



Forord

Som masterstudent i folkehelsevitenskap var det naturlig å fatte interesse for et tema som omhandler helsefremmende arbeid. Det opplevdes meningsbærende å velge et tema som var aktuelt og hvor det var potensiale for forbedring. Det er utført begrenset arbeid på tematikken som berøres i oppgaven, og jeg opplever det som et viktig område for forbedring. Det var ønskelig å tilføre nyttig informasjon som kunne bidra til økt kunnskap i folkehelsearbeidet. Videre var det et ønske om at den opparbeidede kunnskapen ville bidra til en bedret situasjon for mennesker med psykisk utviklingshemming i omsorgsboliger, og en bedret situasjon for de ansatte. Mennesker med psykisk utviklingshemming har rett til de samme helsemulighetene som den generelle befolkningen. De har rett på et liv med livskvalitet, og dette ga grunnlag for å skrive en masteroppgave med engasjement og sterk interesse.

En stor takk rettes mot informantene i masterstudien, som har delt av sin kunnskap og sine idéer. Jeg er takknemlig for at de tok seg tid, og for at de var så delaktige i datainnsamlingen. Takket være det store engasjementet har masteroppgaven fått et variert og fyldig datagrunnlag!

Jeg vil takke min veileder Ruth Kjærsti Raanaas, førsteamanuensis ved institutt for landskapsplanlegging, ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Hun har bistått med god veiledning underveis i arbeidet og jeg vil takke for at hun har delt sine fagkunnskaper om folkehelsevitenskap, metodikk og forskningsarbeid. Det har vært til uvurderlig hjelp!

Jeg vil takke min veileder Mona Bjelland, postdoktor ved avdeling for ernæringsvitenskap på Universitetet i Oslo (UiO), for å ha bidratt med veiledning, assistanse og essensiell kunnskap på en pedagogisk måte. Takk for dine faglige råd og innspill underveis. Engasjementet ditt har gitt meg inspirasjon og motivasjon i arbeidet.

Jeg ønsker også å rette en takk til Marianne Nordstrøm, stipendiat ved UiO, Anne S. Sundet, stipendiat ved UiO og Anne Lene Kristiansen, postdoktor ved UiO, som har delt sine erfaringer fra arbeidet med målgruppen og fra arbeidet med metoden Concept Mapping. Takk for at dere har stilt til rådighet, på tross av travle arbeidsdager.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke gode studievenninner, familie og min kjære samboer. Takk for korrekturlesing, gode innspill, for oppmuntring og for mange gode samtaler. Godt å dele denne prosessen sammen med dere!

Oslo, 2015

Sammendrag

I Norge ble avviklingen av institusjonene og det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede avviklet på 1990-tallet og i dag bor et stort antall av mennesker med psykisk utviklingshemming i omsorgsboliger. Det er antydning at avviklingen og etablering av det nye omsorgstilbud har ført til en dårligere helsetilstand, inkludert et dårligere kosthold, blant denne gruppen (Rimmer, Braddock & Marks, 1995). Det er derimot lite kunnskap om hvordan disse ernæringsmessige utfordringene kan forebygges. Målet med denne studien var derfor å identifisere faktorer som påvirker personalets mulighet til å fremme et sunt kosthold blant mennesker med mild til moderat psykisk utviklingshemming, som bor i omsorgsboliger.

Metoden Concept Mapping ble adaptert for å besvare problemstillingen, og inkluderer en gruppebasert idémyldring, idésyntese, sortering, rangering og analyse av resultatene. Informantene var ansatte i omsorgsboliger for mennesker med mild til moderat utviklingshemming og ble rekruttert fra fire ulike boliger i Sør-Øst Norge. Totalt deltok 13 informanter, hvor 10 av disse fullførte studien (ni kvinner og en mann). Informantene deltok i to sesjoner, og åtte konseptuelle klynger ble identifisert som faktorer med innvirkning på de ansattes muligheten til å fremme et sunt kosthold, presentert etter rangering fra viktigst til mindre viktig: "Tilgjengelighet", "Veiledning og autonomi", "Kompetanse blant ansatte", "Planlegging og involvering", "Individuell tilpasning", "Ytre betingelser styrende for ansatte", "Lovgivning, regler og struktur" og "Utfordringer i hverdagen". Klyngene inkluderte faktorer som både fremmer og vanskeliggjør et sunt kosthold. Videre er resultatene diskutert i lys av COM-B modellen og Bronfenbrenners økologiske modell, som utgjorde det teoretiske rammeverket anvendt i forståelsen av problemstillingen.

Funnene fra studien viser at tiltak rettet mot de konseptuelle klyngene som ble ansett som viktigst av informantene, kan fremme et sunt kosthold blant mennesker med psykisk utviklingshemming som bor i omsorgsbolig. Dette er tiltak som fremmer tilgjengeligheten til sunn mat, ivaretar beboernes autonomi, hever kompetansen blant ansatte, samt legger til rette for planlegging og involvering av beboerne. Disse tiltakene kan implementeres, men det må foreligge ressurser i form av tid og bemanning for å muliggjøre tiltakene. Det vil være avgjørende med satsning på høyere nivå, i kommunal og nasjonal regi, da det setter forutsetninger for de ansattes ressurser og tid. Dette vil være en viktig satsning i folkehelsearbeidet for å bedre helsesituasjonen blant mennesker med psykisk utviklingshemming i et langtidsperspektiv. Studien har bidratt til å kartlegge utfordringer og muligheter. Mer forskning bør gjennomføres for å øke kunnskapen på dette området.

Abstract

In Norway, the de-institutionalisation and the establishment of community-based settings for people with intellectual disabilities (ID) were implemented in the 1990s, and today, a large number of people with ID live in community residences. The de-institutionalisation has been linked to the public health challenges of unhealthy diets and weight disturbances among people with ID (Rimmer, Braddock & Marks, 1995). However, little is known about how these nutritional challenges can be prevented, and the goal of this study was to identify factors that affect the caregivers opportunity to promote a healthy diet among people with mild to moderate intellectual ID, living in community residences.

The method Concept Mapping was adapted, and included a group based brainstorming, idea synthesis, sorting, ranking and analysis of results. Informants were caregivers working in community residences for people with mild to moderate ID and were recruited from four different community residences in southeast of Norway. A total of 13 informants were recruited, and 10 of these completed the study (nine women and one man). The informants participated in two sessions, and eight conceptual clusters were identified as factors affecting their ability to promote a healthy diet. They are presented in rank order, from most important to less important: "Availability/Accessibility", "Guidance and autonomy", "Competence among staff", "Planning and involvement", "Customization", "External conditions affecting staff", "Legislation, rules and structure" and "Everyday challenges". The clusters include both factors that promotes and factors that hampers a healthy diet. Furthermore, the results were discussed in the light of the COM-B model and Bronfenbrenners ecological model, which served as the theoretical framework.

The results of the study show that initiatives aimed at the conceptual clusters considered as most important by the informants, can promote a healthy diet among people with ID living in community residences. These are initiatives that promote the availability and accessibility of healthy food, ensure the residents' autonomy, raise competence among staff and facilitate planning and involvement of the residents. These initiatives can be implemented, but requires resources in terms of time and manpower to enable the implementation. The prioritization on higher structural levels (the municipality and national levels) is crucial as it affects the staffs' resources and time. The prioritization will be an important investment in the health promotion, to improve the health situation of people with ID in a long-term perspective. This study has identified factors seen as challenges and opportunities related to the caregivers' ability to promote a healthy diet in community residences. More research should be conducted to increase the knowledge concerning this health issue.

OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER I KAPPEN

TABELL 1	RANGERINGSVERDIER BENYTTET AV INFORMANTENE UNDER ANDRE SESJON.....	12
TABELL 2	PRESENTASJON AV KLYNGENE MED ANTALL LAG, GJENNOMSNITTLIG RANGERINGSVERDI OG RANGERINGENS SPENNVIDDE	18
FIGUR 1	MODIFISERT COM-B MODELL – ET RAMMEVERK FOR Å FORSTÅ ADFERD.....	8
FIGUR 2	KART OVER INFORMANTENES IDÉER, ILLUSTRERT PUNKTVIS.....	16
FIGUR 3	INFORMANTENES IDÉER, VISUALISERT MED FEM KLYNGER.....	17
FIGUR 4	KART OVER INFORMANTENES IDÉER, VISUALISERT MED RANGERING.	18
FIGUR 5	MODIFISERT ØKOLOGISK MODELL. SOSIALE RELASJONER MED INNVIRKNING PÅ BEBOEREN	20
FIGUR 6	MODIFISERT COM-B MODELL. FAKTORER RELATERT TIL BEBOERENS KOSTHOLD, SETT FRA DE ANSATTES PERSPEKTIV.	24

OVERSIKT OVER VEDLEGG

VEDLEGG 1	MAILGUIDE FOR REKRUTTERING AV BOLIGER.....	59
VEDLEGG 2	SKJEMA FOR INFORMERT SAMTYKKE.	60
VEDLEGG 3	MAILVEKSLING MED NSD	61
VEDLEGG 4	SPØRRESKJEMA FOR SOSIO-DEMOGRAFISK DATA.	62
VEDLEGG 5	EKSKLUDERING AV INFORMANTDATA.....	63
VEDLEGG 6	TABELL OVER DE KONSEPTUELLE KLYNGENE MED UNDERLIGGENDE IDÉER.....	64

Innholdsfortegnelse

FORORD	I
SAMMENDRAG PÅ NORSK	II
SAMMENDRAG PÅ ENGELSK – ABSTRACT	III
OVERSIKT OVER FIGURER OG TABELLER I KAPPEN	IV
OVERSIKT OVER VEDLEGG	IV
1. INTRODUKSJON	1
2. BAKGRUNN	2
2.1 FOLKEHELSEN OG HELSEFREMMING	2
2.2 PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING OG LIVSSITUASJONEN TIL MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING I NORGE.....	2
2.3 LIVSSTIL BLANT MENNESKER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING.....	5
2.4 HABILITERING SETT I LYS AV BRONFENBRENNERS ØKOLOGISKE MODELL.....	6
2.5 ADFERD SETT I LYS AV RAMMEVERKET ”CAPABILITY, OPPORTUNITY, MOTIVATION – BEHAVIOUR” (COM-B).....	7
3. PROBLEMSTILLING	8
4. METODE	9
4.1 DESIGN.....	9
4.2 REKRUTTERING OG UTVALG	9
4.3 PROSEDYRE.....	10
4.5 ANALYSE.....	12
4.6 ETISKE VURDERINGER	13
4.6.1 Informert samtykke og taushetsplikt	13
4.6.2 Grovkategorisering av datamaterialet.....	13
4.6.3 Informasjon om boligene	14
5. RESULTAT	15
5.1 KART OVER IDÉER.....	15
5.2 KLYNGEKART.....	16
6. DISKUSJON	20
6.1 INNVIRKENDE FAKTORER SETT I ET ØKOLOGISK PERSPEKTIV	20
6.2 INNVIRKENDE FAKTORER SETT I LYS AV COM-B	23
6.3 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN	28
6.3.1 Objektivitet, validitet og reliabilitet.....	28
6.3.2 Representativitet, generalisering og kontekstualisering.....	30
6.3.3 Hvis det var mer tid tilgjengelig.....	30
7. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	32
REFERANSER	33
ARTIKKEL	38
VEDLEGG	59

1. Introduksjon

I denne masteroppgaven er det sett nærmere på hvordan man kan fremme et sunt kosthold blant mennesker med psykisk utviklingshemming som bor i omsorgsbolig. De ansatte blir sett på som viktige informanter, og studien skal gripe fatt i deres forståelse av tematikken og hvilke faktorer som påvirker deres mulighet til å fremme et sunt kosthold. Ved å kartlegge disse faktorene kan man via tiltak forbedre den ernæringsmessige tilstanden og helsestatus blant mennesker med psykisk utviklingshemming. Samtidig vil det kunne bidra til å øke kvaliteten i omsorgsboligene, gjennom et styrket fagmiljø, med utvidet kunnskap og tiltak som kan anvendes, for å bedre situasjonen.

Studiens målsetning er å få innsikt og kunnskap som kan benyttes videre til helsefremmende intervensjoner, politiske prioriteringer og ressursfordeling. Det er viktig å identifisere faktorer med innvirkning på situasjonen for å forstå hvilke intervensjoner som kan implementeres og ha effekt. Studien skal derfor kartlegge hvilke faktorer som påvirker de ansattes mulighet til å fremme kostholdet blant mennesker med psykisk utviklingshemming i norske omsorgsboliger. Det er ønskelig å belyse hva som vanskeliggjør og hva som fremmer et sunt kosthold i omsorgsboliger, og hvor det potensielt er rom for endring.

2. Bakgrunn

2.1 Folkehelsen og helsefremming

Generelt sett er folkehelsen i Norge god, og dagens folkehelseutfordringer er i endring med samfunnets utvikling. Selv om levestandarden i Norge har forbedret seg og tilgang på mat og helsetjenester har blitt bedre, kan man observere en signifikant negativ konsekvens på folkehelsen som følge av et usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet og en korresponderende økning av kostholdsrelaterte, kroniske sykdommer (Verdens helseorganisasjon (WHO), 2003). Videre skjuler det seg store og økende helseforskjeller bak gjennomsnittstallene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Norske myndigheter har som overordnet mål å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom folkehelsearbeidet, som har til hensikt å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme helse gjennom en samfunnsmessig innsats (Folkehelseloven, 2013, § 1). Denne samfunnsmessige innsatsen inkluderer forskning, helsetjenester og politiske styringer (Detels, Beaglehole, Lansang & Gulliford, 2009). Å utjevne sosiale helseforskjeller krever helsefremmende arbeid, som både er en politisk og sosial prosess. I Ottawa charteret defineres helsefremming som prosessen som gjør mennesker i stand til å øke kontroll over, og forbedre egen helse (Helsedirektoratet, 1987). Helse blir sett på som en ressurs og helsefremming handler om å gi eller forsterke denne ressursen hos mennesker. Dette kan oppnås gjennom ulike strategier. Før man kan initiere helsefremmende arbeid vil det være nødvendig å ha god kunnskap om befolkningen det gjelder og deres helseutfordringer. Å identifisere determinanter som har innvirkning på helsen er det første steget for å utvikle en logisk helsefremmende intervensjon (Fraser, Richman, Galinsky & Day, 2009). I følge verdens helseorganisasjon (2013) inkluderer helsedeterminantene det sosiale og økonomiske miljøet, det fysiske miljøet, og personers individuelle karakteristikk og adferd. Faktorer som fører til at mennesker spiser som de gjør kan defineres som determinanter for kosthold (Contento, 2010).

