



UPPSALA
UNIVERSITET

Examensarbete C, 15hp

Grundnivå
HT 2021

Dietistens reflektioner kring
konsistensanpassad kost och viktiga
faktorer för implementeringen av
*International Dysphagia Diet
Standardisation Initiative (IDDSI)*
inom sjukvården.

En kvalitativ intervjustudie

ELLINOR ABRAHAMSSON & ELISE LUNDIN

Institutionen för kostvetenskap
Box 560
Besöksadress: BMC, Husargatan 3
751 22 Uppsala



Titel: Dietistens reflektioner kring konsistensanpassad kost och viktiga faktorer för implementeringen av *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) inom sjukvården - en kvalitativ intervjustudie
Författare: Ellinor Abrahamsson & Elise Lundin

Sammanfattning

Introduktion År 2013 skapades ett internationellt verktyg med ny standardiserad terminologi för att beskriva konsistensanpassad kost, *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI). Denna terminologi översattes till svenska och anpassades kulturellt år 2020 och har därefter börjat implementeras kliniskt inom vården samt inom forskning i Sverige. Verktyget berör främst arbetet med dysfagi, en vård där dietisten har en viktig roll.

Syfte Syftet med denna studie är att undersöka dietisters reflektioner kring arbetet med konsistensanpassad kost och implementeringen av IDDSI.

Metod Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju dietister från fyra olika sjukhus i Stockholms region. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån en tematisk analys.

Resultat De två teman som identifierades i analysen var *utmaningar vid konsistensanpassning* och *ansvarsfördelning*. Det första temat hade underkategorierna *brist i kommunikation, restriktivitet vid IDDSI* och *sensorisk måltidsupplevelse* medan det andra temat hade underkategorierna *ledarskap, interprofessionellt samarbete, dietistens roll inom livsmedelssäkerhet- och hygien* samt *organisationer*. Resultatet visade att dietisterna upplevde en begreppsförvirring med tidigare klassificering och att det fanns ett behov av en standardiserad terminologi. Dietisterna såg sig själva som en del i implementeringen, men ett ansvar lades även på logoped, ledning och yttre organisationer.

Slutsats Dietisterna beskrev en svårighet i att uppnå hög sensorisk kvalitet vid konsistensanpassad kost. Vidare sågs ett behov av en standardiserad terminologi för konsistensanpassning för att förbättra kommunikationen och öka patientsäkerheten. Dock sågs svårigheter i klassificering av IDDSI samt en risk för restriktivitet hos patienterna. Ledning, engagemang och det interprofessionella samarbetet sågs som ledande framgångsfaktorer i implementeringen men också som potentiella hinder. Dietisterna såg ett behov av utbildning och kunskap både inom den egna professionen och hos personal på avdelning. Samarbetet mellan dietist och logoped lyftes som en central faktor för implementeringen men hur inkluderad dietisten upplevde sig vara i det interprofessionella arbetet varierade.

Title: The Dietitian's Reflections on Texture Modified Diet and Important Factors for the Implementation of *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) in Health Care - a Qualitative Study through Interviews

Authors: Ellinor Abrahamsson & Elise Lundin

Abstract

Introduction In 2013 *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) was created as an international tool for standardization of terminology describing modified textured foods. This terminology was translated to Swedish and culturally adapted in 2020. The implementation process in Sweden also started 2020, both in clinical work at hospitals and in research. The tool mainly affects healthcare when working with dysphagia where the dietitian has an important role.

Objective The objective of this study is to examine dietitians' reflection on the work with texture modified diet and the implementation of IDDSI.

Method Qualitative semi-structured interviews were conducted with seven dietitians from four different hospitals in the Stockholm region. The interviews were transcribed and analyzed based on a thematic analysis.

Results The two themes identified in the analysis were *challenges in consistency modification* and *division of responsibilities*. The first theme had the subcategories *lack of communication, restrictiveness in IDDSI* and *sensory meal experience* while the second theme had the subcategories *leadership, interprofessional cooperation, the dietitian's role in food safety and hygiene* and *organizations*. The study shows that dietitians experienced a conceptual confusion with the current classification and that there was a need for a standardized terminology. Dietitians saw themselves as part of the implementation, but responsibility was also placed on speech therapists, management and external organizations.

Conclusion The dietitians described a difficulty in achieving high sensory quality in modified textured foods. Furthermore, there was a need for a standardized terminology for texture modified foods to improve communication and increase patient safety. However, difficulties were seen in the classification of IDDSI and a risk of restrictiveness in patients. Management, commitment and interprofessional collaboration were seen as leading success factors in the implementation but also as potential barriers. The dietitians saw a need for training and knowledge both within their own profession and with health care staff on the ward. The collaboration between dietitians and speech therapists was highlighted as a central factor for the implementation, but how included the dietitian felt to be in the interprofessional work varied.

Författarnas tack

Författarna vill rikta ett stort tack till Ingela Marklinder vid Uppsala Universitet som handlett denna kandidatuppsats. Tack för ditt visade intresse, deltagande i ämnet för uppsatsen, aktiva korrespondens och feedback. Men framför allt för ditt peppande och tillförande av glada hejarop. Även tack till de dietister som tagit sig tid att delta i studien och delat med sig av tankar och kunskap. Slutligen ett stort tack till de dietister och logopedier som är verksamma inom arbetet med IDDSI i Sverige, som deltagit i möten över Zoom och bidragit med kunskap och tips i arbetet. Framför allt tack till Liza Bergström, PhD och Rosanna Cunningham, båda legitimerade logopedier vid Danderyds sjukhus för ert bidragande med kunskap inom området.

Innehållsförteckning

Introduktion	5
Syfte	6
Bakgrund	6
Sensorik, livsmedelssäkerhet- och hygien vid konsistensanpassning	6
International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)	6
Ramverk för implementering av IDDSI	7
Implementeringsforskning	8
Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)	9
Metod	10
Studiedesign	10
Litteratursökning	12
Rekrytering och urval	12
Transkribering och analys	13
Etiska överväganden	14
Resultat	14
Utmaningar vid konsistensanpassning	15
Brister i kommunikation	15
Restriktivitet vid IDDSI	16
Sensorisk måltidsupplevelse	17
Ansvarsfördelning	18
Ledning	18
Interprofessionellt samarbete	18
Organisationer	20
Dietistens roll inom livsmedelssäkerhet- och hygien	21
Diskussion	21
Resultatdiskussion	21
IDDSI i jämförelse med konsistensguiden	21
Nackdelar med IDDSI	22
Sensorisk kvalitet vid konsistensanpassad kost	23
Framgångsfaktorer och hinder	23
Dietistens ansvar	24
Metoddiskussion	25
Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen	27
Slutsats	27
Referenser	29
Bilagor	32
Bilaga 1. Informationsbrev	32
Bilaga 2. Intervjuguide	33
Bilaga 3. Sammanställning av intervjuguiden framtagen av CFIR	34
Bilaga 4. Bearbetning av teman	35
Bilaga 5. Arbetsfördelning i procent	37

Introduktion

Uppskattningsvis åtta procent av den globala befolkningen har dysfagi (sväljsvårigheter), vilket motsvarar 590 miljoner människor (Cichero m.fl., 2017). Statistik för hur många som har dysfagi i Sverige saknas. En väsentlig del i behandlingen vid dysfagi är konsistensanpassning av mat och förtjockning av dryck, vilket ökar säkerheten vid sväljning samt minskar risken för aspiration. Findus konsistensguide (2019) är en utgångspunkt för de konsistensanpassade kosterna som används i Sverige idag och består av de sex stegen hel och delad konsistens, grov paté, timbal, gelé, flytande samt tjockflytande konsistens. För drycker beskriver konsistensguiden att personer med dysfagi ofta behöver tjockflytande dryck, exempelvis nyponsoppskonsistens. Konsistensanpassning sker globalt, däremot skiljer sig termer och antal nivåer av konsistenser och beskrivningar både internationellt och nationellt (Cichero m.fl., 2013). Olikheter i definitioner mellan länder leder till svårigheter att jämföra behandlingar och resultat. Det leder även till att livsmedelsföretag inte kan märka upp sina produkter med termer för konsistensanpassning för en global marknad (Su, m.fl., 2018). Livsmedelsföretag kan använda sig av samma benämning av en konsistens men detta utgör inte en garanti för att konsistenserna är likvärdiga, vilket ger ökade risker för patienten (Cichero m.fl., 2013). I en svensk studie beskriver Wendin m.fl. (2010) att det finns en guide med definitioner för konsistensanpassad mat, men att denna inte bygger på objektiva mätvärden. Vidare beskrivs att det finns ett glapp mellan subjektiva termer som idag används för att beskriva konsistensanpassad mat och den ökade efterfrågan på objektiva klassificeringar. Därmed finns ett behov av att utveckla och implementera ett system med definitioner och terminologi för att beskriva konsistensanpassad mat (Wendin m.fl., 2010). En standardiserad terminologi för konsistensanpassning förbättrar kommunikationen, ökar patientsäkerheten och förbättrar behandlingen (Cichero m.fl., 2013).

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) skapades år 2013 för att utveckla ny terminologi och nya definitioner för att beskriva konsistensanpassad mat och dryck (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). IDDSI är ett internationellt verktyg och kan användas för personer i alla åldrar och inom alla kulturer. IDDSI översattes år 2020 till svenska och har börjat implementeras kliniskt och inom forskning (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). Enligt Damschroder m.fl. (2009) finns det ett flertal faktorer som kan påverka en implementering och dess utfall. Vidare menar Powell m.fl. (2012) att det finns ett glapp mellan innovationer inom hälso- och sjukvård och hur de kvarstår i praktiken och att det därav finns en stor möjlighet att bygga en bro mellan dessa med implementeringsforskning. Med grund i dessa två studier och att IDDSI i dagsläget är nytt och utforskat i Sverige samt står inför en implementeringsprocess är det i tiden att studera just faktorer som kan påverka denna. I litteratursökningen hittades två studier som gjorts hittills på implementeringsprocessen av IDDSI, där båda lyfter dietisten som en viktig roll (Lam, Stanschus, Zaman & Cichero, 2017; Wu m.fl., 2021). Så vitt författarna känner till finns ännu ingen studie gjord om dietisters upplevelser av införandet av IDDSI i Sverige och därav kommer fokus i denna kandidatuppsats vara ur dietistens perspektiv. Förhoppningen med denna studie är att bidra till utvecklingen och implementeringen av IDDSI i Sverige genom djupare förståelse för dietisters upplevelser av implementeringen samt arbetet med konsistensanpassad kost.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka dietisters reflektioner kring arbetet med konsistensanpassad kost och implementeringen av *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI).

Syftet kommer att besvaras utifrån följande frågeställningar:

- Hur ser dietister på IDDSI som nytt verktyg i relation till tidigare terminologi?
- Hur beskriver dietister framgångsfaktorer och hinder i implementeringen av IDDSI?
- Hur ser dietister på sin egen och andras yrkesroll i implementeringen?

Bakgrund

Sensorik, livsmedelssäkerhet- och hygien vid konsistensanpassning

Konsistensanpassad kost riskerar att få ett lägre innehåll av energi, protein och andra näringsämnen samtidigt som finfördelad mat och puré kan uppfattas som visuellt oaptitlig (Vuca m.fl., 2018). Keller och Duizer (2014) genomförde intervjuer med patienter som åt konsistensanpassad mat i form av puré. Patienterna beskrev en bristfällig sensorisk upplevelse där komponenterna i måltiderna ofta var svåra att urskilja. Vidare beskrev patienterna att det ofta var omöjligt att genom utseende, lukt och smak förstå vad måltiden bestod av, vilket gav patienterna en negativ upplevelse av måltidssituationen (Keller & Duizer, 2014). Både näringsmässig och hög sensorisk kvalitet vid konsistensanpassad kost är av stor vikt för att förebygga malnutrition (Vuca m.fl., 2018). Även livsmedelssäkerhet och livsmedelshygien är viktiga faktorer i samband med konsistensanpassning då finfördelad mat medför en ökad risk för tillväxt av mikroorganismer. Det innebär därmed att hygien vid hantering av mat samt rätt varmhållningstemperatur är viktig. Mat som inte värms upp innan servering, exempelvis gelékost är extra känslig för detta då bakterierna inte elimineras (Livsmedelsverket, 2020).

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

I början av utvecklingen av IDDSI visade en enkätundersökning att 54 olika begrepp användes för att beskriva konsistenser för fast föda och 27 olika begrepp användes för att beskriva flytande konsistenser (Cichero m.fl., 2017). Dessa namn motsvarade tre till fyra olika konsistenser av fast föda och lika många konsistenser av flytande föda. Enkäten besvarades av personer med dysfagi, hälso- och sjukvårdspersonal, stödorganisationer, livsmedelsföretag samt forskare. Vid framtagandet av IDDSI utgick den internationella expertpanelen från tidigare terminologi av konsistensanpassad kost från olika delar av världen, svaren från enkäterna samt en systematisk översikt på ämnet. Expertpanelen kom fram till att IDDSI skulle inkludera fem nivåer av konsistenser för flytande föda och fem nivåer för fast föda (Cichero m.fl., 2017).

