleggende sosiale behov skal også være tilfredsstilt ved at de har mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Brukermedvirkning på sykehjem blir regulert av ulikt lovverk. På individnivå er det pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som gir føringer for pasientene sine rettigheter og styrker deres autonomi i sykehjem. §3-1 sier at pasienten «har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.» «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker.»

På tjenestenivå er det "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten" (2016) som gir pasientene rettigheter slik at de kan medvirke til forbedring av tjenestene. §1 sier:" Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige

helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.”

På systemnivå i kommunene er det “Helse- og omsorgstjenesteloven” (2011) som regulerer pasientene sin brukermedvirkning. § 3-10 sier at “Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.” Dette gjøres blant annet ved at pasienter deltar i brukerutvalg, høringer og prosjekter (Helsebiblioteket, 2009).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere påpeker at sykepleieren skal ivareta «... den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (NSF, 2019, pkt. 2). I forhold til samfunnet er det påpekt i sykepleiens yrkesfaglige retningslinjer at vi skal engasjere oss i sosial- og helsepolitisk utvikling, og samtidig skal vi imøtekomme sårbare gruppers spesielle behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2019, pkt. 6).

Selvbestemmelse innen mat og drikke hos sykehjemspasienter er et tema i samfunnsdebatten i dag, og pasientene er en sårbar gruppe som selv har liten mulighet til å være med i samfunnsdebatten.

“Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre” (Meld. St. 15 (2017- 2018)) er en reform som tar for seg kvaliteten generelt hos de eldre i samfunnet. Både de som bor hjemme og på institusjon. Reformen bygger på det ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere mener fungerer i praksis. Hva er det som øker kvaliteten på tjenestene og gir en trygg og verdig alderdom. Denne reformen tar for seg fem innsatsområder. Mat og måltider er et av innsatsområdene. Hvert av innsatsområdene tar for seg fem utfordringer og har fem foreslåtte tiltak som de ulike kommunene kan implementere og sette i verk. Noen av tiltakene er at eldre bør få større mulighet til å velge hva de vil spise, og at de kan dele et godt måltid med andre. Reformperioden startet i 2019 og skal vare i fem år.

3.0 Tidligere forskning om sykehjemspasienter og deres selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke

Målet med søket har vært å se om det finnes tidligere forskning som kan belyse min problemstilling. Er det forsket på hva sykehjemspasienter selv mener om mat og drikke i sykehjem, og om de har en opplevelse og oppfatning av at de har selvbestemmelse når det gjelder dette temaet.

3.1 Litteratursøk

Det er utført systematisk litteratursøk etter metoden som Aveyard (2014, s. 73-98) beskriver. Søkeord ble identifisert, og antall søkeord ble utvidet underveis da en så på hvilke søkeord som var benyttet i tidligere forskning. Søkeord var ethics, autonomy, self-determination, free will, empowerment, nutrition, food, meals, nursing home og residential care age. Det ble gjort avanserte søk med kombinasjoner av disse ordene og ulike varianter av disse ordene. Inklusjons og eksklusjonskriterier gjorde søket mer spisset.

Inklusjonskriterier som ble benyttet var sykehjemspasienter, selvbestemmelse og mat og drikke. Eksklusjonskriterier var demente pasienter og studier fra før 2005. Søk ble utført i relevante databaser i 2019 og 2021. Databaser som ble søkt i var Medline, Cinahl, Pubmed, Search Elite, Embase, Cochrane, Swemed, Google Scholar og Idunn. De fleste artiklene ble funnet i Cinahl og Pubmed. Det ble også gjort søk med bibliotekar i februar 2019 og mars 2021 for å se om det var mulig å finne mer forskning på området. I tillegg ble snøballmetoden benyttet. Referanselister i artikler og bøker ble gjennomgått, og anbefalinger om lignende studier ble vurdert.

19 artikler ble valgt for å belyse problemstillingen i studien og sette en ramme rundt temaet og funnene som fremkommer. Andre artikler ble ikke vurdert til å være relevant for å belyse problemstillingen. Litteratursøket viste en del forskning på livskvalitet hos sykehjemspasienter og på måltidsituasjonen på sykehjem. Disse ble i hovedsak vurdert til ikke å belyse problemstillingen i dette studiet ettersom det i hovedsak var informantene sin oppfattelse av selvbestemmelse studien ønsket å finne informasjon om. I det videre arbeidet med funnene kom det frem at det var nødvendig med noe mer informasjon på noen områder og det ble søkt etter flere kilder for utfyllende informasjon.

3.2 Hva finnes i tidligere forskning om sykehjemspasienter og deres selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke

Litteratursøket viste liten forskning på temaet sykehjemspasienter og selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke. Få sykehjemspasienter var intervjuet om sin mulighet for selvbestemmelse generelt på sykehjem. En litteraturstudie fra Finland søkte informasjon om etikk innen eldreomsorgen, og studien inkluderte 71 studier. De fant at det første studiet var fra 1989, så forskning på dette området er forholdsvis nytt. Et av områdene som var mest undersøkt var pasientene sin autonomi, men i de fleste studier var det sykepleiere som var informanter. Bare noen få studier tok for seg hvilke oppfatninger pasientene hadde på dette området (Suhonen et al., 2010).

Et annen litteraturstudie fra 2018 (Wang et al.) ønsket å finne ut om pasienter på sykehjem hadde mulighet til å velge mat, og hvilken sammenheng valg av mat hadde på autonomi og livskvalitet. De inkluderte ni studier og konkluderte med at det var mangel på valg av mat for sykehjemspasienter. Studiene viste en sammenheng mellom det å kunne velge mat og påvirkning på pasientene sin autonomi og livskvalitet. Første studiet var fra 1975, og studien viste at det ikke hadde vært stor endring med økte valgmuligheter innen mat de siste tiårene.

3.2.1 Studier med ansatte som informanter

I noen studier var det ansatte på sykehjem som var informanter. De uttalte seg om hvordan pasienter sin autonomi er generelt på sykehjem, men også om temaet mat og drikke. En europeisk multisenterstudie ble gjennomført i Østerrike, Tyskland og Norge. Fem sykehjem svarte ved hjelp av spørreskjema på en del spørsmål vedrørende alle etiske møter på sykehjemmet det året studiet pågikk. 105 etiske møter ble dokumentert, i tillegg til fokusgruppeintervju med personalet. Et viktig funn var at ingen pasienter var med på de etiske møtene til tross for at det stod at mange av pasientene klarte å uttrykke hva de ønsket. Møtene tok blant annet for seg spørsmål om autonomi og konflikter mellom pårørende og pasient. Blant annet var mat og drikke til pasienter et tema som ble diskutert. Studiet konkluderte med at systematiske etiske møter som inkluderer pasienter og pårørende bør implementeres på alle sykehjem (Bolling et al., 2017).

En studie fra Norge hadde søkelys på etiske dilemmaer der mat og drikke var et av områdene, og avdelingslederne på sykehjem var respondenter. Det kom frem at det å respektere pasientene sin autonomi kunne være vanskelig, og var en av de utfordringene som ble rapportert oftest. Tidspress i sykehjem kunne være utfordrende og gi dårligere pleie. I en del tilfeller er det pårørende som blir hørt og tatt hensyn til, og ikke pasientene. Økt etisk kunnskap, økt tid til refleksjon og det å ha en person med etisk kompetanse å rådføre seg med mente lederne måtte til for å bedre de ansattes måter å takle etiske utfordringer på (Gjerberg et al., 2010). Dette samsvarer med funn i studien til Bolling et al. (2017) som fant at pasientene var lite delaktig i etiske spørsmål vedrørende seg selv.

I Australia ble det utført tre delstudier på sykehjem. Det ble gjort observasjoner i måltidsituasjoner, analyser av menyer og en spørreundersøkelse ble sendt til de som lagde mat. Studiet konkluderte med at en bør se nærmere på hvordan en lager menyer og gi muligheter for valg til sykehjemspasienter. Det er lite valgmuligheter til alle måltider og spesielt til de som får spesialmat som moset mat. Dette gikk på bekostning av pasientene sin autonomi og det kan være en medvirkende årsak til underernæring på sykehjem (Abbey et al., 2015).

Noen studier undersøker hva pasienter og ansatte på sykehjem oppfatter om mat, måltider og pasientene sin mulighet for selvbestemmelse.

En norsk nasjonal studie utført i 2007 på oppdrag fra Helsedirektoratet henvendte seg til lederne på sykehjem for å kartlegge maten og måltidene ved sykehjemmene (delstudie 1). Bakgrunnen for undersøkelsen var at eldre pasienter på sykehjem var utsatt for underernæring, og sosial- og helsedirektoratet skulle kartlegge maten og måltidene ved sykehjemmene. De fleste sykehjemmene i undersøkelsen (62 %) mottok middag fra lokalkjøkken på sykehjemmet. 38 % benyttet sentralkjøkken som i hovedsak leverte middag. Det kom frem at kun 16 % av sykehjemmene sa at pasientene kunne velge mellom 2 eller flere retter til middag, og i underkant av halvparten hadde et ønske om at dette skulle innføres. 96 % (74 % helt / 22 % delvis enige) oppgav at pasientene gav uttrykk for at de var fornøyd med maten. Det var ikke vanlig at pasientene deltok i planlegging av middagsmenyen (54 % svarte aldri og 28 % sjelden), og kun 25 % av sykehjemmene hadde

brugerundersøkelser med fokus på mat. Bare 10 % oppga at de hadde faste møter mellom kjøkkenet som laget maten og pasientene (Aagaard, 2008).

Del to av studiet til Aagaard (2008) var spørreskjema til lederne på kjøkkenene som laget mat til sykehjemmene. Studien fant at det i hovedsak var kjøkkenpersonell som prøvesmakte middagsmenyen, bare 11 % involverte pasientene. 18 % opplyste at pasientene kunne velge mellom to eller flere retter til middag. Dette samsvarer med resultatene fra sykehjemmene (delstudie 1), der 16 % sa at pasientene kunne velge mellom to eller flere retter til middag. Kjøkkenpersonell hadde enkelte ganger samtaler med pasientene om de var tilfreds med maten, men tre fjerdedeler hadde ikke informasjonsutveksling mellom pasientene og kjøkkenet som var formalisert i form av faste møter. Brukerundersøkelser med fokus på mat var ønsket av 58 % av kjøkkenene, men bare 44 % av sykehjemmene (delstudie 1) ønsket at dette skulle innføres (Aagaard, 2008).

I det siste delstudiet Aagaard (2010) gjorde på oppdrag fra Helsedirektoratet var det sykehjemspasienter fra Østfold som ble intervjuet om maten og måltidene på sykehjemmet. Studien fant at ingen pasienter var med i menyvalget, og over halvparten svarte at de selv aldri kunne bestemme når de skulle spise. Omtrent halvparten sa at de selv ikke kunne velge hvem de skulle sitte sammen med. Derimot var det mer vanlig at pasientene selv kunne bestemme om de ville spise alene eller sammen med andre. Aagaard (2010, s.9) fant også at selv om pasientene mente de burde være takknemlige og ikke ønsket å klage, så hadde de likevel synspunkter og kommentarer knyttet til hvordan maten og måltidet kunne bli bedre.

I en nyere studie (Wang et al., 2020) intervjues syv ansatte og syv pasienter på to sykehjem. Studien ønsket å undersøke hvordan muligheten for å kunne velge mat var, hvordan informantene opplevde servicen rundt måltidene, og om dette påvirket pasientene sin autonomi og deres opplevelse av livskvalitet. De fant at det ble servert to alternativer til middag, men disse alternativene gikk igjen uke etter uke slik at det var lite variasjon. Pasientene hadde liten mulighet til å påvirke menyen, og noen av pasientene kjente forskjell på maten når den kom i bakker til sykehjemmet og ikke var fersk. Årsaker som økonomi, organisering, holdninger og kunnskaper hos ansatte var noe forskerne mente kunne bedre forholdene for pasientene. Maten var viktig for pasientene, og det var individuelle ønsker og

behov. Forfatterne påpekte at ansatte må være pasientene sine advokater for å gi dem valgmuligheter og god service.

3.2.2 Studier der pasienter er informanter

Tuominen et al. (2016) intervjuet 15 sykehjemspasienter i Finland om deres opplevelse av å ha fri vilje på sykehjemmet. Måltider var en liten del av studiet. Pasientene ble blant annet spurt om de hadde mulighet for å komme med ønsker når det gjaldt mat og drikke, og om disse ønskene ble hørt. Pasientene uttrykte at de ikke hadde mulighet til å påvirke hyppigheten på måltidene, kvaliteten på maten og størrelsene på porsjonene. Forfatterne konkluderte med at det er nødvendig at vi starter å spørre pasientene om hva de ønsker.

Flere studier har sett på hvilken oppfattelse sykehjemspasienter har omkring mat og drikke på sykehjem, og deres valgmuligheter var en del av disse studiene. En studie fra Australia intervjuet 6 sykehjemspasienter om deres syn på valg av mat og matrestriksjoner i sykehjem. Forfatterne fant at det er hull i forskningen på dette området, og at pasientene sin autonomi ikke er tilstrekkelig undersøkt. Pasientene hadde ulike ønsker for mat og drikke. Den samme maten opplevdes ulikt hos de ulike pasientene, og det var derfor vanskelig å tilfredsstillere alle pasientene sine ønsker og behov. Uttalelser om at pasientene ønsket å bestemme over maten selv ble uttrykt flere ganger i dette studiet. De mente at maten og valgene omkring det ikke skal styres av politikk, men av pasientene selv (Bailey et al., 2017).

Grøndahl & Aagaard (2016) intervjuet sykehjemspasienter i Norge. I denne studien hadde de fokus på pasientene sin mulighet til å være med på aktiviteter og ta bestemmelser i forhold til måltider i sykehjem. Bare 4 % av informantene følte de kunne velge når de ville spise, men 25 % sa de kunne få mat utenom ordinære måltider. De pasientene som hadde dårligst appetitt fikk størst mulighet til å velge om de ville spise alene eller sammen med andre.

Hutchison (2012) presenterte en studie fra Storbritannia. Hun intervjuet seks sykehjemspasienter på tre ulike sykehjem med både intervju, observasjon og samtale i grupper. Noe av det hun fant var at tre av pasientene ikke ville være sosial i måltidsituasjonen, og en hadde et ønske om å få velge hvor hun skulle sitte. Fem av

informantene hadde et ønske om å ha større valgmulighet når det gjaldt mat, og to pasienter kommenterte at de ville valgt annen mat hvis de var hjemme.

Watkins et al. (2017) gjorde en studie av 11 sykehjemspasienter på fire sykehjem i Storbritannia. Et funn i studien var at informantene ønsket en mulighet til å ha relasjon til andre pasienter, men at deres manglende mulighet til å sitte hvor de ville hindret dem i å skape egne relasjoner. Informantene ønsket at personalet kjenner til hver enkelt og deres ønsker, preferanser og behov. Pasientene satt pris på sin autonomi. Både å velge hva de skulle spise, når og med hvem. Det var variabelt hvor mye autonomi den enkelte pasient opplevde å ha, men pasientene hadde en forståelse av at det var et mangfold av pasienter og at det gikk ut over pasientene sine individuelle ønsker. Forfatterne konkluderte med at å oppmuntre til autonomi kunne bedre pasientene sin opplevelse av måltidet og være med på å bedre helsen deres.

3.2.3 Studier med intervensjoner

Noen studier tar for seg ulike intervensjoner i forhold til måltidsituasjoner, og deler av disse studiene inkluderer også selvbestemmelse til sykehjemspasienter. En fransk studie (Divert et al., 2015) ville se om intervensjoner gjorde at pasientene spiste mer. De benyttet fire intervensjoner. Endret navn på retten på menyen, prøvde alternative porsjoner med grønnsaker, hadde flere sorter tilbehør på bordet til middag og endret på omgivelsene rundt middagen med dekorasjon og valg av musikk. Intervensjoner som ikke hadde direkte tilknytning til maten førte ikke til økt matinntak hos pasientene. Det at pasientene fikk flere tilbehør på bordet slik som majones, sitron og tomatsaus hadde påvirkning slik at pasientene spiste mer av middagen. To typer grønnsaker på tallerkenen gjorde også at informantene spiste mer enn om de kunne velge så mye de ville av en type grønnsak. Når informantene fikk økte valgmuligheter i forbindelse med måltidet så økte også matinntaket.

61 sykehjemspasienter på to sykehjem i Washington var med i en studie (Crogan et al., 2015). På et sykehjem ble et nytt system med matlevering testet ut, og på et annet sykehjem hadde de tradisjonell matutlevering. På sykehjemmet med intervensjon fikk informantene mulighet til å velge hvilken mat de ønsket, og de fikk være med på å utvikle menyen.

Pasientene på sykehjemmet med intervensjon var mer fornøyd med maten og vekten var gått opp hos disse pasientene.

En studie fra Nederland (Van der Meij et al., 2015) hadde informanter både fra sykehjem, sykehus og hjemmeboende. Studien undersøkte om det var forskjeller i valg av mat hos pasienter med dårlig og god matlyst. Forskerne benyttet et dataprogram der pasientene skulle plukke ut hvilken mat de ville valgt. Pasienter med god matlyst var kontrollgruppe. Forskerne fant at pasienter med dårlig matlyst hadde andre ønsker enn de med god matlyst. Ved dårlig matlyst ønsket pasientene mer tilpasset og variert mat med mer bruk av farger i maten.

3.2.4 Andre utfyllende studier

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å starte pilotering av Trygghetsstandard. Hensikten med dette prosjektet var å utvikle et rammeverktøy for kvalitetsarbeid i sykehjem og kommuner, og være med på å skape reel brukermedvirkning. I forbindelse med denne piloten undersøkte Isaksen et al. (2018) hvordan ansatte og ledelse ved fem norske sykehjem jobbet med kvalitetsforbedring. Blant annet så studiet på om det ble skrevet avvik og utført brukerundersøkelser. Forskerne fant store forskjeller på om det ble skrevet avvik, og om sykehjemmene utførte brukerundersøkelser. Det var også store forskjeller fra sykehjem til sykehjem om de tok inntakssamtaler og laget matkort til pasientene. Å lage ernæringsplan og det å ta regelmessig vekt av pasientene varierte også. Forfatterne mente at det å ha standard prosedyrer for sykehjemmene både kunne være en ulempe og en fordel. Standardisering er på den ene siden ønskelig, men det kan hindre innovasjon på sykehjemmene. Standard prosedyrer for sykehjemmene kan også på noen områder hindre brukermedvirkning, og det kan være vanskelig for de kommunale helsetjenestene å finne en god balanse.

I 2019 ble det publisert en studie av WHO (World Health Organization) (Charles et al.). En del av studiet omfattet selvbestemmelse innen mat og drikke. Forskerne fulgte og undersøkte 373 sykehjemspasienter i Belgia over tre år. 242 av pasientene hadde et tap av autonomi i den perioden de ble fulgt. Autonomi ble målt på flere områder enn mat, men forskerne fant at underernæring og balanse var viktig for hvordan pasientene sin helsetilstand utviklet seg.

Lav score innen ernæring var assosiert med en høyere sannsynlighet for lavere autonomi hos pasienten. Å bedre pasientene sin ernæringstilstand og bedre balansen deres må en jobbe målrettet mot for å forebygge død, fall og mindre autonomi hos pasientene.

4.0 Metode

Dette kapittelet beskriver først hvilken metode som er valgt og bakgrunn for dette valget. Deretter vil for forståelse, utvalg, intervjuguide, transkribering og forskningsetikk presenteres. Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet presenteres i et eget punkt før det blir gjort noen metodologiske betraktninger. Analyseprosessen blir gjennomgått til slutt.

4.1 Kvalitativ metode og bakgrunn for valg av metode

På bakgrunn av at det er sykehjemspasienter sin egen oppfattelse av selvbestemmelse jeg søker kunnskap om, er det kvalitativ metode som er best egnet i dette studiet. Kvalitative metoder benyttes for å presentere mangfold, nyanser og pasientene sine subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Litteratursøk har vist at det er lite forskning på hva sykehjemspasienter selv oppfatter om selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke på sykehjem. Kvalitativ metode kan åpne for forskning på felt der det er lite kunnskapsgrunnlag, og der vi kan stille oss åpne for mange mulige svar. Den nye kunnskapen kan vi blant annet benytte til å utvikle ny forståelse av fenomenet (Malterud, 2017, s. 32).

Studiet søker å finne de fenomenene pasientene hadde fokus på slik at det beskriver verden slik den opplevdes av dem. Masteroppgaven har et fenomenologisk inspirert perspektiv. Pasientene ble intervjuet på sykehjemmet og jeg ville søke å få frem deres grunnleggende opplevelser fra deres livsverden. Slik kunne jeg finne de sosiale fenomenene som viste seg i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46).