2.2 Psykisk utviklingshemming og livssituasjonen til mennesker med psykisk utviklingshemming i Norge

Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD) definerer utviklingshemming som en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden (WHO, 1992). Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) bruker betegnelsen ”utviklingshemmet” for å unngå misforståelser og sammenblanding med psykiske sykdommer (NFU, u.å.), men i denne oppgaven vil begrepet “psykisk

utviklingshemming” benyttes, i tråd med WHO’s definisjon. Begrepet ”psykisk utviklingshemming” vil ikke defineres i hele sin dybde og bredde, men for oversiktens skyld nevnes at psykisk utviklingshemming graderes ut i fra funksjonsevne og ulike IQ-verdier indikerer alvorlighetsgrad (WHO, 1992). De oppførte IQ-verdiene må anvendes med skjønn, og må tas i betraktning sammen med andre ferdigheter. Begrepet utviklingshemming dekker en enorm variasjon, og mennesker med psykisk utviklingshemming er på ingen måte en homogen gruppe. Enkeltindividers ferdigheter og hjelpebehov befinner seg på en skala fra nesten helt selvstendig til fullstendig avhengig av bistand fra andre gjennom hele livet (Sosialdepartementet, 1990). Dette innebærer ulikt behov for tilrettelegging og oppfølging. Mennesker med *lett* psykisk utviklingshemming kan tilegne seg språklige ferdigheter, og oppnå full selvstendighet vedrørende egenomsorg. Utviklingshemmingen gjør seg derimot gjeldende i teoretisk arbeid, da mennesker med lettere psykisk utviklingshemming kan ha vansker for å utvikle skrive- og leseferdigheter (WHO, 1992). Det kan også oppleves begrensende i sosiale kontekster, da det kan medføre vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger (WHO, 1992). Ved *moderat* psykisk utviklingshemming utvikler man språkferdigheter relativt sent, og den endelige språklige mestringen og begrepsforståelsen vil være begrenset. Fullstendig selvstendighet oppnås svært sjeldent, men noen vil kunne utvikle grunnleggende ferdigheter som å lese, skrive og telle. De fleste viser tegn til sosial utvikling, gjennom enkle sosiale aktiviteter, og ved mangel på språklige ferdigheter kan noen tilegne seg tegnspråk (WHO, 1992). *Alvorlig* psykisk utviklingshemming er lik moderat psykisk utviklingshemming, men mennesker med denne graden kan i tillegg oppleve motorisk svikt, som indikerer en skade eller mangel ved nervesystemet. De kan lære enkle vaner knyttet til egenomsorg og har nytte av å lære rutiner (Gjærum, 2010). Ved den *dypeste* psykiske utviklingshemmingen har individene begrenset mobilitet, inkontinens, og noen har en svært elementær evne til å delta i ikke-verbal kommunikasjon. De har en begrenset evne til å forstå og ivareta egen omsorg, og de er derfor konstant hjelpetrengende (WHO, 1992). Uavhengig av alvorlighetsgrad vil muligheter en har for å utvikle sine evner og anlegg, og hvordan omgivelsene legges til rette for den enkelte, være viktige faktorer som vil påvirke livskvalitet og hjelpebehov for den enkelte. I Norge blir avviklingen av institusjonene og det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede omtalt som Ansvarsreformen (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD), 2012), og ble iverksatt i januar, 1991. Reformen baseres på ”normaliseringsprinsippet”, som proklamerer at mennesker med utviklingshemming skal ha like rettigheter og forpliktelser (Bank-Mikkelsen, 1971, s 123), samt at medborgerskap skal eksistere uavhengig av intelligens og kognitive evner (Askheim, 2003). Dette innebærer at

mennesker med psykisk utviklingshemming ikke skal ses som en avgrenset kategori, men som en naturlig variasjon blant befolkningen. Videre betyr det at tiltak og tjenester ikke skal opprettes spesifikt for denne gruppen, men at hver enkelt skal imøtekommes ut i fra et individuelt behov (Askheim, 2003). Normalisering har vært et mål både for politisk og faglig arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemming gjennom flere år, men fokuset er nå flyttet fra normalisering av funksjoner til normalisering av individuelle livsforhold (Tetzchner, Hesselberg & Schiørbeck, 2008). I et habiliteringsperspektiv handler normaliseringen om i hvilken grad personen er selvstendig, og hvordan man kan bidra til å fremme personens selvstendighet og livskvalitet (Tetzchner et al., 2008). På boligsiden medførte reformen en utvikling i bosituasjon, fra institusjon til ulike boligløsninger, hvor flest mulig skulle eie eller leie egen bolig (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Det finnes i dag rundt 50 000 boliger med pleie- og omsorgsformål, som i hovedsak eies av kommunen (Eide & Breimo, 2013). Boligene kan i følge Ruud og Nørve (2012) deles inn i fire typer boligtilbud som inkluderer bokollektiv, bofellesskap, samlokaliserte boliger og spredte boliger. I denne masteroppgaven har man sett på bofellesskap, hvor det som oftest er et fellesareal for beboere og ansatte, og boligtilbudet har fast ansatt personell (Eide & Breimo, 2013). Dette blir i oppgaven omtalt som omsorgsboliger, og defineres som tilrettelagte boliger for personer som har behov for boliger med særlig tilpasning på grunn av alder, bevegelses- eller utviklingshemming (Oslo kommune, 2012).

Den endrede bosituasjonen har flere implikasjoner i form av livskvalitet, type omsorg og helsestatus, inkludert ernæringsmessige implikasjoner (Bryan, Allan & Russel, 2000). Måltider blir ikke lenger tilberedt på et storkjøkken av profesjonelt kjøkkenpersonell, men blir tilberedt i hjemmet av de ansatte og/eller beboerne. Beboerne har tilgang til mange nye matvarer og er det skal legges til rette for at de kan kjøpe sin egen mat og tilberede den. Boformen gir også bedre betingelser for et sosialt liv med nære personer (Tøssebro, 2004), og Ansvarsreformen medførte en betydelig bedring av standarden på boligforholdene i løpet av reformperioden (BLD, 2013). Samtidig har utviklingen i bosituasjon, fra institusjon til omsorgsboliger, ført til uventede helseutfordringer som vektendring og kostrelaterte problemer (Bryan et al., 2000).

2.3 Livsstil blant mennesker med psykisk utviklingshemming

Livsstil og levevaner påvirker helsesituasjonen til mennesker med psykisk utviklingshemming på lik linje som den generelle befolkningen. Mye tyder imidlertid på at disse gruppene har ulike forutsetningene for å oppnå god helse. En studie utført i Norge viser at ungdom og voksne med utviklingshemming har en høyere forekomst av overvekt, sammenlignet med den generelle befolkningen (Hove, 2004). Amerikanske og europeiske undersøkelser viser en høyere forekomst av både undervekt, overvekt og feilernæring blant mennesker med utviklingshemming, sammenlignet med den øvrige befolkningen (BLD, 2012). Videre har utviklingshemmingen blitt knyttet til helseforskjellene (Emerson & Hatton, 2007), og det er antydning at Ansvarsreformen har ført til en dårligere fysisk helsetilstand blant mennesker med utviklingshemming (Rimmer, Braddock & Marks, 1995). En rekke ernæringsmessige endringer er observert, og da spesielt vektendringer blant beboere som i utgangspunktet hadde normal vekt. Det er observert en økning i samlet risiko knyttet til ulike matvaregrupper, uønsket vektøkning og vekttap, samt en økning i total helserisiko knyttet til vekt (Bryan et al., 2000). Videre er det observert at mennesker med psykisk utviklingshemming, som bor utenfor institusjon, ikke spiser nok frukt, grønt og kostfiber, men får i seg for mye fett, sett i lys av anbefalingene fra Helsedirektoratet (Draheim, Stanish, Williams & McCubbin, 2007). Det er også observert at personene som bodde i institusjon hadde lavere kroppsmasseindeks (BMI) og mindre kroppsfett, forbrakte mindre sigaretter og alkohol, og hadde generelt en mer gunstig lipoprotein profil, sammenlignet med de som bodde i omsorgsbolig og hos familie (Rimmer et al., 1995). En studie utført i Norge observerte at mennesker med psykisk utviklingshemming, som bor i omsorgsbolig, konsumerer ferdigmat og brus oftere, sammenlignet med mennesker med psykisk utviklingshemming som bor sammen med familie (Nordstrøm, Paus, Andersen & Kolset, 2015). Videre har en engelsk studie funnet at letter psykisk utviklingshemming og mindre restriktive boforhold er assosiert med et dårligere kosthold og en høyere prevalens for overvekt (Robertson et al., 2000).

Reell selvbestemmelse innebærer at personer har mulighet for og rett til å ta valg som på sikt kan ha uheldige helsekonsekvenser, eller som for andre fremstår som lite ønskelig (BLD, 2013). Også mennesker med psykisk utviklingshemming skal ha rett til å velge en avvikende livsstil, eller ta valg som ikke er i samsvar med samfunnets idealer (BLD, 2013). En studie av Emerson og Baines (2010) så på faktorer som utgjør en avgjørende helseforskjell for mennesker med psykisk utviklingshemming. I studien ble en dårlig livsstil, som usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet, identifisert som hovedfaktor, og det er nå godt dokumentert at voksne med psykisk utviklingshemming er en ernæringsmessig sårbar gruppe

(Bryan et al. 2000). Dette er en indikasjon på at livsstilen må endres for å bedre den totale helsetilstanden. Det argumenteres med at mennesker med utviklingshemming trenger ekstra stimulering og tilrettelegging for fysisk aktivitet og et sunt kosthold (BLD, 2012). Forståelse av boenhetenes organisering, kultur og normer, inkludert identifisering av interne og eksterne faktorer som virker inn på beboerne, kan effektivt benyttes i denne tilretteleggingen. Det kan implementeres i utarbeidelse av nye rutiner og strukturer, slik at mennesker med psykisk utviklingshemming i større grad oppnår et kosthold som er i tråd med norske myndigheters anbefalinger (Helsedirektoratet, 2014).

2.4 Habilitering sett i lys av Bronfenbrenners økologiske modell

Synet på og målet med habiliteringsarbeidet har vært i stadig utvikling, som del av en større sosialpolitisk og kulturell sammenheng (Wigaard, 2003). Utviklingen har gått fra en ren klinisk medisinsk orientering, med vektlegging av individuelt ansvar, til en mer samfunnsvitenskapelig tradisjon, som vokste frem på 1970-tallet (Grue & Rua, 2010). Denne tradisjonen markerte et oppgjør med den individuelle og kliniske forståelsen, hvor det ble mer sentralt å forstå funksjonshemming i relasjon til samfunnsmessige forhold. Hverdagen til mennesker med psykisk utviklingshemming kan forstås ut i fra Bronfenbrenners økologiske modell (1979), som er et systematisk perspektiv med fokus på relasjoner og sosialisering. Tilnærmingen betrakter menneskelig utvikling, følelser og handling som et resultat av en gjensidig påvirkning mellom den biologiske mekanismen og en gitt sosial praksis og virkelighet (Stubrud, 2001). Man blir ut i fra denne tilnærmingen nødt til å se på helsedeterminanter som ligger utenfor beboeren, og studere den gjensidige påvirkningen (DiClemente, Salazar & Crosby, 2013). Videre vil kontekstuelle faktorer virker inn på beboeren på ulike nivå. Livsstilen til mennesker med psykisk utviklingshemming vil ikke kun være et resultat av personlige valg og biologiske faktorer. Valgene som den enkelte tar er også et resultat av miljø og levekår. Helse må forstås som et samspill, hvor beboerne og omgivelsene er gjensidig avhengig av hverandre i oppnåelsen av en ønsket helsetilstand.

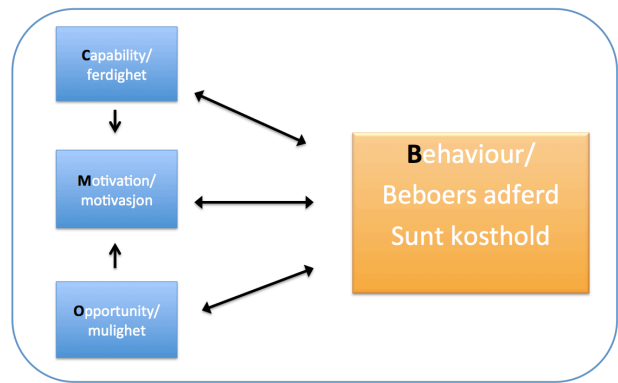
Flere fagfolk har benyttet den økologiske modellen som tilnærming til habiliteringsarbeidet. Wigaard (2003) påpeker at man bør se habilitering i et økologisk perspektiv for å nå målsetningen om god livskvalitet blant mennesker med psykisk utviklingshemming. Tellevik og Martines (1998) påpeker videre at det er nødvendig å tenke økologisk, da man får forståelse for hvilke faktorer som samspiller og påvirker hverandre.

Bronfenbrenner delte de kontekstuelle faktorene inn i ulike nivå, alt etter deres sosiale relasjon til individet. *Mikrosystemet* er arenaer og settinger hvor individet ferdes, og en mikro er en sosial setting hvor individer møtes i samspill (Bø, 2012). Mikrosystemet utgjør nærmiljøet til mennesket med psykisk utviklingshemming, og omfatter mennesker som de omgås med i det daglige og som har en personlig relasjon til vedkommende (Wigaard, 2003). Dette inkluderer nærmeste familie, lærere, arbeidskolleger, støttekontakter, boligpersonalet og deltagere i personens fritidsaktiviteter (Wigaard, 2003). Det er først og fremst på dette nivået man kontrollerer hverandres adferd og der man deler opplevelser, tanker og læring med hverandre (Bø, 2012). *Mesosystemet* omfatter forholdene mellom to eller flere mikrosystemer hvor individet aktivt samhandler. Det er altså forbindelser mellom ulike mikroer. Et eksempel på dette kan være samarbeidet og forholdet mellom de ansatte i omsorgsboligen og omsorgspersonene til beboeren, som foreldre og søsken. Det kan også være samarbeidet mellom ansatte i boligen og ulike fritidsaktører, eller samarbeid mellom ansatte i boligen og beboerens arbeidsgiver. *Eksosystemet* er mikromiljøer hvor individet sjeldent eller aldri selv er til stede, men hvor det likevel forekommer samspill og påvirkning som i sin tur er viktige for individet (Bø, 2012). Steder hvor det besluttes ting av betydning for de mikroer som individet ferdes i. Dette kan for eksempel være styremøter for boligen, hvor saker vedrørende boligen og beboere blir diskutert og besluttet. *Makrosystemet* er den ytterste sirkelen og omfatter faktorer som påvirker individets væremåte og alt i dets kultur (Bø, 2012). Makrosystemet utgjør ”storsamfunnet”, som omfatter politiske føringer, lover, vedtak og forskrifter, overordnede nasjonale føringer og det internasjonale samfunnet som regulerer levekår og tilbudene til mennesker med psykisk utviklingshemming (Wigaard, 2003). De ulike systemene virker inn på hverandre i gjensidig samspills- og støttemønster, men også i spennings- og motsetningsmønster.

2.5 Adferd sett i lys av rammeverket ”Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour” (COM-B)

COM-B er et nytt rammeverk som omhandler atferdsendring og kan fungere som et verktøy i intervensjonsutvikling. Det ses som en styrke at det er utviklet fra klassifiseringer som allerede er tilgjengelige og sett på som viktige aspekt i adferdsendring, med ønske om å overkomme deres begrensninger (Michie, van Stralen & West, 2011). Tilnærmingen baseres på en omfattende kausal analyse av adferd og begynner med spørsmålet: ”Hvilke forhold, internt i individet og i deres sosiale og fysiske miljø, er nødt til å ligge til rette for at en spesifikk adferd skal oppnås?”.

Det er viktig å forstå adferdens natur hvis den skal la seg forandre (Michie et al., 2011), og rammeverket består av en modell som involverer tre komponenter; ferdighet, mulighet og motivasjon (Fig. 1). *Ferdighet* defineres som individets psykologiske og fysiske kapasitet til å engasjere seg i ulike aktiviteter (Michie et al., 2011). Dette



Figur 1 COM-B systemet – et rammeverk for å forstå adferd. Original figur i Michie et al. (2011).

inkluderer å ha den nødvendige kunnskapen og igangsette nødvendige tankeprosesser som forståelse, resonering etc. *Muligheter* defineres som alle faktorer som ligger utenfor individet, og som muliggjør handlinger (Michie et al., 2011). Disse mulighetene kan begrenses eller fremmes av sosiale og fysiske faktorer. *Motivasjon* defineres som prosessene som igangsetter og dirigerer handlinger. Dette inkluderer automatisk prosesser som emosjoner og impulser, samt medfødte mekanismer, til mer refleksive prosesser som intensjon, evaluering og planlegging (Michie et al., 2011). De tre komponentene interagerer og genererer adferd, som gjensidig påvirker de tre komponentene (Michie et al. 2011).

I masteroppgaven skal det tas utgangspunkt i adferdskomponentene og hvordan det oppstår en gjensidig påvirkning på adferden til mennesker med psykisk utviklingshemming. Det vil igjen ses på hvordan dette virker inn på de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant denne gruppen. COM-B kan danne grunnlag for systematisk analyse i valg av satsning og tiltak i folkehelsearbeidet, rettet mot gruppen med psykisk utviklingshemming.