IDDSI består av åtta nivåer av olika konsistenser, där nivå noll till fyra motsvarar flytande föda och nivå tre till sju motsvarar fast föda. Nivå tre och fyra används därmed för både fasta och flytande konsistenser. De åtta nivåerna motsvarar tunnflytande, mycket lätt trögflytande, trögflytande, mycket trögflytande/timbal/puré, grovmalen och saftig, mjuk och delad i små bitar samt lättuggad/vanlig konsistens (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). Vid framtagandet av IDDSI togs ett enkelt och billigt sätt fram för att kunna testa både fasta och flytande livsmedel och därmed kunna kategorisera dem i rätt nivå (Cichero m.fl., 2017). The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (2021) beskriver på sin hemsida att det är viktigt att testningen sker under samma omständigheter som livsmedlet ska serveras, framför allt när det gäller temperatur eftersom livsmedlet kan

bete sig på olika sätt vid olika temperaturer. Vidare beskrivs att det för flytande konsistenser används ett flödestest där man med en specifik spruta om tio milliliter bestämmer hur snabbt flödet sker. Hur mycket vätska som återstår i sprutan efter tio sekunder avgör IDDSI-nivån. Mätmetoden är enkel att använda och är känslig nog för att upptäcka små förändringar i konsistenser, exempelvis vid olika temperaturer. Testet kan med enkelhet utföras av personer med dysfagi, hälso- och sjukvårdspersonal samt livsmedelsindustrin för att kategorisera livsmedlet i rätt nivå. För fasta konsistenser används olika tester med hjälp av skedar och gafflar. Livsmedlet observeras när det läggs på en gaffel, när en sked med livsmedlet vinklas samt när det pressas med en gaffel eller sked. Genom dessa tester kan livsmedlet kategoriseras till rätt nivå av IDDSI (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021).

Su m.fl. (2018) testade och utvärderade IDDSI som verktyg och drog slutsatsen att IDDSI ger en mer finkänslig klassificering för konsistenser i jämförelse med andra klassifikationer som används. Vidare beskriver författarna att IDDSI troligtvis kommer leda till en mer precis rekommendation för patienter med dysfagi samt att verktyget är effektivt vid behandling i alla typer av vårdmiljöer. IDDSI har implementerats i flera delar av världen och implementeringsprocessen började 2019 i länder som Australien, Kanada och USA (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). År 2020 gjordes en översättning och kulturell anpassning av IDDSI till svenska. Då fanns verktyget översatt till åtta andra språk (Dahlström & Henning, 2020). Numera finns översättningar av IDDSI till 22 stycken språk och ytterligare översättningar till tolv språk är under bearbetning. Den grupp som agerar som referensgrupp för den svenska implementeringsprocessen av IDDSI är Konsistensgruppen, som består av yrkesverksamma dietister och logopedier (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021).

Ramverk för implementering av IDDSI

I och med framtagandet av IDDSI har ett verktyg för implementeringsprocessen skapats, ett ramverk som kan användas som hjälpmedel för att implementera IDDSI inom hälso- och sjukvård. Den inkluderar sex stycken huvudsteg med underuppgifter och sträcker sig över en tidsperiod på tolv månader. Denna process inleds med att bli bekant med IDDSI via dess hemsida och framtagna hjälpmedel för att sedan bilda interprofessionella implementeringsteam. Det tredje efterföljande steget är att konstatera framtida uppgifter i implementeringen och en tidslinje, därefter utbilda nyckelpersoner i organisationen och i det femte steget kartlägga existerande livsmedel och konstatera IDDSI-nivåer via testning. Det sista och sjätte steget är klinisk kommunikation, vilket inkluderar genomgång av bedömningsverktyg, posters och material för utbildning av personal (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). I juli 2015 startade en pilot-implementering av IDDSI i Tyskland, kallad "the Kempen pilot" som följde IDDSI-ramverket för implementering, vilket därmed blev en utvärdering av ramverket och implementeringens utfall (Lam m.fl., 2017). Författarna understryker i studien att utveckling av ett ramverk är meningslöst om den inte implementeras som tänkt. I "the Kempen pilot" konstaterades att IDDSI framgångsrikt kunde implementeras utefter ramverket och att en signifikant skillnad kunde ske på sex till tolv månader. Vikten av att ha en tidsbunden plan framhålls som en avgörande faktor för utfallet samt stöd från och inom organisationen. Ytterligare en framgångsfaktor som lyfts är det interprofessionella arbetet och tillgången till nyckelpersoner som kunde sprida kunskapen.

Implementeringsforskning

Verktyget för implementeringsprocessen som togs fram till implementeringen av IDDSI är en av många implementeringsstrategier som finns idag. En implementeringsstrategi definieras av Powell m.fl. (2012) som en systematiskt utförd intervention för att anta och integrera evidensbaserade hälsoinnovationer till faktiskt vård, där hälsoinnovationer innebär behandlingar, praktiska riktlinjer eller innovationsprogram som fokuserar på prevention och behandling inom hälso- och sjukvård. Som nämnts i introduktionen finns ett glapp mellan innovationer inom hälso- och sjukvård och hur de kvarstår i praktiken, varav implementeringsforskning blir viktigt för möjligheten att minimera detta glapp (Powell m.fl., 2012). En svårighet inom implementeringsforskning är variationen i begrepp som används inom och för detta område, något som nämnts av McKibbin m.fl. (2010) och refereras till i artikeln av Powell m.fl. (2012) som "Tower of Babel". Detta innebär att flertalet termer används för samma sak, vilket motverkar en enhetlighet inom begrepp och leder till en minskad trovärdighet. Implementeringsforskning kan benämnas som exempelvis implementeringsprocess, strategi, modell eller intervention, vilket är något som försvårar för att hitta rätt strategi för en enskild implementering samt försvårar vid litteratursökning för att kunna inkludera alla existerande termer. Samma problem lyfts av Nilsen och Roback (2010) som beskriver att det saknas en allmänt accepterad definition av begreppet implementering, men att det innebär ansträngningar som sker efter att ett beslut gjorts om införandet av en innovation. De menar att implementering kan beskrivas med ord som till exempel genomföra, förverkliga, applicera eller införa och att implementering handlar om att realisera planer och idéer till konkret handling.

Nilsen, Roback och Krevers (2010) beskriver ett ramverk för implementeringsprocesser med sex förklaringsfaktorer: implementeringsobjektet, implementeringsaktiviteter, implementeringsaktörer, användare, inre kontext samt yttre kontext. Implementeringsobjekt innebär i hur stor utsträckning implementeringen upplevs vara till fördel eller bättre än alternativet, hur väl implementeringen stämmer överens med behov och värderingar samt hur lättförståelig och möjlig implementeringen upplevs vara. Implementeringsaktiviteter är strategier för att påverka och förbättra implementeringsprocessen, exempelvis genom spridning av information, skapandet av nya rutiner och utbildning. Implementeringsaktörer kan vara beslutsfattare samt aktörer som tar på sig eller ges en roll, exempelvis genom sin yrkestitel. Användare kan kategoriseras i olika grupper baserat på egenskaper som påverkar implementeringsprocessen. Användare innefattar både individuella användare och grupper av användare. Inre kontext innebär förhållanden och egenskaper i verksamheten eller organisationen där implementering sker. Detta kan innefatta organisationskultur, arbetssätt och förändringsbenägenhet hos organisationen. Yttre kontext innebär samhällsförhållanden som påverkar implementeringsprocessen, exempelvis lagar, regler och sociala normer (Nilsen m.fl., 2010). Nilsen (2010) lyfter vidare hur framgångsrika innovationer i sjukvård inkluderar ett "bottom-up" och "top-down" sätt att implementera, vilket innebär att innovationen utvecklas hos praktikerna, det vill säga personalen på sjukhuset, tills den dokumenteras och utvärderas vetenskapligt. För att sedan implementeras i ett "top-down" perspektiv från ledning ut till organisationen. Detta arbetssätt för implementering framhävs även av Lam m.fl. (2017) som i "the Kempen pilot" såg det som en framgångsfaktor att arbeta enligt ett "bottom-up", "top-down" tänk. Detta innebar att implementeringen spreds både från chefer och ledning nedåt i den organisatoriska hierarkin och samtidigt med hjälp av ansvariga ute på avdelning uppåt.

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)

Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) är ett ramverk med fem fokusområden för implementering som togs fram år 2009 av Damschroder m.fl. (2009) i en översikt på ämnet, där flera olika ramverk och teorier sammanfördes till ett verktyg. Inom detta ramverk finns bland annat intervjuguider och annat material som kan användas som verktyg vid utformning av en implementering eller som underlag för utvärdering (The Consolidated Framework for Implementation Research, 2021). I en översikt med syfte att kartlägga användandet av CFIR inom implementering framkom att verktyget har använts i ett flertal studier (26 stycken) sedan 2009, framför allt inom hälso- och sjukvård som ett verktyg för att utvärdera implementering av olika områden eller för att finna hinder och framgångsfaktorer i en implementering (Kirk m.fl., 2016). De fem fokusområden som inkluderas i CFIR är: interventionens egenskaper, yttre faktorer, inre faktorer, individuella egenskaper samt implementeringsprocessen (Damschroder m.fl., 2009). Dessa fem områdena är därmed viktiga vid en implementering och kan påverka dess utfall. Exempel för vad som inkluderas i varje fokusområde kan ses i tabell 1.

Tabell 1. Fokusområden som påverkar en implementering enligt CFIR*

Fokusområde	Exempel
Interventionens egenskaper	Källa till interventionen, evidensstyrka och dess kvalitet, kostnad, anpassningsbarhet, komplexitet, prövbarhet, fördelar med interventionen jämfört med andra alternativ.
Yttre faktorer	Patientens behov och resurser, kosmopolitism, politik och externa incitament, gruppsyck.
Inre faktorer	Strukturer, nätverkande och kommunikation, kultur inom organisationen, implementeringsklimat.
Individuella egenskaper	Kunskap kring interventionen, självständighet, förmåga till förändring, individens identifiering med organisationen, andra individuella attribut
Implementeringsprocessen	Planering, engagemang, verkställningsförmåga, reflektion och utvärdering.

*(Damschroder m.fl., 2009)

I maj 2018 startade implementeringen av IDDSI inom sjukvården i Nya Zeeland, med hjälp av implementeringsverktyget och dess inkluderade sex steg som framtagits av IDDSI (Wu m.fl., 2021). I en studie av Wu m.fl. (2021) utvärderades implementeringen av IDDSI på fem äldreboenden i landet, den första utvärderingen som gjorts av IDDSI på äldreboenden hittills. Studien inkluderade måltidsobservationer, kvalitativa intervjuer samt en enkät och som utformning av utvärderingen användes CFIR. De kvalitativa intervjuerna byggde på intervjuguiden framtagen av CFIR med syfte att hitta eventuella framgångsfaktorer och hinder i implementeringen. I studien framkom att personalens kunskap och följsamhet inte var optimal efter implementeringen och att mer kunskap önskades. Ytterligare förtydligades att logopedier och dietister är en viktig del i implementeringen och att dessa professioner bör vara med i planering, utförande, övervakning och reflektion. Utöver detta framkom även att teamarbetet är en viktig grundpelare för en lyckad implementering.

Metod

Studiedesign

En kvalitativ studiedesign med intervjuer som metod valdes då syftet var att få en ökad förståelse för deltagarnas upplevelser och erfarenheter (Bryman, 2018). Enskilda intervjuer genomfördes med sju stycken dietister från fyra olika sjukhus i Stockholms region. Detta då implementeringen av IDDSI har påbörjats eller kommer att påbörjas där inom kort. Eftersom dietisterna befann sig i början av implementeringsprocessen behövde de inte tänka tillbaka på sina erfarenheter utan kunde berätta om sina nutida upplevelser. Intervjuerna genomfördes mellan 25/11 och 9/12 via video- och konferensverktyget Zoom. Varje intervju pågick mellan 30-50 minuter. Vid intervjuerna fördelades ansvaret mellan att antingen hålla i intervjun eller att observera och anteckna. Rollerna alternerades och huvudansvaret fördelades lika. Vid intervjutillfället upprepades innehållet i informationsbrevet muntligt och intervjun påbörjades först efter att deltagaren gett muntligt samtycke till att delta i studien. Se bilaga 1 för informationsbrevet. Intervjuerna spelades in via Zoom på en dator samt med ljud via telefoner, för att minimera risken för tekniska problem. Material som behövdes i samband med studien var en dator att använda vid intervjuerna samt video- och konferensverktyget Zoom där intervjuerna hölls och spelades in. Mobiltelefoner med program för ljudinspelning behövdes vid intervjuerna. Inspelningarna raderades vid studiens slut.

Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade och utgick från en intervjuguide med 17 stycken frågor, se bilaga 2. Frågorna följde intervjuns gång och kunde ställas i varierande ordning utefter samtalets utveckling samt inkluderade följdfrågor. Intervjuguiden togs fram främst med inspiration från de fem fokusområden som kan påverka en implementering enligt CFIR: interventionsegenskaper, den yttre miljön, den inre miljön, egenskaper hos de involverade individerna samt implementeringsprocessen (The Consolidated Framework for Implementation Research, 2021). De fem områdena ses även i tabell 1. Intervjuguiden framtagen av CFIR som verktyg vid implementering bygger på dessa fem områden och inkluderar färdiga underkategorier samt intervjufrågor. Antal frågor i guiden är omfattande och att inkludera alla dessa underkategorier och frågor var ej möjligt för att hålla sig inom studiens ramar. Därav valdes enstaka frågor som inspiration till utformning av intervjuguiden, vilka var relevanta till studiens syfte och frågeställningar. Exempelvis låg frågan *“Who are the key influential individuals to get on board with this implementation?”* till grund för frågan *“Vilka skulle du säga är nyckelpersonerna i implementeringen och hur ser du på deras roll?”* i intervjuguiden. En sammanfattning av intervjuguiden från CFIR samt exempel på frågor som användes kan ses i bilaga 3. Områdena som skapades i guiden utefter CFIR var de fyra första: kunskapsnivå och kompetens inför implementering, attityder inför implementering, tidigare erfarenheter av implementering samt teamarbete inför implementering. För att bekräfta att dessa områden var relevanta och inkluderade tänkta påverkansfaktorer för en implementering togs även fem av de sex förklaringsfaktorerna för implementeringsprocesser som beskrivs av Nilsen m.fl. (2010) med som underlag för intervjuguiden: implementeringsobjektet implementeringsaktiviteter, implementeringsaktörer, användare, inre kontext samt yttre kontext. Den sistnämnda faktorn exkluderades för att inte få en för bred intervjuguide samt att för att kunna besvara syftet. Exempel på frågor som inkluderas inom varje förklaringsfaktor kan ses i tabell 2.