Sykehjemspasienter over 65 år var mine informanter. Et kjennetegn ved sykehjemspasienter er at de kan være svake og skrøpelige. Det kan derfor være vanskelig å gjennomføre lange intervjuer. Informantene kan ved lengre intervju bli sliten og ikke klare å gjennomføre intervjuet. På bakgrunn av dette ble fokuserte intervjuer benyttet (Tjora, 2010, s. 110). Det er ikke alltid nødvendig at intervjuene varer i en time eller mer, og det er avhengig av temaet og problemstillingen om en må gå helt i dybden hos pasienten. Pasientene skulle svare på hva de tenkte om sin selvbestemmelse innenfor området mat og drikke på sykehjem. Ikke om deres selvbestemmelse på andre områder, og ikke andre spørsmål rundt mat og drikke enn det som har med selvbestemmelse å gjøre. For å få best mulige svar var det samtidig

viktig å ha god tid og klare å få en tillit og dialog hos pasientene. Fokuserte intervjuer kan benyttes når det ikke er følsomme og vanskelige tema som tas opp (Tjora, 2010, s. 110).

4.2 Forforståelse

Forforståelse er den ryggsekken vi har med oss inn i forskningsprosjektet før det starter (Malterud, 2017, s. 44). Det innholdet vi har med oss vil på ulike måter kunne påvirke måten vi tenker og jobber gjennom hele prosessen. Hvordan vi samler inn data, leser og tolker dataene. Forforståelsen kan være en motivasjon for å sette i gang forskning på et bestemt tema. Som sykepleier kjenner jeg til flere sider innenfor mat og drikke på sykehjem. Derimot vil jeg ha et annet ståsted enn pasientene og vi kan trolig se fenomenene fra ulike vinkler. Forskeren sin forforståelse kan skygge for materialet i forskningen, og kan overdøve budskapet fra prosjektet sine resultater (Malterud, 2017, s. 45). Det kan være sider ved materialet jeg som forsker ikke evner eller har kunnskaper nok til å se, både erfaringsmessig og teoretisk. Utvelgelse av teori og tidligere forskning kan også være påvirket av mine antagelser og valg. Det har vært viktig i dette studiet å være bevisst dette slik at jeg unngikk å være forutinntatt, og være åpen for at det kunne komme frem andre resultater fra forskningen enn de jeg hadde tenkt ville fremtre i forkant. Under hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være åpen for at det kan være andre tolkninger og erfaringer enn min tidligere forforståelse skulle tilsi.

4.3 Utvalget

Det er sykehjemspasienter i Bergen kommune som er intervjuet. I samarbeid med veileder og ansatte i Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest (Bergen Kommune, 2020) ble det besluttet å intervjuer på tre sykehjem. Et strategisk utvalg som er relevant for problemstillingen og har variasjonsbredde kan beskrive flere nyanser ved et fenomen og på den måten best belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). Den verdensomspennende pandemien covid-19 førte til gjentatte nedstengninger av sykehjem i Bergen kommune i 2020. Dette gjorde at utvalget delvis ble et tilgjengelighetsutvalg. Det vil si at det var informanter som var mulig å få tak i som ble inkludert i studiet (Malterud, 2017, s. 59). På

tross av dette ble det en bredde i utvalget med ulike sykehjem, kjønn, alder og sykehjem med og uten eget kjøkken. For å få best mulige svar ble det valgt å ikke ta med pasienter med demensdiagnose selv om ca. 75 % av pasienter på sykehjem har en kognitiv svikt eller demens (Ramm, 2013, s. 98-99). I tillegg måtte pasientene ha språk, være interessert i å være med i prosjektet og ikke være i dårlig form den dagen de skulle intervjues.

Bergen sine sykehjem ble stengt ned for uvedkommende i forbindelse med covid-19 pandemi, og intervjuene ble utsatt to ganger. Tidlig høst 2020 ble igjen sykehjemmene stengt ned. Jeg fikk likevel anledning å intervju på et sykehjem etter avtale med ledelsen på sykehjemmet. Etter kontakt med Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest (Bergen Kommune, 2020) ble det etter en tid gitt tillatelse til å kontakte to andre sykehjem i Bergen. Faglederne ved sykehjemmene valgte i samråd med sine ansatte ut fem pasienter på hvert sykehjem. På et av sykehjemmene hadde de flere kandidater, men det var ønskelig å fordele intervjuene på de tre sykehjemmene. Totalt ble 15 pasienter intervjuet.

Kriteriene for å være med i studiet var at pasienten var over 65 år, var på sykehjem, ikke hadde fått en demensdiagnose og kunne samtykke til å delta i studiet.

Tabell nr. 1: Studiets utvalg

Pasient nr.	Kjønn	Alder	Langtidsopphold=L Korttidsopphold= K	Sykehjem - nr.
1	Mann	79 år	K	1
2	Kvinne	88 år	K	1
3	Mann	92 år	K	1
4	Mann	85 år	K	1
5	Kvinne	85 år	K	1
6	Mann	90 år	L	2
7	Kvinne	96 år	L	2
8	Kvinne	100 år	L	2
9	Mann	90 år	L	2
10	Kvinne	94 år	L	2

11	Kvinne	91 år	L	3
12	Kvinne	91 år	L	3
13	Kvinne	87 år	L	3
14	Mann	92 år	L	3
15	Mann	92 år	L	3

Studiets utvalg har følgende karakteristikk: Gjennomsnittsalderen på pasientene som er intervjuet er 90 år. På korttidsavdelingen er gjennomsnittsalderen 86 år, og på langtidsavdelingene er gjennomsnittsalderen 92 år. Det er åtte kvinner og syv menn. Fem pasienter er på korttidsopphold, mens ti pasienter er på langtids plass. Fem av pasientene bor på sykehjem med lokalkjøkken. De ti andre bor på sykehjem med middagslevering fra sentralkjøkken.

4.4 Utforming av intervjuguide

I fokuserte intervju er det viktig å avgrense temaet og intervjuguiden i forkant av intervjuene, og pasientene kan ikke slippe løs på andre temaer (Tjora, 2010, s. 110).

Intervjuguiden ble laget med ord og spørsmål som var enkle å forstå. Blant annet ble ikke ordet ernæring brukt, men mat og drikke som er mer vanlig i dagligtalen. Noen pasienter hadde nedsatt hørsel som gjorde at jeg måtte være kort og presis i spørsmålene. Samtidig var det viktig å lage spørsmål som fanget opp temaet, men samtidig være så åpne at pasientene kunne svare på det de var opptatt av innen dette temaet. Pasientene hadde ulike synspunkt på de ulike fenomenene, og da måtte spørsmålene være åpne for ulike svar.

Medelever, lærere på studiet og veileder kom med innspill til intervjuguiden, og den ble justert flere ganger. Innledende spørsmål i intervjuguiden var om mat og drikke generelt. Når vi var godt i gang med samtalen ble det spurt om pasientene sine tanker om selvbestemmelse. Informantene fikk også et spørsmål om hva de oppfatter kan være årsaker til at noen pasienter på sykehjem får i seg for lite mat og drikke. Det siste spørsmålet var et åpent spørsmål om de hadde andre tanker om mat og drikke på sykehjem, og i flere

intervjuer kom pasientene inn på viktige synspunkter om selvbestemmelse innen mat og drikke her. Dette var et åpent spørsmål som kunne fange opp det jeg ikke hadde klart å fange opp tidligere i intervjuet.

Det var viktig å ha en intervjuguide, men ikke gjøre den for detaljert eller følge den slavisk. Den ble brukt som en huskeliste. Tanken var å være åpen i spørsmålene, men samtidig være fokusert på temaet på samme tid (Malterud, 2017, s. 134).

Resultatet ble intervjuguiden som er lagt ved i vedlegg 1.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2020. På alle sykehjemmene var det en samtale med fagleder før intervjuene, enten personlig eller på telefon. Da gikk vi igjennom aktuelle kandidater for intervju og gjennomføringen av intervjuene. Dagen intervjuene ble utført hadde vi en dialog om hvem det var lurt å starte å intervju. Pandemien covid-19 gjorde at jeg i forkant av intervjuene avklarte med fagleder hvilke forholdsregler jeg skulle ta under intervjuene. På de to første sykehjemmene var det viktig å holde 1-2 meter avstand til pasientene og ha god håndhygiene. Det siste sykehjemmet ønsket at jeg skulle ha på munnbind i tillegg til å holde avstand og utføre god håndhygiene. Noen pasienter ønsket at jeg skulle ta av munnbindet, men når de fikk forklaring på hvorfor jeg benyttet munnbind ble det akseptert. I flere av intervjuene måtte intervjuer og pasient lene seg fremover for at begge parter skulle høre hva som ble sagt. Det er ikke mulig å si om det var forskjell på intervjuene når det ble brukt munnbind eller ikke.

På det ene sykehjemmet gikk jeg selv inn til pasientene og presenterte meg. På de to andre sykehjemmene blir jeg fulgt inn på rommet av en pleier som gav en kort presentasjon for pasienten.

Selve intervjuet ble gjort på pasientene sine rom. Alle pasientene hadde enerom. Det siste intervjuet ble gjennomført i en korridor fordi det pågikk arbeider på pasientens rom. Vi satt aleine. På pasientene sitt eget rom ble det mindre forstyrrelser og uro under intervjuet,

pasienten er trolig i trygge omgivelser og det var mulighet for informantene å ligge i sengen hvis de ønsker det. Det var en pasient som lå i sengen, de andre valgte å sitte i en stol.

Jeg presenterte meg kort og forsikret meg om at de visste hva de hadde samtykket til og at de hadde skrevet under samtykkeskjemaet frivillig. Informerte også kort om at det var mulig å trekke seg fra studiet i etterkant.

Det ble lånt en båndopptaker fra VID. Jeg spurte informantene om det var greit at samtalen ble tatt opp på lydbånd. Ingen hadde innvendinger på dette. I de fleste tilfeller var det et bord mellom oss, og båndopptakeren ble lagt der. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd for at jeg i ettertid skulle klare å få med meg alt som ble sagt i intervjuet. Det ble trolig en bedre flyt i samtalen når jeg konsentrerte meg om å lytte og ikke måtte notere ned alt som ble sagt. Jeg kunne da lettere be om utdypende forklaring på de spørsmålene der det var ønskelig. Hvis jeg ikke hadde lydopptak kunne jeg ikke brukt direkte sitat fra intervjuet fordi jeg ikke kunne være sikker på at det var notert helt riktig (Tjora, 2010, s. 121). I tilfelle teknologien skulle svikte noterte jeg små stikkord underveis i intervjuene. Det viste seg at båndopptakeren tok opp hver gang og at alle filene kunne benyttes.

Pasientene vil før og under intervjuet ha en oppfatning av meg. De første minuttene av møtet med pasienten var trolig avgjørende for hvordan intervjuet forløp. Jeg forsøkte å skape god kontakt med pasienten på kort tid slik at de kunne oppleve meg som troverdig. God kontakt med informantene skapes ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 160) ved at en lytter oppmerksomt og viser interesse. I tillegg forsøkte jeg å vise respekt for det informantene formidlet, og være avslappet og bevisst på hva jeg ønsker å få kunnskap om. Underveis i intervjuet var det variabelt hvor mye og hvor lenge pasientene snakket. I alle intervjuene bekreftet jeg med ja, nei og med å gjenta noe av det de sa. I tillegg var det noen korte pauser for å se om det var noe mer de kunne tenke seg å si om det de snakket om. Etter hvert som jeg hadde gjort noen intervjuer var jeg mer avslappet under intervjuene. Det gjorde nok også at jeg lettere tillot korte pauser underveis i intervjuene. Jeg ble også mer bevisst min måte å stille spørsmål på fordi jeg hadde transkribert de første intervjuene. Prøvde å være mer tydelig når jeg intervjuet. Så litt endringer ble det underveis i prosessen.

Noen pasienter sporet av i samtalen og ville prate om andre temaer. Gjerne om sin egen familie, vær og andre hendelser de var opptatt av. Jeg lot de prate litt om dette, og prøvde etter en tid å spore de tilbake til temaet med å stille spørsmål fra intervjuguiden. Intervjuene varte fra 10 til 35 minutter.

Hvor mange pasienter måtte jeg intervju før jeg fant et metningspunkt? «Metning (eller datametning) har man når ny empiri ikke synes å bidra med nye momenter. Metning brukes som argument for å avslutte datagenerering» (Tjora, 2010, s. 198). Jeg opplevde at alle pasientene kom med noen få nye tilskudd til datasamlingen, men at hovedtrekkene etter hvert viste seg tydelig. Det var mye det samme de fleste pasientene var opptatt av. Mulig at hvis jeg hadde intervjuet flere pasienter at noen nye punkter kom frem, men det ser for meg ut som hovedtrekkene gikk igjen hos de fleste pasientene.

4.6 Transkribering av intervjuene

I etterkant av intervjuene startet jeg å transkribere. Jeg benyttet båndopptakeren og spolte frem og tilbake. Den var ikke tilknyttet datamaskinen. Når båndopptakeren ikke var i bruk, var den innelåst. Jeg fikk tatt opp alle femten intervjuene på bånd, og det var god lyd kvalitet på filene.

Når intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig form ble det lettere å få oversikt over materialet, og det var bedre egnet for analyse. Det å strukturere intervjuene er begynnelsen på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206).

Når jeg transkriberte prøvde jeg etter beste evne å ivareta det opprinnelige materialet, slik pasientene sine erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under intervjuene (Malterud, 2017, s. 77). Bokmål var det skriftspråket jeg benyttet, men jeg ser at jeg noen steder også brukte dialekt og forkortet noen ord slik som i talespråket. Jeg skrev ned ord for ord hva både jeg som intervjuer og pasientene sa i et intervju om gangen. Det ble gjort en utvelgelse av hva og hvor mye jeg skulle ha med i transkripsjonene. Jeg tok ikke med alle mine "eh", "ja" og "nei". Dette for å få en mer naturlig flyt i det skriftlige materialet. Tok likevel med en del av dette når det virket naturlig. Der det var korte pauser i samtalene skrev jeg det inn i en parentes. Det viste at pasienten hadde fått tid å tenke over spørsmålet, eller

at det kunne være andre årsaker til at de tok en liten pause. Hvis det bare var helt korte pauser brukte jeg to-tre punktum etter hverandre for å vise at en stoppet litt opp i samtalen. Når pasienten og undertegnede lo ble dette skrevet i parentes for å vise hvilke stemning det var i intervjuet og rundt det temaet vi snakket om. En del pasienter snakket om andre ting enn mat og drikke og selvbestemmelse. Dette tok jeg med i en parentes og skrev kort hva de snakket om for å få med helheten i samtalen. Noen få ganger klarte jeg ikke å høre hva pasienten sa på tross av gjentatte forsøk, og da ble det skrevet i parentes at jeg ikke kunne tyde talen. Alle intervjuer ble hørt gjennom minst to ganger for å se at det var rett transkribert, og jeg måtte gjøre noen endringer fra første gang noen steder for å få transkribert materialet riktig. De fem første intervjuene ble transkribert ferdig før jeg gjorde de ti siste intervjuene. Transkriberte de ti siste intervjuene når alle intervjuene var utført.

Når sitat fra transkripsjonene benyttes i min masteroppgave har jeg gjort små justeringer i teksten slik at det er mer forståelig og det ikke er nødvendige med småord som ja og nei. Dette for å kunne fremstille sitatene på en god måte på vegne av pasientene. Jeg har tatt vare på transkripsjonene, slik at jeg kunne sjekke ut at jeg ikke hadde endret betydningen av sitatene.

4.7 Forskningsetikk

4.7.1 Godkjenning av NSD

Før jeg startet å intervju pasienter søkte jeg NSD (Norsk senter for forskningsdata) om lov til å gjennomføre forskningen min. NSD sjekket at forskningen var i tråd med personvernloverket, og at personopplysninger ble riktig ivaretatt. Jeg gjorde lydopptak av pasienter og det regnes som en personopplysning. I tillegg fikk jeg signatur på samtykkeskjema. Jeg fikk i søknaden noen kommentarer slik at jeg måtte endre noen punkt i samtykkeskjemaet, og måtte tilføye noen punkt om at jeg behandler helseopplysninger. Disse endringene ble gjort, og ved neste innsendelse i januar 2020 fikk jeg studiet godkjent av NSD (vedlegg 3 og 4).

Før vi kontaktet sykehjem for å få kandidater til studiet sendte min veileder en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

(REK). Dette er en helsefaglig studie med sårbare eldre pasienter. Det var derfor noe usikkert om vi måtte ha godkjenning fra REK før oppstart. Veileder fikk raskt tilbakemelding om at en søknad til REK ikke var nødvendig (søknadsID 61308).

4.7.2 Samtykkeskjema

Informert samtykke vil si at pasientene ble informert om studiet sitt formål og om hovedtrekkene i studiet. I tillegg ble de informert om mulige risikofaktorer og fordeler ved at de deltok i prosjektet. De signerte på et skjema for informert samtykke og dette kunne sikre at pasientene deltok frivillig. Informantene ble også informert om at de kunne trekke seg fra studiet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Samtykkeskjema de signerte på informerte om hva studiet mitt gikk ut på. Det stod hvilken studie jeg har tatt og kontaktinfo til student og veileder. De fikk også informasjon om hvordan studiet gjennomføres og at jeg benyttet båndopptaker.

Før sykehjemmene fant deltagere leverte jeg personlig kopier av samtykkeskjemaene til faglederne. De fikk også en kort gjennomgang av hva studiet gikk ut på før de skulle informere pasientene. På et sykehjem fikk de denne informasjonen på mail.

Jeg fikk ved alle tre sykehjemmene faglederne til å informere pasientene kort om studiet og få underskrift av pasienten på samtykkeskjema. Det var viktig for meg at det ikke var jeg som ba dem skrive under. Det er trolig lettere å si nei til å delta når det er en utenforstående som spør dem om de vil delta. På et sykehjem var det en pleier som signerte på vegne av to pasienter fordi de ikke klarte å signere selv. Jeg snakket selv med pasientene i forkant av intervjuet og de bekreftet at de ønsket å være med i studiet. Deltakerne måtte vurderes samtykkekompetent til å svare på samtykkeskjemaet. Denne vurderingen måtte gjøres av fagleder sammen med helsepersonell på avdelingen. Det var ikke lett for undertegnede å vurdere samtykkekompetansen på den korte tiden vi hadde til rådighet til intervjuet.

Før jeg gjennomførte intervjuene fikk jeg se samtykkeskjemaene med signatur på. På det første sykehjemmet ble disse skjemaene oppbevart en tid etter intervjuene i en innelåst skuff på avdelingsleder sitt kontor. De ble hentet når alle intervjuer var gjennomført og lagt sammen med de andre samtykkeskjemaene. De andre samtykkeskjemaene fikk jeg med meg

den dagen jeg intervjuet og låste de selv inn. Jeg førte en liste over alle deltakerne med navn og nummer slik at de kunne trekke seg hvis de ønsker dette. Denne listen var innelåst adskilt fra samtykkeskjemaene, og det er bare jeg som har hatt tilgang til denne oversikten over deltakerne i studien. Når jeg videre i oppgaven refererer til pasienter med nummer er det fra denne listen over deltakere.

4.7.3 Forskningsetisk refleksjon

Etiske spørsmål er nødvendig å stille seg i alle deler av forskningen når en benytter intervju som metode. Jeg vil vise hvilke etiske hensyn jeg har forsøkt å ta i de ulike forskningsstadiene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97). Under arbeidet med tematiseringen har jeg tenkt igjennom hva jeg mener kunne være viktig for de eldre pasientene i sykehjem. Jeg er av den oppfatning at det kan være viktig for samfunnet å få vite hva sykehjempasienter oppfatter om sin egen selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke, og om de opplever at de har selvbestemmelse. Jeg vurderte det slik at denne forskningen ikke er til ulempe for pasientgruppen, men muligens kan være med på å forbedre deres situasjon på sykehjemmet. I planleggingsfasen vurderte jeg på hvilken måte intervjuene best kunne gjennomføres. Pasientene kan være svake og skrøpelige og ha problemer med å gjennomføre et langt intervju. Valgte derfor fokuserte intervju. På en ryddig måte har jeg kontaktet faglederne på sykehjemmene og informert om forskningen. Deretter fikk jeg tillatelse til å gjennomføre intervjuene. Det ble laget et informasjonsskriv til pasientene med et samtykkeskjema der vi innhentet samtykke fra pasientene (vedlegg 2). I forkant fikk jeg etisk forhåndsgodkjenning hos NSD (vedlegg 4). Kort informerte jeg pasientene om at ingen personopplysninger skulle komme frem om den enkelte, men at noen sitater kunne være gjenkjennbare. De ble også informert om at jeg slettet intervjuene på båndopptaker når intervjuene var skrevet ned, og at de transkriberte intervjuene slettes etter at masteroppgaven er ferdigstilt. Under intervjuet tok jeg hensyn til den enkelte pasient. Opptrådte høflig og prøvde å behandle pasienten med verdighet. Jeg benyttet min kliniske erfaring til å vurdere pasientene og vurderte underveis om de opplevde at intervjuet gikk greit. At jeg selv er rolig, høflig og snakker tydelig under intervjuet var viktig. Pasientene måtte føle seg trygg og ivaretatt. Det var bare jeg som hadde tilgang til båndopptaker og det

transkriberte materialet. I selve transkriberingene var alle opplysninger anonymisert. Når jeg transkriberte gjorde jeg det med respekt for den enkelte pasient, men har samtidig formidlet det pasienten sier. Analysen er gjort så nøyaktig, gjennomiktig og representativ for forskningsområdet som mulig. Resultatene er verifisert slik at forskningen så langt som mulig er sikker og nøyaktig. Ved at min prosjektplan og masteroppgave er nøyaktig og gjennomiktig og har en god metodisk plan og gjennomføring, vil det for undertegnede og andre være lettere å se om forskningen er gyldig. «Verifikasjonen er bygget inn i selve forskningsprosessen» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 279). I teksten i masteroppgaven min har jeg sett etter at jeg ikke på noen måte krenker sykehjemmene eller sykehjemspasientene.