Rammeverkets naturlige inkorporering av kontekst er en fremtredende styrke, hvor det tenkes at adferden må forstås i relasjon til konteksten som individet befinner seg (Michie et al., 2011). Det er altså i tråd med Bronfenbrenners tankegang.

3. Problemstilling

Problemstillingen er valgt på bakgrunn av ønsket om å se på de ansattes rolle og muligheter til å fremme et sunt kosthold i omsorgsboliger for mennesker med psykisk utviklingshemming. Problemstillingen er derfor som følger:

”Hvilke faktorer mener ansatte virker inn på deres mulighet til å fremme et sunt kosthold blant mennesker med psykisk utviklingshemming som bor i omsorgsbolig?”

4. Metode

4.1 Design

For å svare på studiens problemstilling ble Concept Mapping (CM) benyttet. CM er en billedlig fremstilling av en gruppes tanker om et tema, og kan benyttes når en gruppe ønsker å utvikle et konseptuelt rammeverk for evaluering og planlegging (Trochim, 1989). Det er således en kvalitativ metode, hvor data også kvantifiseres som del av presentasjonen.

Rammeverket dannes av et "konseptkart", som visualiserer idéenes relasjon til hverandre, og hvilke ideer som er mer relevante eller viktigere enn andre (Trochim, 1989). Metoden ble valgt fordi konseptkartene som utvikles organiserer datamaterialet og konkretiserer resultatene visuelt, basert på analyser av datasettet. Ved å studere konseptkartene, kan det etableres prioriteringer, danne ny kunnskap basert på erfaring, identifiseres faktorer som ikke er forstått, og gjøre både målgruppen og andre interessenter i stand til å oppnå et holistisk syn på den spesifikke situasjon eller tematikken. Videre kan man gå direkte til kilden som menes å ha verdifull informasjon om temaet, og det er lagt opp til at hver deltager får mulighet til å delta på lik linje. Det henvises til artikkelen av Ruud, Raanaas og Bjelland (under utarbeidelse) for en videre innføring i metoden.

Studier innen folkehelsearbeidet har benyttet CM for å utforske risikofaktorer og erfaringer knyttet til bestemte helseutfall (Burke et al., 2005). Metoden er for eksempel benyttet for å avdekke menneskers oppfatning av kosthold og fysisk aktivitet (Lebel et al., 2011). Selv om CM er brukt innen folkehelsefeltet (Burke et al., 2005), er det ikke funnet studier hvor metoden er benyttet for å generere kunnskap om helsesituasjonen for mennesker med psykisk utviklingshemming.

4.2 Rekruttering og utvalg

Ved studiens oppstart ble leder på kommunalt plan kontaktet i et østlandsfylke, vedrørende deltagelse i studien. Det ble informert om studiens opphav og hensikt, før videre henvendelser førte til kontakt med den første av de deltagende boligene. Kontakt med bolig nummer to, i samme fylke, ble oppnådd gjennom den førstnevnte boligen. Rekruttering i et annet fylket ble oppnådd via private kontakter. Også her bidro den ene boligen til kontakt med den andre. Første kontakt med boligene gikk via telefon, før skriftlig informasjon vedrørende studien ble sendt via e-post, til lederne i boligene (se vedlegg 1). Etter boligens samtykke til deltagelse ble skjema for informerte samtykke sendt ut (se vedlegg 2).

Det vises til Ruud et al. (under utarbeidelse) for utvalgets inklusjons- og eksklusjonskriterier. Avgrensningen til ansatte som jobber med mennesker med lett til moderat utviklingshemming baseres på at det vil være hensiktsmessig å trekke frem helt andre faktorer som avgjørende ved mer alvorlig eller dyp utviklingshemming, da denne gruppen er mer hjelpetrengende. Det var et mål å oppnå minst 10 informanter, som er et anbefalt minimum for anvendelse av CM, da 10 informanter er med på å sikre variasjon i datamaterialet (Trochim, 1989). Antallet måtte ikke rekrutteres fra samme bolig eller fylke, men ville være den totale mengden informanter som krevdes for å oppnå tyngden man ønsket i det endelige resultatet. Videre ble det utarbeidet sosio-demografiske spørsmål som skulle stilles i avsluttende fase av datainnsamlingen, og som kunne bidra til utvidede analysemuligheter. Her ble det tatt hensyn til etiske aspekt, som anonymisering. Det ble besluttet at de sosio-demografiske spørsmålene skulle stilles i avsluttende fase, da det kan oppleves tryggere å besvare personlige spørsmål på dette tidspunktet, fremfor å skulle besvare disse i første fase av datainnsamlingen. Det vises til tabell 1 i Ruud et al. (under utarbeidelse) for deltagerstatistikk.

4.3 Prosedyre

I planleggingsfasen må viktige beslutninger tas, da disse kan få betydning for studiens kvalitet og videre utvikling (Trochim, 1989). Ruud et al. (under utarbeidelse) henviser til betydningen av fokusutsagnet og rangeringsverdiene, samt rekruttering og valg av informanter. Det ble reflektert nøye rundt fokusutsagnet og rangeringsverdiene, med henhold til formulering og hva rangeringsverdiene skulle tilsvare. Det var viktig at formuleringen var forståelig for deltagergruppen og at formuleringen ga rom for en omfattende datagenerering.

Det ble gjennomført en pilotstudie av metoden CM, med ansatte og medstudenter fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, et par måneder før hovedstudien skulle igangsettes. Da deltok en gruppe på fem personer, i ulike aldersgrupper og med ulike yrkesbakgrunn. CM ble da gjennomført som en lang sesjon uten opphold. Dette ga mulighet for å bli bedre kjent med prosedyre og type utstyr som skulle benyttes. Det åpnet opp for refleksjon rundt komplikasjoner som kunne dukke opp i prosessen av datagenereringen, og opplevdes som et positivt bidrag i arbeidet med masteroppgaven. Masterstudenten fikk tilbakemeldinger vedrørende opplevelsen av å delta, hva som kunne endres og hva som opplevdes som positivt. Piloteringen var også med på å trygge studenten i gjennomføringen av hovedstudien.

Hovedstudiens informanter deltok på to gruppesesjoner med åtte til tolv ukers mellomrom. Et informert samtykke ble underskrevet, før CM startet (se vedlegg 2). Den første sesjonen

inkluderte en gruppebasert idémyldring, som varte i ca en 1 time, mens den andre sesjonen omfattet en sortering og rangering av idéene, og varte i ca 1 time og 30 min. Ved første gruppesesjon noterte hver enkelt informant ideer som stikkord eller korte setninger, som svar på fokusutsagnet. Utsagnet var som følger: «Tenk på en vanlig dag i boligen – hva må til for at beboerne skal ha et sunt kosthold?». Informantene skrev ned egne ideer på et utdelt ark, hvor fokusutsagnet stod skrevet. Deretter ble idéene delt ved at informantene presenterte en og en idé etter tur. Før idémyldringen startet, ble det presisert at man kun skulle oppgi en idé av gangen, og at man ikke skulle avbryte andre deltagere, selv om man var uenig. Dette kunne de gi uttrykk for under rangeringen i andre sesjon. Det ble også presisert at man ikke var bundet til idéene som var skrevet på arket, men at man kunne dele idéer som man kom på underveis. Hvis en av de andre informantenes idéer skulle generere nye idéer, var det fullt lov å meddele disse. Ideene ble skrevet inn på PC og vist på storskjerm, slik at informantene selv kunne se at idéene var forstått korrekt. Hvis det ble uttrykt to idéer i et svar måtte idéen deles i to, hvor man måtte være bevisst på at innholdet i den opprinnelige ideen fremkom, og at ikke noe av innholdet gikk tapt. Dette var en pågående og uttømmende prosess, som vedvarte helt til informantene ikke hadde flere idéer å formidle.

Før andre sesjon ble idéene fra alle deltagerne samlet og gjennomgått av masterstudenten, slik at duplikater og utsagn som ikke ga mening ble fjernet. Deretter ble idéene lagt inn i programvaren, skrevet ut og klippet opp i lapper med en idé på hver lapp. Før den individuelle sorteringen og rangeringen i andre sesjon startet fikk informantene instruksjoner. De skulle sortere idéene de mente hørte sammen i bunker, og de kunne ha så mange bunker de ønsket. Det var ikke mulig å legge samme idé i forskjellige bunker. De skulle også gi et overordnet navn til hver bunke, som ga uttrykk for innholdet. Etter gjennomført sortering rangerte deltagerne viktigheten til hver enkelt idé. Idéene var nummerert og ble delt ut på et ark, slik at deltagerne kunne se idéen og ringe rundt verdien de ønsket å gi den enkelte ideen. Rangeringen gikk fra 1 til 5, hvor verdien 5 tilsvarte svært viktig og verdien 1 tilsvarte svært lite/ikke viktig (se tabell 1).

Tabell 1: Rangeringsverdier benyttet av informantene under andre sesjon.

Verdi	Betydning
1	Svært lite/ikke viktig
2	Mindre viktig
3	Ganske viktig
4	Viktig
5	Svært viktig

Sesjonene ble gjennomført i den enkelte boligen som deltok, med unntak av en bolig, som deltok sammen med naboboligen. Det ble da tatt hensyn til hva som var mest praktisk for deltagerne, og nødvendig utstyr for gjennomføring ble medbrakt.

4.5 Analyse

I første analyse ble det dannet et *punktkart* over resultatene. Dette dannet grunnlaget for videre analysearbeid og ga en billedlig representasjon av informantenes sorteringsarbeid. Før utviklingen av punktkartet måtte en multidimensjonal skalering gjennomføres. Operasjonen gjør det mulig å håndtere store og komplekse datasett og plasserer idéene som er sortert sammen ofte nærmere hverandre på kartet, og idéene som er sortert sammen sjeldnere lengre fra hverandre.

Videre ble det utført en *klyngeanalyse*, hvor det ble dannet konseptuelle klynger basert på sorteringen til informantene. Dette ble gjort ved å gruppere idéene sammen til et passende felt. Her henter programvaren ut passende titler på klyngene, men disse kan endres, dersom det er mer hensiktsmessig å gi de et annet navn som avspeiler innholdet bedre. Under utviklingen av klyngekartet ble det vurdert hvilket antall konseptuelle klynger som best representerte datamaterialet. Det ble da tatt hensyn til spredningen på konseptkartet og klyngenes underliggende idéer. Hvis man har for få klynger kan det føre til at idéer som er nokså ulike havner inn under samme klynge, mens det kanskje ville vært mer hensiktsmessig å skille idéene inn i flere klynger. Det er heller ikke ønskelig med et overdrevent antall konseptuelle klynger.

Det ble også gjennomført en *klyngeanalyse med rangering*, hvor antall ideer som inngår i hver konseptuelle klynge og idéenes gjennomsnittlig rangeringsverdi illustreres med antall lag i hver klynge. Hvis en klynge har fem lag, vil idéene herunder og klyngen de tilhører, ha en

høyere gjennomsnittlig rangeringsverdi, sammenlignet med en klynge med færre lag. Sannsynligvis vil de konseptuelle klyngene med flere lag ha en sterkere innvirkning på de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold, enn en klynge med kun et lag.

4.6 Etiske vurderinger

Studiens etiske hensyn er forankret i Helsinkideklarasjonens krav om informert samtykke og forskerens etiske ansvar. Innhentet informasjon om variabler vedrørende deltagerne ble grovkategorisert direkte inn i rådatamaterialet. Under planleggingsfasen ble Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) kontaktet både via telefon og e-post (se vedlegg 3). Det ble bekreftet at studien ikke var meldepliktig, så sant kravet om grovkategorisering av de sosio-demografiske variablene ble innfridd. Dette ble gjennomført i tråd med tilbakemeldingen fra NSD (se vedlegg 4).

4.6.1 Informert samtykke og taushetsplikt

Informantene i studien ble rekruttert via ledelsen i boligene. Det var ikke ønskelig å legge unødige press på de ansatte til å delta, og de ble derfor ikke kontaktet direkte for deltagelse. Ved ønske om deltagelse ble informantene kontaktet med et informasjonsskriv. Dette skrevet informerte om studiens hensikt, prosedyre med varighet, hva datamaterialet skulle benyttes til og om deltagerens rett til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i gjennomføringen. Skrevet informerte videre om krav vedrørende taushetsplikt, anonymitet, konfidensialitet og hvordan innsamlet data ble oppbevart (se vedlegg 2). Informasjonsskrivet ble utarbeidet i tråd med retningslinjene fra NSD, og informantene samtykket ved å gi sin kontaktinformasjon.

4.6.2 Grovkategorisering av datamaterialet

Svaralternativene i det sosio-demografiske spørreskjemaet ble nøye vurdert, for å overholde anonymitet og NSDs krav om grovkategorisering (se vedlegg 4). Alderskategoriene (under 26, 26-35 osv.) ble valgt med tanke på at den yngste gruppen ikke skulle være identifiserbar, og av hensyn til utdanningsnivå. Når man er 26 år begynner man å nærme seg en alder for ferdig/relevant utdanning, og det var derfor interessant og hensiktsmessig å dele alderskategoriene med dette som utgangspunkt.

Landbakgrunn ble inndelt i Norge, Europa og utenfor Europa, da dette vil kunne si noe om den kulturelle konteksten og mulig påvirkning på den ansatte.

Utdanningsnivå ble kategorisert etter grunnskoleutdanning, videregående utdanning, høyere utdanning inntil 4 år og høyere utdanning over 4 år. Utdanningsnivå kan ha betydning for kompetanse, så vel som erfaring. Varighet på arbeidserfaring i omsorgsbolig for psykisk utviklingshemmede ble også inkludert, da erfaring kan være av betydning for hvordan man arbeider i praksis, samt om man er ansatt i en lederstilling eller ikke.

4.6.3 Informasjon om boligene

Det ble også samlet inn informasjon om boligene som ble rekruttert. Dette ble gjort under første sesjon, via uformelle samtaler med de ansatte i boligene. Informasjonen var relatert til hvordan den overordnede strukturen var i boligene vedrørende kosthold, som for eksempel om beboerne spiste i fellesskap eller hver for seg. Denne informasjonen ble ikke benyttet videre, men ble innhentet for å få en forståelse for boligenes organisering.

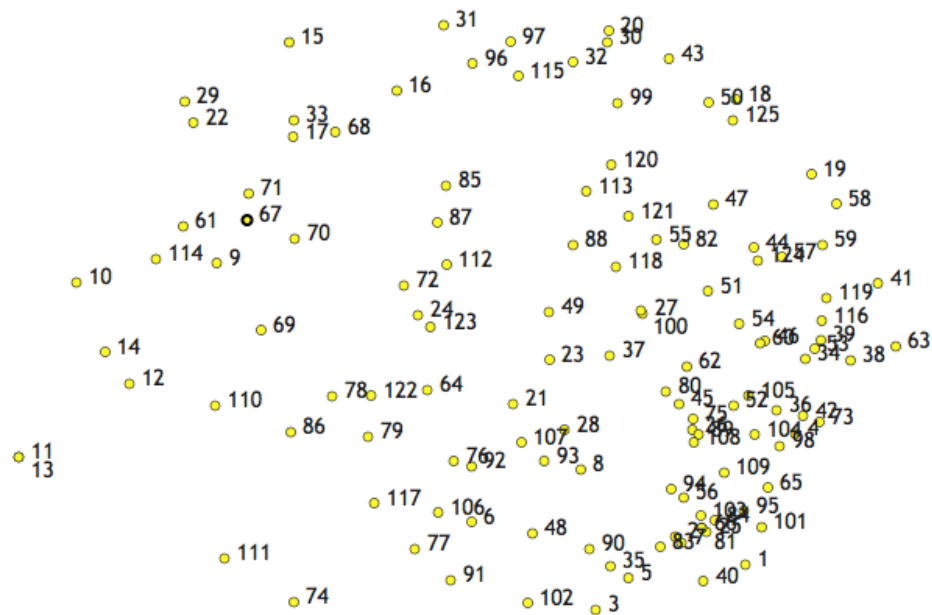
5. Resultat

Resultatene inkluderer både kvantitative sammendrag av deltakerdata og en rekke visuelle fremstillinger av det innsamlede datamaterialet. Studiens deltagergruppe bestod av tretten deltagere ved første sesjon, hvor ni fullførte på sorteringen og rangeringen i andre sesjon og en fullførte per e-post. Totalt fullførte ti deltagere, fra fire ulike boliger. Se tabell 1 i artikkelen til Ruud et al. (under utarbeidelse) for deltagerstatistikk.