Tabell 2. De sex förklaringsfaktorerna för implementeringsprocesser* i relation till frågor i intervjuguiden.

Faktorer	Vad faktorerna kan innebära i en implementering	Exempel på fråga i intervjuguiden
Implementeringsobjektet	I hur stor uträkning objektet upplevs vara en fördel eller bättre gentemot alternativet, om det finns ett behov för det samt hur möjlig implementeringen av objektet upplevs vara.	Vad tycker du om IDDSI? Fördelar och nackdelar?
Implementeringsaktiviteter	Strategier för att påverka och förbättra implementeringsprocessen, exempelvis genom spridning av information, skapandet av nya rutiner och utbildning.	Anser du att du har tillräckligt med resurser för denna implementering?
Implementeringsaktörer	Aktörer som tar på sig eller ges en roll, exempelvis genom sin yrkestitel.	Hur ser du på din roll som dietist i implementeringen? Hur tror du att andra professioner ser på din roll?
Användare	Användare kan innefatta både individuella användare och grupper av användare.	Hur ser du på andra professioners roll i implementeringen?
Inre kontext	Förhållanden och egenskaper i verksamheten. Kan innefatta organisationskultur, arbetssätt och förändringsbenägenhet hos organisationen.	Hur skulle du beskriva klimatet på din arbetsplats, på din enhet och sjukhuset i stort? Hur kommer klimatet att påverka implementeringen?
Yttre kontext	Samhällsförhållanden som påverkar implementeringsprocessen, exempelvis lagar, regler och sociala normer.	Inkluderades ej

*(Nilsen m.fl., 2010)

Livsmedelssäkerhet- och livsmedelshygien representerade det sista området i intervjuguiden och under detta område inkluderades även en fråga om sensorik i samband med konsistensanpassad kost. Tänkta påverkansfaktorer för en implementering låg inte till grund för detta område utan lades till i intervjuguiden för att svara mot studiens syfte och dietistens reflektion kring konsistensanpassad kost, med belägg för att både livsmedelssäkerhet, livsmedelshygien samt sensorik är viktiga områden vid arbete med konsistensanpassning (Keller & Duizer, 2014; Livsmedelsverket, 2020).

Förutom frågorna i intervjuguiden inkluderades även en fråga om antal år som verksam dietist. Deltagarnas namn och uppgifter sparades inte, utan deltagarna döptes till Dietist följt av en stor bokstav efter alfabetisk ordning. En pilotintervju utfördes med en dietist som arbetar på ett sjukhus i sjukvårdsregion mellansverige för att prova och utvärdera intervjuguiden, dess teman och frågor. Efter pilotintervjun togs en del frågor bort från intervjuguiden, då frågorna upplevdes som överflödiga eller repetitiva. En fråga som exkluderades efter pilotintervjun var *“Vad kan dietistens kompetens bidra med i implementeringen?”* då denna upplevdes upprepande i relation till frågan om synen på

dietistens roll samt frågan kring hur IDDSI kommer att påverka dietistens arbete. Pilotintervjun inkluderades inte i resultatet.

Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes mellan 3/11 och 26/11, främst i databasen Pubmed. Sökord som användes var: IDDSI, implementation, strategy, implementation strategy, implementation science, intervention, CFIR, framework, factors, barriers, facilitators, hospital, health care, medical care, organisation, texture modified diet, texture modified food, sensory, safety, security. Även litteratursökning i Gothenburg University Publications Electronic Archive (GUPEA) gjordes, där sökordet IDDSI användes. Google scholar användes för litteratursökning och där användes sökorden IDDSI och implementation. Även relevant litteratur från referenslistor i valda artiklar användes. Relevanta artiklar har erhållits via kontakt med forskare inom aktuellt område. Information har även sökts via svenska myndighetssidor som Livsmedelsverket, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Statistiska Centralbyrån. Hemsidan för IDDSI har använts som källa till information. Böcker och artiklar i metodik har använts som stöd i utformning av studiens metod samt källor för forskningsetiska grundprinciper.

Rekrytering och urval

Urvalet vid studien var målstyrt för att rekrytera personer som var relevanta och genom intervjuer kunde besvara forskningsfrågorna. Även snöbollsurval användes för att rekrytera ytterligare relevanta deltagare (Bryman, 2002). En dietist på ett sjukhus i Stockholm kontaktades och skickade sedan ut informationsbrev med förfrågan om medverkan via e-post till samtliga dietister på sjukhuset. Dietister som var intresserade av att delta i studien återkom via e-post för att få en intervju inbokad. Verksamhetschefen för dietisterna gav sitt godkännande för rekrytering av dietister inom deras verksamhet. Vidare kontaktades även dietister på andra sjukhus i Stockholm med förfrågan om att medverka. En del av dessa återkom med kontaktuppgifter till andra dietister som de ansåg var mer lämpade som deltagare i studien. Vidare kontaktades även dessa personer med förfrågan om att delta. Inklusionskriterier för att medverka i studien var att deltagaren skulle vara verksam dietist vid ett sjukhus inom Stockholms region samt att man i sitt arbete kommer i kontakt med konsistensanpassning. Deltagarna behövde ha hört talas om IDDSI tidigare men däremot krävdes ingen djupare kunskap för att medverka. Vid rekrytering av deltagare togs ingen hänsyn till ålder, kön eller antal år som verksam dietist. Deltagarna som medverkade i intervjuerna jobbade på fyra olika sjukhus, som alla kommit olika långt i implementeringen. Fem av deltagarna befann sig på steg fyra och fem i implementeringen av IDDSI enligt dess egna ramverk. Detta innebär att arbetsplatserna utbildar nyckelpersoner samt kartlägger livsmedel enligt IDDSI. Två av deltagarna befann sig på steg ett enligt ramverket, vilket innebär att organisationerna blir bekanta med IDDSI via dess hemsida. De dietisterna som varit yrkesverksamma kortast hade arbetat i knappt två år som dietist, medan de som varit yrkesverksamma längst hade arbetat i över 20 år, se tabell 3.

Tabell 3. Deltagarnas fiktiva namn, period som verksam dietist samt på vilket steg i implementeringen de befinner sig.

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7
Kodnamn	Dietist A	Dietist B	Dietist C	Dietist D	Dietist E	Dietist F	Dietist G
Period som verksam dietist	> 20 år	> 20 år	< 5 år	6-10 år	11-20 år	< 5 år	11-20 år
Nuvarande steg i implementeringen	Steg 4 och 5	Steg 4 och 5	Steg 4 och 5	Steg 4 och 5	Steg 1	Steg 4 och 5	Steg 1

Transkribering och analys

Det inspelade materialet transkriberades manuellt via dator på en mindre detaljerad nivå. Materialet resulterade i sammanlagt 55 sidor text. Tre återkommande problem som kan uppstå i att analysera kvalitativt material är kaosproblemet, representationsproblemet och auktoritetsproblemet (Rennstam & Wästerfors, 2015). Problemen innebär att det är brist på ordning av materialet och att allt material inte kan återges i studien och därmed kommer endast viss information kunna lyftas fram. Det tredje och sista problemet innebär en svårighet i att veta vad som faktiskt kan sägas om materialet och om det är nytt och relevant. För att förebygga detta användes ett arbetssätt som innebär att sortera, reducera och argumentera (Rennstam & Wästerfors, 2015). Resultatet bearbetades utifrån en tematisk analys, där materialet lästes igenom ett flertal gånger och delades upp i koder och teman (Bryman, 2002), se tabell 4 för exempel. Den tematiska analysen utgick från de sex faserna som Braun och Clarke (2006) beskriver: bekanta sig med data, skapa initiala koder, söka efter teman, granska teman, definiera och namnge teman samt sammanställa detta i en rapport. Analysen av materialet startade redan vid intervjutillfällena och efter varje intervju diskuterades materialet och stödord skrevs ned. Transkriberingarna bearbetades sedan först individuellt genom att meningsbärande enheter markerades och kodades utifrån syftet för studien. Därefter skapades initiala teman utefter koderna vilka sedan diskuterades mellan författarna. De teman som framkommit i den individuella analysen stämde väl överens med varandra och slogs därmed samman till två teman. Därefter skapades underkategorier som namngavs. Processen att ta fram underkategorier samt namnge huvudteman genomgick fem bearbetningar.

De två första teman som valdes var *dietistens attityder* och *påverkansfaktorer*, vilka även hade sex underkategorier. De första teman granskades och omarbetades till två nya teman vilka var *dietistens upplevelser av IDDSI* och *implementeringsfaktorer*, vilka hade fyra underkategorier. Dessa teman omarbetades en tredje gång och slutligen valdes temat *utmaningar vid konsistensanpassning* och *ansvarsfördelning*, vilka återigen hade sex underkategorier. Dessa sex underkategorier genomgick sedan ytterligare en bearbetning och resulterade i sju stycken underkategorier. I ett sista steg reviderades två av underkategorierna och fick andra benämningar. De teman som togs fram vid första och andra bearbetningen upplevdes mer som övergripande rubriker. I processen att finna de djupare kärnfynd i materialet kunde slutliga teman fastställas efter femte bearbetningen. Se bilaga 3 för hur bearbetningen av teman såg ut.

Tabell 4. Exempel på kodning av meningsbärande enheter och kategorisering till teman och underkategorier.

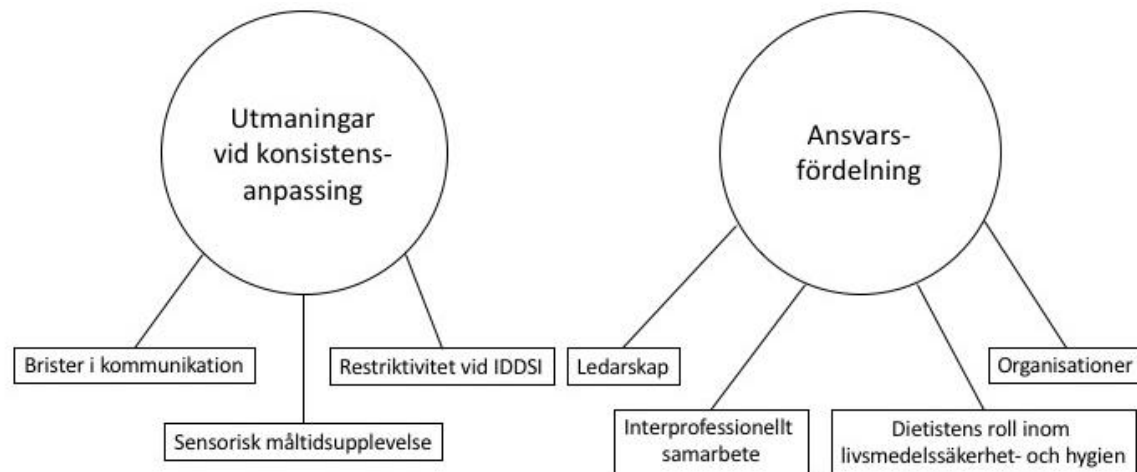
Meningsbärande enhet	Koder	Tema (underkategori)
“...nyckelpersonen skulle jag då säga är logopeden såklart men alla måste ju vara involverade...” (Dietist E)	1. Logoped nyckelperson 2. Alla professioner inkluderas	Ansvarsfördelning (Interprofessionellt samarbete)
“Resurser är ju alltid för lite av. Utan det är ju vad man får ett mandat av, kan man säga, från sin chef.” (Dietist A)	1. Brist på resurser 2. Chef som resurs	Ansvarsfördelning (Ledarskap)
“Det går lite snabbare med patienter jag behöver inte typ leta reda på logoped och försöka förstå vad hon menade det går lite lättare och snabbare.” (Dietist C)	1. Lättare och snabbare med IDDSI 2. Behöver inte rådfråga logoped	Utmaningar vid konsistensanpassning (Brister i kommunikation)
“... vi kan ju ofta få höra från personalen eller från patienterna att ja den är ju oätlig den här maten, det kommer bara upp någonting vi vet inte vad det är för någonting...” (Dietist G)	1. Maten beskrivs som oätlig 2. Otydligt vad som serveras	Utmaningar vid konsistensanpassning (Sensorisk måltidsupplevelse)

Etiska överväganden

De fyra forskningsetiska grundprinciperna togs i beaktande inför utförandet av denna studie. Informationskravet hanterades på det sätt att deltagarna mottog ett informationsbrev som inkluderade studiens syfte och intervjuernas tillvägagångssätt. I informationsbrevet framgick att deltagande var frivilligt och att deltagaren kunde avbryta sin medverkan när som helst utan motivering. Innan intervjuerna påbörjades fick deltagarna ge sitt muntliga samtycke att delta i studien, för att svara mot samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet uppfylldes på så sätt att alla uppgifter och intervjusvar behandlades säkert och enbart användes i studien. Resultatet redovisades så att ingen individ kunde identifieras (Bryman, 2018).

Resultat

Den tematiska analysen av materialet från intervjuerna med de sju dietisterna resulterade i två huvudteman: *utmaningar vid konsistensanpassning* och *ansvarsfördelning*, se figur 1. Det första temat delades upp i tre underkategorier: *brister i kommunikation*, *restriktivitet vid IDDSI* och *sensorisk måltidsupplevelse*. Det andra temat delades upp i fyra underkategorier: *ledarskap*, *interprofessionellt samarbete*, *dietistens roll inom livsmedelssäkerhet- och hygien* samt *organisationer*.



Figur 1. Resultatets teman och underkategorier.