4.8 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

De tre kriteriene validering, reliabilitet og generaliserbarhet er indikatorer på kvaliteten på forskningen (Tjora, 2018, s. 79). Har jeg brukt den mest relevante tilnærmingen for å finne svar på problemstillingen om mat og drikke og selvbestemmelse? Validering handler om at kvaliteten på forskningen skal være god gjennom hele forskningsprosessen. Helt fra tematisering til rapportering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272). Har jeg brukt en metode som belyser problemstillingen min på en logisk måte? Når vi validerer skal vi avklare hvilke muligheter, begrensninger, konsistens og relevans forskningen har (Malterud, 2017, s. 192).

Vi kan styrke gyldigheten til forskningen ved å vise tydelig hvordan vi utformer og gjennomfører forskningen vår ut fra de spørsmålene vi stiller. Når jeg gjør rede for de valgene jeg har tatt når det gjelder datainnsamling og analyse, inviterer jeg leseren av studiet til å kritisk ta stilling til forskningen sin gyldighet (Tjora, 2018, s. 81).

Jeg har forsøkt å gjøre forskningen min så åpen og repeterbar som mulig. Jeg har skrevet ned de valg som er gjort i hele prosessen og hvordan utvalget mitt er kommet til. Men bare unntaksvis kan forskningen gjøres generaliserbar. Overførbarhet har alltid begrensninger (Malterud, 2017, s. 66). Et annet utvalg og andre spørsmål i intervjuguiden kan gjøre at en annen forsker muligens ikke vil komme frem til samme funn i forskningen som meg.

Reliabilitet handler om sammenhengen gjennom hele forskningsprosjektet, og om at et resultat kan reproduseres av andre forskere. Er forskningsresultatene troverdige? (Kvale &

Brinkmann, 2015, s. 276). I kvalitativ forskning er ikke fullstendig nøytralitet mulig. Forskeren sitt ståsted og arbeid kan påvirke forskningsarbeidet. For at forskningen skal være mulig å reproducere og er transparent krever det en systematisk registrering av alle prosesser i prosjektet (Tjora, 2018, s. 83-85). For å kunne gjøre forskningsprosjektet systematisk og så gjennomiktig som mulig har jeg valgt å bruke systematisk tekstkondensering av Malterud. Denne metoden mener jeg har hjulpet meg å finne svar på problemstillingen og var med på å øke kvaliteten på forskningen.

4.9 Metodologiske betraktninger

Jeg har benyttet Aveyard (2014) sin metode for å finne tidligere forskning og litteratur til studiet. På tross av at jeg har søkt med bibliotekar og har søkt systematisk flere ganger kan jeg ha oversett forskning eller teori som kan være av betydning.

Det er også mulig å benytte andre metoder enn fokuserte intervjuer, og andre spørsmål enn de som er i min intervjuguide for å få frem svar på problemstillingen min. Mulig spørsmålene mine skulle vært noe mer spisset.

Utvalget kan variere på sykehjem. Ved for mange eksklusjonskriterier kunne det trolig bli vanskelig å få kandidater til studiet, og risikoen for å få en ensartet gruppe informanter ville da trolig vært større. Det kan være en svakhet at jeg ikke har tatt med pasienter i en tidlig dement fase. Mulig at de ville svart noe annerledes enn de som er klar og orientert. Jeg har også med nesten like mange menn som kvinner. På sykehjem er det flest kvinner, 70 % på langtids plass og 60 % på korttids plass (Ramm, 2013, s.94- 95).

Mine erfaringer med svake og skrøpelige sykehjemspasienter over mange år kan ha farget mitt syn på hva de eldre tenker om temaet. Jeg har forsøkt å være åpen for at mine oppfatninger nødvendigvis ikke er de samme som sykehjemspasientene har.

Det at det var pandemi med covid-19 utbrudd når jeg skulle gjennomføre intervjuene kan ha gitt meg et noe annet utvalg enn jeg ville hatt uten utbruddet. I tillegg kan det ha vært en ulempe at vi måtte holde stor avstand, og at jeg i noen intervjuer hadde munnbind slik at jeg mistet en del non-verbal kommunikasjon.

Dette var mitt første forskningsprosjekt og jeg har ikke vært igjennom de ulike fasene tidligere. Malterud (2017) sin metode med tekstkondensering er valgt som analysemetode. Gjentatte ganger har jeg lest gjennom metoden, men å finne de meningsbærende enhetene og abstrahere innholdet i de fire ulike trinnene har likevel vært en utfordring. Mulig en annen forsker ville sett andre koder og meningsbærende enheter enn meg, og tatt andre valg i analyseprosessen.

I min studie har jeg benyttet en oppgavemal fra VID. Har også brukt VID sine retningslinjer for akademisk skriving og APA referansestil som rettesnor under skriving av masteroppgaven.

4.10 Analyseprosessen

Nå sitter jeg igjen med 15 fokuserte intervjuer fra sykehjemspasienter som er transkribert. Datamaterialet forteller hva informantene oppfatter om sin selvbestemmelse innen mat og drikke på sykehjem. Men hva har informantene formidlet? Hvordan skulle jeg få frem hovedtrekkene i informasjonen og få svar på problemstillingen min? Mitt ønske har vært at de som leser studiet får svar på problemstillingen uten at de må gå gjennom alt datamaterialet.

Innenfor fenomenologien ønsker en å se etter variasjon og mangfoldighet, men noen ganger er det kjernen i fenomenet en ønsker å finne ut mer om (Henricson, 2014, s. 337). Er det noen fellestrekk informantene trekker frem, og hva varierer og er ulikt? De svarte ut fra sin livsverden, opplevelse og erfaring som oppleves individuelt.

I fenomenologisk analyse går en fra helheten som de transkriberte dataene er, til å dele opp teksten og trekke ut deler av teksten. Disse delene blir synlige når en begynner å analysere teksten. Når alle data er analysert ser en etter en ny helhet som beskriver hva delene er kjennetegnet av og hvordan de henger sammen (Henricson, 2012, s. 348).

Ulike analysemetoder ble vurdert, men jeg kom frem til at Malterud sin systematiske tekstkondensering (Systematic Text Condensation- STC) var egnet til dette studiet. Både fordi det var en analysemetode som ville hjelpe meg å finne de sentrale fenomenene i

datamaterialet, og samtidig en metode som var beskrevet så godt at den kunne være nyttig for meg som har liten erfaring fra dette området fra tidligere (Malterud, 2017, s. 97).

STC er ikke en fenomenologisk metode, men metoden har en del likheter med fenomenologiens oppfatninger. Som i fenomenologien ønsker også STC at analysen skal beskrive de mest relevante sidene av det fenomenet som blir undersøkt. Det skal gjøres så nøyaktig som mulig, og det skal gjøres ut fra den oppfatningen at subjektive erfaringer fra livsverden er en gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s. 116).

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn:

1) Helhetsinntrykk- finne foreløpige temaer.

I denne fasen skal en bli kjent med materialet. Lese gjennom alle transkripsjonene i et fugleperspektiv, og vurdere hvilke foreløpige tema vi ser i teksten. Det bør ikke være mer enn 4-8 temaer. Og en må hele tiden tenke over problemstillingen så en finner svar på denne.

Alle transkripsjonene ble lest to ganger. Først fant jeg seks foreløpige tema: middag, andre måltider, egne valg, ikke være til bry, nok mat og drikke og årsaker til underernæring. To av temaene ble passert i to av de andre kodene. Endte derfor opp med fire foreløpige temaer: middag, andre måltider, egne valg og årsaker.

2) Meningsbærende enheter- fra temaer til koder og sortering.

En velger ut 3-5 av temaene fra første trinn som blir kodegrupper. Så leser en gjennom alt det transkriberte materialet og markerer meningsbærende enheter som har med seg kunnskap om temaene. Disse meningsbærende enhetene kodes inn i de ulike temaene.

Fire temaer hadde jeg med fra trinn en, og de blir fire kodegrupper. De meningsbærende enhetene til hver kode fikk hver sin farge slik at jeg lettere hadde oversikt. Jeg hadde alle transkripsjonene på papirutskrift og leitet med ulike farger etter de ulike meningsbærende enhetene.

3) Kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold.

Hver kodegruppe blir delt inn i to til tre subgrupper. Disse skal synliggjøre innholdet i kodegruppen, og et kondensat skal være et virkemiddel for å abstrahere innholdet.

I dette trinnet av analysen så jeg på de meningsbærende enhetene i de fire kodegruppene. Tok så for meg en og en kodegruppe og sorterte materialet i 2-3 subgrupper. Disse subgruppene sa noe om det samme fenomenet. Subgruppen ble nå den nye analyseenheten. Som en viktig del av STC laget jeg for hver subgruppe et kunstig sitat- et kondensat. Alle meningsbærende enheter skulle være med i sitatet som ble bygd opp og redigert i en logisk rekkefølge. Kondensatet ble en sum av det pasientene sa om det fenomenet denne subgruppen beskriver. Til slutt valgte jeg et gullsitat som beskriver innholdet i subgruppen.

Når jeg startet på dette analysetrinnet til Malterud kunne jeg ikke se at kodegruppene jeg hadde funnet reflekterte transkripsjonene fra pasientene, og jeg klarte ikke å skille de ulike subgruppene. Dermed valgte derfor å starte forfra igjen. Leste alle transkripsjonene om igjen og noterte noen stikkord fra hver transkripsjon om hva vedkommende hadde fortalte. Så deretter på hva som gikk igjen i transkripsjonene i forhold til min problemstilling, og fant igjen fire koder. Matlyst, valgmuligheter, ikke be om noe ekstra og sosialt. Koden "ikke be om noe ekstra" blir siden gjort om til et overordnet funn da dette går igjen i hele datamaterialet. Endte da opp med tre kodegrupper og et overordnet funn.

Noen av subgruppene jeg benyttet i første runde kunne jeg også benytte etter å ha laget nye kodegrupper, men de ble plassert under en annen kode. Jeg laget nye kondensat og gullsitat for de nye subgruppene. Under hele prosessen tenkte jeg gjennom om det reflekterte transkripsjonene og var innenfor min problemstilling.

Tabell nr. 2: Analyseprosess fra foreløpige koder til endelige koder og overordnet funn.

Foreløpige tema	Sammen- slåtte koder	Koder etter ny gjennomgang	Etter endt analyse ble kodene slik	Overordnet funn etter analyse
Middag	Middag	Matlyst	Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke	Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om noe alternativ når det gjelder mat og drikke.
Andre måltider	Andre måltider	Valgmuligheter	Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat	
Egne valg	Egne valg	Sosialt	Sykehjemspasienter har begrenset mulighet til å velge hvem man skal spise sammen med og hvor	
Ikke være til bry	Årsaker			
Nok mat og drikke				
Årsaker til underernæring				

Tabell nr. 3: Eksempel på analyseprosessen. Kodegruppe: Matlysten påvirker om jeg liker maten. Subgruppe: Ingenting i veien med matlysten.

Meningsbærende enheter	Kode gruppe	Subgruppe /mikro-kondensat	Kondensat	Gullsitat
<p>P: Ja helt sikkert. Eg kan ikkje huske ka det var, men det er veldig god mat her nede.</p> <p>I: Du liker maten?</p> <p>P: Ja eg liker maten veldig godt. Så det at eg spiser omtrent opp alt her. Alt som eg får på tallerkenen. Det spiser eg, stort sett.</p> <p>I: Ja. Så du syns det at meste du får servert her e godt?</p> <p>P: Ja det syns eg absolutt. Ja det syns eg absolutt ja.</p> <p>I: Veldig, veldig kjekt. Kordan e det med matlysten din då?</p> <p>P: Ingenting i veien med den.</p> <p>I: Så du syns at du har god matlyst?</p> <p>P: Ja eg har veldig god matlyst. Det har eg. Alltid hatt det.Eg har ikkje gitt beskjed så langt for det har vært så godt at eg har spist det eg har fått servert.</p> <p>I: Så flott!</p> <p>P: Så eg har vært veldig fornøyd med det. Eg e ikkje kresen av meg (pas. 1).</p> <p>P: Maten er veldig god.</p> <p>P: Matlysten e veldig god.</p> <p>I: Ja..ja. Du e fornøyd med mat og drikke her då?</p> <p>P: Ja, eg e veldig fornøyd (pas. 3).</p> <p>I: Og kordan tenke du sjølv at matlysten din e?</p> <p>P: Altfor god (latter)</p> <p>P: ..for eg har altfor god matlyst.</p> <p>P: Men herregud eg har ikkje nokke å klage på” sa eg (pas.4).</p> <p>P: Altså eg lika all mat.</p> <p>I: Kan eg spørre generelt kordan matlysten din er?</p> <p>P: Ja den e jo ingenting i veien med.</p> <p>I: Ka tenke du om maten og drikken som du blir tilbudt på sjukeheimen?</p> <p>P: Asså ege.. har vel ingenting gale å sei om det eg (pas. 5).</p>	<p>Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke.</p>	<p>Ingenting i veien med matlysten.</p>	<p>Matlysten er det ingenting i veien med. Jeg liker maten veldig godt. Så jeg spiser omtrent opp alt jeg får på tallerkenen her. Har igrunnen alltid hatt god matlyst. Tidvis har jeg alt for god matlyst. Jeg har ingenting å utsette på kostholdet. Det er variabel mat, og jeg spiser normalt det jeg får. Jeg</p>	<p>Matlysten min har alltid vært god. Maten er variabel og god, og jeg spiser opp det jeg får servert.</p>

<p>P: ..men heldigvis så er det ikke sånn med alle de som sitter rundt om meg altså. Så har de jo en fantastisk appetitt altså.</p> <p>I: Så det er mange som spiser godt synest du?</p> <p>P: Det er mange som spiser veldig godt. Jeg tenker som så «hva i all videste verden, hvordan får de det ned»? Gamle mennesker, og vi sitter jo bare. Vi beveger oss nesten ikke (pas.10).</p> <p>I: Kordan matlysten din er?</p> <p>P: Matlysten normalt da så er den helt okey.</p> <p>I: Ja, så du synest du har god matlyst.</p> <p>P: Ja der er ingenting å utsette på.. på kostholdet.</p> <p>I: Så du er egentlig generelt fornøyd med maten og drikken på sykehjemmet?</p> <p>P: Jada, eg er.. eg har ikkje noe å utsette på det. Det er variabelt.</p> <p>I: Ja, men stort sett så er det godt det meste du får?</p> <p>P: Jada, ingenting å utsette på det.</p> <p>I: Og då har eg bare et spørsmål igjen. Om du har noen andre tanker om mat og drikke på sykehjem?</p> <p>P: Nei hvis det går på dette her på (sykehjemmet han er på), så er det helt i orden. Variert. Så du bør ihvertfall ikkje å kvi deg for å.. (pas. 14).</p>			<p>ser at det er mange rundt bordet som spiser godt.</p>	
---	--	--	--	--

4) Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

Nå skal bitene settes sammen igjen. Kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe. Alle subgruppene får sitt eget avsnitt, og uttrykk fra de meningsbærende enhetene kan benyttes her. Når alle subgruppene i hver kode har fått en analytisk tekst skal en finne en overskrift som sammenfatter det det handler om i den kodegruppen. Det blir sluttresultatet og det sier noe om hva vi har funnet og gir ny innsikt til leseren om det aktuelle fenomenet.

Det jeg kom frem til i denne delen ble mine funn i forskningen. Hver enkelt kodegruppe fikk et eget kapittel der subgruppene fikk et eget avsnitt. Her blir både kondensat, gullsitat og

mikrokondensat presentert. Den analytiske teksten utgjør et utvalg og relevante sider ved hovedfunnene i forskningen.

Overskriftene for kodegruppene sammenfatter hva det handler om. Mikrokondensatet er en kortversjon av sluttresultatet som ble benyttet som overskrift til subgruppene. For å bekrefte mine funn og tydeliggjøre dem for leseren ble det i avsnittet for funn benyttet en del direkte sitat fra pasientene.

Etter at jeg var ferdig med analysen har jeg lest gjennom transkripsjonene igjen for å se at sluttresultatet kunne tilbakeføres til transkripsjonene, og det mener jeg det kan (Malterud, 2017, s. 99- 111).

5.0 Funn

Hva formidler sykehjemspasientene i disse 15 intervjuene? Hva er viktig for dem og deres selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke? Hvilke fenomener har informantene fokus på? De kodene som viste seg fremstilles under følgende titler: 5.1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke, 5.2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat, 5.3. Begrenset mulighet til å velge hvem man skal spise sammen med og hvor. De to første kodene er delt inn i to subgrupper. Siste kode er delt i tre subgrupper. Et overordnet funn kom til syne under analyseprosessen. Den fremstilles under tittelen: 5.4

Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider. Overskriften for hver subgruppe er et mikrokondensat (Malterud, 2017, s. 110).

Tabell nr. 4: Koder, subgrupper/mikrokondensat og overordnet funn

Kode	Subgruppe/Mikrokondensat	Overordnet funn
1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke	Ingenting i veien med matlysten	4 Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider
	Jeg er aldri sulten	
2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat	Bare en rett til middag	
	Maten smaker best fra lokalkjøkken	
3 Begrenset mulighet til å velge hvem man skal spise sammen med og hvor	Av ulike grunner ønsker jeg å få maten på rommet	
	Vil ikke sitte alene å spise	
	Ikke så mye selskap	

Jeg tar for meg en og en kode og presenterer funnene i hver subgruppe. Viser først kondensat og gullsitat i en tabell for hver subgruppe. Beskriver deretter funnene med utsagn fra informantene for å tydeliggjøre hva de formidler. Til slutt presenterer jeg det overordnede funnet.

5.1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke

Det viser seg når jeg analyserer transkripsjonene at det er forskjell på svarene fra de pasientene som sier de har god matlyst og de som sier de har dårlig matlyst. Det er fem pasienter som uttrykker at de har god matlyst. Fire av dem er på korttidsopphold og en er på fast langtids plass. Ut fra det informantene uttrykker kommer det frem at de med god matlyst liker det meste av den maten de får servert, men at de med dårligere matlyst er mer kritiske til maten og skulle ønske seg litt flere valg og mer variasjon i maten. Denne kodegruppen er delt inn i to subgrupper, en for de med god matlyst og en for de med dårlig matlyst.

5.1.1 Ingenting i veien med matlysten.

Kondensat	Gullsitat
Matlysten er det ingenting i veien med. Jeg liker maten veldig godt. Så jeg spiser omtrent opp alt jeg får på tallerkenen her. Har i grunnen alltid hatt god matlyst. Tidvis har jeg alt for god matlyst. Jeg har ingenting å utsette på kostholdet. Det er variabel mat, og jeg spiser normalt det jeg får. Jeg ser at det er mange rundt bordet som spiser godt.	Matlysten min har alltid vært god. Maten er variabel og god, og jeg spiser opp det jeg får servert.

I denne gruppen med fem informanter virker det som de er godt fornøyd med maten på sykehjemmet og alle formidler at de har god matlyst. Utsagnene fra disse pasientene viser at de stort sett er fornøyd med maten på sykehjemmet og at de stort sett spiser opp det de får servert:

P: Ja eg liker maten veldig godt. Så det at eg spiser omtrent opp alt her. Alt som eg får på tallerkenen. Det spiser eg, stort sett.

I: Ja. Så du syns det at det meste du får servert her e godt?

P: Ja det syns eg absolutt. Ja det syns eg absolutt ja.

I: Veldig, veldig kjekt. Kordan e det med matlysten din då?

P: Ingenting i veien med den. (pasient 1)

Flere pasienter påpeker at de har veldig god matlyst og noen sier de har hatt det hele livet:

I: Har du alltid hatt god matlyst?

P: Ja eg har alltid hatt god matlyst. Så det atte...

I: Har du dårligere matlyst på sykehjemmet enn hjemme syns du?