To av deltagerne gjennomførte ikke sorteringen som resten av gruppen. Den ene deltageren fullførte ikke sorteringen, ved å utelate tre idéer, mens den andre deltageren gjennomførte sorteringen via e-post, og dermed gjennomførte under andre forutsetninger. Analysene er derfor gjennomført både med og uten sorteringen fra disse informantene. Ekskluderingen av de to informantene hadde ingen innvirkning på resultatene, og resultatene for alle ti som fullførte presenteres i det følgende. Se vedlegg 5 for detaljer rundt denne prosessen.

5.1 Kart over idéer

Figur 2 viser hvilke idéer som ble sortert sammen av deltagerne illustrert i et punktkart. Se vedlegg 6 for informasjon om hvilke idéer punktene representerer. Idéene som ligger nærmere hverandre på kartet har blitt sortert sammen oftere enn idéene som ligger lengre fra hverandre. Man kan se en klar klyngedannelse av ulike ideer på høyre side av kartet, noe som indikerer at flere av deltagerne sorterte noen av idéene likt. Et konkret eksempel er idé nr 1 ”Starte dagen med en sunn frokost” og idé nr 40 ”Presentasjon av maten – nok og innbydende” som er plassert nede til høyre i punktkartet. Disse to er sortert oftere sammen av deltagerne, sammenlignet med idé nr 1 og idé nr 31 ”Ernæring ikke satsningsområde i kommunen” som er plassert øverst i midten på kartet.

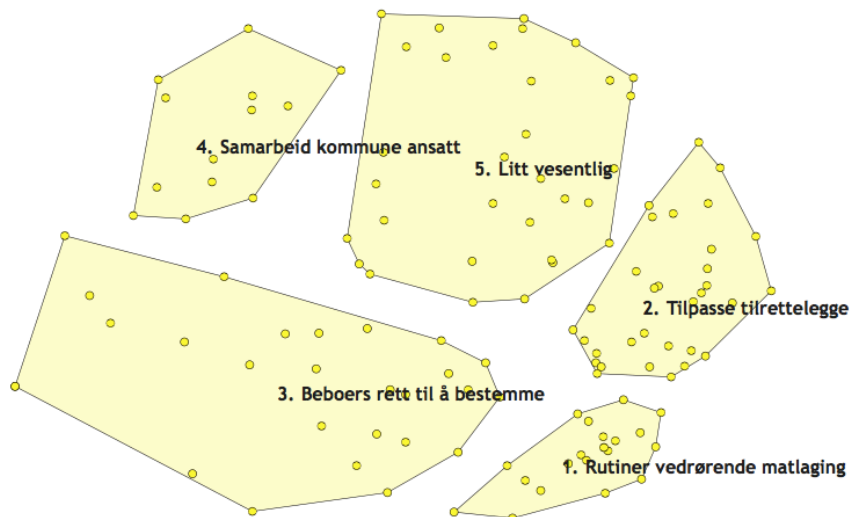


Figur 2: Kart over informantenes ideer, illustrert punktvis.

5.2 Klyngekart

Videre ble det utviklet et klyngekart. Valg av antall klynger ble bestemt etter nøye vurdering av masterstudenten og i dialog med veilederne. Det ble først forsøkt med fem konseptuelle klynger, som vist i figur 3. Her ble titlene uoversiktlige og klyngene for store. Flere av idéene som lå inn under samme klynge var ulike, og ble antatt å få en tydeligere betydning, dersom de ble sortert fra hverandre. Det ble videre forsøkt med seks og syv klynger, før student og veiledere fant det hensiktsmessig å illustrere funnene med åtte konseptuelle klynger. Det ble også forsøkt med høyere antall klynger, men dette resulterte ikke i en bedre forståelse av klyngenes innhold og var ikke en bedre tilpasning til idéenes nærhet. Et klyngekart med åtte klynger ble ansett som den beste representasjonen og visualiseringen av deltagergruppens tanker rundt fokusutsagnet ”Se for deg en vanlig dag i boligen - Hva må til for at beboeren skal ha et sunt kosthold?”.

Under selve deltager-sorteringen ble det benyttet mellom 4 og 14 bunker av deltagerne, hvor valg av antall kategorier fikk et gjennomsnitt på 7,4. Valg av klyngeantall stemmer derfor også godt overens med deltagergruppens gjennomsnittlige antall kategorier.

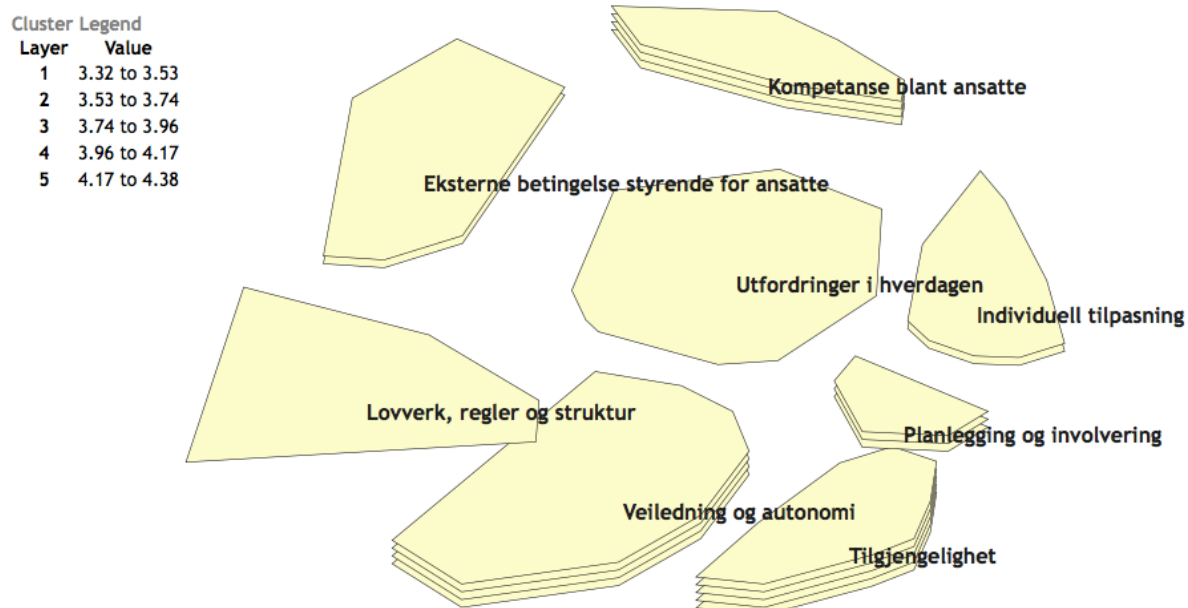


Figur 3: Informantenes idéer visualisert med fem klynger.

Det endelige kartet med konseptuelle klynger presenteres i Figur 4, og idéenes gjennomsnittlig rangeringsverdi illustreres med antall lag. Klyngenes navn ble i denne prosessen vurdert opp mot innholdet som de representerer. Flere av titlene virket misvisende sett opp mot innholdet, og de konseptuelle klyngene ble derfor gitt nye titler. Hensikten var å gi en dekkende og representativ tittel, som bidrar til en bedre forståelse for klyngenes innhold (se vedlegg 6).

Følgende tittelendringer ble gjennomført (norsk versjon – engelsk versjon):

1. Rutiner vedrørende matlaging → Tilgjengelighet – Availability and Accessibility
2. Rutiner → Planlegging og involvering – Planning and Involvement
3. Individuell bakgrunn → individuell tilpasning – Customization
4. Upåvirkelig → Veiledning og autonomi – Guidance and autonomy
5. Lovverk → Lovverk, regler og struktur – Legislation, rules and structure
6. Samarbeid kommune ansatt → Ytre betingelser styrende for de ansatte – External conditions affecting staff
7. Obligatoriske tiltak → Kompetanse blant ansatte - Competence among staff
8. Kunnskap/Ansatte, pårørende, verge, lege → utfordringer i hverdagen – Everyday challenges



Figur 4: Kart med informantenes idéer, visualisert med rangering.

Tabell 2: Presentasjon av klyngene med antall lag, gjennomsnittlig rangeringsverdi og rangeringens spennvidde.

Klyngetittel	Lag	Gjennomsnittlig rangeringsverdi	Min.	Maks.
Tilgjengelighet	5	4.38	3.80	4.90
Veiledning og autonomi	4	4.04	3.00	4.60
Kompetanse blant ansatte	4	3.99	2.90	4.60
Planlegging og involvering	3	3.77	2.40	4.60
Individuell tilpasning	2	3.58	1.5	5.00
Ytre betingelser som styrer ansatte	2	3.63	2.5	4.60
Lovverk og struktur	1	3.32	1.90	4.60
Utfordringer i hverdagen	1	3.42	2.00	4.70

I figur 4 er det tre konseptuelle klynger med høy viktighet, sett i lys av studiens problemstilling. *Tilgjengelighet* ble rangert som viktigst, illustrert med fem lag i kartet. *Veiledning og autonomi* og *Kompetanse blant ansatte* ble også rangert som viktig, med fire lag. Det vil også være nyttig å se på den konseptuelle klyngen *Planlegging og involvering*, illustrert med tre lag. De konseptuelle klyngene *Individuell tilpasning*, *Ansattes rammer*, *Lovverk og struktur* og *Utfordringer i hverdagen* er illustrert med to lag eller færre. Det

indikerer at disse klyngene er mindre viktig, sett fra informantenes perspektiv. Dette må ikke forveksles med antagelsen om at disse klyngene er irrelevante sett i lys av studiens problemstilling. Alle de konseptuelle klyngene er utviklet fra idéene, generert under idémyldringen, og vil i større eller mindre grad virke inn på de ansatte mulighet til å fremme et sunt kosthold blant beboerne.

Det er ikke nødvendigvis slik at alle idéene innenfor samme klynge blir rangert som like viktige, og det vil være nyttig å se på rangeringsverdiens intervall (se tabell 2), da klyngekart med rangering visualiserer en gjennomsnittlig verdi av de rangerte idéene i hver klynge. Noen idéer kan dra gjennomsnittet opp og være av større betydning, mens andre idéer kan dra gjennomsnittet ned og være av mindre betydning. I de tre høyest rangerte klyngene *Tilgjengelighet, Veiledning og autonomi* og *Kunnskap blant ansatte* har alle en minimumsverdi som ligger over de resterende klyngenes minimumsverdi. De har også en høy maksimumsverdi. Dette er en indikasjon på at de generelt inneholder idéer som er gitt en høy rangeringsverdi av de ansatte, og kan derfor antas å være av stor betydning for kostholdet til beboerne.

Det vil også være nyttig å se på klyngene som har fått lavere gjennomsnittlig rangeringsverdi, og som ikke fremtrer som like viktig i rangeringskartet. Her kan det også være svært lave utliggerer som har trukket gjennomsnittet ned, og medført en lavere gjennomsnittlig verdi for kategorien, enn det som egentlig er reelt. I resultatene har noen av konseptene med få lag et stort spenn i de tilhørende idéenes rangeringsverdi. Klyngen *Individuell tilpasning* har et spenn mellom 1.50 og 5.00, mens klyngen *Utfordringer i hverdagen* har et spenn mellom 2.00 og 4.70. Samtidig har de andre idéene i klyngene verdier som i større grad ligger nær gjennomsnittsverdien til klyngene, og det virker rimelig å anta at gjennomsnittsverdien er representativ for klyngene. Det kan likevel være greit å ha spennvidden i bakhodet, da noen av enkelt-determinantene i disse klyngene vil tenkes å ha større betydning for kostholdet til beboerne enn andre idéer i samme klynge.

Tabell 3 i artikkelen til Ruud et al. (under utarbeidelse) presenterer de fire klyngene rangert som viktigst av informantene, med underliggende idéer. Vedlegg 6 presenterer de konseptuelle klyngene med tilhørende idéer i en tabell. Tabellen presenterer klyngens gjennomsnittlige rangeringsverdi, samt de enkelte idéenes gjennomsnittlige rangeringsverdi.

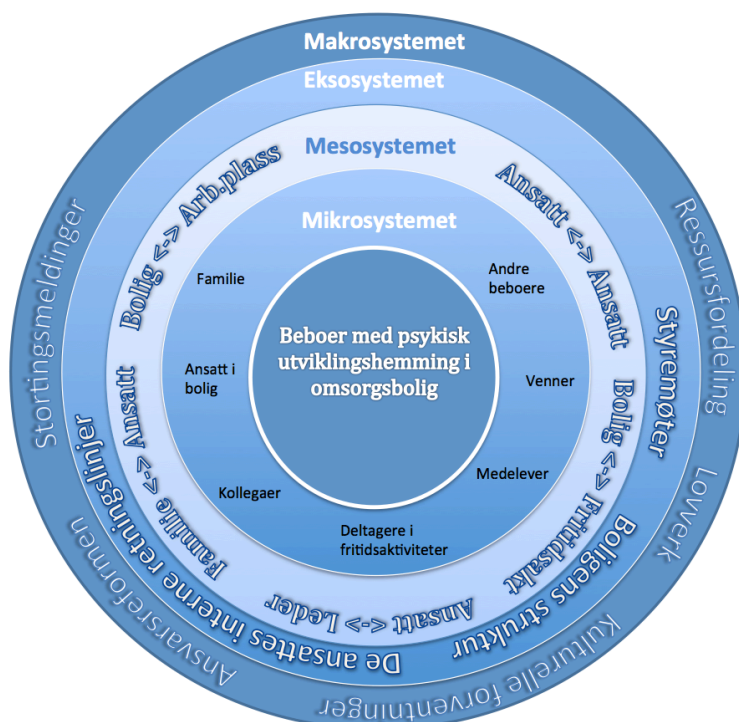
6. Diskusjon

Studiens analyseprosess viser at det er mange faktorer som virker inn på de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant beboerne, og at bildet er kompleks. Informantene vektla idéene noe ulikt, men det eksisterer fellestrekk i datamaterialet. I kappens diskusjon vil det tas utgangspunkt i de enkelte idéene, så vel som hovedresultatene for å få en helhetlig forståelse av faktorer som påvirker de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold, sett i lys av relevante teoretiske rammeverk.

6.1 Innvirkende faktorer sett i et økologisk perspektiv

Det vil være interessant å se mennesker med psykisk utviklingshemming i omsorgsbolig i relasjon til den økologiske modellen, og hvordan de sosiale systemene virker inn på deres hverdag og mulighet for et sunt kosthold. Beboernes helse og kosthold må forstås som et samspill, hvor beboerne og omgivelsene er gjensidig avhengig av hverandre. Samtidig kan man anta at mennesker med psykisk utviklingshemming vil være mer avhengig av omgivelsene og de tilhørende sosiale relasjonene, sammenlignet med den generelle befolkningen, da deres intellektuelle utviklingshemming krever assistanse i større eller mindre grad (WHO, 1992).

Figur 5: Modifisert økologisk modell. Sosiale relasjoner med innvirkning på beboeren. Basert på Bronfenbrenners teori (1979).