Utmaningar vid konsistensanpassning

Brister i kommunikation

Dietisterna beskriver att de upplever flera problem kopplat till tidigare klassificeringssystem av konsistenser. Det gäller framför allt förvirring kring begrepp, svårigheter med kommunikation och missförstånd. Dels handlar det om att olika termer används exempelvis i journalen och gentemot patienten, vilket leder till otydlighet och svårigheter i förståelsen mellan varandra. Flera dietister beskriver även att olika begrepp används parallellt för att beskriva samma konsistens, som en strategi för att försöka öka tydligheten och förståelsen. Exempelvis används både begreppet grov paté och lättuggat för att beskriva samma konsistensanpassade kost, för att förtydliga för övrig vårdpersonal och därmed förebygga missförstånd. Dietist G beskriver:

“Om vi vill att vi ska använda grov paté varför skriver vi lättuggad? Nu blir det så att vi skriver såhär ibland nu för att få in grov paté i journalen så liksom skriver vi ändå inom parentes är lika med lättuggad. Ja men vet du för att, för att personalen ska förstå.”

Vidare beskriver även Dietist D hur måltidsköket på sjukhuset och logopeden använder olika begrepp för att beskriva samma konsistens: “... lättuggat hos oss, när du ska beställa den från köket då heter den grov paté, det är också väldigt konstigt. Så logopeden måste hela tiden skriva ut grov paté, lättuggat...”. Förutom användandet av flera olika benämningar för samma konsistens beskrivs även svårigheter i att förstå tidigare terminologi och vad begreppen innebär. Dietist A lyfter att IDDSI “... skulle kunna vara något väldigt tydligt och hjälpa en, för jag tycker det varit väldigt svårt det här om man ska ha tunnflytande eller tjockflytande.”. Vidare beskriver Dietist B att dietister har svårt att förstå logopeders journalanteckningar, samtidigt som även logopederna har svårt att förstå varandra: “Det visar sig ju också att dietister förstår ju inte alltid vad logopederna, hur de menar liksom. I anteckningen, och logopederna verkade inte förstå varandra heller.”. Dietisterna lyfter därmed att IDDSI bidrar till en bättre kommunikation både bland dietister och mellan olika yrkeskategorier och leder till färre missförstånd. Dietist A beskriver:

“Jag hoppas och tror att det ska bli lättare i kommunikationen mellan olika yrkesgrupper, framför allt logoped och dietist. Men också undersköterskor på avdelning, sjuksköterskor på avdelning, läkare som jobbar med nutrition också. Och i förlängningen också skolor och förskolor och så.”

Ett mer effektivt arbetssätt lyfts som en fördel med IDDSI och dess terminologi. Detta eftersom logoped inte behöver rådfrågas innan rekommendation ges till patienter, då dietisten

förstår journalanteckningen direkt. I dagsläget behöver dietisterna dubbelkolla med logopeden innan behandling påbörjas, för att säkerställa att man förstått varandra och att patienten får en säker vård. Det blir även enklare att ge rekommendationer till patienter dietisten inte känner sedan tidigare när IDDSI används. Tidigare terminologi beskrivs av deltagarna som subjektiv medan IDDSI lyfts fram som ett mer objektivt, precist och mätbart verktyg. Tidigare klassificering innefattar inte drycker och dietisterna lyfter därför tillägget av det hos IDDSI som en fördel. Dietist B säger:

“... jag tycker att det är fördelar framför allt därför att det är mycket mera, mätteknik som är mycket mer precis än konsistenstrappan eller mycket mer exakt liksom. Den är ju mycket mer, konsistenstrappan upplevde jag mycket mer subjektiv, och sen det här med konsistenstrappan inte innefattar flytande, drycker på det här sättet. Så det här känns ju som en förfining av det vi haft tidigare.”

En annan fördel som lyfts fram med IDDSI i relation till tidigare klassificeringssystem är att IDDSI är internationellt och inte bara anpassat för Sverige. Dietist B beskriver att det är gynnsamt att kunna samarbeta med dietister internationellt: *“Jag tycker att det är fantastiskt att vi börjar dela så mycket mer mellan dietistförbund i olika länder eller dietister i olika länder, att vi, att vi kommunicerar på ett annat sätt nu när vi har standardiserad terminologi och så.”* Ytterligare en fördel som beskrivs med att IDDSI är internationellt är att bedömningar blir mer likvärdiga globalt och att begrepp blir mer lättförståeliga mellan länder. Dietist F beskriver:

“IDDSI ett sätt att samla konsistenser under liksom samma samma bedömning världen över liksom så att det ska vara standardiserade och fungera på samma sätt överallt för att man kanske har lite olika typer av livsmedel som man har som exempel världen över och bara här i Sverige så använder vi ju begrepp som nyponsoppkonsistens liksom, vad är det för en utomstående? Och det kanske inte är så lätt för övrig vårdpersonal heller som kommer i kontakt med patienterna att veta vad det är, av den anledningen så är det ett, en bra skala för att standardisera.”

Restriktivitet vid IDDSI

En av nackdelarna med IDDSI som lyfts genomgående är en ökad risk för restriktivitet hos patienter, där begränsningarna blir större än nödvändigt. Dietist B lyfter uppföljning som en viktig faktor för att undvika detta:

“Men det är ju också att, om patienter står kvar på det här och inte vågar, blir begränsade i onödan [...] både logopeder och dietister måste följa upp de här patienterna [...] det här måste ju följas upp och se hur hur utvecklas det eller att man säger till patienter “så här behöver du äta just nu men om fyra veckor eller någonting så kan du börja göra såhär”.”

En annan aspekt som lyfts i samband med den ökade risken för restriktivitet är att sväljträning för patienten kan utebli om kosten blir för begränsad till en specifik IDDSI-nivå. Dietist A lyfter detta problem och att det kan finnas en koppling till att patienter eller anhöriga inte vågar gå utanför IDDSI-nivåerna på grund av rädsla och därmed blir för begränsade:

“Ja men kanske att det kan finnas någon form av rädsla, hos en del, om man, jag kan tänka mig att vissa föräldrar eller assistenter eller så kanske inte vågar ta sig utanför IDDSI-markeringarna. Utan att man blir för, känner sig för hårt styrd, och man vågar alltså som säga inte [...] det blir ju tråkigt för barnet, eller för den vuxna. Den får ingen, kanske... men man kanske missar någonting i, träningsdelen där.”

Alla patienter med konsistensanpassad kost har inte dysfagi och därmed kan en risk vara att man inför rekommendationer utifrån IDDSI hos alla typer av patienter, även för de som inte

har sväljsvårigheter. Detta leder i sin tur till att den konsistensanpassade kosten blir mer begränsad än nödvändigt, då patienterna hade klarat av fler konsistenser. Dietist B beskriver:

“Och sen som jag tror är jätteviktigt också att alla patienter som behöver konsistensanpassad mat har inte risk för dysfagi. Det kan vara att man har ont i munnen för att man har fått strålbehandling eller torr i munnen så att man behöver just det här med mycket sås och det här, eller något med tänderna och så. Så vi får liksom inte börja IDDSI-rekommendera, bara ha det kanske, utan man måste kanske också ha mat, konsistensanpassad mat som är lite bredare, för andra grupper liksom, och där behöver vi också göra ett arbete, vilka behöver IDDSI egentligen, och vilka behöver det inte.”

En annan nackdel som dietisterna beskriver med IDDSI är svårigheterna i klassificering, bland annat på grund av att IDDSI-nivån skiljer sig beroende på livsmedlets temperatur. Detta leder i sin tur till att klassificeringar utifrån IDDSI kan vara svåra att genomföra praktiskt, särskilt inom vården. För att säkerställa att patienten får mat med rätt IDDSI-nivå krävs att dietisten förlitar sig på att ansvarig personal på avdelningen har koll på temperaturen och inte låter patienten inta livsmedel med fel IDDSI-nivå. Att lyckas med detta praktiskt upplevs som en utmaning. Ytterligare en svårighet som beskrivs är omsättningen av logopedens rekommendationer till måltider i praktiken. Dietist B säger att “...*hur ska vi få ihop kompletta måltider till patienterna?*”. Även Dietist E lyfter detta som en utmaning och beskriver svårigheter i att klassificera mat till IDDSI-nivåer då patienter har ursprung världen över och därmed har olika matkulturer:

“... alltså jag tänker det finns ju väldigt mycket olika maträtter, livsmedel framför allt, hur ska man klassificera all den mat och dryck som finns. Som eventuellt mina patienter intar. Vi har ju patienter från hela världen så det kan ju vara allt möjligt som folk äter som man inte har riktig koll på vad det är eller så lär man sig vad det är, men det kan ju vara svårt att kanske veta vart någonstans på IDDSI-skalan det livsmedlet ligger då.”

Sensorisk måltidsupplevelse

Flertalet dietister beskriver svårigheter med att uppnå hög sensorisk kvalitet vid måltidsupplevelsen i samband med den konsistensanpassade maten. Det är framför allt timbalkost som upplevs svår att göra aptitlig och sensorisk tilltalande. Flytande kost upplevs enklare att förbättra sensoriskt eftersom den går att berika och patienter ofta är vana att äta soppor sedan tidigare. Timbalkost är svår att ändra på samtidigt som det ofta kan vara otydligt vad den består av. Dietist C beskriver:

“Det går bra i de flesta fall, det svåra är timbalkost faktiskt. Det är inte gott, patienter vill inte äta dem och jag förstår dem [...] när vi pratar om flytande kost vi pratar om soppor. Alla älskar dem [...] problemet är med timbal, det är problemet som de flesta har och inte gillar det faktiskt.”

Vidare lyfts att det inte bara är vad som serveras utan också hur det serveras som är viktigt vid konsistensanpassad kost. Dietist G beskriver vikten av att se till hela måltidsupplevelsen, presentera maten på ett aptitligt sätt samt berätta för patienten vad som serveras:

“... i och med att timbalkosten till exempel, i och med att man faktiskt inte ser vad det är för nånting att det då är jätteviktigt att man berättar vad det är man serverar [...] ja så det är så mycket som spelar in i hur den här konsistensanpassade maten upplevs och men jätteviktigt tror jag liksom dels hur man lägger upp det på tallriken att det ser lite trevligt ut, att man säger att man berättar vad det är för någonting [...] att uppmärksamma att det är så viktigt, inte bara liksom vad det är som serveras utan också hur det serveras.”

Vidare beskrivs att patienterna kan uppleva att de äter samma sak vid varje måltid och att man kan uppleva en sorg över att inte kunna äta som förut. Detta kan i sin tur yttra sig i att patienten uttrycker att maten inte är god. Dietist G förklarar:

“Och jag förstår att patienterna upplever att de äter samma sak varje dag till lunch och middag för att det är samma konsistens och också kanske en sorg hos patienterna över att inte kunna äta samma mat, typ av man har kunnat äta förut och att man då liksom ja är ledsen över det och då kanske uttrycker det genom att säga att maten är äcklig eller det här kan jag inte äta.”

Ansvarsfördelning

Ledning

Dietisterna lyfter ett flertal resurser som ses som framgångsfaktorer i implementeringen. Något som betonas av alla deltagare är ledning och chefskap som resurs, vikten av att ha en ledning i organisationen som är involverad och engagerad i implementeringen, men även att ha en delaktig verksamhetschef och enhetschef ses som avgörande. Detta lyfts av Dietist E som berättar att “...*fungerar ett bra samarbete och också ett engagemang från ledningsnivå då funkar ju saker och ting men om inte det finns då blir det svårt.*”. Det ligger ett ansvar på ledning och chefskap för möjligheten att kunna genomföra en implementering, något som beskrivs av Dietist G:

“...det måste komma lite mer uppifrån att man måste få med ja men verksamhetschefen måste vara med, enhetscheferna måste vara med, för att kunna genomföra sådana här saker så kan inte vi riktigt vara de som är ensamma och driver det utan det måste liksom komma uppifrån från liksom ledningen och verksamhetschef för att det ska kunna tror jag.”

Hos alla deltagare framkommer att en engagerad chef och ledning sammankopplas med tillgång till tid och pengar. För att erhålla mer tid och pengar krävs en engagerad ledning och chefer som förstår varför implementeringen är viktig och ser en nytta utav den. Just tiden upplevs som en viktig resurs hos dietisterna och framhålls som en bristvara. Varför tid ses som en bristande resurs förklaras vidare av Dietist A som:

“Därför allt är så ... slimmat idag, så det finns liksom ingen tid över, det är så pressat och ... det är så mycket hela tiden som ska implementeras, förbättringsförslag och så vidare, så att det är ett väldigt stort tryck.”

Tid upplevs inte enbart som en bristande resurs i det egna arbetet utan ses även som ett hinder i implementeringen gentemot avdelningar och möjligheten att inkludera professionerna där. Att inkludera just sjuksköterskorna och undersköterskorna på avdelningarna ses som viktigt för implementeringens utfall och deras roller beskrivs som nyckelpersoner. Bristen på tid för avdelningarna framhålls av Dietist C som en “...*belastning för alla, det gör att de inte har tid att, ägna mycket tid för att lära något nytt eller att göra något nytt.*”. Bristen på tid samt vikten av att inkludera sjuksköterskor och undersköterskor på avdelningarna lyfts även av Dietist G som att “...*de som jobbar på avdelningarna, alltså sköterskor och undersköterskor och som också isåfall måste vara med i sånt här, där ser man ju tyvärr mer att det finns kanske ännu ja men brist på personal och få resurser.*”.

Interprofessionellt samarbete

Det interprofessionella samarbetet lyfts hos samtliga dietister som en viktig del i en implementering och vikten av att inkludera alla professioner i vårdkedjan betonas. Hos flertalet dietister lyfts specifikt undersköterskor och sjuksköterskor som extra viktiga att inkludera i arbetet med IDDSI, vilket beskrivs av Dietist C som: “*Först och främst jag tror*

att undersköterskor och sjuksköterskor måste vara med i det här tåget faktiskt det är så viktigt att de också förstår när vi pratar.”. Däremot finns det också hinder i teamarbetet i form av utmaningar i att nå ut till alla på grund av schemaläggning, brist på personal och hög belastning samt ett upplevt bristande intresse från vårdpersonal på avdelning för nya implementeringar. Det finns en förståelse för avdelningarnas svårigheter, men samtidigt en frustration av att därmed inte nå ända fram med förändringar. Engagemang från vårdpersonal på avdelning lyfts som en framgångsfaktor och individer med extra engagemang ses som några som kan driva frågan framåt. Dietist G uttrycker att “...för att det ska drivas framåt så behövs det liksom lite engagerade människor och som tycker att det är viktigt.”.