P: Det er vanskelig å si. Menne i grunnen så har eg hatt det ganske så bra på sykehjem.

I: Ja, så bra. (Pause) Ja og hvis eg har forstått deg riktig då så, for eg har et spørsmål om ka du tenker om maten og drikken på sykehjemmet. Og det opplever du som bra det då?

P: Ja, veldig bra. (pasient 3)

Informantene som formidler at de har god matlyst uttrykker at de synes de får variert mat.

Pasient 14 sier:

I: Kan eg spørre kordan matlysten din er?

P: Matlysten normalt da så er den helt okey.

I: Ja, så du synes du har god matlyst.

P: Ja der er ingenting å utsette på.. på kostholdet.

I: Så du er egentlig generelt fornøyd med maten og drikken på sykehjemmet?

P: Jada, eg er.. eg har ikkje noe å utsette på det.(liten pause) Det er variabelt.

5.1.2 Jeg er aldri sulten.

Kondensat	Gullsitat
Jeg har blitt litt spesiell når det gjelder spising. Jeg er aldri sulten, og på en eller annen måte har jeg sluttet å interessere meg for mat. Det er ikke så fristende. Forsøker å velge ut det som... Jeg spiser nesten ikke, og liker ihvertfall ikke store tallerkener fylt opp. Det tar matlysten og jeg får jeg ikke lyst å begynne på det. Det er ikke noe i veien med maten, det er bare med matlysten. Likevel spiser jeg litt til de fleste måltider. Det er jo sånn at når man vet man ikke har spist så prøver man jo å få en bit i seg likevel. Men det er grenser for hvor mye en kan presse seg. Så jeg har jo	Jeg har sluttet å interessere meg for mat. Jeg er aldri sulten, men prøver å spise litt.

gått gradvis ned en del i vekt. Men jeg holder meg da levende likevel.	
--	--

Ti av informantene formidler at de har dårlig matlyst. En av informantene er på korttidsplass og de andre ni er på langtidsplass. Denne gruppen av informanter uttrykker at de ofte ikke er sulten og har ikke behov for så mye mat. Noen sier at de av ulike grunner er sluttet å interessere seg for mat generelt. Pasient 10 sier:

P: Du altså jeg er blitt litt spesiell når det gjelder spising i det hele tatt. For jeg har.. på en eller annen måte sluttet å interessere meg for mat. Jeg spiser nesten ikke.

I: Nei.

P: Men jeg holder da meg levende allikevel. Jeg gjør jo det.

I: Ja.

P: Men jeg har veldig vanskelig for å konsumere noe altså. Og det er ingenting som smaker lenger eller noen ting. Du vet .. det er vel etter alt jeg har feilt å sånn opp gjennom årene, så.. så går det tilbake med det ene organet etter det andre kanskje. Så blir det sånn. Jeg hadde jo et slag da som tok ører og øyne og hals og .. og alt det med halsen gjorde det veldig vanskelig.

I: Ja.

P: Og det er liksom ingenting. Det er vanskelig og slitsomt å tygge og svelge å.. Å da synes jeg det er så slitsomt og arbeidsomt å spise at jeg.. noen ganger så bare slutter jeg for jeg gidder ikke mer.

Informantene formidler at det ikke er maten det er noe galt med, men matlysten. De uttrykker at det er alminnelig kost de får, men at det ofte ikke frister. Noen sier de spiser litt av maten, mens noen sier de spiser opp det de får:

I: Kordan er matlysten din generelt då? Synest du at du har god eller dårlig matlyst?

P: Eh.. eg må si at eg spiser det eg får, og eg er aldri sulten.

I: Nei. Du spiser bare fordi du vet at du må spise?

P: Ja. Blir ikkje sulten, vi bare går her vet du. (pasient 8)

Likevel er det kommentarer og utsagn hos informantene som formidler at de skulle ønske at maten kunne vært bedre og mer variert. Det er i hovedsak middagen de har kommentarer på kunne vært bedre, men også de andre måltidene til en viss grad:

I: Ka tenker du generelt om maten og drikken du blir tilbudt på sykehjemmet? Du har jo egentlig svart litt på det.

P: Det e dårlig.

I: Det er dårlig. Ja.. Syns du brødmaten og er dårlig?

P: Ja på en måte. Eg må velge ut det beste. (pasient 6)

Pasient 8 formidler det slik:

P: Det er sant, vi er litt spent på.. og så er det litt for lite grønne grønnsaker. Sånn som brokkoli, det har vi ikkje hatt i det hele tatt. Og den er jo veldig god.

I: Ja. Brokkoli.

P: Og så av og til når vi får grønnsaker så er det for mykje kokt, eller så er det ikkje kokt. Så vi får ikkje kniv på de. Så de knivene skulle vært skjerpet.

Og flere av pasientene i denne gruppen kommenterer at hvis de får for store porsjoner med mat så kan de miste matlysten. Noen poengterer at selv om de ber om en liten porsjon, så

får de ofte ikke det. En pasient mener de gjerne har standard porsjoner de deler ut til alle.

Pasient 7 sier det slik:

P: Eg er ikkje flink å spise opp maten min. Eg får for store porsjoner. Og det er veldig dumt at de lager så store porsjoner. Selv om eg ber om en liten porsjon, så klarer de ikkje å få det til.

I: Gjør det noe med matlysten din hvis du får for stor porsjon?

P: Jada. Det tar litt matlyst vet du. Hvis du får for mye så tar .. så tar det matlysten vekk. Eg får ikkje lyst til å begynne på det.

Flere av pasientene sier at på tross av at de har dårlig matlyst så prøver de å få i seg litt å spise. Gjerne bare en bit eller to for å vite at de har fått litt mat og drikke i seg:

P: Man kan ikke si at man har fått for lite av det og det når man ikke klarer det. Men det e jo sånn atte når man ikke, når man vet at man ikke har spist, så prøver man jo få en bit i seg allikevel. Sånn atte det ikke blir så...ja jeg vet ikke..

I: For då vet du at du har spist lite.

P: Ja jeg føler at jeg må jo ta en liten bit til.

I: At du kjenner at du må presse deg for du vet at du har bruk for det?

P: Ja, men det e jo grenser for hvor mye man kan presse seg og. Det blir en bit eller to.

I: Bare for då vet du at du har fått litt i deg?

P: Ja..ja. (pasient 2)

5.2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat

Når det gjelder drikke viser det seg at sykehjemspasientene opplever å ha valgmulighet og selvbestemmelse i forhold til hva de ønsker å drikke. Informantene uttrykker også i hovedsak selvbestemmelse når det gjelder brødmåltidene, for da kan de velge ulike typer pålegg.

Det at informantene hadde selvbestemmelse viste seg å ikke gjelde på alle områder innen mat hos sykehjemspasientene. Et gjennomgående tema var at informantene ikke kunne velge hva de skulle ha til middag. Det er bare en alternativ rett til middag. De formidler også at det er lite variasjon i menyen fra uke til uke. Informantene merker forskjell på om maten er laget på lokalkjøkken eller ikke, men informantene har ikke mulighet til å velge hvor middagen skal lages. Koden deles inn i to subgrupper.

5.2.1 Bare en rett til middag.

Kondensat	Gullsitat
Jeg har ikke mulighet til å velge hva jeg vil ha. Det som kommer det kommer, og det er jo ikke alt du synes er like godt. Det blir servert fra oven. Det er bare en hovedrett til middag, og det er ingen som har protestert på det. De bare spør hva de får. Jeg kan vel si at jeg ikke vil ha det, men jeg vil ikke få noe annet. Men jeg kan selvfølgelig få et smørbrød. Det er litt for mye det samme som går igjen hver uke. Så det er lite variasjon, og nokså forutsigbart synes jeg. Jeg skulle ønske de kunne servere et par middagsretter, eller velge. Men det er vel ikke mulig. Det ville vel kanskje bli for	Det er bare en hovedrett til middag, og det er lite variasjon. Skulle ønske de serverte et par retter, for det er jo ikke alt som er like godt.

mye ekstra arbeid. Man må ta opp bestilling, lage forskjellig og sende forskjellig.	
---	--

Et gjennomgående trekk er at informantene trekker frem middagen når de snakker om maten på sykehjemmet. Uten at jeg nevner noe om hvilken mat eller hvilket måltid jeg tenker på, så svarer de fleste i forhold til middagen. Informantene poengterer at det er hovedmåltidet. På de tre sykehjemmene har de bare en rett å velge i til middag, og det er ikke alltid det smaker like godt. Det at en informant sier at maten kommer fra oven tolker jeg som at han ikke har noen bestemmelse på hva som skal være på menyen til middag. Sitatet under viser at informanten ikke kan velge hva han skal ha til middag:

I: Syns du at du har mulighet til å velge hva du skal spise og drikke?

P: Nei vi får jo bare en rett til middag. Så det har vi jo ikke (pasient 13).

En informant kommenterer at de fleste ikke sier noe på det de får til middag. De spør personalet hva de får og spiser det de klarer av det:

Nei altså det er jo bare en hovedrett når det gjelder middag, og der er nå ingen som har protestert på det. (pasient 5)

Det at det er lite variasjon til middag er et tilbakevendende tema hos informantene. De formidler at det er mye det samme som går igjen fra uke til uke på menyen. Brødmåltidene er mer variert, for da har de mulighet til å velge ulike pålegg. Lunsjen er informantene mindre opptatt av. På alle sykehjemmene har de bare et alternativ til lunsj også, men informantene er ikke opptatt av dette. De har fokus på middagen og at den er lite variert:

Det er nå bra mat, men det er mye opp igjen det samme. (pasient 7)

Og det er litt for mye det samme som går igjen fra uke til uke. Sånn at vi vet at i morgen er det tirsdag, og da er det kjøttkake. Og mandagen er det salt fisk. Om onsdagen er det fiskekaker. Sånn er det altså. (pasient 10)

Det er flere som uttrykker et ønske om at det hadde vært kjekt om de fikk servert flere middagsretter. Bare to pasienter sier det direkte, men det ligger mellom linjene når en leser helheten. Det høres ut som ingen av pasientene ber om noe annet til middag hvis det er noe de ikke liker. De spiser heller litt av det som kommer selv om det ikke er alt de synes er like godt. Flere sier at de nok kan få et annet alternativ enn middagen hvis de ønsker det, men at det da i hovedsak vil bli skive med pålegg. Et utvalg av pasientene sier at de liker best fisk, men andre pasienter sier de er mest glad i kjøtt. Så det er tydelig at det er ulikt hva de helst foretrekker å spise til middag. Pasient 13 sier det slik:

P: Vi får jo ikke bestemme middagen. Vi må jo ta det vi får.

I: Ja. Kunne du ønske deg at det var flere alternativer?

P: Ja det hadde jo vært kjekt, det hadde det. Det er jo ikke alt du synes er like godt.

P: Jeg skulle jo ønske at de fra et storkjøkken, men det er vel ikke mulig, f.eks. å servere et par retter til middagsmat, eller velge. (pasient 10)

5.2.2 Maten smaker best fra lokalkjøkken

Kondensat	Gullsitat
<p>Det er veldig stor forskjell på å få mat fra institusjoner eller få hjemmelaget mat. Her lager de maten selv, så her er den veldig god. Enkelte steder er det nesten umulig å spise middagen for man klarer den ikke. Et sykehjem jeg var på som fikk levert mat var det helt forferdelig mat altså. Det er jo halvfabrikata som blir varmet opp på sykehjemmet. Jeg er litt usikker på betjeningen. Det er jo ikke bare å sprette opp disse posene og ta de i mikroen. Så det er veldig stor forskjell. Jeg er litt ergerlig for at de som skal bestemme hva man skal spise bare får et prøvemåltid og ikke det hele hvordan det er. Mitt ønske er at de alle steder lager mat på stedet. Det er vel ikke så lett det. Da må kommunen punge ut. Det går alltid ut på dette "ka koster det, ka koster det".</p>	<p>Det er noe helt annet å få middag fra eget kjøkken på sykehjemmet. Skulle ønske det var slik alle steder, men det handler nok om økonomi.</p>

Det er en oppfatning hos informantene at middag som serveres fra lokalkjøkken generelt smaker bedre enn det som kommer fra et sentralkjøkken med matutlevering. Noen av pasientene har tidligere vært på andre sykehjem både med og uten lokalkjøkken, og noen har bare vært på nåværende sykehjem der det enten er lokalkjøkken eller levering fra sentralkjøkken. Det er i hovedsak pasientene på korttidssykehjemmet som er mest fornøyd med middagen, og der får de middag fra sykehjemmet sitt kjøkken. Det er også en pasient på de andre sykehjemmene som uttrykker at han er godt fornøyd med middagen, men hos de

andre er det mer varierende svar. Informantene har en oppfatning om at når maten kommer fra sentralkjøkken så er en del av maten er god, men mye kunne vært bedre. Både kjøtt og fisk kunne vært bedre, men også at poteter og grønnsaker ikke er godt nok tilberedt. Pasient 2 uttrykker det slik:

P: Enkelte steder er det jo nesten umulig å spise middagen for man klarer den ikke. Så det er det veldig stor forskjell på.

I: Ja. Det kan vel variere fra sted til sted og fra dag til dag kanskje og?

P: Veldig fra sted til sted. Ihvertfall middag. Særlig middag. Det er veldig stor forskjell der maten blir laget på institusjoner og det som blir laget på stedet. Kjempeforskjell.

En informanter kommenterer at han er usikker på om personalet vet hvordan de skal varme maten på best mulig måte når den leveres fra sentralkjøkken. At posene med mat varmes i det han oppfatter som en microbølgeovn, og jeg tolker det som at han mener det kan forringe kvaliteten på maten som leveres:

P: Nei. Det er stort sett vanlig kost altså. Men det eneste eg gjerne ikke er fornøyd med det tror eg er den der... Det er jo sånn halvfabrikata vi får sant. Så blir videre befordret her på kjøkkenet, eller oppvarmet då stort sett.

I: Ja.

P: Og så vet eg jo ikke ka slags grunnlag de har disse så.. det er jo ikke bare til å sprette opp disse plastposene og boksene og så tømme de inn og så få de i.. enten det er no i ..den derre.. eg holdt på til å si i den der forbaskede microbølgeovnen eller nokke annet sånt. Så sånn sett så må man bare nøye seg med det som er menne... .

(pasient 9)

En annen informant bemerker at de som tar beslutninger om mat på sykehjemmene burde få mer enn et prøvemåltid for å se hvordan maten smaker på sykehjemmet:

P: Nei, det e bare sånn enkelte spesielle steder der det har vært riktig ille. Så jeg er litt ergerlig over at de som skal bestemme hva man skal spise at de kommer og får et prøvemåltid. De får ikke det hele hvordan det er.

I: Ja.

P: Og det kan være veldig veldig vanskelig syns jeg. Men så e det det å få...alle steder kan jo ikke ha kjøkken heller. De må ha sånne felles stort kjøkken som de samler all maten i og... tar det opp i plastikkposer og.. (latter)

I: De sier ihvertfall de må ha det sånn. Men du skulle ihvertfall ønske at det ikkje var sånn?

P: Nemlig. Det skulle jeg ønske.

I: Hvis du fikk bestemme så var det ikkje sånn?

P: Ja ihvertfall sånn som man lager det på stedet. De kan jo ikke det for... de kan jo ikke lage all maten selv alle steder. Det kan de ikke. (pasient 2)

Informantene uttrykker at det trolig har med budsjetter og anbud å gjøre at middagen ikke lages på eget sykehjem. At det trolig er et spørsmål om økonomi at mange sykehjem ikke har eget kjøkken. I noen utsagn mener jeg det ikke kommer helt tydelig frem at det gjelder økonomi, men at det er det som ligger til grunn når en ser helheten pasienten sier:

P: No er jo det.. det er jo noe som er i avisen i dag og som er oppslag til budsjetter og fordeling neste år, og så går det utover de eldre sin situasjon å sånn. De skal forsøke å redusere det og redusere det og redusere det. Eg har ikkje lest alt i sin helhet, men det går jo igjen. Det er jo en fare med det. Det er en fare med det. Det er krefter utenfor så, så råder gjerne større. Eg vet ikkje om eg uttrykker meg rett.

I: At det kan påvirke maten på sykehjemmet då kanskje?

P: Ja,ja,ja. I og med det alltid går ut på dette. Ka koster det, ka koster det? Det er jo det det der, det knyter seg altså. Det er jo det der som ligger hele tiden, sant. Men sånne ting er det, du kan jo ikkje snakke om det her ute. Folk er vekke. (pasient 9)

5.3 Sykehjemspasienter har begrenset mulighet til å velge hvem man kan spise sammen med og hvor

Et gjennomgående tema hos informantene er det sosiale rundt måltidene. Noen trekker frem at de savner den sosiale kontakten, noen vil helst være for seg selv, og noen er for dårlige til å i realiteten ha et valg. På de tre sykehjemmene har de kombinert stue og kjøkken, men pasientene benevner det stue der de spiser slik at jeg velger å gjøre det samme. Informantene kommenterer at personalet helst ønsker at de skal komme ut og spise hvis de kan, men at de kan velge å sitte på rommet hvis de ønsker det. Det er en gjennomgående oppfatning at mange pasienter av ulike årsaker får maten inn på rommet, og at en god del av pasientene som spiser på stuen enten er dement eller har andre sykdommer som gjør at det ikke er lett å ha en samtale med dem. I tillegg blir det gitt uttrykk for at de ikke kan velge hvor de vil sitte med bordet. Koden deles inn i tre subgrupper.

5.3.1 Av ulike grunner ønsker jeg å få maten på rommet

Kondensat	Gullsitat
Jeg synes det er få som kommer inn og spiser. Det er mange sengepasienter. Jeg tenker at de er på rommet fordi de ikke er så god til å gå. Maten blir laget på kjøkkenet. De ansatte tar med seg trallen og går på rommene. Og det er helt greit. Jeg synes at sånn må det i grunnen være. Når jeg har spist på rommet så smaker det like	Nå når jeg har falt og er sengeliggende er det best å få maten inn på rommet. Når jeg er oppegående velger jeg det også hvis jeg vil ha fred og ro eller se på TV.

<p>godt på rommet som på stuen. Jeg liker best å sitte på rommet å spise. Å spise med fremmede mennesker det syns jeg er litt vanskelig. Jeg blir litt urolig på stuen, så det er bedre i fred og ro. Det er ikke så lett å komme inn nå når jeg har hatt det fallet. De fleste dager er jeg sengeliggende, men når jeg kommer opp så vil de helst at jeg kommer inn og spiser. Men jeg kan få spise på rommet hvis jeg heller ønsker det. I går så fikk jeg maten inn på rommet, for jeg hadde magetrøbbel. Det var veldig greit. Og noen ganger hvis jeg vil se noe på TV så får jeg maten inn på rommet.</p>	
---	--

Det fremkommer av kondensat og gullsitat i tabellen over at det er mange pasienter som får maten inn på rommet av ulike grunner. Noen påpeker at pasientene kanskje har vansker med å gå, eller er sengeliggende og for dårlige til å komme inn i stuen. En informant formidler at de er mellom tre og fem pasienter på stuen til måltidene, og på den avdelingen har de seksten sengeplasser. Hvis alle rommene har pasienter på det tidspunktet så er det da veldig mange som av ulike grunner får mat på rommet. De som spiser på stuen ser at de ansatte gjør klar en tralle med mat og tar den med på runden når de serverer pasientene på rommene:

P: Men der e veldig få som går inn og spiser for det er sengepasienter.

I: Ja. Då får dei mat inne på rommet?

P: Jada. Då tar de trallen med seg og går på rommet.

I: Ja og så er dåke noken som sitte på stua og spise sammen?

P: Ja noen måltider e vi tre, og andre kan vi no være fem. Det e jo lite, men det e jo ikkje fordi at ikkje de vil sitte der. Det er jo fordi de er dårlige. (pasient 5)

Informantene sier at de stort sett kan velge å spise på rommet hvis de selv ønsker det. Noen har fysiske årsaker som gjør at de ikke vil spise med andre, og noen uttrykker at de slapper mer av og får et roligere måltid når de spiser for seg selv og ikke med fremmede mennesker. Andre uttrykker at når de har gjester så vil de spise på rommet, eller hvis det er noe de vil se på TV. De ulike ønskene blir vanligvis akseptert av de ansatte. Pasient 2 sier det slik:

I: Får du lov å velge om du vil spise på rommet eller om du vil spise sammen med de andre?

P: Ja det kan jeg velge. Men jeg liker jo best å sitte på rommet å spise.

I: Kan eg spørre om korfor du liker det?

P: Jo fordi atte det kommer jo akkurat an på hva man feiler. F.eks. nå når jeg har hatt et fall og jeg fikk det veldige slaget så e det jo ikke så veldig vanskelig.. det e jo bare å se på et øye. Å liksom snakke og spise med fremmede mennesker, jeg synes det e litt vanskelig.

I: Ja. Så det e mest for å skjerme deg sjølv egentlig at du ønsker å spise for deg sjølv?