Studiens resultater tyder på at de sosiale relasjonene, som ulikt helsepersonell og familie, har sterk innvirkning på beboernes hverdag og livssituasjon, og derav deres kostholdsvaner. De inngår i mikrosystemet (Bronfenbrenner, 1979) til beboerne, ved at de omgås i det daglige, de har en nær relasjon til beboerne og kontrollerer beboernes adferd, inkludert kostholdet. Mikrosystemets betydning ble bekreftet av studiens informanter som uttrykte at beboerne er avhengige av personalet for å oppnå et sunt kosthold og at familie og pårørende påvirker kostholdet. I følge Bronfenbrenner (1979) vil det også være en gjensidig påvirkning, da beboernes adferd setter forutsetninger for arbeidshverdagen til de ansatte og nær familie. Beboernes motivasjon og forståelse av kosthold og helse, ble trukket frem i studien som faktorer som virker inn på kostholdet. Samtidig kan man tenke at beboerne har en redusert innvirkning på mikrosystemet, da hvem de bor med, hvem som jobber i boligen og hvem de omgås med i det daglige, ofte ligger utenfor deres kontroll og beslutning. Dette kan også gjelde hva de må spise og hvem de må spise med. En annen utfordring vedrørende beboernes kosthold og mikrosystemet kan ligge i rollebyttet mellom ansatte og nær familie. I det beboeren flytter fra familiens private hjem, over til omsorgsbolig, kan det oppstå en utfordring når ansatte ”byter” ansvars plass med familie. De er begge en del av mikrosystemet, men de ansatte blir i denne overgangen personer som beboeren skal forholde seg til i det daglige, og som er med på å danne forutsetninger for beboerens kosthold. Norsk forskning viser også at livsfaseoverganger kan være problematisk for mennesker med utviklingshemming, inkludert overgangen til å ta større ansvar for praktiske gjøremål og å forholde seg til profesjonelle tjenesteytere istedenfor foreldre (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Masterstudiets resultater viser at gamle vaner fra oppvekst kan oppleves som en barriere for å oppnå et sunt kosthold, da disse ikke nødvendigvis er helsefremmende og kan oppleves som vanskelige å endre. Informantene nevnte også at familie eller andre omsorgspersoner utenfor boligen kan ha sterk påvirkning på og preferanser for kostholdet til beboerne. Relasjonene i makrosystemet virker altså inn og kan sette betingelser for de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant beboerne.

Videre vil forholdet mellom de ansatte i boligen og familie, eller andre omsorgspersoner, være av betydning for den enkelte beboeren. Disse relasjonene former mesosystemet (Bronfenbrenner, 1979). At det utvikles et godt samarbeid og om det utveksles kunnskapsformidling mellom disse partene, vil kunne påvirke konteksten som beboeren lever i. Informantene i studien trakk frem samarbeid mellom ansatte og pårørende som en faktor for å oppnå et sunt kosthold blant beboerne. Kunnskapsformidling mellom partene vil kunne fremme den individspesifikke kompetanse. Det innebærer spesiell kunnskap om personens

preferanser, tidligere erfaringer med hva som har gått bra og dårlig i hverdagen, samt kunnskap, erfaring og ferdigheter knyttet til hvordan man bør omgås den enkelte (Wigaard, 2003). Den individspesifikke kunnskapen vil også kunne omfatte detaljkunnskap om nærmiljøets krav, utfordringer og muligheter, som innvirker på kostholdet (Wigaard, 2003). Ved å utvikle et godt samarbeid med familie eller andre nære relasjoner, vil de ansatte kunne oppnå forståelse for disse verdiene og preferansene, og dermed utøve en yrkespraksis med høyere kvalitet. Sosial- og helsedirektoratet (2007) fremhever betydningen av en god planleggingsprosess, hvor alle berørte parter deltar i overgangen til egen bolig. Dette samsvarer med studiens resultat, og fremhever betydningen av et godt samarbeid mellom nærmiljøene for å fremme et sunt kosthold blant beboerne. Et godt samarbeid vil kunne bidra til å fremme et sunt kosthold, samt øke beboernes autonomi, gjennom de ansattes økte kunnskap om beboernes preferanser. Studiens resultater viser at de sosiale relasjonene i mesosystemet er av betydning for de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold.

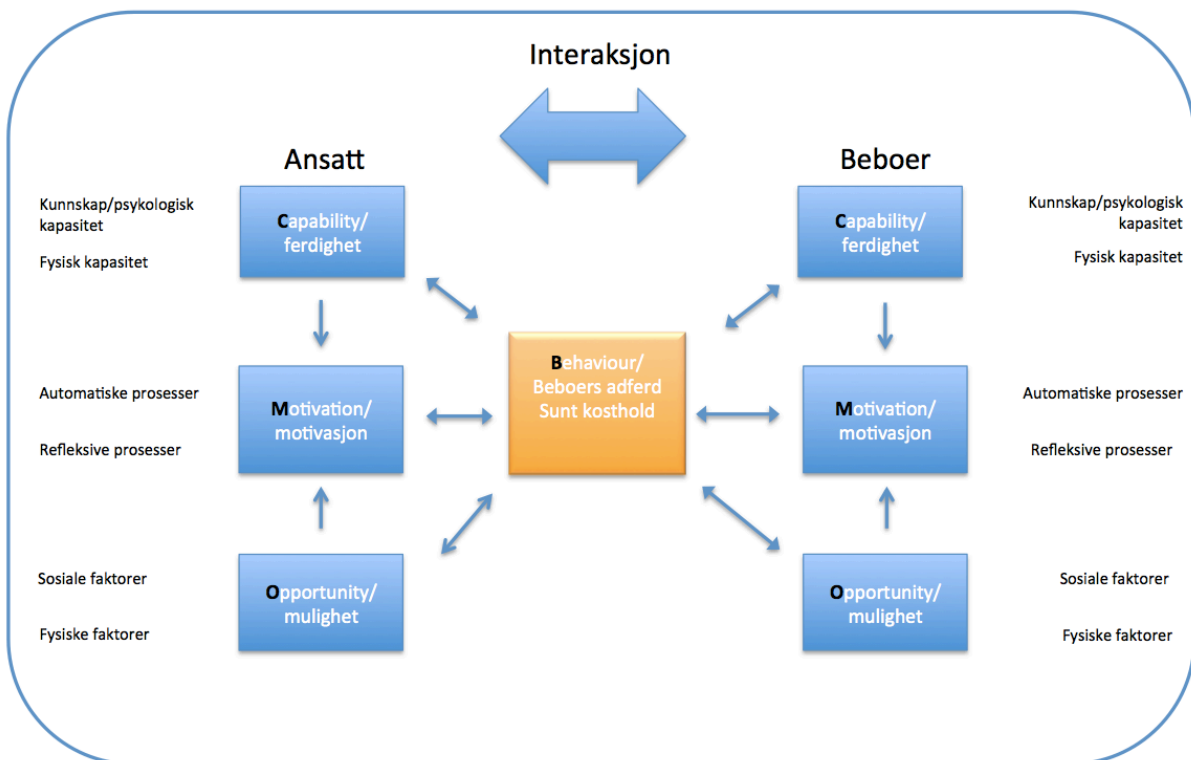
De ytre kontekstuelle lagene i den økologiske modellen kan forstås å ha større betydning for beboere i omsorgsbolig, da mennesker med psykisk utviklingshemming påvirkes sterkere av overordnede strukturelle føringer, sammenlignet med den generelle befolkningen, som bor i selvstendige boliger. Mennesker som bor i omsorgsboliger, bor i en setting som styres av yrkesmessige føringer og lovverk som setter rammer for hva som er mulig og ikke. Dette ble trukket frem av studiens informanter. Boligens struktur og ressurser bidrar til å forme beboernes kontekst, uten at beboerne selv har innvirkning. Det refereres her til beboernes ekso- og makrosystem (Bronfenbrenner, 1979). Hvor mange ansatte som er på jobb reguleres av ressurser og økonomi, og ble trukket frem i studien som faktorer som påvirker kostholdet til beboerne. De ansattes mulighet for tilstedeværende bistand og oppfølging av den enkeltes matrelaterte ønsker ble trukket frem under den gruppebaserte idémyldringen, og er faktorer som krever tid og ressurser. Tidsnød ble nevnt som en faktor som kan relateres til dette. Det er altså avgjørende at tilstrekkelige ressurser er tilstedeværende for å kunne oppnå et sunt kosthold blant beboerne. Samtidig vil det være vanskelig å anslå hva en tilstrekkelig mengde ressurser tilsvarer, da hver enkelt beboer skal imøtekommes basert på individuelle behov. Askheim (1998) har fremhevet hvordan behovet for effektivitet i omsorgsboliger står i motsetning til ønsket om et normalisert liv for mennesker med psykisk utviklingshemning. I følge "normalitetsprinsippet" og Ansvarsreformen er den individuelle tilpasningen en viktig satsning. En studie utført i Sverige fremhever betydningen av tilgjengelige ressurser for helsefremming blant mennesker med psykisk utviklingshemning (Wahlström, Bergström & Marttila, 2014). Studien fant at boligens ressurser setter forutsetning for struktur og

fleksibilitet, som vil ha innvirkning på muligheten for helsefremming blant beboerne. Tid og ressurser vil altså kunne fremme et sunt kosthold dersom det er tilgjengelig, og vanskeliggjøre et sunt kosthold dersom det ikke er tilstede. Dette vil igjen virke inn på flere faktorer som kan virke inn på kostholdet til beboerne, i følge informantene, som for eksempel tid man har til rådighet, turnus og bemanning.

Lovverket er en del av ”storsamfunnet” og makrosystemet (Bronfenbrenner, 1979), og setter også betingelser for beboernes hverdag, gjennom regulering av levekår (Wigaard, 2003). Informantene nevnte at lovverket er vanskelig i tilknytning til helse, og at lov om makt og tvang kan oppleves som en barriere for et sunt kosthold. Det kan oppstå en spenning mellom det å skulle beskytte beboerne fra helserisiko og å fremme deres selvbestemmelse. Disse to potensielt motstridende pliktene er nedfelt i politiske dokumenter, som avgjørende i rollen som omsorgsgiver (Sosialdepartementet, 1990). Igjen vil dette kunne ses annerledes på i lys av den økologiske modellen, sammenlignet med den generelle befolkningen. I følge informantene er beboerne avhengig av de ansatte og den ansatte innehar derfor en makt. Makten oppstår gjennom avhengigheten i den sosiale relasjonen, og må reguleres ut i fra normative og lovmessige føringer. Relasjonen som befinner seg på mikronivået vil derfor påvirkes og styres av ytre kontekstuelle lag, som befinner seg på ekso- og makronivået. Påvirkningen fra faktorer på ekso- og makronivået vil også være tilstede mellom to personer i den generelle befolkningen, men det vil kunne tenkes å være av større betydning i relasjonen mellom ansatt og beboer, da det setter rammebetingelser for relasjonen de imellom. Studiens resultater indikerer derfor at de to ytre kontekstuelle lagene i den økologiske modellen har en sterk innvirkning på de ansattes mulighet for å fremme et sunt kosthold blant beboerne.

6.2 Innvirkende faktorer sett i lys av COM-B

Modellen COM-B kan benyttes i forståelsen av hva som virker inn på den kostrelaterte adferden til mennesker med psykisk utviklingshemming, og hva som må ligge til rette for å oppnå et sunt kosthold i denne gruppen. Rammeverket kan benyttes for å organisere faktorene, identifisert av de ansatte, og sette de i system. I studiens sammenheng vil det være naturlig å se på beboernes adferd i relasjon til de ansattes ferdighet, mulighet og motivasjon, i tillegg til beboernes egne ferdigheter, muligheter og motivasjon. De ansatte har en sterk innvirkning på beboerne og den aktuelle adferden (sunt kosthold) som ble sett på som et personalansvar blant informantene.



Figur 6: Modifisert COM-B modell. Faktorer relatert til beboeres kosthold, sett fra de ansattes perspektiv. Original figur i Michie et al. (2011).

Beboernes ferdigheter omhandler deres ernæringsmessige kunnskap og deres fysiske kapasitet til å benytte denne kunnskapen i praksis (Michie et al., 2011). I studien fremkommer det at beboernes kosthold er avhengig av beboernes forståelse av kosthold og helse, da det opplevdes som vanskelig at noen beboere ikke ser konsekvensene av et usunt kosthold. Denne forståelsen påvirkes av beboernes ferdighet og herunder kunnskap om ernæring og kosthold. Faktorer identifisert i studien, som misforstått kostveiledning, manglende veiledning av beboerne og menylistene bestående av usunn mat basert på beboernes valg, kan knyttes opp mot den manglende kunnskapen. Videre ble grad av psykisk utviklingshemming i beboergruppen trukket frem som en faktor påvirkende på kostholdet. Grad av psykisk utviklingshemming i beboergruppen kan være avgjørende for ferdighetsnivået, som igjen virker inn på de ansattes mulighet for å fremme et sunt kosthold blant beboerne. En mulig strategi vil være å tilpasse informasjon om kosthold til beboerens nivå, som ble trukket frem i studien. Da vil de *ansattes ferdigheter* være av betydning for realiseringen av den økte kunnskapen. Det er viktig at de ansatte har grunnleggende kunnskap om myndighetenes anbefalinger og får konkrete råd og veiledning på hvordan disse kan settes ut i live. Ansattes oppfatning av et sunt kosthold ble trukket frem som en påvirkende faktor i studien, og kan oppleves både fremmende og hemmende, avhengig av de ansattes ernæringsmessige

kompetanse. Kompetanseheving blant ansatte blir trukket frem som en faktor for et sunt kosthold, i tillegg til at personalet trenger kunnskap om ernæring. Samtidig opplever informantene at ernæring ikke prioriteres i kursing av personalet, og at det heller ikke er et satsningsområde i deres kommune. Dette går på bekostning av personalets ferdigheter, som igjen oppleves som en innvirkende faktor på beboernes kosthold. Det er derfor rimelig å anta at økt kunnskap både blant personalet og beboerne kan forsterke de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant beboergruppen. Dette funnet får også støtte fra andre studier gjort på omsorgsboliger som fremhever betydning av kompetanse blant ansatte for å bedre helsesituasjonen blant beboerne (Elinder, Bergström, Hagberg, Wihlman & Hagstromer, 2010; Wahlsöm et al., 2014).

Selv om økt kunnskap og kompetanseheving blir sett på som viktige faktorer, blir også selvbestemmelse og autonomi trukket frem av studiens informanter. De ansatte kan inneha kompetanse og bevisstgjøre beboerne, men det betyr ikke nødvendigvis at beboerne tar sunne valg relatert til kosthold, selv om de innehar kompetansen. Ved usunne valg blir det igjen et spørsmål vedrørende normalitetsprinsippet. Det er et sentralt poeng i Ansvarsreformen at de ansattes hovedoppgave er å sikre beboernes rettigheter og arbeide for at de får like muligheter til å leve så normalt som mulig (BLD, 2013). Samtidig eksisterer det i liten grad eksplisitte føringer på hvordan dette skal gjennomføres, da hvert enkelt person krever ulik tilpasning for at det skal realiseres. Med andre ord, det finnes ingen fasit. Vektleggingen av prinsippene om selvbestemmelse, valg og individuelle rettigheter får viktige konsekvenser for den ansattes praksis og deres mulighet til å fremme et sunt kosthold. Samtidig som den ansatte skal hjelpe beboerne til et normalt liv og opprettholdelse av en god helse, må de respektere valg av en avvikende livsstil og et usunt kosthold (Askheim, 2003). Hvordan dette dilemmaet løses, og hvor grensen går mellom de potensielt motstridende pliktene, er et ubesvart spørsmål (Askheim, 2003). Ved å etablere retningslinjer og konsensus på hvordan man skal gå frem ved slike konflikter i praksis, kan man oppnå tiltak som gir effekt i et helsefremmende perspektiv, og forsterker de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold. På den annen side kan det være utfordrende å komme frem til disse retningslinjene, og å oppnå en enighet innad i personalet.