Utöver engagemanget ses nyttan för patienten som en ledande faktor. Om vårdpersonal på arbetsplatsen ser en nytta i implementeringen för patienten kommer detta att leda till ökad vilja till förändring. Hur centralt dysfagi är i arbetet på sjukhuset, dess status och hur pass prioriterat det är på arbetsplatsen ses också som faktorer för framgång eller hinder. Dietist E tror inte att implementeringen av IDDSI kommer få så stor plats för att “...*det berör sväljsvårigheter och mat som inte är så himla prioriterat.*” och poängterar även upplevelsen av yrkets status i vården som en faktor: “*Jag upplever att det alltid, alltså våra frågor som dietistfrågor och logopedifrågor är kanske inte de frågor som prioriteras först, varken bland chefer eller bland annan vårdpersonal alla gånger.*”.

En delning mellan dietisterna kring hur delaktiga de känner sig i det interprofessionella arbetet framkommer, där några ser sig ha mer en konsultroll och andra som en tydligare del i teamarbetet. Dietist E upplever det som ett hinder att inte vara tillräckligt inkluderad:

“Man säger att man är en del av teamet men ... på vilket sätt är man det? Vi är oftast tycker jag som konsulter, så. Och det ser jag väl som ett stort hinder att det är, vi är för lite delaktig i teamet, vi står för mycket utanför och det är ju alltid ett problem när man ska införa någonting nytt då behöver man vara liksom hands on med hela hela tiden.”

Även en skillnad i hur delaktiga dietisterna är på avdelningarna och vilken begränsning eller möjlighet till förändring det innebär framkommer. Dietist F beskriver hur vissa avdelningar är skeptiska till närvaro av dietist:

“Ja, så vi dietister är ju liksom, vi dietister och logopeder är ju nyckelpersoner i det hela men det är ju svårt för att vi, det är ju vissa avdelningar som är skeptiska till vår närvaro i huvudtaget så det är jättesvårt att, vi kan ju inte bli nyckelpersoner när vi inte är välkomna heller.”

I det interprofessionella teamet lyfts logopeden som en extra viktig roll för implementeringen av IDDSI. Logopeden beskrivs som den med taktpinnen i implementeringen och varför förklaras av Dietist C som att “...*det är egentligen de som kanske äger frågan till att börja med.*”. Alla dietister ser sin profession som en del i implementeringen, men den kopplas till logopedens. Hur nära samarbetet med logopederna ser ut skiljer sig mellan deltagarna och även hur pass självklart samarbetet med logopederna upplevs vara. Några av deltagarna arbetar tätt med logoped i dagsläget, medan andra upplever ett avstånd som kan förbättras genom arbetet med IDDSI, något som förklaras av Dietist B som:

“Jag tror kanske inte att logopeder och dietister har sett det som självklart att de ska samarbeta med varandra. Jag tror att IDDSI ökar det samarbetet ... det är inte man alltid man haft kontakt med varandra tror jag inom sjukhuset och det handlar ju också om hur vi är organiserade liksom.”

Tillgången till och spridandet av kunskap och utbildning i det interprofessionella teamet ses som viktiga resurser och framgångsfaktorer för implementeringen. Den största utmaningen

upplevs vara att få ut kunskap till alla som arbetar med patienterna på avdelningarna eftersom det är av vikt att alla som serverar mat måste ha kunskap om IDDSI för att uppnå en patientsäker vård, en utmaning som lyfts av Dietist E:

“Nej men alltså alla måste ju lära sig det här för att det ska bli patientsäkert, så det är ju, det kommer ju krävas otroligt mycket utbildning av all personal för så ser det ju ut iallafall på de sjukhus som jag har varit på i Stockholm så är det ju alla som serverar, kan eller får servera någon typ av mat eller dryck till patienter. Så att då måste väl alla då också ha kunskap om vad det innebär och ja, vara påläst liksom.”

Även att dietisterna själva har kunskap och får utbildning kring IDDSI beskrivs som viktigt. Utbildning i form av läsbart material och guider lyfts som ett behov, men även workshops och praktisk träning. Deltagarna beskriver även hur de upplever att de saknar kunskap och riktlinjer kring livsmedel och IDDSI-gradering och önskar att mer livsmedel IDDSI-testas och sammanställs i lathundar. Dietist A menar att detta skulle behövas för att underlätta arbetet och förklarar att “...vi skulle behöva helt enkelt, IDDSI-bestämma många fler livsmedel, näringsprodukter och så för att man ska känna liksom att det blir liksom lite mer heltäckande än vad det är nu.”. Vem ansvaret ligger på för att IDDSI-testa livsmedel samt sammanställa dessa lathundar skiljer sig mellan dietisterna, där alla är överens om att nutritionsföretagen har en betydande roll men är delade i om det är logopedens ansvar eller dietistens.

Organisationer

Utöver nyckelpersoner inom organisationen lyfts externa organisationer och myndigheter som viktiga och att engagemang från dessa håll är en förutsättning för att nå hela vägen med implementeringen av IDDSI. Alla dietisterna lyfter behovet av stöd från nutritionsföretag i form av IDDSI-markeringar på näringsdrycker och andra kosttillsättningar i syfte att underlätta både för dietister och personal på avdelning, men även som hjälp i implementeringsprocessen och för att säkerställa patientsäker vård. Det uttrycks en önskan om att nutritionsföretagen IDDSI-testar sina egna produkter och därmed underlättar för sjukvården som då inte behöver lägga tid på detta. IDDSI-märkning skulle även ge en större förståelse för deras produkter och ett mer objektiva mått. Dietist D beskriver hur en IDDSI-märkning på produkter även skulle kunna främja lärande och implementering hos professionerna på avdelningarna:

“... om det blir ett vedertaget klassificeringssystem och företagen också skulle börja märka sina flaskor, då skulle de liksom “aha, Fortimel, såhär IDDSI 2, och den här då, här står det också IDDSI 2, ojdå då betyder det nog att patienten kan dricka båda”.”

Deltagarna uttrycker även en önskan om riktlinjer för IDDSI från Dietisternas Riksförbund (DRF) och andra professionsföreningar och ser det som en framgångsfaktor för implementeringen. Även riktlinjer från myndigheter som Socialstyrelsen där ett arbetssätt utifrån IDDSI inkluderas och att det blir erkänt som en kvalitetssäkrad metod i behandlingen. Dietist D lyfter vikten av att “...det kommer in i regler och bestämmelser i praxis” och att “...Socialstyrelsen liksom rekommenderar att man jobbar kvalitetssäkrat enligt IDDSI.”.

Utöver utbildning inom sjukhusen trycker dietisterna på behovet att inkludera kunskap kring IDDSI i universitetsprogrammen och menar att detta kommer att underlätta implementeringen i längden. Program som lyfts är inte enbart dietistprogrammet utan en önskan finns i att se det inkluderas även i universitetsutbildningarna för läkare och sjuksköterskor. Spridandet av kunskap mellan dietister inom kåren lyfts också som viktigt, mellan arbetsplatser och utbyten på nätverksträffar. Detta betonas som en viktig del i att

implementeringen ska nå ut till alla dietister eftersom vissa arbetar själva utan dietistkollegor på plats och inte heller har tillgång till logoped.

Dietistens roll inom livsmedelssäkerhet- och hygien

Dietisterna upplever sig ha god kunskap inom livsmedelssäkerhet- och hygien men inkluderar inte detta i det dagliga arbetet med konsistensanpassad kost och ger inga konkreta rekommendationer till patienterna. Dietist E upplever sig *“...i princip aldrig...”* föra vidare information till patienten men kan inkludera det uttalat i rekommendationer, exempelvis genom att inte rekommendera för stora förpackningar gentemot den geriatriska patienten då det finns risk att maten blir dålig innan den hinner ätas upp. Dietist A lyfter en medvetenhet kring den konsistensanpassade matens känslighet och ser att livsmedelssäkerhet- och hygien kan inkluderas mer i arbetet: *“... för den är ju mer känslig när maten är finfördelad, den blir ju lättare dålig... så det är någonting man skulle kunna bli bättre på, absolut.”*

Det praktiska ansvaret för detta läggs istället främst på avdelningarna, avdelningsköket samt kökspersonal. Dels för att patientkontakt inte alltid sker eller att kommunikation om livsmedelssäkerhet- och hygien inte är aktuellt eller är något som prioriteras. Dietisten på sjukhus upplever sig heller inte komma i kontakt med den fysiska maten, något som också leder till att det skapas en distans till livsmedelssäkerhet- och hygien.

Diskussion

Dietisternas reflektioner som framkom under intervjuerna beskrev fördelar och nackdelar med IDDSI samt svårigheter vid konsistensanpassning. Vidare belystes framgångsfaktorer och hinder samt synen på dietistens och andra professioners roll i implementeringen. Dietisterna lyfte missförstånd, kommunikationssvårigheter och ökade risker för patienten med tidigare terminologi då det inte finns någon standardisering. Därmed sågs behovet av IDDSI för att förbättra kommunikationen och öka patientsäkerheten. De negativa aspekterna som däremot lyftes fram med IDDSI var ökad risk för restriktivitet hos patienterna samt svårigheter i klassificering och omsättning av IDDSI till måltider. Att uppnå hög sensorisk kvalitet i samband med konsistensanpassade måltider lyftes som en svårighet av flera deltagare. Framgångsfaktorer och hinder i implementeringen beskrevs i relation till andra professioner och organisationer. En engagerad och involverad ledning lyftes som viktig, ett engagerat chefskap som såg vikten av implementeringen samt drivna kollegor i det interprofessionella arbetet. Detta relaterades i andra hand till tillgången av tid, något som upplevdes vara en bristande resurs framför allt för sjuksköterskor och undersköterskor och som därmed sågs som ett stort hinder. Dietistens och logopedens roll lyftes som viktiga i implementeringen inom sjukhuset och nutritionsföretagens roll som en viktig påverkan utifrån. Dock framkom en delning i hur pass delaktiga dietisterna kände sig i det interprofessionella arbetet samt hur pass viktig deras närvaro upplevdes på avdelningarna. Workshops och andra utbildningsinsatser framhölls som viktiga för ökad kunskap hos dietisterna för att nå ända ut med implementeringen. Även om dietisten såg sin del i implementeringen som viktig lades samtidigt ett stort ansvar på andra professioner som logoped, avdelningspersonal samt ledning.

Resultatdiskussion

IDDSI i jämförelse med konsistensguiden

Vid jämförelse av de olika terminologierna har konsistensguiden sex steg medan IDDSI består av åtta nivåer. Konsistensguiden inkluderar fyra fasta och två flytande konsistenser för mat, men har däremot ingen standardiserad terminologi för dryck. IDDSI innefattar fem

nivåer av fast föda och lika många av flytande. Dessa flytande konsistenser gäller för både mat och dryck. Att terminologi för drycker ingår i IDDSI beskrev dietisterna som en stor fördel och något de ser ett behov av. Objektivitet var också något som flera deltagare lyfte i intervjuerna som en fördel med IDDSI då konsistensguiden sågs som subjektiv, vilket även bekräftas av Wendin m.fl. (2010). Dietisterna beskrev att ytterligare en fördel med IDDSI är att det är ett mer precist verktyg än konsistensguiden. Även Su m.fl. (2018) beskriver att IDDSI är finkänsligt och leder till en mer precis rekommendation, vilket leder till en ökad patientsäkerhet. Med hjälp av en specifik spruta om tio milliliter kan IDDSI-nivån bestämmas för flytande konsistenser. När mat med fast konsistens ska kategoriseras utifrån IDDSI används istället gafflar och skedar för att se hur livsmedlet ser ut och betar sig. Trots att IDDSI beskrivs som objektivt kan detta ifrågasättas vid de fasta konsistenserna, eftersom det inte finns lika precisa mätmetoder för det. IDDSI lyftes däremot som ett mer lättförståeligt system i jämförelse med konsistensguiden, där begreppen beskrevs som svåra att förstå och skilja från varandra.

På grund av avsaknaden av en standardiserad terminologi beskrev dietisterna att de använde flera olika begrepp parallellt för att beskriva samma konsistens, för att säkerställa att all vårdpersonal förstod det som skrevs i journalen. Trots att dietisterna använder flera begrepp för att försöka minska missförstånden och förbättra kommunikationen, riskerar det ändå att öka riskerna för patienten då det inte säkerställer att rätt konsistens ges. Ett annat sätt att förebygga missförstånd var att dubbelkolla rekommendationer med logopeden. Att behöva rådfråga logoped innan behandling påbörjas leder i praktiken till mer arbete än nödvändigt för dietisten. I intervjuerna lyftes ett mer effektivt arbetssätt som en fördel med IDDSI, vilket i förlängningen ger mer tid åt patientarbetet. En förbättrad kommunikation både mellan vårdpersonal samt gentemot patienter och anhöriga var ett genomgående tema i intervjuerna kopplat till IDDSI. I samband med detta lyftes även färre missförstånd och ökad patientsäkerhet som fördelar, vilket även beskrivs av Cichero m.fl. (2013). Att IDDSI är en internationell standardisering var något som dietisterna lyfte som en fördel, där de beskrev att det internationella samarbetet ökar samtidigt som bedömningar och begrepp blir mer likvärdiga världen över.