P: Ja. Jeg syns det. Jeg blir litt urolig, så det er bedre i ro og fred.

Noen informanter uttrykker at maten smaker like godt eller dårlig enten de spiser aleine på rommet eller i stuen. Pasient 7 sier:

P: Hvis eg har lyst å spise her, så kan eg be om å få maten inn her. Det går veldig bra.

I: Ja.

P: Men eg spiser helst sammen med de andre.

I: Ja, du liker best det. Tror du at du spiser bedre når du spiser sammen med de andre, eller er det det samme?

P: Nei det blir no omtrent det samme.

En sengeliggende pasient er noen dager oppe i rullestol. Når han er oppe i rullestol spiser han enten på rommet eller i stuen. Han sier at maten smaker det samme om han spiser i sengen eller sitter oppe i rullestol:

I: Spiser du like godt når du ligger som når du sitter? Eller merker du noe forskjell på det?

P: Nei.

I: Det er det samme. Ja. Det e ikkje vanskeligere å spise når du ligger? (Pas oppfatter jeg som å bekrefte uten å si ja). (pasient 6)

5.3.2 Vil ikke sitte alene å spise

Kondensat	Gullsitat
Det er lagt opp til at vi skal spise på stuen. Det passer fint for jeg liker helst å spise på stuen sammen med de andre. Jeg liker litt sånn sosialt. Det er kjekkest å gå inn og få det med bordet. Å sitte aleine. Nei, det ønsker jeg ikke. Vil ikke sitte aleine her i sengen å spise. Så får jeg samtidig sett litt andre omgivelser. Jeg føler ikke at middag og frokost skal være på soverommet hvis du er oppegående. Maten smaker ikke det samme på soverommet. Jeg synest jeg spiser bedre sammen med de andre.	Vi skal helst spise på stuen, og det passer meg fint. Jeg liker litt sosialt og sammen med de andre spiser jeg også bedre.

Flere informanter uttrykker at de oppfatter det som om personalet ønsker at de skal spise på stuen sammen med andre, og en del informanter uttrykker at det er det de helst ønsker selv

også. De trives med å være med andre mennesker, og synes ikke det er greit å spise mat på soverommet for seg selv når de klarer å komme seg inn på stuen enten alene eller med hjelp. Pasient 1 uttrykker det slik:

I: Kan du velge kor du vil spise? Om du vil spise på stuen eller på rommet?

P: Nei...eg likar jo litt sånn sosialt då.

I: Ja.

P: Eg likar helst å spise på stuen sammen med andre. Vil ikkje sitte aleine her i sengen å spise. Det syns eg ikkje noe særlig om nei.

Noen poengterer at så lenge de er frisk nok og har mulighet til å komme inn på stuen så ønsker de å spise der sammen med andre. Det er ikke riktig for dem å spise på rommet der sengen er. At det blir som å spise på soverommet. Informantene som vil spise sammen med andre uttrykker også at de synes maten smaker bedre når de spiser sammen med andre.

Pasient 4 sier det slik:

I: Kan du velge kor du vil spise? Om du vil spise her eller på stuen eller?

P. Jada det kan eg. Men eg velger å gå og spise inne i spisesalen.

I: Ja. Kan eg spørre hvorfor du vil spise der inne?

P: Nei eg føler ikkje atte middag og frokost skal være på soverommet. Hvis du er oppegående.

I: Nei. Så det kanskje at du har flere rundt deg at det.. er kjekkere. Har det noe å si?

P: Å sitte åleine. Nei.

I: Nei.

P: Nei eg har ikkje prøvd så mykje det då men eg har jo fått når eg var operert og sånt at eg fikk inn på soverommet. Men det smaker ikkje det samme. Nei.

5.3.3 Ikke så mye selskap

Kondensat	Gullsitat
<p>Vi blir jo oppfordret hele tiden til å gå inn og være sosial. Der er nesten ingen å snakke med, for de er dement hele gjengen omtrent. Når vi bare er to stykker som ikke er dement så er det jo ikke så veldig mye selskap der ute. Vi sitter litt langt fra hverandre, men vi har nå kontakt likevel. Det er ikke så mange som kan snakke. Mange forstår ikke hva jeg sier, og jeg forstår ikke hva de sier. Det er en veldig stille forsamling. De sosiale samtale og den kontakten savner jeg. Jeg har forsøkt å snakke med noen nye mannfolk, men du får ikke svar fra noen. Jeg har også sett at det er noen som spiser på servietten, men det ble orden på det raskt. De sier det er seksten sengeplasser her, men vi er på det meste fem personer ute og spiser til måltidene. Noen som sitter på stuen må ha hjelp med maten. De mater de med skje hvis ikke de klarer det selv.</p>	<p>Det er nesten ingen å snakke med. De er dement eller har andre ting som gjør at de ikke kan føre en samtale. Vi er veldig få som spiser på stuen, og noen av dem må ha hjelp.</p>

Selv om mange informanter ønsker å spise på stuen, så kommenterer de at det ikke er så mange de kan prate med. De uttrykker at mange pasienter er dement eller har andre hindringer som gjør at de ikke kan snakke med dem. En informant forteller at de er to personer som ikke er dement på avdelingen, men at de ikke spiser på samme bord. Hun

velger likevel å komme inn og spise med de andre og sier hun føler seg litt til nytte for noen av de andre pasientene:

P: Ja jeg blir jo oppfordret da hele tiden til å gå inn på stuen og være litt sosial. Men eh du vet når vi er to stykker som ikke er demente, så er det jo ikke så veldig mye selskap der ute vet du. Ja, det er jo ikke det.

I: Ja. Men spise du av og til her inne og?

P: Nei da må det være noe veldig spesielt at jeg gjerne vil se ferdig noe i fjernsynet eller noe sånt noe. At jeg ber om å få det inn her. Og så dessuten så har jeg jo godt av å reise meg litt opp og ned og gå ut og inn. Ja, det har jeg jo absolutt. Så bare for den lille mosjonen sin skyld så gjør jeg det, og for å se litt andre omgivelser. Ikke bare rommet her. Ja, så går jeg inn. Så det er nå greit nok. Men selvfølgelig for menneskene så kan det jo være litt artig å se hvordan det går med dem da. Selv om de er aldri så demente. Så kan det jo være det. Alle mennesker har en viss verdi allikevel. Ja, det har de. Og det er jeg fullt klar over. Og så.. og jeg vet at hun som sitter ved siden av meg hun synes det er veldig hyggelig at jeg kommer inn og sitter ved siden av henne. Og det også driver meg littegranne da til å gå inn.

I: Ja. Då er dåke ihvertfall to.

P: Ja vet at jeg kan være litt til nytte for noen da.. så er det også veldig greit. Og så har jeg som sagt en til som er helt i orden da. Uten demens. Og det er jo veldig kjekt. Vi sitter litt langt fra hverandre, men det er nå sånn. Vi har nå kontakt allikevel da.
(pasient 10)

For informantene virker det som et savn at det er så få pasienter det er mulig å føre en samtale med. Flere informanter sier at de liker å snakke med andre, og at det er få pasienter de kan ha en samtale med:

P: Eg synes det e veldig lite sosiale samtaler. Eg savner egentlig det.

I: Du savna den sosiale biten?

P: Ja eg savner den kontakten og det pratet der om ting. Det gjør eg faktisk. (pasient 1)

Noen poengterer at de prøver å komme i kontakt med andre pasienter. Men flere sier at det både kan være vanskelig å forstå medpasienter og at noen pasienter ikke klarer å snakke:

P: Jeg kan spise hvor jeg vil. Jeg kan spise på den spisesalen, jeg kan spise i en annen spisesal og den er delt opp i A og B. Jeg tror menyen er det samme. Vi har hatt dager her. 17.mai, julaften og sånn. Sitter alle og spiser. Under hele måltidet blir det ikkje sagt et ord. Da slår jeg gjerne på glasset og snakker litt om høytiden.

I: Ja.

P: Ja spør du de gamle bortover, så får du ikkje svar fra de. Du får ikkje svar. Jeg har forsøkt. Det er kommet to mannfolk inn og jeg har forsøkt å bli venner med de. Men du får ikkje svar fra noen. (pasient 15)

På flere avdelinger er det pasienter som ikke kommer ut til måltidene men spiser på rommet, og flere av de pasientene som er på stuen må ha hjelp av personalet med maten.

Pasient 11 sier det slik:

P: Eg vet ikkje. Der er jo enkelte som blir matet vet du.

I: Ja.

P: Ja. Men her er de flink å hjelpe de. Putte inn i munnen på de, de som ikkje klarer å spise selv.

I: Ja, så bra.

P: Det har eg lagt merke til. Eg følger med liksom. Og enkelte har en fantastisk appetitt.

5.4 Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider

Kondensat	Gullsitat
Jeg kan ikke spise når jeg vil, da vil jeg forstyrre hele opplegget deres. Det har jeg ikke samvittighet til. Hvis jeg trenger noe ekstra mat så har jeg litt i skuffen. Det er ikke all maten jeg liker, men jeg føler ikke at jeg kan forlange noe annet. Jeg får ta det jeg får eller hoppe over måltidet. Må være fornøyd med det jeg får. Spiser heller litt mindre. Jeg spør ikke om å få noe annet enn det jeg får, men det hender de kommer med noe alternativ. Det ville nok være mye ekstraarbeid. De har det allerede travelt på kjøkkenet og plenty å gjøre. Det går på hogg og belegg mange ganger.	De ansatte har det allerede travelt og jeg har ikke samvittighet til å forlange noe. Jeg må være fornøyd med det jeg får.

Jeg blir noe overrasket over at det er gjennomgående at informantene sier at de ikke spør om alternativ mat. Blant annet spør de ikke om å få et alternativ når det er mat de ikke liker. De spiser heller litt av den maten de får eller hopper over måltidet. Noen har litt egen mat de kan spise istedenfor. Hvis de blir tilbudt noe ekstra mat sier noen at de takker ja til det, andre sier at de ikke alltid ønsker noe ekstra:

I: Og så lurer eg litt på den selvbestemmelsen. Har du noe mulighet for å velge hva du vil spise og drikke?

P: Eg vet ikkje ka eg skal svare på det, for du skjønner at eg har.. eg føler det at eg kan ikkje forlange nokke.

I: Nei.

P: Eg føler det sånn. Eg får ta det eg får. Og er det noe som eg ikkje liker så lar eg være å spise det.

I: Og du spør ikke om noe annet hvis ikke du liker det?

P: Nei ikke hvis ikke de kommer med noe. (pasient 8)

Pasientene ber ikke om å få mat annen type mat enn det som serveres, og heller ikke om å få mat utenom måltidene. De mener det vil forstyrre rutinen i avdelingen og være ekstra arbeid for pleierne. De fleste holder seg til det som skal være og vil ikke forlange noe ekstra:

I: Syns du at du kan velge når du vil spise? Kortid du vil spise?

P: Nei, det har jeg ikke inntrykk av at en kan gjøre. Nei da vil det forstyrre hele opplegget deres. Nei det har jeg ikke samvittighet til å mase om en gang, nei. (pasient 10)

Pasient 6 sier det slik:

I: Tror du at du hadde fått noe annet hvis du hadde spurt?

P: Ja.

I: Ja. Men du velger å ikke gjøre det. Ja. (Pas bekrefter med mimikk) Du er fornøyd (latter) delvis fornøyd? (tolker pas sitt ansiktsuttrykk til å ikke være helt fornøyd.)

P: Ja de har plenty å gjøre.

I: Ja. Det e det du tenker på? Ja. Så du vil ikke være til byrde egentlig då?

P: Nei.

6.0 Diskusjon

Bakgrunnen for denne studien var å se på om sykehjemspasienter hadde en opplevelse av å ha selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke. Jeg vil i diskusjonen se på funnene i lys av teori, bakgrunnsinformasjon og lovverk. I studien fant jeg at sykehjemspasienter har selvbestemmelse på en del områder. Informantene formidler at de har mulighet til å få servert nesten alle varianter av drikke. Brødmåltidene gir de uttrykk for at ikke er så verst fordi de har mulighet til å velge ulike typer brød og mange ulike varianter av pålegg. Det er også en gjennomgående oppfatning at de selv kan velge om de vil spise på rommet eller på stuen, selv om de uttrykker at personalet helst ønsker at de spiser på stuen hvis pasientene har mulighet til det.

Et gjennomgående fenomen i studien er at sykehjemspasienter med dårlig matlyst har større behov for variasjon i maten og ulike alternativer innen mat. Det kommer også frem at sykehjemspasienter ikke opplever å ha selvbestemmelse på hva de skal spise til middag. Det serveres en rett til middag, og de får ikke delta når menyene lages. Informantene har heller ikke mulighet til å velge om maten skal lages på lokal- eller sentralkjøkken. Funnene viser at sykehjemspasientene har begrenset sosial bestemmelse. De kunne ikke velge hvem de skulle spise sammen med eller hvor de skulle sitte. Et gjennomgående funn som gikk igjen i hele datamaterialet var at informantene opplevde at de hadde noen valg når det gjelder mat og drikke, men de valgte å ikke benytte seg av dem. De ville ikke være til bryderi for personalet og spiste heller litt av det som ble servert enn å be om noe alternativ.

6.1 Matlysten påvirker om jeg liker maten eller ikke

Fem av informantene i studien uttrykte at de hadde god matlyst, og ti informanter formidlet at de hadde dårlig matlyst. Informantene med god matlyst ytret seg mer positivt om maten enn de med dårlig matlyst. Dette vil jeg se nærmere på i de to neste delkapitlene.

6.1.1 Ingenting i veien med matlysten

Informantene med god matlyst uttrykte i hovedsak at de ble servert god mat og at de stort sett spiste opp alt de fikk servert. Noen formidler at de spiser mer enn de har godt av. Det å ha god matlyst ser ut til å påvirke at en har mer lyst på mat enn om en ikke har god matlyst. Vanlig norsk kost som informantene formidler blir servert på sykehjemmene, ser ut til å være mer fristende for pasienter som har god matlyst.

Det er i hovedsak informantene på korttidsopphold som formidler at de har god matlyst. Bare en informant på langtids plass uttrykker at han har god matlyst. Sykehjemspasienter har ofte flere problemstillinger og kan ha behov for oppfølging i ulik grad. I 2011 er det ifølge iplos 40 % som har store hjelpebehov på korttids plass i motsetning til 80 % på langtids plass (Ramm, 2013, s. 98-99). Det kan si noe om at en del pasienter på korttidsopphold ikke har så omfattende hjelpebehov som på en langtids plass. Et omfattende hjelpebehov hos en pasient kan være uttrykk for at vedkommende har ulike sykdommer og generelt er skrøpeligere enn pasienter som ikke har så store hjelpebehov. Det å være skrøpelig er forbundet med funksjonsfall, og er en viktig faktor for utvikling av større hjelpebehov. Sykehjemspasienter har ofte nedsatt gripestyrke, redusert ganghastighet, utmattelse, ufrivillig vekttap og selvrapportert nedgang i selvstendighet i dagliglivets aktiviteter som er kjennetegn på det å være skrøpelig (Husebø et al., (u.å.), s. 14; Folkehelseinstituttet, 2014). Ut fra iplos sine tall om hjelpebehov, kan det se ut som at pasientene på korttids plass har mindre hjelpebehov og dermed trolig er mindre skrøpelige og har mindre vekttap. Det kan være en årsak til at de hadde bedre matlyst enn mer hjelpetrengende pasienter på langtids plass.

Alderen på korttidssykehjem er lavere enn på langtids plass. I 2011 var gjennomsnittsalderen på pasientene på korttidsopphold 81 år, mens den var 84 år for pasienter på fast plass (Ramm, 2013, s. 94). I denne studien er alderen på informantene høyere, 86 år på korttidsopphold og 92 år på langtids plass (tabell 1). Aldersforandringene hos mennesker er komplekse og det er mye en ikke har kunnskap om enda (Kirkwood, 2011, s. 64). Med økende alder pågår noen biologiske prosesser i kroppen som kan påvirke aldersrelaterte sykdommer (Kirkwood, 2011, s. 67). Sykehjemspasienter med lavere alder kan derfor være mindre sårbar og ha mindre alvorlige sykdommer. Pasienter på korttids plass er i

gjennomsnitt yngre, og lavere alder kan gjøre at de er mindre skrøpelige og dermed ha bedre matlyst.

Informantene med god matlyst etterlyste ikke mer variasjon i maten. De virket fornøyd med at det serveres normal norsk kost. Pasientene uttrykte i stor grad at de hadde selvbestemmelse, selv om de poengterte at det bare var en rett å velge til middag. Mulig det kan oppfattes slik av disse informantene fordi de stort sett liker det de fikk servert og ikke hadde et ønske eller behov for andre alternativer. WHO finner i en studie fra Belgia (Charles et al., 2019) at det er større sannsynlighet for å oppleve mindre selvbestemmelse hos pasienter med lav score innen ernæring. I min studie ble det ikke tatt noen målinger av pasientene, slik at en vet ikke hvilken BMI eller hvilken ernæringsmessig score disse pasientene hadde. Likevel kan det samsvare med funnene i dette studiet. Informantene med god matlyst spiser det som blir servert, gir uttrykk for å få i seg nok mat og gir inntrykk av at de har selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke.

6.1.2 Jeg er aldri sulten

De resterende ti informantene i studien uttrykte at de hadde nedsatt matlyst. En av informantene var på korttidsplass, de resterende ni var på langtidsplass i sykehjem. Gjennomsnittlig botid på langtidsplass på sykehjem er to år (Helsedirektoratet, 2017, s. 3). Når sykehjemmet er hjemmet deres over flere år er det viktig at de får opprettholdt den selvbestemmelsen de ønsker og får i seg det som er mulig av mat og drikke. Mat og drikke er som vi vet en forutsetning for liv og vekst. Det er med på å dekke mennesket sine grunnleggende behov for energi og næringsstoffer, fremme god helse og forebygge sykdom (Helsedirektoratet, 2012, s. 16). Hvis sykehjemspasientene får for lite mat og drikke over tid blir næringsinntaket for lite og det er fare for underernæring. Nedsatt matlyst dobler risikoen for underernæring (Husebø et al., (u.å.), s. 32). Hos sykehjemspasienter har mellom 10 % og 60 % underernæring (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). Informantene uttrykker at de har mistet interessen for mat og drikke. De spiser og drikker fordi de vet at de trenger det. Et tilsvarende funn finnes i studien til Van der Meij et al. (2015). De finner at det er forskjell på ønskene innen mat og drikke til de som har dårlig matlyst sammenlignet med de med god

matlyst. Pasienter med dårlig matlyst hadde andre valg enn de med god matlyst. Ved dårlig matlyst var det viktigere med tilpasset og variert mat og bruk av farger i maten.

Årsakene til at sykehjemspasienter har dårlig matlyst kan være mange. Informantene i studien uttrykker stort sett bare at de har dårlig matlyst, men noen sier det er fordi de er syke. En pasient sier hun har hatt slag og har svelgeproblemer, og en annen pasient sier han har problemer med magen. Som beskrevet tidligere er mange sykehjemspasienter sårbare og skrøpelige. Det kan igjen føre til at kroppen sine reserver blir redusert, og at en har mindre motstand mot sykdommer og skader (Folkehelseinstituttet, 2014).

Noen informanter trekker frem at de trolig har nedsatt matlyst på grunn av høy alder. Med høy alder tilkommer det noen normale aldersforandringer. Luktesansen er viktig for å oppleve smakene i mat, og den reduseres gradvis hos eldre. Cirka 75 % av personer i 80 årene har vanskeligheter med å kjenne igjen lukter. Smaksløkene endrer seg også. Terskelen for søtt stiger, og graden av smak oppleves som mindre med alderen. Dette kan være årsak til at sykehjemspasienter ønsker mer sukker og salt i maten enn de har brukt tidligere (Viidik, 2002, s. 191). Informantene i denne studien uttrykker flere ganger at maten smaker lite, og at de liker å be om ekstra salt til maten. En studie (Divert et al., 2015) finner at pasientene spiser mer når de får tilgang til flere typer tilbehør på bordet. I deres studie er det blant annet majones, sitron og tomatsaus på bordet slik at pasientene lettere kan smaksette maten selv.

Det går igjen hos informantene at for store porsjoner med mat forverrer matlysten deres. De kan miste lysten på å begynne å spise. Noen sier at de ber om en liten porsjon, men at de likevel får en større porsjon enn de ønsker. En informant kommenterer at han tror personalet har standard porsjoner på maten, og at alle får like mye. Studiet til Tuominen et al. (2016) finner også at pasientene uttrykker at de ikke har mulighet til å påvirke størrelsene på porsjonene.