Beboernes muligheter avgjøres av faktorene som ligger utenfor individet og omfatter både fysiske og sosiale faktorer (Michie et al., 2011). Mulighetene i det fysiske miljøet kan relateres til tilgjengelighet, og tilgjengelighet ble rangert som viktig blant informantene i studien. Tilgjengelighet vil si at mat av interesse er tilgjengelig i miljøet (Cullen et al., 2003),

og det kan enten være i boligen eller i nærmiljøet. Informantene nevnte tilgjengelighet til sunn og variert mat i boligen, samt tilgjengelighet til sunn mat i butikk som faktorer med innvirkning på kostholdet. De sosiale faktorene vil også kunne tenkes å ha en innvirkende effekt på beboernes mulighet for den spesifikke adferden. Som nevnt over vil ulike relasjoner i nærmiljøet, så vel som overordnede strukturelle føringer, som for eksempel boligens struktur og lovverk, ha innvirkning på beboernes valgmuligheter. Å bo i omsorgsbolig vil ha en kontekstuell innvirkning på beboeren, ved at hverdagen styres av rammebetingelser satt for de ansatte. Beboernes mulighet vil derfor også være avhengig av de *ansattes muligheter* til å fremme et sunt kosthold, da dette setter føringer og har innvirkning på hva de ansatte har tid og mulighet til å gjennomføre. Studiens resultater viser betydningen av ressurser og tid, og informantene nevnte tidsnød og bemanning som sentrale faktorer for muligheten til å fremme et sunt kosthold. Disse funnene støttes av Eide og Breimo (2013) sin studie av omsorgsboliger i Norge, hvor det påpekes at de ansattes muligheter styres av antall ansatte og organisering av boligen. Hvis de ansatte ikke har tid vil det være vanskelig å gjennomføre konkrete tiltak overfor den enkelte beboer. Det vil også kunne virke tilbake på beboeren og begrense mulighetene som beboerne har, da utviklingshemmingen ofte krever assistanse i gjennomføring av matrelaterte aktiviteter. I følge Michie et al. (2011) har de ulike adferdskomponentene en gjensidig påvirkningskraft på hverandre. Å lage et sunt måltid, assistert av en ansatt, kan for eksempel påvirke ferdighet, mulighet og motivasjon til å lage det samme måltidet ved en senere anledning. Det vil altså være hensiktsmessig å gjennomføre matrelaterte aktiviteter med beboerne. Tilgjengeligheten vil også være av betydning for de ansattes muligheter, da hvilken mat som er tilgjengelig vil påvirke deres mulighet til å tilberede et sunt måltid. Informantene uttrykte at beboerne setter opp menyliste med usunn mat, basert på egne valg og at dette oppleves som en barriere i forsøk på å oppnå et sunt kosthold for beboeren. At avtaler inngås, men kan brytes, ble også sett på som en barriere blant informantene. Beboernes selvbestemmelse vil i disse tilfellene oppleves som begrensende for de ansattes mulighet til å fremme den ønskede helseadferden hos beboeren.

Beboernes motivasjon vil stå sentralt i forsøk på å oppnå et sunt kosthold. Som den tredje adferdskomponenten vil innvirkning på de to andre adferdskomponentene ha betydning for motivasjonen, samt kunne bidra til et sunt kosthold (Michie et al., 2011). I studien ble beboernes motivasjon trukket frem, og hvordan denne eventuelt kan påvirkes. Gode avtaler med beboer kan i følge informantene bidra til økt motivasjon hos beboer for å oppnå et sunt kosthold. Andre faktorer som ble nevnt kan muligens også benyttes for å øke beboerens motivasjon. Å tilberede sunn mat slik at den fremstår fristende, å gi holdningsskapende

informasjon til beboeren og å prate om sunn mat og oppskrifter er enkle tiltak som kan bidra til økt motivasjon, og en mulig forbedring i kostholdet. Å tilberede sunn mat slik at den fremstår fristende handler om tilgjengelighet, da tilgjengelighet ikke kun handler om at mat av interesse er tilgjengelig i miljøet, men også at maten er tilgjengelig i en form, på en måte og i et tidsrom som fasiliteter inntak (Cullen et al, 2003). Motivasjonen for å spise sunn mat vil derfor kunne forsterkes dersom man øker tilgjengeligheten, ved å gjøre sunn mat fristende. Videre nevnte informantene at det er viktig at de ansatte tilbyr frukt og grønt og at et sunt og variert kosthold er tilgjengelig. Dette vil være mulig å oppnå gjennom enkle tiltak. Igjen påvirkes muligheten for å motivere beboerne av de ansattes tilgjengelige ressurser, som tid og bemanning.

Motivasjonen vil som nevnt over kunne påvirkes og forsterkes gjennom de to andre adferdskomponentene, ferdighet og mulighet (Michie et al, 2011). Ved å implementere tiltak rettet mot disse, vil man også kunne øke motivasjonen for et sunt kosthold hos beboeren. Hvis beboeren får oppøvd de nødvendige ferdighetene og det ikke foreligger noen miljømessige restriksjoner, vil dette kunne forsterke beboerens motivasjon til å spise sunt (Michie et al., 2011). Igjen vil beboerens adferd kunne virke tilbake på de tre adferds-genererende komponentene og forsterke disse. Sannsynligheten vil da øke for at beboeren spiser sunt ved en senere anledning.

I selve idémyldringen ble ikke *de ansatte motivasjon* nevnt som en innvirkende faktor for et sunt kosthold hos beboerne. Samtidig vil det være naturlig å tenke at de ansattes motivasjon for å fremme et sunt kosthold i beboergruppen vil være av betydning for å oppnå den ønskede adferden. De ulike faktorene som omhandler ferdighet og mulighet kan påvirke motivasjonen til de ansatte. For eksempel vil kommunens manglende prioritering av ernæring og den ernæringsmessige kompetansen hos ansatte kunne virke inn på deres motivasjonen til å endre på situasjonen. De ansattes oppfatning av hvilke muligheter de har, og eventuelt om et tiltak vil kunne tenkes å være av betydning eller ikke, vil virke inn på de ansattes motivasjon til å endre beboernes kosthold fra usunt til sunt. Det vil også være naturlig å tenke at de ansattes motivasjon påvirkes av den ernæringsmessige interessen og kompetansen de har. En studie utført av Sundblom, Bergström og Elinder (2015) bekrefter dette. De fant at motivasjon var viktig for å forandre adferd, både hos de ansatte og beboerne.

6.3 Styrker og svakheter ved studien

6.3.1 Objektivitet, validitet og reliabilitet

Da CM består av både kvalitativ og kvantitativ metodikk må det vurderes hvilke kvalitetskrav som skal stilles. Det genererte datamaterialet anses å være kvalitativt, da det er et ønske om å få utvidet kunnskap om et fenomen og man jobber induktivt. Det er utviklet objektivitetskrav innen kvalitativ metode, som styrker troverdigheten til forskningsfunnene (Kvale & Brinkmann, 2009). Disse omhandler muligheten for å produsere objektiv kunnskap gjennom kvalitativ metode, og kan benyttes for å vurdere resultatene i denne masterstudien. I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan man oppnå objektivitet ved å distansere seg fra personlige holdninger og fordommer, så langt dette er mulig. Som forsker ble det reflektert over eget bidrag til den produserte kunnskapen, da informantenes bidrag vil tolkes i forskerens forståelsesramme. Som masterstudent innen folkehelse kan man ilegge idéene en annen betydning, enn det som er tiltenkt fra informantenes side, grunnet studentens fokus og tidligere erfaringer. Det må også reflekteres over forskers påvirkning under selve datainnsamlingen. I CM samhandler forsker med informantene, som moderator under idémyldringen og ved struktureringen av datamaterialet. Det vil i denne situasjonen være vanskelig å unngå en viss påvirkning fra moderator. For å redusere denne innvirkning ble informantene oppfordret til å bekrefte at idéene deres var forstått korrekt (kommunikativ validitet), under datainnsamlingen. Gjennom denne oppfordringen kan man oppnå en intersubjektivitet, som igjen kan bidra til å øke funnenes objektivitet, og derav studiens validitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved å be om bekreftelse fikk informantene lov til å protestere underveis og påvirke forskningsresultatene. Dette kan i følge Kvale og Brinkmann (2009) også bidra til å øke objektiviteten i studiens funn.

Momenter ved selve datainnsamlingen kan ha vært av betydning for funnenes validitet. Det var en leder tilstede under sesjonen som ble gjennomført med to boliger samtidig. Tilstedeværelse av leder kan ha vært av betydning for hva som ble generert under idémyldringen, og informantene kan unnlate å si enkelte idéer, da de er redd for reaksjonen til leder. Dette kan redusere det genererte datamaterialet og idéer som representerte deres tanker rundt fokusutsagnet. I den aktuelle sesjonen ble det generert mange gode idéer og moderator fikk ikke inntrykk av at leders tilstedeværelse opplevdes som begrensende for informantene. Datainnsamlingens kontekst kan også være av betydning for funnenes validitet, og den var noe annerledes i de ulike boligene. Alle sesjonene ble gjennomført i boligens lokaler, men antall informanter var ulikt i de ulike boligene. Dette kan ha påvirket

informantene under selve datagenereringen. I en av boligene hadde også informantene et større tidspress på seg, da noen skulle på vakt etter gjennomført sortering. Dette opplevdes som stressende, og kan ha vært av betydning for validiteten til resultatene. Det ble også gitt uttrykk for at antall idéer opplevdes som utmattende under sorteringsprosessen. Trochim (1989) påpeker at et stort antall idéer kan medføre praktiske begrensninger. De 125 idéene kan oppleves som overveldende og tidkrevende å sortere i bunker. Samtidig, bør listen over idéer reflektere informantenes synspunkt. Ved å redusere listen ytterligere kan forsker ha en større innvirkning på datamaterialet, enn det som er ønskelig, og påvirke det endelige resultatet. Samtidig ga noen av informantene uttrykk for at de kunne ha gjort en bedre jobb, dersom de hadde mer tid og energi. Dette må tas i betraktning, da fravær av stress eller et mindre antall idéer kunne ha gitt et annerledes resultat.

At datainnsamlingen ble delt inn i to sesjoner ble sett på som en fordel. Når man delte prosedyren i to separate sesjoner, hadde moderatoren mulighet til å gjennomføre en idésyntese. Den opprinnelige listen med idéer ble redusert fra 162 idéer til 125 idéer, som redusere omfanget av sorteringen og rangeringen. De samme informantene var også involvert i begge sesjonene, noe som forenkler utforskningen av kompleksitet, oppfordrer etablering av positive gruppedynamikk, og kan bidra til rik dybde data (Burke et al. 2005). Samtidig medfører det en risiko for å miste informanter i den andre sesjonen. Tre informanter gikk tapt ved andre sesjon, grunnet private og ukjente årsaker. Dette resulterte i et totalt antall på ti informantene som fullføre studien. Dette er et antall som akkurat er tilstrekkelig for å sikre den nødvendige variasjon i datamaterialet (Trochim, 1989).

I følge Fangen (2010) er det mulig å oppnå reliabilitet innen kvalitativ forskning ved å gjøre nøye rede for studiens fremgangsmåte, ved å vise resultatene som danner grunnlaget for tolkningen og å gjøre rede for hvordan resultatene kan forstås i lys av teorien som benyttes. Dette er det tatt hensyn til i masterstudien, hvor prosedyren er nøye beskrevet, det er forsøkt å presentere resultatene på en oversiktlig måte og teorien som benyttes for tolkningen blir presentert. Det reflekteres også rundt studiens styrker og svakheter. Trochim (1993) argumenterer med at en test-retest vil være ønskelig hvis det lar seg gjennomføre. Da utfører informantene sorteringen to ganger, og man kan se om utkomme blir det samme. På den annen side krever en test-retest at informantene samles til nok en sesjon, noe som vil øke kostnadene og omfanget av studien, samt belaste informantene (Trochim, 1993). På grunn av tidslinjen var det ikke mulig å gjennomføre i denne studien. Ved en test-retest må det også vurderes om deltagelsen i første sortering kan være av betydning for andre sortering, da dette

skaper en ytterlige refleksjon rundt resultatene, og medføre at utkommet muligens ikke ville blitt det samme uansett.

6.3.2 Representativitet, generalisering og kontekstualisering

Det var ikke mulig å gjennomføre et tilfeldig utvalg av deltakere, grunnet tid som sto til rådighet og omfanget av studien. Det er derfor heller ikke rimelig å snakke om et representativt utvalg. På grunn av det begrensede antallet av informanter ($n = 10$) vil også evnen til å generalisere resultatene være redusert. Et stort antall deltagere og et tilfeldig utvalg vil være nyttig når man ønsker å argumentere for at det resulterende konseptkartet skal generaliseres til en større populasjon av interesse (Trochim, 1989). Det var ikke målet med denne studien, da man så tidsbegrensningen allerede i studiens planleggingsfase. Det overordnede målet var å opparbeide økt innsikt og kunnskap, hvor funnene kan benyttes i videre forskning. Implikasjonene fra studien kan også være overførbare til lignende situasjoner og tilsvarende sammenhenger. Altså kan man overføre funnene til lignende kontekster (Kvale & Brinkmann, 2009). Ved overføring til lignende kontekster er det viktig å snakke om likheter og forskjeller.

Utvalget ble rekruttert fra to ulike fylker og fra fire ulike boliger. Dette styrker datamaterialet, da informantgruppen var bredt sammensatt og derfor kan ha bidratt til å gi variasjon i datamaterialet. Videre hadde opp til 80 % av informantene over ti års arbeidserfaring med mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette er en indikasjon på at informantgruppen har en bred erfaring og god kunnskap om gruppen. Dette kan derfor være med på å heve validiteten til resultatene. På den annen side må det vurderes hvem som valgte å delta i studien. En utvalgsskjevhet kan ha forekommet, da hvem som valgte å delta kan avhenge av interessen til informantene. Det kan tenkes at informantene som deltok har en større interesse for ernæring eller forskning, i forhold til de som ikke valgte å delta. Alle som jobbet i de rekrutterte boligene var invitert til å delta, så sant de oppfylte inklusjonskriteriene. Hvor vidt alle som oppfylte disse kriteriene valgte å delta, er usikkert, da et begrenset antall fra hver bolig deltok. Dette kan ha ført til en utvalgsskjevhet, som reduserer funnenes validitet.

6.3.3 Hvis det var mer tid tilgjengelig

Hvis studiens rammeverk hadde tillatt å bruke mer tid ville det vært interessant å rekruttere en større gruppe informanter, for å fange opp en bredere variasjon blant interessentene og i de innsamlede dataene. Dette kunne også bidratt til oppnåelsen av et representativt utvalg og en redusert risiko for utvalgsskjevhet, hvis man rekrutterte en stor informantgruppe. Det ville

også vært interessant å invitere informantene som gjennomførte andre sesjon, med sorteringen og rangering, tilbake for å delta i gruppediskusjoner, vedrørende tolking av det endelige kartet med konseptuelle klynger (Trochim, 1989). Dette var det ikke tid til grunnet studiens tidslinje, men det ville vært ønskelig for å øke funnenes validitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

7. Konklusjon og implikasjoner for praksis

Studiens funn viser at informantene anser tilgjengelighet til sunn mat og veiledning og autonomi, relatert til kosthold, som viktige faktorer for de ansattes mulighet til å fremme et sunt kosthold blant beboere i omsorgsbolig. Den ernæringsmessige kompetansens blant ansatte og planlegging og involvering, både blant beboerne og ansatte, blir også sett på som viktig. Studiens funn viser også betydningen av individuell tilpasning, ytre betingelser som styrende for ansatte, utfordringer i hverdagen, og lovverk, regler og struktur. De sosiale relasjonene, samt ytre kontekstuelle forhold virker inn og former både de ansattes muligheter og begrensninger til å fremme et sunt kosthold. De sosiale faktorene, som inkluderer de ansatte, vil kunne tilegnes en større betydning blant mennesker med psykisk utviklingshemming, sammenlignet med den generelle befolkningen. Dette fordi mennesker med psykisk utviklingshemming har en sterkere avhengighet til konteksten de lever i og relasjoner i nærmiljøet. Ved ønske om adferdsendring må derfor disse kontekstuelle faktorene, så vel som individets adferdskomponenter, ferdighet, mulighet og motivasjon, tas i betraktning. Et tiltak vil ha potensiale til å påvirke og forandre en eller flere av komponentene som genererer adferd, så vel som de kontekstuelle faktorene. Tiltak som fremmer kompetanseøkning blant ansatte og en bedre forståelse for hvordan balansen mellom veiledning og autonomi kan gjennomføres i praksis er viktige satsninger. Videre vil tilgjengeligheten til et sunt kosthold kunne fremme den ernæringsmessige tilstanden, og den helhetlige helsestatusen til mennesker med psykisk utviklingshemming. Samtidig må det foreligge ressurser i form av tid og bemanning for å muliggjøre disse tiltakene.