Nackdelar med IDDSI

En av nackdelarna med IDDSI som lyftes genomgående i intervjuerna var en ökad risk för restriktivitet hos patienterna, vilket framför allt kopplades till att patienter blir för begränsade till en specifik IDDSI-nivå. Rädsla hos patienten och anhöriga var faktorer som kunde bidra till detta. Här lyftes vikten av uppföljning som en faktor för att minska risken att begränsningarna blir större än nödvändigt. Om IDDSI tillämpas på patienter med konsistensanpassad kost men som inte har dysfagi ökar det också risken för att begränsningarna blir stora. Patienter kan behöva konsistensanpassad kost av andra orsaker än dysfagi, där det inte finns någon risk för felsväljning eller aspiration. Då är det av stor vikt att anpassa kosten efter patientens individuella behov, och inte begränsa den till en viss IDDSI-nivå om det inte är nödvändigt. Den upplevda risken för restriktivitet hos patienterna som lyfts i resultatet är inget som framkommit i litteratursökningen för denna studie.

En ytterligare nackdel med IDDSI som beskrevs genomgående var svårigheter i klassificering och omsättning av IDDSI till måltider. Svårigheterna i klassificering kopplades framför allt till att skillnader i temperatur hos livsmedel gör att IDDSI-nivån förändras, vilket medför en utmaning i praktisk tillämpning inom vården. En svårighet med detta är att maten har en viss temperatur när den serveras till patienten, men i takt med att måltiden svalnar kan IDDSI-nivån förändras, vilket minskar patientsäkerheten då risken för felsväljning ökar. Svårigheten

med temperaturpåverkan på konsistensanpassad mat bekräftas av Lam m.fl. (2017) som lyfter vikten av ökad kunskap och ökat samarbete mellan professioner som faktorer för att underlätta detta. Att få ihop kompletta måltider till patienterna var också en svårighet som lyftes i samband med IDDSI. Om IDDSI-nivåerna upplevs svåra att omsätta till praktiska måltider riskerar implementeringen att inte nå hela vägen. En annan utmaning dietisterna lyfte var att patienter har olika matkulturer och äter olika typer av livsmedel, vilket försvårar klassificeringen av alla livsmedel enligt IDDSI.

Sensorisk kvalitet vid konsistensanpassad kost

Dietisterna upplevde genomgående att hög sensorisk kvalitet var svår att uppnå vid konsistensanpassad kost, särskilt när det gällde timbalkost. I intervjuerna lyftes att timbalkost är ovant för patienterna, vilket gör att det upplevs som något nytt och okänt. En annan faktor som lyftes var att det ofta är svårt att se vad timbalkosten består av och vad man blir serverad, vilket leder till en osäkerhet hos patienten och i sin tur en sämre sensorisk upplevelse. Livsmedelsverket (2016) beskriver att neofobi är när ny och okänd mat ratas. Det är medfött och skyddar oss mot att äta okänd och potentiellt farlig mat. Därmed finns det en förklaring till att patienterna får en sämre upplevelse när de är osäkra på vad maten består av. Vidare lyfte dietisterna vikten av att se till hela måltidsupplevelsen och berätta för patienten vad som serveras. Liknande faktorer lyfts av Keller och Duizer (2014) som beskriver att patienter som åt konsistensanpassad kost i form av puré upplevde en bristfällig sensorisk kvalitet då komponenterna var svåra att urskilja. Dietisterna beskrev att hög sensorisk kvalitet är ännu viktigare att tänka på vid konsistensanpassad kost jämfört med kost som inte är konsistensanpassad. Detta är även något som Vucea m.fl. (2018) beskriver, då de lyfter att hög sensorisk kvalitet hos konsistensanpassad kost är av stor vikt för att förebygga malnutrition.

Framgångsfaktorer och hinder

En engagerad och aktiv ledning sågs av dietisterna som en stor framgångsfaktor i arbetet med implementeringen, något som bekräftas i både "the Kempen Pilot" (Lam m.fl., 2017) samt av Wu m.fl. (2021) i utvärderingen av implementering av IDDSI i Nya Zeeland. Lam m.fl. (2017) lyfter ett arbetssätt uppbyggt av ett "top down", "bottom up" tänk som framgångsfaktor, något som genomsyrade dietisternas upplevelser då vikten av att både arbeta med kunskap och implementering på avdelning och i det interprofessionella arbetet lyftes, samt vikten av att ha en engagerad ledning och chefskap.

Lam m.fl. (2017) lyfter en kombination av organisatoriskt stöd och samarbete mellan professioner samt övriga intressenter som avgörande för implementeringens utfall. Det organisatoriska stödet och interprofessionella samarbetet sågs även av dietisterna som en framgångsfaktor men som samtidigt upplevs som en utmaning och ett potentiellt hinder, detta på grund av bristande tid och kunskap samt en delad bild av ett organisatoriskt stöd. Engagemang i det interprofessionella arbetet ses som en framgångsfaktor och engagerade enskilda individer lyfts som en extra viktig tillgång. Det kan därmed antas att det läggs ett större ansvar på enskilda individer för implementeringens utfall, än på det interprofessionella arbetet i sig. Några av dietisterna kände sig inte inkluderade i det interprofessionella arbetet, något som kan tänkas påverka huruvida teamarbetet ses som en framgångsfaktor eller ett hinder. En del av dietisterna lyfte hur de upplever sig ha mer en konsultroll samt kände att det finns en skepsis till dietistens närvaro på avdelningar. Detta upplevdes även gälla logopedfrågor och konsistensanpassad mat, vilket i relation till implementeringen av IDDSI kan ses som ett stort hinder då processen bygger på närvaro av dietist, logoped samt behandlar konsistensanpassad mat.

Bristen på tid, kunskap och engagemang hos professioner på avdelningarna sågs som ett hinder för att nå ända fram med implementeringen och samtidigt sågs det som en framgångsfaktor att inkludera främst sjuksköterskor och undersköterskor i processen. Svårigheten att nå ut med implementeringen på avdelningarna blir problematisk i relation till att det ses som en framgångsfaktor och när detta brister kan implementeringen av IDDSI tänkas vara dömd att misslyckas redan från start. Bristande kunskap hos personal är något som även framkom som ett hinder i utvärderingen av implementering av IDDSI av Wu m.fl. (2021). Vikten av spridandet av kunskap och workshops belystes även i "the Kempen pilot" (Lam m.fl., 2017). Dietisterna uttryckte även ett behov av ökad kunskap kring IDDSI inom den egna professionen, främst i form av fler IDDSI-testade livsmedel och kosttillsätt samt material från nutritionsföretagen. Detta visar att material utöver IDDSI-ramverket samt hemsidan kan behövas som hjälp vid implementeringen (The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, 2021). Utöver det önskades även kunskap och stöd i form av nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. Ingen av dietisterna har genomgått alla sex steg i implementeringsprocessen av IDDSI och därav kan det tänkas vara rimligt att mer kunskap fortfarande behövs. Behovet av kunskap upplevdes dock lika oberoende på vilket steg i implementeringen de var.

Dietistens ansvar

I intervjuerna framkom att alla deltagare såg logopeden och sin egen roll som dietist som viktiga i implementeringen, något som bekräftas av både Lam m.fl. (2017) och Wu m.fl. (2021). Wu m.fl. (2021) framhäver att dessa två professioner borde vara med i planering, utförande, övervakning samt reflektion av implementeringen, men utifrån intervjuerna upplevdes dietistens roll i dagsläget främst inkluderas i utförandet där en större del lades på logopeden i övrigt. Utifrån intervjuerna sågs även en skillnad i hur pass stor del i implementeringen dietisten uppfattade sig ha i relation till hur nära denna arbetade en logoped, något som inte framkom i studien av Wu m.fl. (2021) eller Lam m.fl. (2017). De dietister som arbetade nära en logoped upplevdes se sitt egna ansvar i implementeringen som mindre. Det ansvar som lyftes av de flesta dietisterna rörde främst kostrekommendationer i praktiken men sträckte sig i de flesta fall inte längre inom implementeringen. Där samarbetet var mer begränsat upplevdes dietisterna ta mer ansvar för att samla kunskap om IDDSI för sin egen profession men inte nödvändigtvis sprida den vidare. Enligt Wu m.fl. (2021) ligger ett stort ansvar på dietist och logoped för att driva ett engagemang kring IDDSI och sprida kunskap. Utbildning inom det interprofessionella teamet sågs av dietisterna som avgörande men vem som har ansvar för utbildningen framkom inte. Dietisterna lyfter att logopeden har mer kunskap om ämnet och uppfattningen blir att ett större ansvar därav läggs på logopeden istället för på sin egen profession. Detta kan upplevas problematiskt om det inte finns ett nära arbete med logopeden på arbetsplatsen samt att det finns en risk att bli begränsad inom sin egen yrkesroll. Men att ansvaret främst läggs på logoped där det finns ett nära samarbete kan också betyda att det interprofessionella arbetet är framgångsrikt snarare än att det skapar begränsningar, vid antagandet att logopeden har mer kunskap kring IDDSI. I de intervjuer där dietistens samarbete med logoped var begränsad togs istället ett större ansvar i implementeringen och det interprofessionella arbetet kan därmed antas vara något svagare. Förhoppningsvis kan implementeringen av IDDSI öka samarbetet mellan logoped och dietist på de arbetsplatser där detta brister.

Livsmedelssäkerhet och livsmedelshygien är viktigt vid arbete med konsistensanpassad kost (Livsmedelsverket, 2020), men av intervjuerna framkom att detta inte inkluderades i det dagliga arbetet av dietisterna. Ansvaret lades istället på avdelningspersonal som serverar

maten till patienten, främst på grund av att dietisten inte är delaktig i måltidsserveringen. Information och kunskap till patienter kring livsmedelssäkerhet- och hygien förmedlades i princip aldrig från dietisterna, trots att kunskapen inom ämnet upplevs vara god. En förvåning kring detta ämne upplevdes från de flesta dietisterna vid intervjutillfällena, men samtidigt en nyfikenhet och påminnelse kring att arbeta med detta i praktiken. Några av dietisterna som intervjuades uttryckte istället att de inte upplevde det viktigt eller prioriterat i arbetet. Några av dietisterna lyfte att fokus främst ligger på behandling vid den akuta sjukdomen och det kan då argumenteras för att anledningen till att information kring livsmedelssäkerhet- och hygien inte inkluderas hänger ihop med brist på tid samt att dietisten inte kommer i kontakt med maten utan enbart ger rekommendationer. Eftersom ansvaret för säkerhet och hygien läggs på avdelningspersonal kan en distansering kring detta ämne ske. Ansvaret för patienten upplevs vara när denne är ineliggande och efter detta läggs ansvaret över hos primärvårdsdietister. Huruvida dietisterna i primärvården faktiskt inkluderar detta i sitt arbete kan bara spekuleras kring och är ett ämne för vidare fördjupning. Kunskap kring livsmedelssäkerhet- och hygien bekräftar dietisterna att de har och varför detta inte används praktiskt är intressant och ett ämne för framtida studier.

Metoddiskussion

De kvalitativa intervjuerna hölls digitalt, vilket enligt Bryman (2018) har fördelen att det är mer tidseffektivt då inga resor behöver göras. Eftersom dietisterna arbetade på flera olika sjukhus i Stockholm sågs detta som en stor fördel, då intervjuerna kunde ske när det fungerade för deltagarna. Vidare beskriver Bryman (2018) att det kan vara mer bekvämt för deltagarna att bli intervjuade digitalt, vilket även ökar sannolikheten att fler personer deltar. Ytterligare en fördel med intervjuer över video är möjligheten att läsa av deltagarnas kroppsspråk och ansiktsuttryck, trots att intervjun sker digitalt. En nackdel med digitala intervjuer är tekniska problem som kan uppstå (Bryman, 2018). En styrka med vald metod är att en pilotintervju genomfördes innan ordinarie intervjuer för att testa och utvärdera intervjuguiden.

För att bestämma antal deltagare är det enligt Bryman (2018) viktigt att se till möjligheterna för studien och vad man vill undersöka, snarare än jämföra med tidigare liknande studier. Med tanke på tidsramen och storleken på uppsatsen rekryterades sju stycken dietister. Initialt kontaktades några dietister på olika sjukhus i Stockholm och genom dessa kontakter breddades rekryteringen genom ett snöbollsurval. Urvalet var därmed målstyrt, för att rekrytera deltagare som var relevanta för att besvara syftet och frågeställningarna (Bryman, 2002). Fördelen med ett målstyrt urval är att dietisterna hade erfarenheter inom ämnet och därmed kunde bidra med sina upplevelser. En nackdel med ett målstyrt urval är att urvalet är subjektivt och därmed går det inte att generalisera resultaten till en population (Bryman, 2018). För att få ett brett urval med så många deltagare som möjligt valdes endast inklusionskriterierna att deltagaren skulle vara dietist vid ett sjukhus i Stockholms region samt kommer i kontakt med konsistensanpassning i sitt arbete. Deltagaren behövde inte ha någon djupare kunskap om IDDSI, men behövde ha hört talas om det. Vid rekrytering av deltagare togs ingen hänsyn till ålder, kön eller antal år som yrkesverksam. Vid intervjuerna fick dock deltagarna en fråga om antal år som verksam dietist, däremot var detta inget som inkluderas i resultatet eller diskuterades vidare då ingen skillnad i intervju svaren sågs utifrån det. Ett bredare spann kring år som verksam dietist valdes vid redovisning av deltagarna för att garantera anonymitet då det är en mindre yrkeskår. Deltagarna arbetade på fyra olika sjukhus, som alla kommit olika långt i implementeringen. Detta är något som påverkar resultatet då en del dietister jobbat med IDDSI och dess implementering i över ett år medan andra är mindre bekanta med det. Fem av deltagarna befann sig på steg fyra och fem i

implementeringen av IDDSI enligt dess ramverk medan två av deltagarna befann sig på steg ett. Stegen deltagarnas arbetsplatser befinner sig på är ett antagande utifrån svaren i intervjuerna. Detta var dock inte något som inkluderades som en fråga i intervjuguiden, vilket kan ses som en svaghet.