Liten mulighet til selvbestemmelse kan medvirke til nedsatt matlyst. Informantene uttrykker at de har liten valgmulighet når det gjelder mat. Både til lunsj og til middag serveres det en rett. Det er to viktige måltider som kan gi mye næring til pasientene. Hvis informantene blir

tilbudt mat de ikke liker så vil matlysten naturlig nok bli redusert, og de vil spise mindre. En informant forteller at hun veldig ofte hopper over lunsjen hvis ikke det er noe veldig godt som er til lunsj. Til middag formidler også informantene at de bare har et alternativ, og hvis den retten ikke faller i smak så spiser de litt av maten og lar være å spise resten. At de eldre på sykehjem har lite valgmuligheter innen mat går igjen i flere studier (Abbey et al., 2015; Wang et al., 2018; Wang et al., 2020).

Informantene uttrykker at de kan få annen mat enn det som serveres. Blant annet kan de få skiver med pålegg eller stekt egg som alternativ til det som serveres. Hvis ikke de ansatte tilbyr dette til pasientene så velger de som regel ikke om å be om et alternativ. Informantene vil ikke være til bryderi. Det er en forutsetning at mennesket kan ytre seg og ha selvbestemmelse for å kunne dekke de grunnleggende behovene sine i følge Maslow (1943, s. 383). Informantene i denne studien velger i stor grad å ikke ytre seg om hva deres ønsker er, og da er det også vanskeligere å få dekket deres grunnleggende behov når det gjelder mat. Pasientene kan få økt selvbestemmelse ved å uttrykke seg i en inntakssamtale, være med å skrive matkort og ytre seg i brukerundersøkelser. Det er i Norge store forskjeller på om det utføres brukerundersøkelser, en tar inntakssamtaler, skriver matkort og lager ernæringsplan med pasientene viser funn fra studien til Isaksen et al. (2018, s. 147).

Dårlig matlyst kan som vi ser ha mange årsaker. Store porsjoner, liten variasjonsmulighet, redusert selvbestemmelse og aldring & sykdommer generelt. Er det mulig å bedre disse punktene informantene uttrykker for at de skal få bedre matlyst og ha mulighet til å få i seg mer mat? Flere av punktene går inn under pasienten sin selvbestemmelse. Å bestemme porsjonsstørrelse selv, kunne velge blant ulike typer mat og tilbehør og kunne be om å få servert alternativ mat. Informantene til Bailey et al. (2017) uttrykker flere ganger at de ønsker å bestemme over maten selv. Informantene i min studie ytrer også at de ønsker selvbestemmelse på flere områder enn det de oppfatter at de har.

For å fange opp hva sykehjemspasienter ønsker må helsepersonell være lydhøre og tørre å ta initiativ til å spørre pasientene hva de ønsker. De er ulike og opplever sine behov ulikt, og sykepleieren skal så godt som mulig hjelpe pasienten å dekke de grunnleggende behovene for mat og drikke slik pasienten selv ønsker det (Henderson, 1997, s. 16). Reformen «Leve

hele livet» (Meld. St. 15 (2017- 2018)) setter fokus på tiltak som kan gi sykehjemspasienter større mulighet til å velge hva de vil spise. Blant annet at pasienter skal ha mulighet til å velge hva som skal være på middagsmenyen. Når en vet at nedsatt matlyst dobler risikoen for underernæring (Husebø et al., (u.å.), s. 32) er det svært viktig for sykehjemspasienter at det både på individ- og systemnivå gjøres endringer slik at de kan få økte valgmuligheter når det gjelder mat.

6.2 Begrensede valgmuligheter for sykehjemspasienter når det gjelder mat

Informantene i studien uttrykte at de hadde noen valgmuligheter innenfor området mat og drikke på sykehjemmet. I hovedsak var det til brødmåltidene og det at de kunne velge forskjellige typer drikke de uttrykte selvbestemmelse rundt. Et gjennomgående funn var at de bare kunne velge en rett til middag. De kunne heller ikke velge hvor middagen skulle lages, på sentral- eller lokalkjøkken. Det kommer frem at informantene foretrekker at middagen blir laget på lokalkjøkken, da de har erfaring med at maten smaker best når maten lages på sykehjemmet.

6.2.1 Bare en rett til middag

Informantene i studien bemerker at de ikke kan velge hva de skal spise til middag. Flere påpeker at middagen er hovedmåltidet. Lunsj på de tre sykehjemmene i studien serveres også bare som en rett, men det er informantene ikke opptatt av. Det at de uttrykker at det bare er en rett å velge i er uavhengig om de hadde god eller dårlig matlyst. I intervjuene blir sykehjemspasientene stilt spørsmål om hva de helst vil ha å spise, og det går igjen at de svarer ulik type middagsmat. Noen svarer at de liker fisk, andre informanter foretrekker kjøtt. Det kommer tydelig frem at det er ulike preferanser hos de ulike informantene. At den samme maten oppleves ulikt hos de ulike pasientene gjør det vanskelig å tilfredsstillе alle pasientene sine ønsker og behov. Det kommer også frem i studiet til Bailey et al. (2017). Den samme maten opplevdes ulikt hos de ulike pasientene, og det var derfor vanskelig å tilfredsstillе alle pasientene sine ønsker og behov.

Sykehjemspasienter er i en sårbar og spesiell situasjon slik at det vil kreve et spesielt fokus for at pasienter skal oppnå selvbestemmelse på områder som er viktig for dem (Agich, 2003, s. 2). 80 % av pasienter på langtids plass har store hjelpebehov, og cirka 75 % av sykehjemspasientene har en form for kognitiv svikt eller demens (Ramm, 2013, s. 98-99). Dette gjør at pasientene i liten grad har overskudd og kapasitet til å kunne tale sin egen sak om hva slags ønsker de har for mat og drikke på sykehjem. Wang et al. (2020) poengterer viktigheten av at vi helsearbeidere er pasientene sine advokater og må hjelpe pasientene å tale deres sak slik at de har mulighet til flere valgmuligheter og god service. Som det er spesifisert i sykepleierne sine yrkesetiske retningslinjer skal vi engasjere oss i sosial-og helsepolitisk utvikling (NSF, 2019, pkt. 6). Har vi da sviktet sykehjemspasientene fordi de ikke har valgmulighet innen middag?

Min forforståelse av hvilke muligheter sykehjemspasienter hadde var at de hadde et godt og variert tilbud, og kanskje flere helsearbeidere har samme oppfatning. Jeg vet at de blir tilbudt andre alternativer på min arbeidsplass. Men det er som informantene uttrykker som regel en skive, et speilegg eller tilsvarende. De har ikke mulighet til å velge en annen middag. Vi er i år 2021, og på veldig mange områder har mennesker i Norge og verden for øvrig valgmuligheter. På sykehjem er det i dag stort sett ikke mulig å velge blant flere retter til middag, og heller ikke til lunsj selv om informantene i hovedsak ikke har fokus på dette måltidet. Informantene er forsiktige i sine ønsker. De ønsker seg bare to alternative retter. Ikke mange ulike retter å velge mellom. Bare 16 % av pasienter på sykehjem i Norge kunne ifølge Aagaard (2008) velge mellom to eller flere retter til middag. I det samme studiet kom det også frem at det ikke var vanlig at pasientene var med på å bestemme hva som skulle være på menyen. Studiet til Wang et al. (2020) fant at det ble servert to alternative middager, men at det var liten variasjon på menyen fra uke til uke.

At det var en sammenheng mellom det å kunne velge mat og påvirkning på pasientene sin autonomi og livskvalitet kom frem i studien til Wang et al. (2018). De formidlet at dette ikke har endret seg de seinere tiårene selv om det i en del land har vært noe fokus på det. De konkluderte med at det fortsatt var mangel på valg av mat for sykehjemspasienter. Abbey et al. (2015) kommer til en lignende konklusjon og fremhever at pasientene har få valgmuligheter som igjen kan være medvirkende årsak til at pasienter blir underernært.

Crogan et al. (2015) gav pasientene mulighet til å velge hvilken mat de ønsket, og de fikk være med på å utvikle menyen. Dette gjorde at pasientene spiste bedre, var med på å hindre underernæring og førte til at pasientene var mer fornøyde med maten. Et så enkelt tiltak som å gi pasientene flere alternative tilbehør til maten var med på å øke inntaket av mat hos de eldre viste det seg i studiet til Divert et al. (2015).

Informantene formidler at selv om de ønsker å ha flere retter å velge mellom til middag, så uttrykker de at det trolig ikke er mulig. Pasientene ser at det vil kreve ekstra ressurser fra personale med å ta bestilling, kjøkkenet må lage ulike retter og de må sende flere retter fra kjøkkenet. Pasientene er en del av et fellesskap på sykehjemmet, og de er oppvokst i første del av 1900 tallet da individualismen ikke stod så sterkt som i dag. Sykehjemspasientene er oppvokst med å være en del av et fellesskap og innordne seg etter det. Mennesket sin vilje og økende krav til ikke å ville innordne seg og gi avkall på egne ønsker (Beck, 1997, s. 111) gjelder trolig i mindre grad hos sykehjemspasienter både fordi de er avhengig av fellesskapet og er vokst opp med å innordne seg etter fellesskapet sine ønsker og behov. Brandburg et al. (2013, s. 868-869) sine informanter benyttet ulike strategier for å tilpasse seg fellesskapet på sykehjemmet. Blant annet at pasientene ønsket å gjøre det beste ut av situasjonen de var i, hvis det var noe de ikke kunne endre så lot de det bare være. Pasientene opplevde at de måtte være tålmodige og fleksible siden de ikke var alene på sykehjemmet. Dette kan være medvirkende årsak til at pasientene ikke kommer med direkte ønsker om en alternativ rett til middag.

Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1 (1999) påpeker at pasientene så langt som mulig skal være med på å utforme sitt eget tjenestetilbud. Regjeringen ønsket å øke sykehjemspasientene sin selvbestemmelse ved å gjennomføre reformen "Leve hele livet" (Meld. St. 15 (2017- 2018)). Et av fokusene reformen har er på mat og måltider og at pasienten skal ha økt valgfrihet innen dette området. Det er kommunene som skal implementere denne reformen som skal være slutført i 2024. Intensjonen er at det skal være likere vilkår for alle eldre på sykehjem uansett hvor de bor, og at kommunene skal kunne bruke de beste tiltakene vi har kunnskap om. Et av de tiltakene de viser til er Gloppen omsorgssenter i Sandane kommune som lager menyer i samarbeid med pasientene, og

menyen byttes ofte ut. Det er også mulig for pasientene å velge alternativ til hovedretten hver dag. Arbeidet med å få dette på plass har vært godt forankret hos ledelsen i kommunen (Forbrukerrådet, 2017).

Et annet tiltak reformen viser til er at flere kommuner har innført elektroniske løsninger for å kunne bestille mat til hjemmeboende pasienter. Trondheim og Namsos er blant disse. Pasientene kan selv velge meny, velge porsjonsstørrelser og kombinere forskjellige retter. Dette kan bidra til at pasientene får mer selvbestemmelse over hva de spiser og kan bestille det de ønsker å spise (Meld. St. 15 (2017- 2018), s. 112). En slik løsning kan trolig være mulig å benytte også for sykehjemspasienter, men med noen modifikasjoner.

Det er utviklet en applikasjon: Appetitus. Den er en del av et innovasjonsprosjekt ledet av Universitetet i Oslo. Denne appen har bilder av ulike retter til alle måltider. Også ulike typer drikke. Appen skal være attraktiv, brukervennlig og lett å bruke for personer med liten digital erfaring, og passe til de fleste uansett fysisk eller kognitiv funksjonsevne (Universitetet i Oslo, 2020). Jeg har selv lastet ned denne applikasjonen for å se om den kan benyttes hos sykehjemspasienter. Appen viser bilder av ulike retter til alle måltider, også ulike drikke. Førsteintrykket er at den er lett å bruke, men på denne applikasjonen er det mange alternative retter. For at det skal være praktisk mulig å gjennomføre må det trolig gjøres modifikasjoner for at det skal kunne være et godt samarbeid mellom kjøkken, pasienter og helsepersonell. Bildene kan uansett benyttes til inspirasjon for pasienter for å se om det er noe annet enn det som serveres de kunne ønske å spise. Det kan også være et hjelpemiddel for helsepersonell og pårørende i samtale med pasienter om mat og drikke.

Brukermedvirkning på individnivå kan være en inntakssamtale (Isaksen et al., 2018, s. 147). I en slik samtale kan en forhøre seg om det er noen spesielle ønsker pasienten har og hva de liker best å spise og drikke. Informasjonen må oppdateres jevnlig. Min erfaring er at hvis det først skrives et matkort på en pasient så kan det ende opp med at pasienten får det vedkommende informerte om ved inntak videre under oppholdet. De aller fleste har ønske om variasjon i maten og det er viktig at vi i vårt daglige arbeid kommuniserer med pasienten hvis det er mulig slik at de får økt selvbestemmelse når det gjelder mat og drikke. Det at sykehjemspasienter svarer på brukerundersøkelser er også brukermedvirkning. 25 %

av sykehjemmene hadde brukerundersøkelser med fokus på mat. Brukerundersøkelser med fokus på mat var ønsket av 58 % av kjøkkenene, mens 44 % av sykehjemmene ønsket at det skulle innføres (Aagaard, 2008). Dette viser et stort sprik mellom de som utfører brukerundersøkelser og de som ønsker å gjennomføre det. Så her er det forbedringspotensial.

Å utføre valg elektronisk eller på annen måte til ulike måltider kan være vanskelig for sårbare sykehjemspasienter. Når vi vet at rundt 80 % har et stort hjelpebehov på langtidsplass (Ramm, 2013, s. 98) så vil nok en stor andel av disse ha behov for enten støtte og hjelp for å komme med sine ønsker. En andel av pasientene vil trolig også være så skrøpelige at de ikke har mulighet til å gjennomføre dette valget. Pårørende kan i noen tilfeller være behjelpelig. Hva pasientene ønsker, og deres tilfredshet kan da være mulig å få svar på. Ut fra svarene kan en gjøre endringer slik at pasientene kan oppleve å ha selvbestemmelse og ha mulighet til å få flere alternativer innen mat og mer variasjon i det som serveres.

6.2.2 Maten smaker best fra lokalkjøkken

Det er et gjennomgående tema hos informantene at maten som kommer fra sentralkjøkken ikke er like god som maten som kommer fra lokalkjøkken. Flere informanter har vært på andre sykehjem tidligere og sammenligner maten de har fått de ulike stedene, og de uttrykker at maten smaker best når den er laget på lokalkjøkken. Noen uttrykker at maten noen ganger nesten ikke er spisende fra sentralkjøkken, men andre informanter mener at det varierer. Pasientene er ulike og har forskjellige ønsker for maten så det vil nok oppfattes ulikt av den enkelte. Likevel uttrykker informantene i hovedsak at maten er best når den lages på lokalkjøkken. Tilsvarende funn finner også Wang et al. (2020). Noen av informantene deres kjenner forskjell på maten når den kommer i bakker til sykehjemmet og ikke er fersk.

Informanter i denne studien formidler at det er omtrent det samme på menyen fra uke til uke slik at det er lite variasjoner fra sentralkjøkkenet. Pasientene på korttidsavdeling som har lokalkjøkken påpeker ikke dette, og det kan muligens komme av at de er så kort tid på

sykehjemmet at de ikke oppfatter at det samme går igjen på menyen. Disse informantene er gjerne bare på korttidsopphold i tre uker selv om det er stor variasjon i hvor lenge oppholdet varer. I studiet til Wang et al. (2020) kommer det også frem at deres informanter mener det er lite variasjon i menyene.

Sykehjemspasientene er usikre på om de ansatte på avdelingene har god nok opplæring i hvordan de skal tilberede maten som blir levert fra sentralkjøkken. En pasient er bekymret for om de ødelegger maten når de legger den i mikrobølgeovn eller tilsvarende til oppvarming. Informantene uttrykker at det er halvfabrikata som sendes til avdelingene og varmes opp der.

Informantene kommenterer konsistensen på maten. Noen ganger er det for lite eller for mye kokt, og kjøtt kan en del ganger være seigt eller hardt slik at det er vanskelig å få i seg. Noen informanter kommenterer at potetene ofte har en hinne utenpå som ikke er spiselig og som gjør det vanskelig å dele opp potetene med kniv. I dette studiet kommer slike kommentarer fra informanter som får mat fra sentralkjøkken, men utvalget er lite slik at det ikke er mulig å konkludere med at dette kan generaliseres til alle sykehjem som får mat fra sentralkjøkken. Det er trolig ikke alle pasienter som får mat fra lokalkjøkken som alltid er fornøyd med maten heller, men i denne studien er de fem pasientene fornøyd med maten fra lokalkjøkkenet. De sier de får servert normal norsk kost.

At pasientene i hovedsak ønsker mat laget på lokalkjøkken påpeker flere av informantene kan være vanskelig på grunn av økonomiske prioriteringer hos kommunen. Informantene uttrykker at det er et politisk og økonomisk spørsmål hvor maten lages. Det bemerkes fra en informant at de som bestemmer over maten på sykehjem trolig bare får et prøvemåltid før de bestemmer hvem som skal lage mat på sykehjemmet, og ikke ser helheten som leveres sykehjemmene uke etter uke. Informantene i studiet til Bailey et al. (2017) uttrykte at maten og valgene omkring det ikke skulle styres av politikk, men av pasientene selv. Organisatoriske årsaker som økonomi, organisering og holdninger og kunnskaper hos ansatte var noe Wang et al. (2020) mente kunne bedre forholdene for pasientene innenfor området mat og drikke.

Som en informant uttrykker så er det ikke lett å diskutere dette temaet med medpasienter. De fleste pasienter sier ifølge informantene lite og svært mange av pasientene er ikke mulig å kommunisere med. Når vi vet at cirka 75 % av de eldre på sykehjem har en kognitiv svikt eller demens (Ramm, 2013, s. 98-99) så vet vi at det trolig stemmer. I tillegg har sykehjempasienter ofte et funksjonstap, er skrøpelige og har store hjelpebehov (Husebø et al., (u.å.), s. 14).

At sykehjempasienter har store hjelpebehov gjør at ikke alle har mulighet til å uttrykke seg og ha selvbestemmelse. Likevel kan de som har mulighet for det av sykehjempasientene ha selvbestemmelse på individnivå ved å delta i brukerundersøkelser. Dessverre blir det ikke gjennomført brukerundersøkelser jevnlig i alle kommuner slik at sykehjempasientene ikke har mulighet til å uttale seg om mat og drikke og hvor maten skal lages (Isaksen et al., 2018, s. 147). 58 % av kjøkkenene og 44 % av sykehjemmene ønsket at brukerundersøkelser ble innført i studiene til Aagaard (2008). Hvis sykehjemmene hadde hatt jevnlig brukerundersøkelser ville en ha større mulighet for å vite hva pasientene tenker og ønsker. En del av pasientene vil dessverre ikke være i stand til å svare selv, men svar fra de pasientene som kan uttale seg kan i mange tilfeller også gjelde for de som ikke har mulighet for å svare.

Forbrukerrådet uttaler seg i Dagbladet (Faltin, 2018), og sier at de eldre er en svak gruppe som ikke blir hørt. Pasientene er høflige og klager ikke. De mener at halvparten av kommunene ikke gjennomfører brukerundersøkelser på sykehjem. Det at de er høflige og ikke klager samsvarer med funn i denne studien og det var også liknende funn i studiet til Aagaard (2010), der det kom det frem at informantene i utgangspunktet sa at de ikke hadde noe spesielt å kommentere. Når en derimot gikk nærmere inn på spesifikke tema så hadde informantene likevel noe de kunne tenke seg annerledes.

På systemnivå kan et brukerråd komme med innspill på hva pasientene ytrer om mat og drikke i sykehjem. Som vi vet er de eldre en sårbar gruppe slik at det mange steder kan være vanskelig å gjennomføre brukerråd. Et av fem sykehjem har et aktivt brukerråd ifølge Isaksen et al. (2018, s. 147). Et brukerråd kan komme med innspill til kommunene om hvor det er ønskelig at middagen lages. På lokal- eller sentralkjøkken.

Mat og drikke til sykehjempasienter har vært et tema i den offentlige debatten i lang tid. Reformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017- 2018), s. 10) fremhever at de eldre skal sikres god ernæring med gode kokker og lokale kjøkken og at “Regjeringen vil utrede et eget tilskudd til renovering, etablering eller gjenetablering av lokalkjøkken på sykehjem f.o.m. 2020” (s. 116).

Hvis kjøkkenet er på institusjonen, kan det være enklere å samarbeide direkte mellom kjøkken og pasienter. Et eksempel reformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 112) viser til er Sundheim bo- og treningssenter i Nord-Fron kommune. De involverer pasientene i menyplanlegging, og kjøkkensjefen går daglig og ber om innspill fra pasientene. De ønsker en aktiv brukermedvirkning. Et bo og-treningssenter er nok noe annerledes enn et sykehjem, men en kan tenke seg at det er overførbart til sykehjem. Informantene til Tuominen et al. (2016) uttrykte at de ikke hadde mulighet til å påvirke kvaliteten på maten, og forskerne mente det var nødvendig at vi startet å spørre pasientene hva de ønsket. Aagaard (2008) beskriver at det i hovedsak var personale fra sentralkjøkkenet som smakte maten før den ble sendt videre, og bare 11 % involverte pasientene i prøvesmaking av maten. Så her kan det se ut til å være forbedringsmulighet.