Kartleggingen av disse faktorene er viktig for å forstå hvilke intervensjoner som kan implementeres og potensielt kunne gi en effekt. Samtidig er studiens omfang begrenset, og det vil være hensiktsmessig å gjennomføre videre studier på området for å opparbeide bedre innsikt og økt kunnskap. Informasjonen som er generert i studien kan benyttes i videre forskning på helsefremmende og forbyggende tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemming. Kartleggingen av faktorene kan være med på å gi et solid grunnlag for å utvikle videre forskningsprosjekt hvor man utvikler, implementerer og evaluerer tiltak rettet mot ansatte. Det er viktig at intervensjonsforskning er kunnskapsbasert, tar utgangspunkt i reelle problemstillinger og er rettet mot de faktorene som oppleves relevant for målgruppen. Videre forskning og helsefremmende intervensjoner vil kunne bidra til en viktig satsning innen folkehelsearbeidet, ved å bedre helsen og forebygge risiko blant en gruppe mennesker, som er identifisert som en ernæringsmessig sårbar gruppe.

Referanser

- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. (1998). *Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bank-Mikkelsen, N. E. (1971). Noget om åndsvage. I J. Jepsen (red.) *Afvigerbehandling*. København: Thaning & Appels Forlag.
- Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet (2012). *Frihet og likeverd Om mennesker med utviklingshemming* (Meld. St. 45, 2012-2013). Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-45-2012--2013.html?id=731249>
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). *Høringsnotat: Levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/hoeringsnotat_2231.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bryan, F., Allan, T. & Russel, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes: a comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(4), 265-270.
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A. & Trochim, W. M. (2005). An Introduction to Concept Mapping as a Participatory Public Health Research Method. *Qualitative health research*, 15(10), 1392-1410.
- Bø, I. (2012). *Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. (4 Utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Contento, I. (2010). *Nutrition Education. Linking research, theory and practice*. (2 Utg.) Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Owens, E., Marsh, T., Rittenberry, L. & de Moor, C. (2003). Availability, accessibility, and preferences for fruit, 100% fruit juice, and vegetables influence children's dietary behavior. *Health Education & Behavior*, 30(5), 615-626.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M.A. & Gulliford, M. (2009). *Oxford Textbook of Public Health* (5 utg.). Oxford: Oxford University Press.
- DiClemente, R. J., Salazar, L. F. & Crosby, R. A. (2013). *Health Behavior Theory for Public health*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Draheim, C. C., Stanish, H. I., Williams, D. P. & McCubbin, J. A. (2007). Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings. *American Journal on Mental Retardation*, 112(5), 392-400.
- Eide, A. K. & Breimo, J. P. (2013). *Når livsløp veves sammen med administrative tilfeldigheter*". En studie av boligløsninger for mennesker med utviklingshemming. (NF-rapport 2013:8). Bodø: Nordlands Forskning.
- Elinder, L. S., Bergström, H., Hagberg, J., Wihlman, U. & Hagströmer, M. (2010). Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: Design and evaluation of a cluster-randomized intervention. *BMC Public Health*, 10(1), 761.
- Emerson, E., & Baines, S. (2010). *Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2010* (Rapport - IHAL 2010-03). Hentet fra: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/uploads/doc/vid_7479_IHaL2010-3HealthInequality2010.pdf
- Emerson E. & Hatton, C. (2007) Contribution of socioeconomic position to health inequalities of British children and adolescents with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(2), 140-150.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2 Utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29 (2013). Hentet 28.08.2014, fra Lovdata.no.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J. & Day S. H (2009). *Intervention research: Developing Social Programs*. USA: Oxford University Press.
- Gjærum, B. (2010). *Mental retardasjon*. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Nyheter/Den-nye-veilederen-er-endelig-klar/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-70-79-mental-retardasjon/>
- Grue, L., & Rua, M. (2010). *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering* (NOVA-rapport 19/2010). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (Rapport IS-2170). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
- Helsedirektoratet (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid* (Ottawa charter for health promotion). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St.meld. nr. 20, 2006-2007). Hentet fra:

- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>
- Hove O. (2004) Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research In Developmental Disabilities*, 25(1), 9-17.
- Kvale, S. & Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lebel, A., Cantinotti, M., Pampalon, R., Thériault, M., Smith, L. A. & Hamelin A. (2011). Concept mapping of diet and physical activity: Uncovering local stakeholders perception in the Quebec City region. *Social Science & Medicine*, 72(3), 439-445.
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(42), 1-11.
- Nordstrøm, M., Paus, B., Andersen, L. F. & Kolset, S. O. (2015). Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Food & Nutrition Research*, 59, 1-12.
- Norsk forbund for utviklingshemmede (u.d.). *Om utviklingshemning*. Hentet 06.05.15, fra: <http://www.nfunorge.org/no/Om-utviklingshemning/>
- Oslo Kommune (2012). *Byrådssak 152.2/12. Boligbehovsplanen for Oslo kommune 2013-2016*. Hentet fra: [http://www.pangstart.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20søndre%20nordstrand%20\(BSN\)/Internett%20\(BSN\)/Dokumenter/Politikk/Boligbehovsplan.pdf](http://www.pangstart.oslo.kommune.no/getfile.php/bydel%20søndre%20nordstrand%20(BSN)/Internett%20(BSN)/Dokumenter/Politikk/Boligbehovsplan.pdf)
- Rimmer, J. H., Baddock, D. & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in developmental disabilities*, 16(6), 489-499.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 21(6), 469-486.
- Ruud, M. E. & Nørve, S. (2012). *Når skal jeg flytte hjemmefra? Erfaringer med boliganskaffelse for ungdom med utviklingshemning*. (NIBR-rapport 2012:28). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Ruud, M. P., Raanaas R. K. & Bjelland M. (2015) *Concept mapping of factors associated with a healthy diet in community residences for people with intellectual disability: Uncovering caregivers' perception of the situation*. Upublisert manuskript. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet: Ås.

- Sosialdepartementet (1990). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*. (St.meld. 47, 1989-1990). Hentet fra:
[http://www.nfunorge.org/Global/Dokumenter/st.meld.%2047%20\(89-90\).pdf](http://www.nfunorge.org/Global/Dokumenter/st.meld.%2047%20(89-90).pdf)
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Vi vil vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemming*. (Rapport IS-1456). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stubrud, L. H. (2001). *Utviklingshemning i et økologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundblom, E., Bergström, H. & Elinder, L., S. (2015). Understanding the implementation process of a multi-component health promotion intervention for adults with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Tetzchner S.V, Hesselberg, F. & Schjørbeck H. (2008). *Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. (2 Utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Tellevik, J. M. & Martinsen, H. (1998). Habilitering i en brytningstid. I F. Hesselberg (red.) *Habiliteringsplaner. Et hjelpemiddel for å skape kontinuitet og stabilitet i tilbudet til mennesker med omfattende hjelpebehov: noen artikler og eksempler*. Oslo: Autismeprogrammet.
- Trochim, W. M. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and program planning*, 12(1), 1-16.
- Trochim, W. (1993, November). The reliability of concept mapping. I *Annual Conference of the American Evaluation Association, Dallas, Texas*.
- Tøssebro, J. (2004). Policy evaluation and national surveys of the living conditions of people with intellectual disabilities in Norway. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 486-486.
- Verdens helseorganisasjon (2003) *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation* (Technical Report Series 2002:916). Geneva: Verdens helseorganisasjon.
- Verdens helseorganisasjon (2013). *Health Impact Assessment. The determinants of health*. Hentet fra: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Verdens helseorganisasjon (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: Verdens helseorganisasjon.

- Wahlström, L., Bergström, H. & Marttila, A. (2014). Promoting health of people with intellectual disabilities: Views of professionals working in group homes. *Journal of Intellectual disabilities*, 18(2), 113-128.
- Wigaard, O. (2003). Et økologisk og prosjektrettet perspektiv på habilitering. I Tellevik J. M. & Storliløkken M. (red.) *Habiliteringsarbeid i et individuelt og samfunnsmessig perspektiv*. Oslo: Unipub forlag.

Artikkel

Concept mapping of factors associated with a healthy diet in community residences for people with intellectual disability: Uncovering caregivers' perception of the situation.

M. P. Ruud^a, R. K. Raanaas^a and M. Bjelland^b

^a, Department of Landscape Architecture and Spatial Planning, Norwegian University of Life Science, P.O.Box 5003 NMBU 1432 Ås, Norway

^b Dept. of Nutrition, University of Oslo, P.O.Box 1046 Blindern, 0317 Oslo, Norway

Correspondence to: Ruth Kjørsti Raanaas E-mail: ruth.raanaas@nmbu.no

Key words: Public health, health promotion, diet, nutrition, intellectual disability, de-institutionalisation, community residence.

Planned submission to: Research in Developmental Disabilities.

Abstract

A majority of people with intellectual disabilities (ID) in Norway live in community based residences. The de-institutionalisation and the establishment of community-based settings for people with ID have been linked to the public health challenges of unhealthy diets and weight disturbances among this group (Rimmer, Braddock & Marks, 1995). As little is known about how to face and prevent these challenges, the aim of the study was to examine factors affecting caregivers' opportunity to promote a healthy diet among the residents. A concept mapping methodology was adopted, including group based brainstorming, idea synthesising, sorting, rating and analysis of the results. Informants were caregivers in community residences for people with mild to moderate ID, and four community residences in South East of Norway were included. A total of 13 informants were recruited (12 women and 1 man) and 10 informants completed two sessions. Eight clusters were identified as affecting the caregivers ability to promote a healthy diet: "Availability and accessibility", "Guidance and autonomy", "Competence among staff", "Planning and Involvement", "Customization", "External conditions affecting staff", "Legislation, rules and structure" and "Everyday challenges" - all including both barriers and facilitators. The eight clusters include important priorities and aspects to improve the diet among people with ID. Due to the limited scope and number of informants, more research should be conducted in order to identify factors to be targeted and interventions needed to promote a healthy diet among people with ID.

1. Introduction

The de-institutionalisation and the establishment of community-based settings for people with intellectual disabilities (ID) in Norway were implemented in the 1990s. The intentions of the reform were to normalize the lives of people with ID, and to see and respect them as full-fledged citizens with the right to self-determination (The Norwegian department of Children, Equality and Inclusion (BLD), 2012). Today all the institutions in Norway are closed, with the law assuring the right to community services (Ericsson, 2002; Tøssebro, 2004). The service provision should not be linked to the residential unit, but should be customized to the individual resident, based on his or hers abilities and needs (Norwegian Ministry of Social affairs, 1987). The service providers' work is determined by the number of staff, the organization of the residences and the educational level among staff, which is related to the municipal economics as well as willingness to invest in this issue (Eide & Breimo, 2013). However, despite the good intentions, the de-institutionalisation is associated with unexpected life style challenges such as unhealthy diets and weight disturbance among people with ID (Bryan, Allan & Russel, 2000).

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) define ID as a condition with stagnated or deficient development of ability and capability (WHO, 1992). The term ID represents a great variation and individuals with ID have very different needs for facilitation and monitoring (Norwegian Ministry of Social affairs, 1990). An ID often implies difficulties dealing with the details of everyday life, and customization and enabling can help reduce limitations. Regardless of the intellectual severity, the individuals potential for development and how the environment is costumed for the individuals are important determinants that will influence the quality of life and the individual need of care.

Traditionally, health focus among people with ID has been directed towards disease and disability as a direct result of the congenital condition. Prevention of secondary lifestyle-related diseases has been given little attention until now (Hove, 2004; Nordstrøm, Hansen, Paus & Kolset, 2013). Lifestyle and living habits affect the health situation of people with ID to the same degree as the general population. On the other hand, several factors indicate that people with ID have other prerequisites to achieve good health. US and European studies show a higher prevalence of underweight, overweight and malnutrition among people with ID, in comparison to the general population (BLD, 2012). Furthermore, it appears that

adolescents and adults with disabilities in Norway have a higher prevalence of overweight, compared with the general Norwegian population (Hove, 2004). Disability has been linked to the health inequality (Emerson & Hatton, 2007) and it has been suggested that since de-institutionalisation, the health status of people with ID has become poorer (Rimmer, Braddock & Marks, 1995). A literature review conducted by Sutherland, Couch and Iacono (2002) found that people with ID are at risk of developing diseases due to the lack of a healthy lifestyle, including unhealthy diets and physical inactivity. Emerson and Baines (2010) also identified poor diet and the lack of physical activity as two risk behaviours, which contribute to a health difference in people with ID. The finding indicates that these behaviours must be reversed in order to improve the overall health condition.

The Norwegian Ministry of Children, Equality and Social Inclusion argues that people with ID are in need of extra stimulation and facilitation concerning the promotion of a healthy lifestyle (BLD, 2012). At the same time little research is published that can uncover how to improve the dietary challenges. A study conducted to explore the views of professionals working in group homes in Sweden, on how to promote health of people with ID, found that the residents' sense of security, knowledge among staff and motivation among the residents are important aspects for health promotion (Wahlström, Bergström & Marttila, 2014). A study conducted in Norway found that a large proportion of persons with ID, living in community residences, frequently consumed precooked meals and showed a tendency of high-frequency soft drink consumption, in comparison to people with ID living with relatives (Nordström, Paus, Andersen & Kolset, 2015). Furthermore, a study conducted in the UK found that greater ability and less restrictive residential settings are associated with poor diet and obesity (Robertson et al., 2000). Real self-determination implies that people have the opportunity and right to make choices that may eventually have adverse health consequences, and choices that may seem undesirable to others (BLD, 2013). Because people with ID may have limited cognitive ability to assess the consequences of long-term poor food choices, these choices may have significant health consequences (Smyth & Bell, 2006). Both individual and social factors, such as staff and management, affect choice-making for people with ID (Smyth & Bell, 2006). Thus, the de-institutionalisation may be identified as a necessary but not a sufficient change to improve health status, unless quality health services for people with ID are implemented and provided in the community (Martínez - Leal et al., 2011).

Before initiating health promoting strategies it is crucial to get to know the problem in hand (Fraser, Richman, Galinsky & Day, 2009). It is therefore important to identify the

determinants affecting the targeted health behaviour. According to the World Health Organization (2013) the determinants of health includes the social and economical environment, the physical surroundings, individual characteristics and behaviour. Furthermore determinants can be defined as factors influencing people to eat as they do (Contento, 2010).

The objective of this study is to identify factors that affect the caregivers' ability to promote a healthy diet among people with ID, living in community residences in Norway. The research question is chosen based on the desire to uncover the caregiver's perception of the situation. The understanding of care givers' perception might help developing initiatives for addressing the diet related problem at a local level. The research question is:

According to the caregivers, what are the factors affecting their ability to promote a healthy diet among people with mild to moderate intellectual disability, living in Norwegian community residences?

2. Methodology

2.1 Design

Concept Mapping is the method used in this study. Concept Mapping is a general term that could refer to any process that represents or visually illustrates the relationship between concepts or ideas. In this study it refers to a group concept mapping (CM), that combines quantitative and qualitative methods (Burke et al., 2005). CM is a form of structured conceptualization, where the results can be used as a framework to guide future planning, research and evaluation (Trochim, 1989).