Som underlag för utformningen av intervjuguiden användes främst CFIR som grund (The Consolidated Framework for Implementation Research, 2021), samt fem av de sex förklaringsfaktorerna för implementeringsprocesser beskrivna av Nilsen m.fl. (2010). Dessa två användes för att hitta tänkbara framgångsfaktorer och hinder i implementeringen. En styrka i att båda dessa ligger till grund för intervjuernas utformning är att CFIR är ett internationellt verktyg medan de sex förklaringsfaktorerna är mer nationellt anpassad. Den sjätte förklaringsfaktorn som berörde yttre kontext exkluderades i intervjuguiden för att svara mot studiens syfte och undvika en för bred guide. Dock visades i resultatet att denna faktor ändå lyftes som en påverkan på implementeringen i form av yttre organisationers påverkan som nutritionsföretag eller Socialstyrelsen och hade därav kunnat inkluderas i intervjuguiden. CFIR har använts som underlag i implementeringar ett flertal gånger sedan det utformades av Damschroder m.fl. (2009). CFIR användes även som grund vid utformning av intervjuguiden som användes på äldreboenden i Nya Zeeland, vid utvärderingen av implementeringen av IDDSI, där syftet delvis var att hitta framgångsfaktorer och hinder i implementeringen. Trots att det var en utvärdering av implementeringen, kan det ändå ses som en styrka i denna studie att ha använt CFIR eftersom att hitta framgångsfaktorer och hinder var en av frågeställningarna. Trots att belägg finns för att basera intervjuguiden på CFIR och förklaringsfaktorerna för implementeringsprocesser hade andra verktyg kunnat användas och därmed förmodas ha en påverkan på resultatet. Sensorisk kvalitet kopplat till konsistensanpassad kost fick en större del än förväntat i intervjuerna, och deltagarna hade mycket att tillföra. Hade denna vetskap funnits vid utvecklingen av intervjuguiden hade fler än en fråga inkluderats samt fler aspekter kring sensorik än vad som framkom i intervjuerna. Livsmedelssäkerhet- och hygien fick istället en mindre del i intervjuerna än förväntat då dietisterna inte arbetade med detta praktiskt och fler följdfrågor kring potentiella anledningar till detta hade kunnat inkluderas för djupare kunskap och förståelse. En svaghet med intervjuerna är att några var förhållandevis korta, de sträckte sig från 30-50 minuter där det kan antas att de kortare hade kunnat fördjupas ytterligare för att få ta del av en djupare kunskap. Anledningar till intervjuernas korta längd kan förklaras delvis med författarnas ovana i att hålla kvalitativa intervjuer samt skillnaden i bredd och djup i dietisternas svar.

Intervjumaterialet transkriberades på en mindre detaljerad nivå då Braun och Clarke (2006) beskriver att en detaljerad transkribering inte är nödvändig vid användning av en tematisk analys. Vidare lyfts att det viktigaste är att transkriberingen behåller informationen som behövs från inspelningarna samt är likvärdig till den ursprungliga källan. Rennstam och Wästerfors (2015) lyfter problem som kan uppstå i samband med analys av kvalitativt material. Två av problemen är kaosproblemet och representationsproblemet, vilka innebär att det är brist på ordning av materialet och att allt material inte kan återges i studien och därmed kommer endast viss information lyftas fram. Detta kan ses som en svaghet med kvalitativ metod, då endast en del av den stora mängden insamlade data kan redovisas i resultatet. I och med detta kan kvalitativ metod ses som mer subjektiv, då datan reduceras innan den presenteras i resultatet. En styrka med studien är däremot att den insamlade datan bearbetades systematiskt genom en tematisk analys med utgångspunkt i de sex faserna som Braun och Clarke (2006) beskriver.

I litteratursökningen inkluderades många olika begrepp för implementeringen för en bredare sökning, men en potentiell svaghet och risk är att termer missades. Powell m.fl. (2012) refererar till begreppet "Tower of Babel" som nämnts av McKibbin m.fl. (2010) och innebär att implementeringsforskning i det här fallet har många olika begrepp för samma sak, något som innebär att litteratur kan ha missats i sökningen på grund av begreppsanvändning. Litteratursökningen är även begränsad till sjukvård, och det kan tänkas att ytterligare implementeringsstrategier hade kunnat inkluderas om fokus även lagts utanför hälso- och sjukvård. Dock svarar det mot studiens syfte att begränsa till just detta område. Då studiens ämne är nytt och aktuellt finns det inte mycket tidigare forskning på området, särskilt inte svenska studier. Detta kan ses som en svaghet då den vetenskapliga bakgrunden blir begränsad.

I en kvalitativ studie ses datan genom författarens ögon och påverkas av dennes uppfattningar. Vilket även innebär att författarens förkunskap och förståelse inom området påverkar vilka ögon som observerar materialet (Bryman, 2018). Författarna till denna studie läser sista terminen på dietistprogrammet och är snart legitimerade dietister. Därmed har en bred kunskap inom dietistens yrkesroll erhållits via den treåriga universitetsutbildningen, men författarna har ännu inte påverkats av hur dynamiken på en arbetsplats kan påverka rollen. Detta kan innebära ett något mer svartvitt tänk kring hur dietistens arbete sker i de dagliga rutinerna samt antaganden kring vad som prioriteras eller ej. Kunskap kring IDDSI har inte inkluderats i universitetsutbildningen då det är ett mycket nytt verktyg inom vården, utan kunskap gavs till författarna under den verksamhetsförlagda utbildningen som gjordes på sjukhus där arbetet med IDDSI påbörjats. Utöver den kunskap som kom från detta har författarna under studien fått en djupare förståelse för ämnet, både genom litteratur samt praktisk IDDSI-testning av konsistensanpassade måltider. Detta kan ha påverkat intervjuerna genom att författarna erhållit mer kunskap om IDDSI än den verkamma dietisten och därmed omedvetet påverkat tolkning av data.

Uppsatsens resultat i relation till dietistprofessionen

Implementeringen av IDDSI är en nystartad process inom sjukvården i Sverige idag och antas än så länge ha nått en liten skala nationellt. Med tanke på detta och avsaknad av tidigare studier på dels dietistens upplevelser av införandet av IDDSI men även av svenska studier på IDDSI generellt, kan denna studie vara till värde för implementeringsprocessen. Ett värde både för dietisternas yrkeskår i sig, men även för ökad förståelse för dietistens roll i det interprofessionella teamet. Resultatet visar att det finns ett intresse från dietisters håll att implementera IDDSI och att ett delande av kunskap inom professionen önskas, något som denna studie möjligtvis kan bidra med. Studien kan även gynna arbetet inom DRF för skapande av riktlinjer för dietistens arbete med IDDSI. Förhoppningsvis kan denna studie bidra till ökad kunskap och verka som en katalysator för implementering inom dietistkåren nationellt. Att både dietisten och logopeden är viktiga i implementeringen är något som bekräftas av Lam m.fl. (2017) och Wu m.fl. (2021), varav framtida studier på logopedens upplevelser samt samspelet mellan de båda professionerna skulle vara av värde för en djupare förståelse kring arbetet med IDDSI.

Slutsats

I arbetet med konsistensanpassad mat beskrev dietisterna en svårighet i att uppnå hög sensorisk kvalitet i samband med måltidsupplevelsen. Dietisterna såg ett behov av en standardiserad terminologi för konsistensanpassning då det förväntas förbättra kommunikationen, minska antalet missförstånd och öka patientsäkerheten. De såg dock en

risk för restriktivitet hos patienterna i samband med IDDSI, där begränsningarna riskerar att bli större än nödvändigt. Vidare lyftes även svårigheter i klassificering och omsättning av IDDSI till måltider i praktiken. I relation till konsistensguiden sågs tydligheten i klassificering av dryck som en förbättring med IDDSI, men inte nödvändigtvis gällande fasta konsistenser. Arbete med livsmedelssäkerhet- och hygien vid konsistensanpassning inkluderades inte i dietisternas praktiska arbete, trots kunskap inom området, utan ansvar för detta lades främst på avdelningspersonal.

Ledning, engagemang och det interprofessionella samarbetet sågs som ledande framgångsfaktorer i implementeringen men också som potentiella hinder om detta saknades. Brist på resurser i form av tid och kunskap hos personal på avdelningarna sågs som stora hinder. Dietisterna såg ett behov av mer utbildning och kunskap om IDDSI med fler IDDSI-testade livsmedel och stöd från nutritionsföretagen.

Samarbetet mellan logoped och dietist lyftes som en central faktor för implementeringen där mängden ansvar dietisten upplevde sig ha i implementeringsprocessen kan ses utifrån hur nära detta samarbete såg ut. Hur pass inkluderad dietisten upplevde sig vara i det interprofessionella arbetet skilde sig där några av dietisterna snarare upplevde sig ha en konsultroll som stod utanför teamet.

Fler studier behövs på ämnet då implementeringen av IDDSI endast är i startgropen i Sverige och kan antas ha en lång väg kvar innan det är nationellt förankrat.

Referenser

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Cichero, J. A., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., ... Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y

Cichero, J. A., Steele, C., Duivesteyn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J., ... Murray, J. (2013). The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 280–291. doi:10.1007/s40141-013-0024-z

Consolidated Framework for Implementation Research. (2021). *Interview Guide Tool*. Hämtad 2021-11-17 från <https://www.cfirguide.org>

Dahlström, S., Henning, I. (2020). *Konsistensanpassning för personer med dysfagi: Översättning och kulturell anpassning av International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)* (Magisteruppsats). Göteborg: Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet. Hämtad från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/67699/1/gupea_2077_67699_1.pdf

Wester, P. (2018). Cerebrovaskulära sjukdomar. I U. Dahlström, S. Kechagias, L. Stenke (Red.), *Internmedicin* (s. 148). Stockholm: Liber.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50). doi:10.1186/1748-5908-4-50

Findus. (2019). *Konsistensguide*. Hämtad 2021-11-17 från: <https://cdn.nomadfoodscdn.com/-/media/project/foodservices/sweden/special-foods-se/bestall-material/special-foods-konsistensguide.pdf>

Keller, H. H., Duizer, L. M. (2014). What Do Consumers Think of Pureed Food? Making the Most of the Indistinguishable Food. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 33(3), 139–159. doi:10.1080/21551197.2014.927302

Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, 11(72). doi:10.1186/s13012-016-0437-z

Lam, P., Stanschus, S., Zaman, R., & Cichero, J. (2017). The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) framework: the Kempen pilot. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 13(2), 18-26. doi:10.12968/bjnn.2017.13.Sup2.S18

Livsmedelsverket. (2016). *Barns matvanor ur ett sensoriskt och pedagogiskt perspektiv*. Hämtad från Livsmedelsverket:
https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2016/barns_matvanor_sensoriskt_pedagogiskt_perspektiv_livsmedelsverket_11_2016.pdf

Livsmedelsverket. (2020). *Nationella riktlinjer för måltider på sjukhus*. Hämtad från Livsmedelsverket:
<https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrrer-foldrar/riktlinjer-for-maltider-pa-sjukhus.pdf>

McKibbin, K. A., Lokker, C., Wilczynski, N. L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D. A., ... Straus, S. E. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel?. *Implementation Science*, 5(16). doi:10.1186/1748-5908-5-16

Nilsen, P. (2010). Praktisk innovation genom integration av praktik- och forskningsbaserad kunskap. I P. Nilsen (Red.), *Implementering* (s. 127-146). Lund: Studentlitteratur.

Nilsen, P., Roback, D., & Krevers, B. (2010). Förklaringsfaktorer för implementeringsutfall - ett ramverk. I P. Nilsen (Red.), *Implementering* (s. 71-87). Lund: Studentlitteratur.

Nilsen, P., & Roback, K. (2010). Implementering, kunskap och lärande - en begreppsmässig plattform. I P. Nilsen (Red.), *Implementering* (s. 51-69). Lund: Studentlitteratur.

Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., ... York, J. L. (2012). A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health. *Medical Care Research and Review*, 69(2), 123-157. doi:10.1177/1077558711430690

Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Su, M., Zheng, G., Chen, Y., Xie, H., Han, W., Yang, Q., ... Chen, J. (2018). Clinical applications of IDDSI framework for texture recommendation for dysphagia patients. *Journal of Texture Studies*, 49(1), 2-10. doi:10.1111/jtxs.12306

The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2021). *Around the World*. Hämtad 2021-11-09 från <https://www.iddsi.org>

The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2021). *IDDSI Framework*. Hämtad 2021-11-09 från <https://www.iddsi.org>

The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2021). *IDDSI Testing Methods*. Hämtad 2021-11-09 från <https://www.iddsi.org>

The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2021). *Implementation*. Hämtad 2021-11-09 från <https://www.iddsi.org>

Vucea, V., Keller, H. H., Morrison, J. M., Duizer, L. M., Duncan, A. M., Carrier, N., ... Steele, C. M. (2018). Modified Texture Food Use is Associated with Malnutrition in Long Term Care: An Analysis of Making the Most of Mealtimes (M3) Project. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(8), 916–922. doi:10.1007/s12603-018-1016-6

Wendin, K., Ekman, S., Bülow, M., Ekberg, O., Johansson, D., Rothenberg, E., Stading, M. (2010). Objective and quantitative definitions of modified food textures based on sensory and rheological methodology. *Food & Nutrition Research*, 54(10). doi:10.3402/fnr.v54i0.5134

Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2021). Using the Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) to Evaluate the Implementation of the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) and Provision of Texture Modified Diets (TMDs) in age-care Facilities: Barriers and Enablers to Implementation. doi:10.21203/rs.3.rs-483462/v1

Bilagor

Bilaga 1. Informationsbrev

Förfrågan om att delta i en kvalitativ intervjustudie om *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)*

IDDSI skapades år 2013 för att utveckla ny terminologi och nya definitioner för att beskriva konsistensanpassad mat och dryck. IDDSI har översatts till svenska och börjat användas kliniskt och inom forskning. Syftet med denna studie är att undersöka hur dietister upplever kommande implementering av IDDSI i sitt arbete på sjukhus. Inklusionskriterier är att man arbetar som dietist på ett sjukhus samt att man i sitt arbete kommer i kontakt med konsistensanpassning.