København har hatt fokus på sykehjemsbeboere og mat. De har de senere årene bygget nye sykehjem med kjøkken og stengte kjøkken på sykehjem ble åpnet igjen. Anne-Birgitte Agger som er direktør ved København Madhus uttaler at det er lett å spare på mat til de eldre for de klager ikke. Hun sier også at maten ikke er det som koster i det store regnskapet (Forbrukerrådet, 2015, s. 27).

“Leve hele livet er en reform for større valgfrihet. Den skal gi den enkelte større mulighet til å velge tjenesteyter (hvem), medvirke til innholdet i tjenestetilbudet (hva), på hvilken måte den ytes (hvordan) og på hvilket sted og tidspunkt tjenesten gis (hvor og når)” (Meld. St. 15 (2017- 2018), s. 10). Dette er store ord fra myndighetene, og det blir spennende å se i tiden fremover om denne reformen vil bli iverksatt på en god måte i kommunene, og om sykehjempasienter vil få større selvbestemmelse og mulighet til å påvirke hvor maten til sykehjemmet lages.

6.3 Sykehjemspasienter har begrenset mulighet til å velge hvem man kan spise sammen med og hvor

Informantene i studiet uttrykker ulike ønsker. Noen vil spise på rommet, andre på stuen. Sykehjemspasientene sin oppfatning er at personalet helst ønsker at de spiser på stuen hvis de er i stand til det, men de formidler at det blir akseptert om de velger å spise på rommet. En annen oppfatning som går igjen er at de ikke får velge hvem de skal sitte sammen med ved bordet. Informantene opplever også at det er få medpasienter å snakke med. Det er mye stillhet under måltidene, så selv om de ønsker å være sosiale og spise på stuen er det begrensede sosiale samtaler og relasjoner.

6.3.1 Av ulike grunner ønsker jeg å få maten på rommet

Det er variasjon hos informantene i studiet om de vil spise på stuen eller om de ønsker å spise alene på rommet. Noen uttrykker at de har fysiske årsaker som hemmer dem når de spiser slik at de foretrekker å spise alene. Andre uttrykker at de slapper bedre av når de spiser for seg selv. På en sykehjemsavdeling bor en med mennesker som en ikke har valgt selv. For noen informanter oppleves det som å spise med fremmede mennesker. Noen mennesker har vi bedre kontakt med enn andre, og det vil nok variere om en finner andre pasienter på en sykehjemsavdeling en trives å være i selskap med. I tillegg har vi mennesker ulike personligheter og noen trives bedre i eget selskap enn andre.

Cirka 75 % av sykehjemspasientene har en kognitiv svikt eller demens og mange pasienter har andre utfordringer som slag, afasi med mer. Ifølge tall fra iplos som er registrert fra år 2007 ser en at på fast plass i sykehjem har 80 % et stort hjelpebehov. På korttids plass har 40 % et stort hjelpebehov (Ramm, 2013, s. 98). Disse tallene viser at sykehjemspasienter har ulike utfordringer som kan være årsak til at en del av pasientene ikke har et reelt valg hvor de skal spise. At de av ulike grunner ikke har mulighet til å spise på stuen. Det kan samsvare med opplevelsen informantene i studien har av at det er få pasienter som spiser på stuen, og at de ansatte går med en tralle og serverer mat på rommene.

Noen pasienter sier de ønsker å spise for seg selv. Det samsvarer med funnene til Hutchison (2012) der halvparten av pasientene hun intervjuer ikke vil være sosial under måltidene. Av

mine informanter vil noen pasienter spise alle måltider på rommet sitt og sier de får mer ro over måltidet da, andre vil spise på rommet når de har besøk eller vil se noe på TV. Det kan virke som det er akseptert av personalet på sykehjemmene at pasientene i stor grad selv kan bestemme hvor de vil spise. Det samsvarer med Aagaard (2010, s. 9) sine funn om at pasientene selv kunne bestemme om de ville spise alene eller sammen med andre.

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) gir sykehjemspasienter mulighet og støtte til å ha selvbestemmelse og ta egne valg i forhold til hvor de vil innta måltidene. §3-1 poengterer at «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker.» De pasientene som hadde dårligst appetitt fikk størst mulighet til å velge om de ville spise alene eller sammen ifølge studien til Grøndahl & Aagaard (2016). Blant informantene i min studie var det ikke noen synlig sammenheng på dette området i forhold til matlyst og hvor informantene ønsket å spise. Derimot var det en generell oppfatning hos informantene at personalet helst ønsket at de skulle spise på stuen hvis de hadde mulighet til det.

Sett i lys av at sykehjemspasientene generelt er lite kravstor og ikke alltid formidler hva de ønsker, kan det være en mulighet for at noen helst ønsker å spise på rommet, men følger oppfordringen om å komme ut på stuen å spise. Det samsvarer med Watkins et al. (2017) sine funn om at pasientene har en forståelse for at det er et mangfold av pasienter og at alle individuelle behov ikke kan dekkes. Forskerne i den studien konkluderer blant annet med at helsepersonell må være imøtekommende og legge til rette for pasientene sine ønsker.

6.3.2 Vil ikke sitte alene å spise

Informantene som ønsker å spise på stuen gir uttrykk for at de liker å være sosial. De liker ikke å sitte for seg selv å spise hvis de har mulighet til å komme inn og spise. At det er en generell oppfatning blant informantene at personalet ønsker at de skal spise på stuen er fint for disse pasientene. I tillegg får pasientene støtte i §3 i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester (2003) som poengterer at kommunene skal sikre at pasientene har mulighet for samvær, sosial kontakt og et fellesskap.

Pasientene setter pris på sin selvbestemmelse og at de kan velge å spise på stuen når de ønsker det. Watkins et al. (2017) finner i sin studie at pasientene verdsetter sin autonomi og

er glad for å kunne velge hvem de skal spise med, men et funn i studien deres er at enkelte pasienter opplever at de har begrenset selvbestemmelse. Selv om pasientene spiser på stuen, har de individuelle ønsker for hvor de vil sitte og hvem de vil sitte ved siden av. Informantene sin manglende mulighet til å sitte hvor de vil hindrer dem i å skape egne relasjoner. I studiet til Aagaard (2010, s. 9) sier omtrent halvparten av pasientene at de ikke kan velge hvem de skal sitte sammen med. De har i større grad selvbestemmelse til å velge om de vil spise alene eller sammen med andre. I studiet til Hutchison (2012) er det også informanter som ønsker å få velge hvor de vil sitte når de skal spise. Ut fra disse tidligere studiene som viser at sykehjemspasienter har et ønske om å velge selv hvor og med hvem de skal sitte, er det viktig at vi som helsepersonell ser den enkelte pasient og gir dem individuell selvbestemmelse så langt som mulig.

Det individuelle behovet til den enkelte pasienten kan komme i konflikt med andre pasienter sine ønsker og behov, og også i konflikt med fellesskapets beste. Min erfaring er at pasienter i stor grad får velge hvor de skal sitte, men i noen situasjoner ser en på fellesskapet som skal sitte med bordet. Hvis noen pasienter av ulike grunner ikke bør sitte ved siden av hverandre kan personale ønske å skille dem. Noen pasienter reagerer hvis en medpasient søler eller sikler når de spiser, og andre har dårlig kommunikasjon og kan komme i konflikt med hverandre. Da er min opplevelse at ikke alle pasienter får bestemme sitteplass selv. Personalet ønsker etter min oppfatning at det skal være mulig for alle pasienter som sitter ved bordet å ha en god opplevelse rundt måltidet. I noen situasjoner kan det helt sikkert gjøres annerledes, og helsepersonell bør som Watkins et al. (2017) sier forstå hvordan pasientene påvirker hverandre, og imøtekomme pasientene sine ønsker så langt som mulig. Det at informantene ikke alltid selv kan velge hvor de vil sitte kan hindre dem i å få relasjoner. Tuominen et al. (2016) konkluderer i sin studie med at personalet må kjenne til pasientene sine ønsker og behov. Da vil det være lettere å kunne hjelpe dem med å skape relasjoner til medpasienter. Når en har i tankene at sykehjemspasientene både i denne studien og i Aagaard (2010, s. 9) sin studie ikke er kravstore og sjelden forlanger noe ekstra er det viktig at når de først ytrer et ønske at vi lytter og tilstreber selvbestemmelse på individnivå.

Informanter i den gruppen som vil spise på stuen opplevde at maten smaker bedre når de spiser på stuen. Det er viktig at de som trenger hjelp til å komme inn på stuen får hjelp til det slik at de kan delta i dette måltidsfellesskapet. Å spise og drikke er et grunnleggende behov som noen opplever blir lettere å ivareta på stuen når de kan spise sammen med andre mennesker. Det å få dekket behovet for mat og drikke er viktig for å fungere som menneske og ha motivasjon til å være sosial (Maslow, 1943, s. 388). Henderson (1997, s. 19) formidler at vi som helsepersonell skal hjelpe pasienten med å få kontakt med andre mennesker hvis pasienten ikke klarer å dekke dette grunnleggende behovet selv. For å klare å gjennomføre dette på en god måte på sykehjemmet og tilstrebe selvbestemmelse hos sykehjemspasientene må en tilstrebe etisk refleksjon med kollegaer og pasienter for å finne gode løsninger (Bolling et al., 2017).

6.3.3 Ikke så mye selskap

Et gjennomgående fenomen er at informantene formidler at det er få medpasienter de kan snakke med. Flere av informantene sier at de forsøker å få i gang samtaler under måltider, men at de ofte ikke lykkes med det. De uttrykker at det ofte er stille rundt bordene og få pasienter å prate med. I reformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017- 2018), s. 106) påpeker de at det er mangel på et sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene på sykehjem. De sier videre at mat og måltid handler om mer enn tilstrekkelig ernæring. Flere faktorer har betydning for matlysten og hvor mye vi spiser. Måltidet er et mulig sosialt fellesskap som kan være med på å gi gode relasjoner.

Det å være sosial og ha noen nære relasjoner er et grunnleggende behov vi mennesker har. Henderson (1997, s. 19) mener at det å hjelpe pasienten med å få kontakt med andre mennesker og la dem gi uttrykk for sine behov og følelser er et grunnleggende behov sykepleieren skal hjelpe pasienten å få dekke hvis ikke de klarer det selv. Et kjernepunkt informantene gjentar er at pasientene på avdelingen stort sett er dement. At det ikke er mulig å føre en samtale med dem. Når vi vet at cirka 75 % av alle pasienter på sykehjem har en kognitiv svikt eller demens (Ramm, 2013, s. 98) kan det stemme med informantene sine observasjoner. I tillegg vet vi at sykehjemspasienter er skrøpelige og har nedsatt funksjonsevne (Husebø, (u.å.), s. 12), og at sykehjemspasienter har store hjelpebehov

(Ramm, 2013, s. 98). Sykehjemspasienter kan ha nedsatt sosial evne og mulighet til å inngå i relasjoner med andre pasienter både på grunn av sin demens og at de har nedsatt funksjonsevne. Det gjør at det på mange avdelinger vil være få pasienter som har evne eller mulighet til å inngå i sosiale relasjoner på grunn av ulike funksjonstap.

En informant formidler at de er to pasienter som ikke er dement på avdelingen, men de sitter ikke på samme bord. Hun poengterer at de sitter litt langt fra hverandre, men at det bare er sånn. Hun innfinder seg med det og formidler ikke at hun har spurt om å få bytte plass ved bordet. Som vi har sett i denne studien og også i et annet studie (Aagaard, 2010), har pasientene egne ønsker og behov, men de ytrer ikke ønskene sine til personalet. Pasientene er mer opptatt av fellesskapet og ikke av sine individuelle behov som er mer vanlig i det senmoderne samfunnet (Nafstad & Blakar, 2009, s. 149-150). For å hjelpe disse to pasientene som ikke hadde demens til å inngå i en relasjon med hverandre og ha en god måltidsopplevelse kunne kanskje personalet prioritere at de fikk sitte ved samme bord. Bauman trekker frem at individualitet betegner en persons sin autonomi og kan gi både rettigheter og plikter. Det enkelte individ er også ansvarlig for sine handlinger (Bauman, 2015, s. 58-59). Sykehjemspasienten er også ansvarlig for å uttrykke sine ønsker og behov slik at det kan være mulig for helsearbeidere å hjelpe dem å dekke deres grunnleggende sosiale behov. Uten at pasientene uttrykker sine egne behov, vil det være vanskeligere å få dekket disse behovene. Som Maslow (1943, s. 383) poengterer så er en av forutsetningene for å få dekket behovene sine at vi har muligheten til å uttrykke oss, si hva vi mener og frihet til å gjøre det en ønsker. Uten den muligheten er det vanskelig å få dekket de grunnleggende behovene våre (Maslow, 1943, s. 383). Helsepersonell kan ikke vite hva den enkelte pasient har av behov og ønsker hvis ikke pasienten formidler dette.

Samtidig kan vi som helsepersonell tenke over hvordan vi møter sårbare sykehjemspasienter. Vår væremåte med blick, pust, ord og hele stemningen i relasjonen kan avgjøre om en person kjenner seg sett eller hørt. Helsepersonell må være til stede på en profesjonell måte slik at en åpner for pasientens sin sårbare situasjon. Personalet kan da gi rom for at pasienten kan bli sett og hørt (Martinsen, 2012, s. 11-14). Ved en slik tilnærming til sykehjemspasientene kan vi som helsepersonell trolig ha større mulighet til å åpne opp for at de uttrykker sine ønsker og behov slik at de kan få økt selvbestemmelse.

Å legge til rette for selvbestemmelse på individnivå ved å spørre pasientene hva de ønsker jevnlig kan hjelpe pasientene å få dekket sine sosiale grunnleggende behov.

Innkomstsamtaler og brukerundersøkelser kan gi økt brukermedvirkning og sykehjemmene kan få god informasjon om hva som er viktig for pasientene (Isaksen et al., 2018, s. 147). Informantene har en opplevelse av at det er lite selskap og få personer å prate med under måltidene. En mulighet er at en får inn frivillige personer til å delta aktivt i måltidet. Frivillige kan inviteres til å være en eller flere dager i uken slik at sykehjemspasienter som er klarer å ha en samtale har noen å prate med. Pasienter som ikke klarer å delta i samtalen kan også ha glede av dette ved at det blir en god atmosfære ved bordet. Hvis det ikke er mulig å få inn frivillige er det en mulighet at ansatte sitter ved bordet med pasientene for å delta i samtalen med sykehjemspasientene. Det kan trolig gi en bedre måltidsopplevelse, pasientene spiser bedre og det kan hindre underernæring (Meld. St. 15 (2017- 2018), s. 107-108). Som avdelingslederne i Gjerberg et al. (2010) sin studie poengterte så kan det være krevende med tidspress i sykehjem og trolig ikke alltid være mulig å få til at ansatte sitter med pasientene. De ansatte skal servere mat, dele den opp til de som trenger det og på en del avdelinger må noen pasienter ha hjelp til å få i seg maten. Likevel kan en prøve å tilstrebe det så langt som mulig slik at sykehjemspasientene opplever et positivt måltidsfellesskap.

6.4 Sykehjemspasienter vil ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider

Det går igjen hos alle informantene at de ikke vil være til bryderi for ansatte og kreve noe annet enn det som serveres. Dette viser seg på flere områder i intervjuene. Både når det gjelder å spørre om en annen type mat hvis det serveres noe de ikke liker, å be om mat utenom de faste måltidene og å be om å få sitte sammen med noen andre å spise ved bordet. Når det blir stilt generelle spørsmål i intervjuet så uttaler de at de stort sett er fornøyd, men når en spør direkte spørsmål så er det likevel en del de ønsker kunne vært annerledes. Aagaard (2010, s. 9) finner også at selv om pasientene mente de burde være takknemlige og ikke ønsket å klage, så viste undersøkelsen at de likevel hadde synspunkter og kommentarer knyttet til hvordan maten og måltidet kunne bli bedre.

Det å være trygg og få dekket de grunnleggende behovene er viktig for at vi mennesker skal overleve og fungere i hverdagen. Å ha mulighet til å uttrykke seg, si hva vi mener og frihet til å gjøre det en ønsker er en forutsetning for å få dekket våre grunnleggende behov. Uten den muligheten er det vanskelig å få dekket de grunnleggende behovene våre som mat og drikke (Maslow, 1943, s. 383). Er det tid og rom for pasientene å få uttrykke sine ønsker i sykehjem innen mat og drikke, eller er det så stort tidspress at helsepersonell ikke har tid og anledning til å høre hva pasientene formidler? Tidspress i sykehjem kan være utfordrende bekreftes i studien til Gjerberg et al. (2010), og det å respektere pasientene sin autonomi kan være vanskelig, og er en av de utfordringene som rapporteres oftest. Bolling et al. (2017) konkluderte med at alle sykehjem burde innføre systematiske etiske møter som inkluderte pasienter og pårørende. De viste til at det ble gjennomført mange møter uten at pasientene var inkludert selv om de var i stand til å uttale seg. Dette kjenner jeg igjen fra egen arbeidsplass. Noen pasienter sier de ikke ønsker å være med på møter som angår dem, men noen pasienter blir ikke spurt om å være med på møtet.

Helsepersonell har en maktposisjon overfor sårbare sykehjemspasienter. Hvordan personale bruker makten sin kan være med på å avgjøre om vi gir pasienten rom for selvbestemmelse. Om vi som helsepersonell er lydhor overfor pasientene og gir dem rom til å uttrykke ønsker og behov, eller krenker vi sårbare pasienter med vår maktbruk. Det å være lydhor og ha en imøtekommende væremåte som gir en god stemning i relasjon med sykehjemspasientene kan være avgjørende for om de kjenner seg sett og hørt. En slik tilnærming kan åpne for økt selvbestemmelse hos sårbare og skrøpelige sykehjemspasienter (Martinsen, 2012, s. 11-14). Pasientene har en forståelse av at det er et mangfold av pasienter, og det går ut over pasientene sine individuelle ønsker kommer frem i studiet til Watkins et al. (2017). Studiet konkluderte med at personalet må imøtekomme pasientene sine ønsker og oppmuntre til autonomi. Det kan bedre pasientene sin opplevelse av måltidet og være med på å bedre helsen deres. Av Hutchison (2012) sine informanter er det flere som uttrykker at de ønsker flere valgmuligheter og at de ville valgt annerledes hvis de var hjemme. Dette ble formidlet i studiet, men det er uvisst om dette ble formidlet til de ansatte på sykehjemmene.

Har vi i dagens senmoderne samfunn rom for det individuelle hos pasientene? Vi mennesker har indre rom som handler om kontroll og uavhengighet. Det er et stort ønske hos

mennesker i den moderne vestlige verden å leve et selvstendig liv, og det å ha et eget rom er en forutsetning for å leve sitt eget liv i den moderne vestlige verden (Beck, 1997, s. 111). Først i siste del av 1900 tallet er samfunnsmessige kriser ikke umiddelbart samfunnsmessige, men fremstår mer som individuelle (Beck, 1997, s. 114). Det er et økende krav om fleksibilitet i det senmoderne samfunn, og mennesker har økte valgmuligheter og handlingsrom til å gjennomføre mange av disse valgene. Både fordi den materielle standarden er økt, og fordi samfunnet er mer åpent for at en kan gjøre individuelle valg. Med økende selvstendighet mister en delvis fellesskapet som er i en storfamilie og i et lokalsamfunn (Nafstad & Blakar, 2009, s. 123-124). Informantene i studiet er vokst opp i første halvdel av 1900 tallet. Da stod fellesskapet mye sterkere enn i dagens samfunn. Det var viktigere at mennesker forholdt seg til fellesskapet og gjorde det som var til det beste for fellesskapet mer enn for individet. Individet hadde mindre muligheter og det var mindre akseptert å uttrykke og gjennomføre individuelle valg. Tiden informantene er vokst opp i og det at fellesskapet stod sterkere enn det individuelle kan være en medvirkende årsak til at informantene i studiet ikke vil være til bryderi og fremheve sine egne ønsker.

Studier viser at mennesker med økende alder får mer positive følelser, er mer følelsesmessig stabil og at eldre personer ikke responderer så sterkt på dagliglivet sine små og store endringer (Carstensen et al., 2011, s. 29). Dette kan være medvirkende årsak til at sykehjemspasienter ikke gjør noe særlig ut av det at de har andre ønsker og behov enn det som er tilgjengelig og blir tilbudt dem på sykehjemmet. De tar imot det de blir tilbudt.