Studien är ett examensarbete och en del av utbildningen till dietist vid Uppsala Universitet. Intervjun kommer att beröra din uppfattning om kommande implementering av IDDSI och dina tankar kring framgångsfaktorer och hinder i implementeringen. Intervjun kommer ske digitalt via Zoom och beräknas ta en timme. Intervjun kommer att spelas in och transkriberas.

Den informationen du lämnar i intervjun kommer behandlas säkert och enbart användas i kandidatuppsatsen. Resultatet kommer redovisas så att ingen individ kan identifieras. Inspelningarna kommer att raderas när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet. Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan motivering.

Vi frågar härmed om du vill delta i denna studie. Vid intresse mailar du oss på *mailadress* och *mailadress*.

Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig till någon av oss.

Hälsningar,

Ellinor Abrahamsson
Student
Mailadress
Telefonnummer

Elise Lundin
Student
Mailadress
Telefonnummer

Ingela Marklinder
Handledare
Mailadress

Bilaga 2. Intervjuguide

Kunskapsnivå & kompetens inför implementering

- Vad vet du om IDDSI och dess implementering?
- Anser du att du har tillräckligt med resurser för denna implementering?

Attityder inför implementering

- Vad tycker du om IDDSI? Fördelar och nackdelar?
- Ser du några risker med glappet som blir inom sättet att benämna konsistenser under implementeringen?
- Hur tror du att IDDSI kommer påverka ditt arbete som dietist?
- Vilken plats kommer denna implementering ha i förhållande till andra arbetsuppgifter?

Tidigare erfarenheter av implementering

- Hur skulle du beskriva klimatet på din arbetsplats, på din enhet och sjukhuset i stort? Hur kommer klimatet att påverka implementeringen?
- Kan du beskriva en kvalitetsförbättring eller implementering som har skett tidigare? Framgångsfaktorer och hinder?

Teamarbete inför implementering

- Hur ser du på din roll som dietist i implementeringen? Hur tror du att andra professioner ser på din roll?
- Hur ser du på andra professioners roll i implementeringen?
- Vilka hinder och framgångsfaktorer ser du i teamarbetet i implementeringen?
- Vilka skulle du säga är nyckelpersonerna i implementeringen och hur ser du på deras roll?

Livsmedelssäkerhet & livsmedelshygien

- Har du resurser för att kunna ge specifika konsistensanpassade råd utefter varje IDDSI nivå? Om inte, vad behöver du?
- I vilken utsträckning känner du dig i ditt arbete som dietist rustad i livsmedelshygien och livsmedelssäkerhet?
- Hur för du vidare information om livsmedelssäkerhet och livsmedelshygien till patienter vid konsistensanpassad kost?
- Vid konsistensanpassning av mat och dryck, i vilken uträkning känner du dig i ditt arbete som dietist rustad inom sensorik?

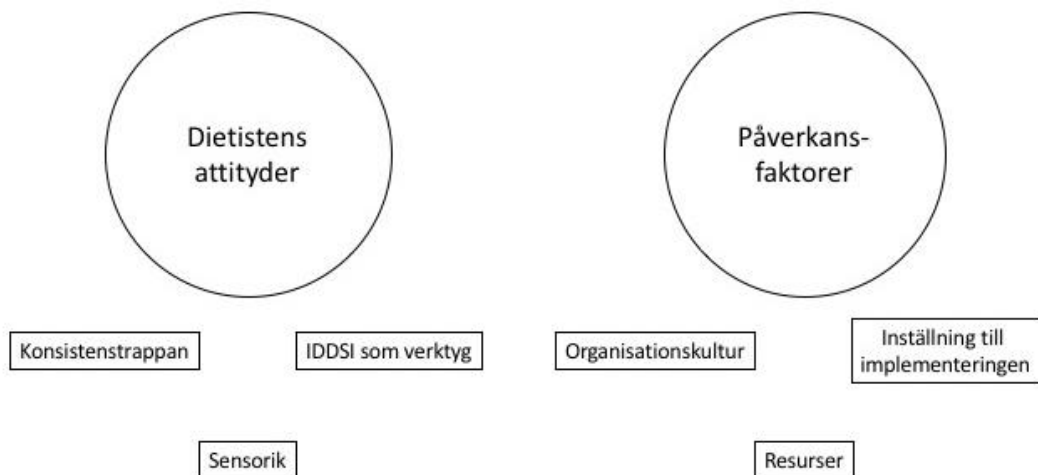
Vill du lyfta något som inte tagits upp, eller förtydliga något vi pratat om?

Bilaga 3. Sammanställning av intervjuguiden framtagen av CFIR*

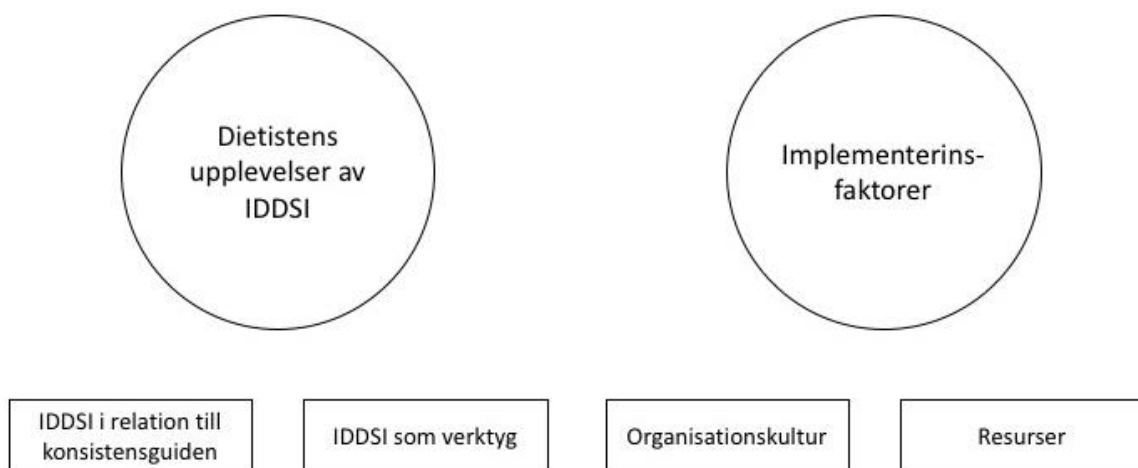
CFIR Domains	Constructs (number of questions)	Example of questions (conduct)
Intervention Characteristics	Intervention source (2) Evidence Strength & Quality (3) Relative Advantage (3) Adaptability (3) Triability (2) Complexity (1) Design Quality & Packaging (3) Cost (2)	Is there another intervention that people would rather implement? (Relative Advantage) Are there components that should not be altered? (Adaptability)
Outer Setting	Patient Needs & Resources (7) Cosmopolitanism (3) Peer Pressure (4) External Policies & Incentives (2)	What barriers will the individuals served by your organization face to participating in the intervention? (Patient Needs & Resources) To what extent do you network with colleagues or people in similar professions/positions outside your setting? (Cosmopolitanism)
Inner Setting	Structural Characteristics (2) Network & Communications (8) Culture (4) Implementation Climate (23) Readiness for Implementation (9)	How would you describe the culture of your organization? Of your own setting or unit? (Culture) What level of endorsement or support have you seen or heard from leaders? (Readiness for Implementation)
Characteristics of Individuals	Knowledge & Beliefs about the Intervention (4) Self-efficacy (4) Individual Stage of Change (1) Individual Identification with Organization (1) Other Personal Attributes (1)	What do you know about the intervention or its implementation? (Knowledge & Beliefs about the Intervention) How confident are you that you will be able to use the intervention? (Self-efficacy)
Process	Planning (3) Engaging (13) Executing (1) Reflecting & Evaluating (5)	Who are the key influential individuals to get on board with this implementation? (Engaging) What kind of information do you plan to collect as you implement the intervention? (Reflecting & Evaluating)

*(The Consolidated Framework for Implementation Research, 2021)

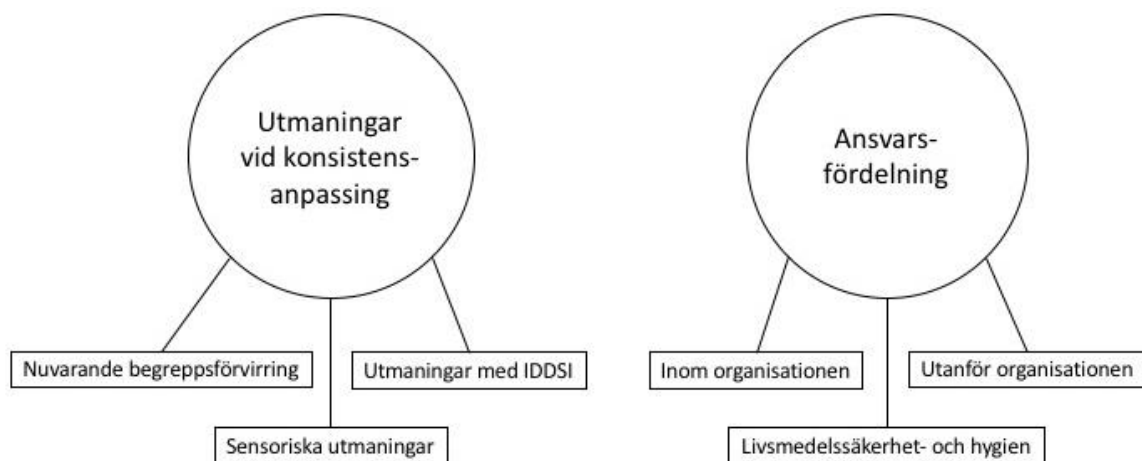
Bilaga 4. Bearbetning av teman



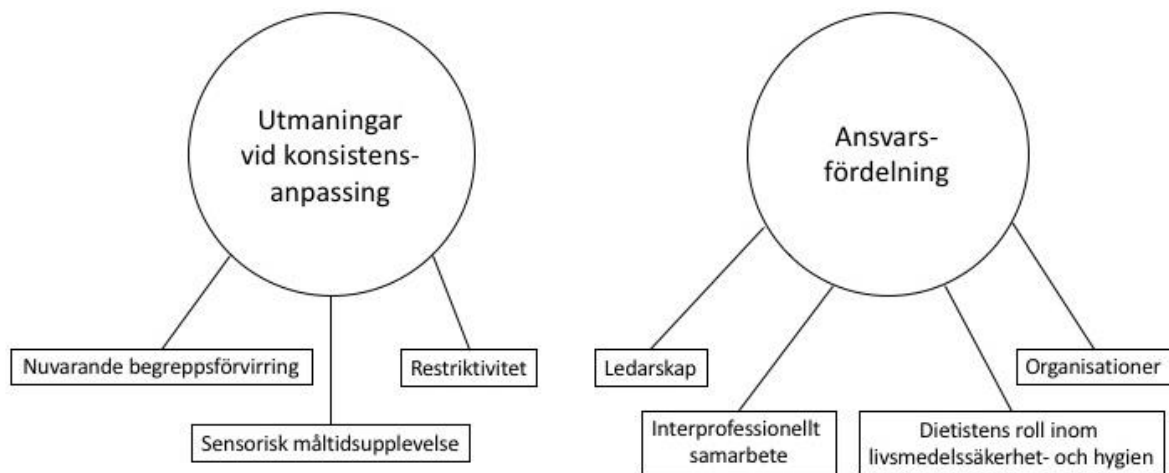
Figur 1. Efter första bearbetningen, med två huvudteman och tre underkategorier vardera.



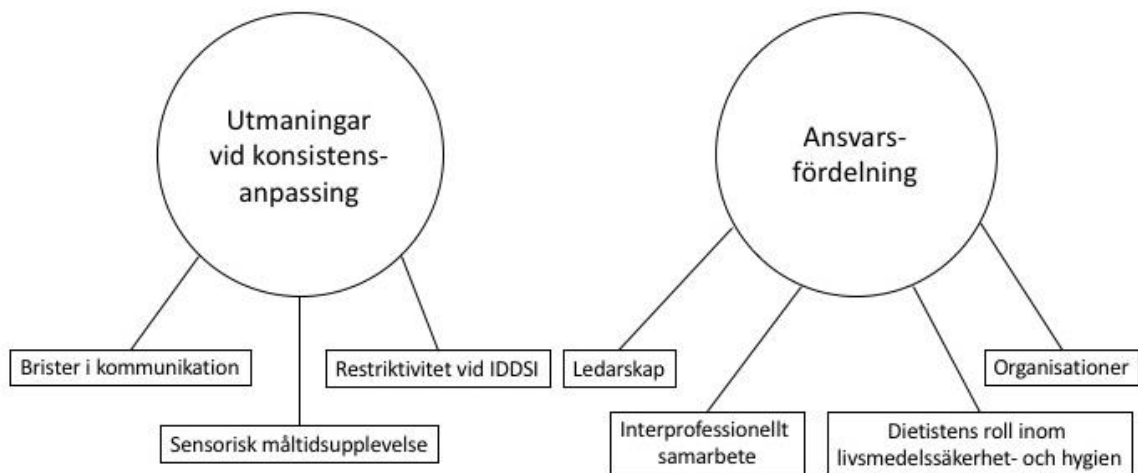
Figur 2. Efter andra bearbetningen, med två nya rubriker på huvudteman och två underkategorier vardera.



Figur 3. Efter tredje bearbetningen, två rubriker för huvudteman och tre nya underkategorier vardera.



Figur 4. Efter fjärde bearbetningen, två slutgiltiga rubriker för huvudteman där ena temat har tre underkategorier och andra temat har fyra underkategorier.



Figur 5. Efter femte bearbetningen, med samma rubriker för huvudteman och två justerade rubriker för underkategorierna.

Bilaga 5. Arbetsfördelning i procent

Planering av undersökningen och uppsatsarbetet	50/50
Litteratursökning	50/50
Datainsamling	50/50
Analys	50/50
Skrivandet av uppsatsen	50/50