Informantene ser ut til å være lite kravstore, og formidler ikke sine ønsker og behov tydelig til de rundt seg. Hvordan kan vi best mulig støtte pasientene og deres selvbestemmelse? Er det på de ulike selvbestemmelses nivåer mulighet og rom for at pasientene sine synspunkt kan bli hørt slik at det er mulig å gjennomføre endringer. Brukerundersøkelser og brukerråd kan være med på å skape endringer i kommuner på alle nivåer. Dette er et arbeid det jobbes med i Norge (Isaksen et al., 2018; Meld. St. 15 (2017- 2018)), og dette kan være med å gi sykehjemmene og kommunene noen tiltak for å øke sårbare sykehjemspasienter sin mulighet for selvbestemmelse. Tiltak som flere valg til middag, mer fokus på måltidsfellesskapet og økt bruk av inkomstsamtaler og brukerundersøkelser. Det er likevel ikke nok å ha reformer. Pasientene må selv delta i arbeidet og være villige og ha helse til å

ytre seg. Det må være rom for at deres ønsker kommer frem på ulike måter og blir tatt hensyn til både på individnivå på sykehjem, men for å få varige gode tiltak må deres ønsker også bli sett og hørt på tjeneste- og politisk nivå.

Oppsummering

Informantene i denne studien opplever å ha selvbestemmelse på en del områder.

Pasientene kan velge ulike varianter av pålegg til brødmåltidene, velge blant mange ulike typer drikke og velge om de vil spise måltidene på stuen eller på rommet. Informantene formidler derimot at de ikke har mulighet til å velge hva de skal spise til middag. Det serveres bare en rett til middag, og de har heller ikke mulighet til å påvirke hva som skal være på menyen. Sykehjemspasientene formidler også at de ikke har mulighet til å velge om middagen skal lages på lokal- eller sentralkjøkken. Pasientene uttrykker at de opplever at maten smaker bedre når den er laget på lokalkjøkken.

Informantene som spiser på stuen formidler at de har begrenset mulighet til å velge hvem de skal spise sammen med. Når det i tillegg er en gjennomgående oppfatning at flertallet av pasientene er dement og at mange pasienter har andre utfordringer som gjør at de ikke kan føre en samtale, så er det begrensede sosiale muligheter for sykehjemspasientene i måltidsituasjonen.

Det fremkommer også av datamaterialet at pasienter som har dårlig matlyst har et ønske om mer variasjon og flere alternativer innen mat enn de informantene som formidler at de har god matlyst.

Et funn som går igjen hos informantene er at de ikke ønsker å være til bryderi for personalet. De opplever at personalet allerede har det travelt. I stedet for å be om annen type mat hvis ikke de liker maten spiser de heller litt av det som blir servert. Det samme formidler de når de får spørsmål om de kan spise utenom de oppsatte måltidene. Informantene uttrykker også her at de ikke kan belaste personalet med å spise utenom måltidene. Det samme fenomenet viser seg også når det gjelder hvem informantene skal spise sammen med. Pasientene formidler at de ikke spør om å få bytte plass ved bordet.

Som en ser har sykehjemspasientene selvbestemmelse på noen områdene når det gjelder mat og drikke, på noen områder velger de å ikke benytte seg av muligheten for selvbestemmelse og på noen områder har de ikke selvbestemmelse.

For å øke sykehjemspasientene sin selvbestemmelse må en på sykehjemmene øke selvbestemmelsen på individ- og systemnivå. Det kan gjøres ved å ta inntakssamtaler, ha regelmessige brukerundersøkelser og være lydhør overfor sårbare sykehjemspasienter. I tillegg kan en øke valgmulighetene til pasientene når det gjelder mat ved å tilby flere alternativer å spise og flere tilbehør. Frivillige som spiser sammen med pasientene kan være en mulighet for at pasientene skal oppleve et fellesskap rundt måltidet. På tjeneste- og systemnivå kan sykehjemmene sammen med kommunene og staten se på muligheter for å tilby flere retter til middag, benytte lokalkjøkken og tilby en mer variert middagsmeny.

Funnene i denne studien samsvarer på flere områder med funn fra andre studier, men det er lite forskning på selvbestemmelse hos sykehjemspasienter når det gjelder mat og drikke. Mer forskning er nødvendig for å fange opp hvordan sykehjemspasienter opplever og oppfatter sin mulighet for selvbestemmelse. Forskning er også nødvendig for å se hvilke tiltak som kan fremme pasientene sine muligheter for selvbestemmelse, og gi dem anledning til å få i seg mer mat og drikke.

7.0 Konklusjon

I denne studien viser det seg at pasienter har selvbestemmelse på noen områder når det gjelder mat og drikke. Informantene opplever å kunne velge hvilken drikke de ønsker, de kan velge pålegg til brødmåltider og de kan velge om de skal spise på stuen eller rommet. Fire hovedfunn fremkommer i studien: 1) Informantene med nedsatt matlyst hadde behov for flere valgmuligheter når det gjelder mat og drikke. 2) Informantene hadde begrensede valgmuligheter når det gjelder mat. 3) Informantene hadde begrenset mulighet til å velge hvem man kunne spise sammen med og hvor. 4) Informantene ville ikke være til bryderi og be om alternativer når det gjelder mat og måltider.

Sykehjemspasienter er sårbare og lite kravstore, og tilpasser seg ofte rutinene og fellesskapet på sykehjemmet. Funnene aktualiserer sykehjemmene sine utfordringer knyttet til forholdet mellom pasientene sine reelle valgmuligheter og deres innordning i sykehjemfellesskapet. Studien indikerer at sykehjemmene i økt grad må rette fokus på selvbestemmelse, både på individ- og systemnivå.

Litteraturliste

Aagaard, H. (2008). *Mat og måltider i sykehjem: undersøkelse utført for Sosial- og helsedirektoratet*. (Rapport 2008:3). <http://hdl.handle.net/11250/147858>

Aagaard, H. (2010). *Ærlig talt: mat og måltider i sykehjem: en undersøkelse blant beboere i somatiske sykehjem i Østfold*. (Oppdragsrapport. Vol. 2010:1).

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2445072>

Abbey, K.L., Wright, O.R.L. & Capra, S. (2015). Menu Planning in Residential Aged Care—The Level of Choice and Quality of Planning of Meals Available to Residents. *Nutrients*, 7(9), 7580-7592. <https://doi.org/10.3390/nu7095354>

Agich, G. J. (2003). *Dependence and Autonomy in Old Age: An Ethical Framework for Long-term Care*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511545801>

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3.utg.) McGraw-Hill Education.

<https://books.google.no/books?id=qYdFBgAAQBAJ&lpg=PP1&ots=aR4V6Kzeh6&dq=Doing%20a%20literature%20review%20in%20health%20and%20social%20care%3A%20a%20practical%20guide&lr&hl=no&pg=PR8#v=onepage&q=Doing%20a%20literature%20review%20in%20health%20and%20social%20care:%20a%20practical%20guide&f=false>

Bailey, A., Bailey, S. & Bernoth, M. (2017). «I'd rather die happy»: residents' experiences with food regulations, risk and food choice in residential aged care. A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(6), 597-606. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1361334>

Bauman, Z. (2015). *Fagre flydende verden*. Hans Reitzels Forlag.

Beck, U. (1997). *Risiko og frihet*. Fagbokforlaget.

Bergen Kommune. (2020, 15 august). Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest.

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/kunnskapskommunen/forskningshenvedelser>

Bollig, G., Rosland, J. H., Gjengedal, E., Schmidt, G., May, A. T. & Heller, A. (2017). A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(31), 587-601. <https://doi.org/10.1111/scs.12373>

Brandburg, G.L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G. & Walsh, T. (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 69(4), 862-874. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x>

Carstensen, L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K.P. & Nesselroade, J.R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>

Charles, A., Buchinx, F., Locquet, M., Reginster, J.-Y., Petermans, J., Gruslin, B. & Bruyère, O. (2019). Prediction of Adverse Outcomes in Nursing Home Residents According to Intrinsic Capacity Proposed by the World Health Organization. *Journals of Gerontology: Medical Sciences cite as: J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Vol. 75(8), 1595-1599. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz218>

Crogan, N.L., Short R., Dupler A.E. & Heaton, G. (2015). The Influence of Cognitive Status on Elder Food Choice and Meal Service Satisfaction. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(7), 679-685. <https://doi.org/10.1177/15333317512461556>

Divert, C., Laghmaoui, R., Crema, C., Issanchou, S., Van Wymelbeke, V. & Sulmont-Rosse, C. (2015). Improving meal context in nursing homes. Impact of four strategies on food intake and meal pleasure. *Appetite*, Vol. 84, 139-147. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.027>

Faltin, T. (2018, 19. februar). Forbrukerrådet slår alarm om norske sykehjem: - Halvparten lar ikke de eldre komme til orde. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/mat/forbrukerradet-slar-alarm-om-norske-sykehjem---halvparten-lar-ikke-de-eldre-komme-til-orde/68769243>

Folkehelseinstituttet. (2014). *Helse hos eldre i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>

Forbrukerrådet. (2015). *Appetitt på livet*. <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2015/11/Appetittpaalivet.pdf>

Forbrukerrådet. (2017, 4. september). *De eldre i Glommen får landets beste mat på døren*. <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/de-eldre-i-glommen-far-landets-beste-mat-pa-doren/>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (FOR-2016-10-28-1250). <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Gjerberg, E., Førde, R., Pedersen, R. & Bollig, G. (2010). Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes. *Social Science & Medline*. 71(4), 677-684. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.059>

Grøndahl, V. A. & Aagaard, H. (2016). Older people`s involvement in activities related to meals in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, (11), 204-213. <https://doi.org/10.1111/opn.12111>

Gulbrandsen, L. O. (2017, 23. august). Sjukktall om eldre som sliter med å spise: - Tre tiltak som redder liv. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/mat/sjukktall-om-eldre-som-sliter-med-a-spise--tre-tiltak-som-redder-liv/68594565>

Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* (TF-rapport nr. 284). <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2439303/1911.pdf?sequence=1>

Helsebiblioteket. (2009, 26.august). *Brukermedvirkning på tre ulike nivå.* <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>

Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.* (IS-1580).

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.*

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kosthandboken/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/afa62b36-b684-43a8-8c80-c534466da4a7:52844b0c770996b97f2bf3a3946ac3a10166ec28/Kosth%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Veileder%20i%20ern%C3%A6ringsarbeid%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten.pdf

Helsedirektoratet. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende.* (Analysenotat 02/17, SAMDATA kommune).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/_/attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 28.desember). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning/>

Helsedirektoratet. (2019). *Iplos-registeret*. Hentet 11. mai 2021 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/iplos-registeret>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Henderson, V. (1997). *ICN: sykepleiens grunnprinsipper*. Norsk sykepleierforbund.

https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070601018

Henricson, M. (2014). *Videnskabelig teori og metode: fra ide til eksamination*. Munksgaard.

Husebø, B., Erdal, A., Kjellstadli, C. & Bøe, J. B. (u.å.). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre. Helsehjelp til eldre, Kunnskapsoppsummering*. Hentet 11.mai 2021 fra

https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/kunnskapsoppsummering_hod.pdf

Hutchison, R. (2012). Mealtime experiences: enhancing quality of life. *Nursing & Residential*

Care, 14(8), 428-429. <https://doi.org/10.12968/nrec.2012.14.8.428>

Isaksen, J., Ågotnes, G. & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 143-152.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10>

Kirkwood, T. B. L. (2011). Systems biology of ageing and longevity. *Philosophical Transactions*

of the Royal Society B, 366(1561), 64–70. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0275>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Landstad, B. J., Kvangarsnes, M., Hole, T. & Nylenna, M. (2020). Brukermedvirkning i helse-tjenesten – realitet og retorikk. *Michael*, 17(24), 7–13.

<https://www.michaeljournal.no/i/2020/08/Brukermedvirkning-i-helse%C2%ADtjenesten-%E2%80%93-realitet-og-retorikk>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2012). Karis Gullhjørne. Sårbarhet, smerte og håp. *Tidsskrift for fag og tro*, (30), 11-14. <http://hdl.handle.net/11250/2494221>

Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370-396. <https://psycnet-apa-org.ezproxy.vid.no/fulltext/1943-03751-001.pdf>

Meld. St. 15 (2017- 2018). *Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Nafstad, H.E. & Blakar, R.M. (Red.). (2009). *Fellesskap og individualisme*. Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ramm, J. (Red.). Statistisk sentralbyrå. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b>

Refsholt, H. (2018, 13.august). Vi svikter våre eldre. VG.
<https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/J1Ap07/vi-svikter-vaare-eldre>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 18.juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*.
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Suhonen, R., Stolt, M., Launis, V. & Leino-Kilpi, H. (2010). Research on ethics in nursing care for older people: A literature review. *Nursing Ethics*, 17(3), 337-352.
<https://doi.org/10.1177/0969733010361445>

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk.

Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen damm akademisk.

Tuominen, L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. (2016). Older people`s experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(1), 22-35.
<https://doi.org/10.1177/0969733014557119>

Universitetet i Oslo. (2020, 8.januar). *APPETITT*.
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/appetitt/>

Van der Meij, B., Wijnhoven, H. A. H., Finlayson, G.S., Oosten, B. S. H. & Visser, M. (2015). Specific food preferences of older adults with a poor appetite. A forced-choice test conducted in various care settings. *Appetite*, 90, 168-175.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.011>

Viidik, A. (2002). *Boken om kroppens åldrande*. Liber.

Wang, D., Everett, B., Northall T., Villarosaa, A. R. & Salamonson, Y. (2018). Access to food choices by older people in residential aged care: An integrative review. *Collegian*, 25(4), 457-465. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.11.004>

Wang, D., Everett, B., Bruneros, S., Northall, T., Villarosa, A. R. & Salamonsen, Y. (2020). Perspectives of residents and staff regarding food choice in residential aged care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (3-4), 626-637. <https://doi.org/10.1111/jocn.15115>

Watkins, R., Goodwin, V.A., Abbott, R. A., Hall, A. & Tarrant, M. (2017). Exploring residents`experiences of mealtimes in care homes: A qualitative interview study. *BMC geriatrics*, 17(141), 1- 9. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0540-2>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

1) Hva er det beste du får å spise? Har du mulighet til å få det her?

2) Hva har du spist i dag? Husker du hva du spiste til middag i går?

3) Hvordan er matlysten din?

Evt hvorfor tror du at matlysten din er god/dårlig?

4) Hva tenker du om maten og drikken du blir tilbudt på sykehjemmet?

5) Hvordan opplever du muligheten til selv å bestemme/velge(Er det ditt valg?)

-hva du vil spise og drikke

-hvor du vil spise

-hvor mye du vil spise og drikke

-når du vil spise

6) Får du anledning til å få i deg det du trenger av mat og drikke?

7) Hvordan blir dine ønsker i forhold til mat og drikke mottatt av de som jobber her?

8) Oppfordres du til å spise og drikke mer enn du klarer?

Har du noen tanker om de ansatte skal oppmuntre deg til å spise eller drikke mer/mindre? F.eks. hvis du får i deg for lite mat. (Kan du si noe mer om det?)

9) Hva sier dine nærmeste om maten og drikken du får på sykehjemmet?

(Har dine nærmeste noen kommentarer på hvor mye du spiser og drikker?)

10) Mange eldre på sykehjem får i seg for lite mat og drikke. Hva tenker du om det?

11) Har du noen andre tanker om mat og drikke på sykehjem?

Vil du delta i forskningsprosjektet

"Eldre og selvbestemmelse innen ernæring på sykehjem"

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet er å finne ut om eldre personer på sykehjem selv mener de har medbestemmelse innen ernæring på sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg skal i min masteroppgave prøve å belyse om eldre pasienter på sykehjem har selvbestemmelse innen ernæring. 10-60% av pasienter på sykehjem er underernært, og det er laget en Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Som sykepleier på sykehjem ser jeg mange eldre som strever med å få i seg mat og drikke. Dette på tross av at det tilbys variert mat og jevnlig måltider. Det er en del forskning på temaet underernæring, men lite forskning på hva eldre selv mener om dette temaet. Derfor ønsker jeg å undersøke om eldre har selvbestemmelse innen ernæring i sykehjem.

Dette er en masteroppgave. I etterkant av fullført masteroppgave ønsker jeg å skrive en artikkel om de viktigste funnene i forskningen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID vitenskapelige høyskole i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju eldre personer over 65 år på sykehjem. Du må ikke ha diagnosen demens. Det intervjues totalt ca. 12 eldre personer på 3 ulike sykehjem i Bergen.

Undertegnede har kontaktet ledelsen ved sykehjemmet du er på for å komme i kontakt med deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg kommer på avdelingen på sykehjemmet der du for tiden bor, og utfører et intervju på rommet ditt. Dette er et fokusert intervju der jeg vil ha fokus på eldre sin medbestemmelse innen ernæring på sykehjem. Selve intervjuet vil vare fra 20-30 minutter.

Selve intervjuet vil jeg ta opp på en båndopptager. Denne har jeg lånt fra VID sin høyskole i Bergen. Etter intervjuene vil jeg skrive ned intervjuet på en datamaskin. Når intervjuene er skrevet ned vil det bli slettet på båndopptageren. Selve intervjuet på datamaskinen vil slettes etter jeg er ferdig med min masteroppgave. Da vil informasjonen ligge som generell informasjon fra alle 12 intervjuene i min masteroppgave, og ingen sitater eller annet skal kunne spores tilbake til intervjupersonene i studiet.

Det er frivillig å delta

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. Ditt navn og din samtykkeerklæring vil bli holdt adskilt fra båndopptageren og det nedskrevne intervjuet.

Det er undertegnede og min veileder som har innsyn i ditt intervju. Båndopptager skal være innelåst når den ikke er i bruk, og under tilsyn når den arbeides med. Det er på datamaskinen antivirusprogram, og den skal ikke være koblet opp mot internett når det arbeides med dette materialet. Alt materialet slettes etter at masteroppgave er skrevet.

«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 skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2021.

På oppdrag fra VID Oslo 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:

- VID Oslo ved student *Monica Klepsvik*. Mobil 92680246 eller mail: monica.svenningsen@bkkfiber.no eller veileder *Oddvar Førland*. Telefon 55587514 eller mail: Oddvar.Forland@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Oddvar Førland

Monica Klepsvik

Veileder ved VID Oslo

Masterstudent i Tjenesteutvikling til eldre

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Eldre og selvbestemmelse innen ernæring på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju på sykehjemmet jeg bor.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2021.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Melding fra NSD om nødvendige endringer

- Melding
- 19.12.2019 13:57

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 720001 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen.

Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending".

Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding".

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei,

Vi har nå gjort en første gjennomgang av ditt prosjekt og har noen få kommentarer og innspill:

1. På siden «Type opplysninger»:

På siden «Type opplysninger» ber vi deg endre svaret til «ja» på «helseopplysninger». Begrunnelsen er at deltakerne i prosjektet er pasienter på sykehjem, hvilket medfører at det indirekte behandles opplysninger om helse.

2. På siden «Utvalg 1»:

På siden «Utvalg 1» under «personopplysninger for utvalg 1» ber vi deg også markere for «helseopplysninger».

Under datakilden «personlig intervju» ber vi deg deretter markere «uttrykkelig samtykke» som grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger (helse).

3. I informasjonsskrivet:

I informasjonsskrivet anbefaler vi at du tar bort formuleringen «Du vil ikke bli spurt om noen personopplysninger». Begrunnelsen er at dette kan tenkes å fremstå noe misvisende for deltakerne, da det rent faktisk vil behandles personopplysninger (via samtykke, helseopplysning ved deltakelse, lydopptak). Dette til tross for at det ikke direkte stilles spørsmål om direkte identifiserende opplysninger i intervjuet.

I informasjonsskrivet under din overskrift «Ditt personvern...» anbefaler vi at du tilfører informasjon om at navn og samtykkeerklæring holdes adskilt fra lydopptak/transkripsjoner.

I informasjonsskrivet ber vi deg videre tilføre deltakernes rettigheter. I denne sammenheng anbefaler vi at du benytter følgende formulering:

«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.»

Vi ber om at du oppdaterer meldeskjemaet i henhold til punktene over. Vi minner om at du på siste side i skjemaet under «Send inn» må velge «Bekreft innsending». Når du har gjort dette vil vi fortsette gjennomgangen av ditt prosjekt.


- Lykke til videre med utfylling!

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

NSD MELDESKJEMA FOR BEHANDLING
AV PERSONOPPLYSNINGER

Norsk
Monica Klepsvik

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Eldre og selvbestemmelse innen sykehjem

Referansenummer

720001

Registrert

26.11.2019 av Monica Klepsvik - monica.klepsvik@gmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Oddvar Førland, Oddvar.Forland@hvl.no, tlf: 55587514

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Monica Klepsvik, monica.svenningsen@bkkfiber.no, tlf: 92680246

Prosjektperiode

01.01.2020 - 18.06.2021

Status

03.01.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

03.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 03.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

b92b85d9f



hverdager fra 12-14