The methodology is academically rigorous, but appropriate to use in a group or a community (Concept Systems Incorporated (CSI), n.d., a). It is appropriate for capturing the informants' points of view, and was chosen because it is an effective approach to identify determinants. It is an open-ended and exploratory inductive approach, and is designed to establish a consensus that represents a groups' thoughts about a given phenomenon or issue (CSI, n.d., a).

Although CM has been used in a variety of public health contexts (Burke et al., 2005), as far as we know, little work has been done using the method for the generation of knowledge concerning the health situation of people with ID. In this study, CM was used to explore caregiver's perception of the health situation of people with ID, focusing on dietary behaviours. The identification of factors may provide a solid basis for generating further research for developing, implementing and evaluating dietary interventions aimed at community residences.

2.2 Recruitment and sample

Care workers in community residences were identified as key stakeholders, considering their knowledge and experience with people with ID. Due to practical reasons the informants were recruited from community residences in the south east of Norway. The inclusion criterions were working experience for minimum one year in a care home for people with mild to moderate ID, in addition to reading and speaking fluent Norwegian. The informants participated in to group sessions with a time interval of eight to twelve weeks in between. The first session included a brainstorming, which lasted for about one hour, while the second session included a sorting and ranking of ideas, and lasted for about one and a half hour. In total ten informants completed the sorting and rating. Nine completed it attending the second session, while one completed through e-mail correspondence. The informants' socio-demographic characteristics were assessed through a questionnaire as part of the data collection.

2.3 The concept mapping procedure

2.3.1 Preparation - Focus statement, the questionnaire, sample and recruitment

The preparation stage involved several tasks, which was undertaken prior to commencement of the actual group process. The issue in focus was defined, and the focus statement and rating focus was elaborated. The focus statement was the key of the data generating process, by being the statement that the caregivers should respond to. Possible interpretations were considered and different formulations were evaluated to establish the focus statement that would generate the most full-bodied material. Informants who would contribute to a rich and extensive data were also identified.

2.3.2 Idea generation

A group based brainstorming was held in each of the care homes, with the exception of two care homes participating in the same session. Before initiating the idea generation the informants signed an informed consent and were given an introduction to what the research group considered a healthy diet, referring to the Norwegian Directorate of Health (2014).

The stakeholders were asked to answer the focus statement: “What is needed for the resident to achieve a healthy diet?”. The formulation of the statement was aimed at generating ideas that would describe which factors affected the caregivers’ ability to promote a healthy diet among the residents, including both barriers and facilitators. The informants were told that there should be no criticism or discussion regarding the legitimacy of statements that were generated during the session. The informants were doing about 10 minutes of individual thinking, writing down ideas on a paper, before sharing out loud, with the rest of the informant group – one by one. The statements shared by the informants were recorded by a research assistant and displayed via a projector, to be confirmed by the informant generating the idea. A total of 13 stakeholders, from four different residences, were involved in the brainstorming.

From the original 162 answers, 125 ideas were synthesised, and were to be used in the following procedure. The idea synthesise was conducted to avoid duplicate ideas, to clarifying any confusing language, and to ensuring that the list of ideas is not to comprehensive. It also ensures a list of unique ideas, which are understandable and relevant to the focus statement.

2.3.3 Structuring

To obtain information about interrelationships between ideas unstructured sorting by the informants was adopted. The 125 ideas were individually printed on small cards and handed out to the informants in the second session conducted. Before initiating the procedure they were instructed to sort the ideas into as many piles as they wished according to their chosen belongings, and to give each pile a name or a short description. They were allowed to place as many ideas as wanted in one pile and to create piles of only one idea. It was not possible to add the same idea into various piles.

After completing the sorting each informant was given a rating sheet, to rate on an ordinal scale the importance of each idea. The scale ranged from 1 to 5, where 1 equals not important and 5 equals extremely important. At the end of the structuring the informants were finally instructed to fill out a very short questionnaire assessing socio-demographic characteristics.

2.4 Data analysis and representation

The ideas and the ratings were added to the Concept Systems Incorporated software, to perform the statistical analysis and construction of the concept maps, using two distinct statistical procedures. Multidimensional scaling locates each statement as a separate point spatially on a map (point map). It is based on the creation of a binary symmetric similarity matrix, identifying how the data was sorted. Cluster analysis places the points into clusters representing higher-order aggregates of the statements (cluster map). The cluster analysis draw boundaries around groups of ideas in a way that makes sense, to make them into conceptual clusters (CSI, n.d., b). Clusters that are closer together on the map are more similar conceptually compared with clusters farther apart. The next step was to decide the optimal number of clusters for the final solution. The number of clusters was determined according to the capacity to interpret clusters' content, parsimony and preservation of the variety of items' meanings. Finally, it was conducted analyses to obtain average ratings across informants for each cluster. The cluster rating map shows the average rating for each cluster on the cluster map (Trochim, 1989)

To interpret the conceptualization a set of materials from the prior process are to be used, including a statement list, a cluster list, the point map and the cluster rating map (Trochim, 1989). Each of the concept maps gives information about the ideas and their interrelationship, and reflects different sides of the same conceptual phenomenon (Trochim, 1989).

3. Results

The informants were mainly women, between 46-65 years with more than 10 years of working experiences. Table 1 presents the socio-demographical statistics of the informants.

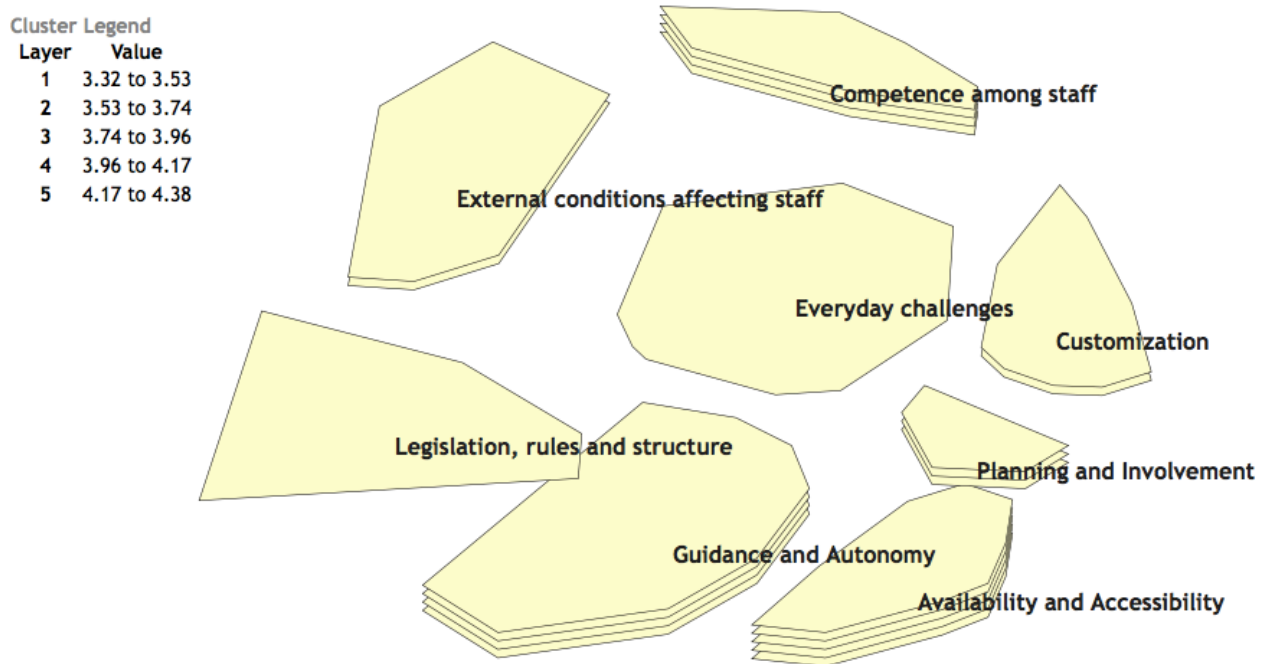
Table 1: *Socio-demographic information of the 10 stakeholders (informants)*

Gender (%)		n	
	Women	9	90.0
	Men	1	10.0
Age (%)			
	Under 25	0	0.0
	26-36	1	10.0
	36-45	2	20.0
	46-55	4	40.0
	56-65	3	30.0
	Over 66	0	0.0
Education (%)			
	Primary- and lower secondary school (Norwegian 1.-10.-grade)	0	0.0
	Upper-secondary school	5	50.0
	College and/or university of four years or less	5	50.0
	College and/or university for more than four years	0	0.0
Work experience (%)			
	0-5	1	10.0
	6-10	1	10.0
	Over 10	8	80.0
Occupational position (%)			
	Leader	1	10.0
	Not leader	9	90.0
Ethnicity (%)			
	Norway	10	100.0
	Another country in Europe	0	0.0
	Outside Europe	0	0.0

Figure 1 presents the informants ideas represented in a cluster map. The authors examined cluster solutions from 5 to 10 and considered eight clusters to represent the informants' perception of the focus statement. Finally, the clusters were visually inspected, labelled and renamed by the authors to represent the ideas that the clusters comprised.

One of the informants did not complete the sorting, by not giving names to three piles, and for leaving out three ideas, while another informant did the sorting by e-mail correspondence. A concept map was established both with and without these informants, to see the consequences of the deviation. The deviation had no effect on the overall rating of the concepts.

Figure 1: The resulting cluster rating map of the ideas generated by the informants.



The final cluster rating map (Fig. 1) provides a visual summary of the structured conceptualization, and the informants' perception. The map illustrates the average rating for each cluster by layers. A high amount of layers indicate importance, perceived by the informants, and the map is presented with a legend that presents the values visualized by the layers. The *Availability and Accessibility* of healthy food is ranked as the most important cluster related to the focus statement, visualized by five layers. *Guidance and autonomy* and *Competence among staff* are also ranked as important, visualized by four layers. *Planning and Involvement* is visualized by three layers, and should also be considered as important in relation to the caregivers' ability to affect the residents diet, seen from the informants' perspective. *Customization*, *External conditions affecting staff*, *Legislation and structure* and *Everyday challenges* are ranked as less important, seen in relation to the other clusters.

According to the informants *Availability and Accessibility*, *Planning and Involvement*, *Guidance and autonomy* and *Competence among staff* were the most important clusters.

Furthermore, the four clusters had a more narrow range between minimum and maximum values compared to the other clusters (Customization, External conditions affecting staff, Legislation and structure, and Everyday challenges), which indicate that the informants agreed more that these were important (Table 2). Based on these findings, and due to the scope and length of the article, the four clusters perceived as most important by the informants will be emphasized and further discussed.

Table 2: The clusters, with average rate value, number of layers in the cluster map and the minimum and maximum rate value.

<i>Cluster title</i>	<i>Layers</i>	<i>Average rate value</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Availability/Accessibility	5	4.38	3.80	4.90
Guidance and autonomy	4	4.04	3.00	4.60
Competence among staff	4	3.99	2.90	4.60
Planning and involvement	3	3.77	2.40	4.60
Customization	2	3.58	1.5	5.0
External conditions affecting staff	2	3.63	2.5	4.60
Legislation, rules and structure	1	3.32	1.90	4.60
Everyday challenges	1	3.42	2.00	4.7

Table 3 presents the 64 ideas distributed in the four conceptual clusters perceived as most important, reported by the informants.

Table 3: The four conceptual clusters perceived as most important, reported by the informants, presented with accompanying ideas and their ranged importance.

<i>Cluster 1 - Availability and Accessibility</i>	<i>Importance</i>
The employees responsibility	4.90
Start the day with a healthy breakfast	4.80
Cooking healthy food so that it appears appealing	4.80
Residents must eat regularly	4.70
Give the residents choices (eg topping)	4.60
A varied diet available	4.60
Healthy food available at home	4.60
Make fruits and vegetables available	4.50
A varied menu per week	4.50
A concrete shopping list	4.50
Talk about healthy food / healthy recipes	4.40
Make healthy shared meals	4.30
Talk about week menu with residents	4.30
Employee and resident agrees on what should be purchased	4.30
Access to commodities	4.20
Food presentation - enough and appealing	4.20
What's available in the refrigerator	4.10
Inform residents about the importance of a varied diet	4.00
Staff offers fruit and vegetables	4.00
Good atmosphere in the shared meals	3.90

Foods that are available are eaten / drunk	3.80
--	------

Cluster 2 – Planning and involvement

Good agreements with users that motivation	4.60
Several small meal than just a couple big	4.60
Employees follow the menu plan	4.50
Information about what's healthy	4.40
Resident's involvement in the grocery shopping	4.20
Establish a nutritional plan	4.10
Attendant assistance from employee	4.00
Motivated to eat vegetables in common meal with other residents	3.90
Distinguish between weekdays and weekends	3.70
Grocery shopping with staff	3.70
Customize meal portions according to activity	3.40
Openness to new dishes/meals	3.30
Residents set up menu list of unhealthy foods based on personal preferences	3.00
Shop one day a week, fruit and vegetables are left at the end of the week	2.70
Order food	2.40

Cluster 4 – Guidance and Autonomy

Healthy food available in store	4.60
Routines	4.50
Plan in advance	4.50
Vegetables in (between) meals	4.40
Awareness among residents	4.40
Use nutritional advice	4.40
Repeat nutritional info multiple times	4.20
Self-determination	4.20
Residents' motivation	4.20
Awareness-raising information to the resident	4.20
The residents' understanding of diet and health	4.10
Residents can eat healthier in the company of others	3.90
Residents should stick to their shopping list	3.50
Culture characterize diet	3.30
The fact that others eat something motivates residents to taste	3.30
Other type dishes can be made to common group one single residents	3.00

Cluster 7 - Competence among staff

Additional effects on residents from diseases/diagnoses/medications	4.60
Knowledge of diagnoses (related to diet) among employees	4.60
Staff needs knowledge about nutrition	4.50
Creating general rules for what is a healthy diet	4.50
Increasing competence among employees	4.40
Courses for employees	4.30
Diet-related serious illness can contribute to a changing diet	4.20
Degree of intellectual disability among the residents	3.80
Nutrition is not a priority in the municipality	3.70
Courses in nutrition for relatives	3.50
Increased weight with increased age	2.90
Employees disagreed with nutritionist	2.90

4. Discussion

The objective of this study was to uncover stakeholders' perceptions of factors associated with their ability to promote a healthy diet in community residences for people with mild to moderate ID. The construction of concept maps, made by informants' ideas and structuring, contribute with valuable and relevant information to a better understanding of the situation, and potential initiatives promoting a healthy diet among residents.

4.1 *Availability and Accessibility*

The highest ranked cluster covers the *availability and accessibility* of food and a healthy diet among the residents. Availability concerns whether foods of interest are present in an environment, while accessibility concerns whether food are available in a form, location and time that facilitates their consumption (Cullen et al., 2003). It is related to having healthy food available, food presentation and the caregivers' responsibility. The results of the study show that the informants believe there is a correlation between available food and the nutritional status of the resident. If one food type is more accessible than others it is more likely that this will be consumed, regardless of whether it is healthy or not. These findings are supported by studies on children and adolescents, highlighting the importance of availability and accessibility, to improve the overall diet (De Bourdeaudhuij et al., 2011; Van Cauwenberghe et al. 2010; Pearson, Biddle & Gorely, 2009).

4.2 *Guidance and autonomy*

According to the informants the duty of autonomy is experienced as a barrier to a healthy diet, because the autonomy implies that the residents have the right to make unhealthy choices. Since the residents with mild to moderate ID have a sense of independence they can acquire and prepare food on their own, including unhealthy food. They also have the right to do so if the duty of self-determination and autonomy are to be followed strictly. On the other hand, this collides with the caregivers' duty to promote a healthy lifestyle. These two potentially conflicting duties are set out in policy documents, as being vital to the role as care givers (Norwegian Ministry of Social Affairs, 1990). At the same time it is hard balancing the role of promoting the residents' health and to recognize the residents' autonomy.

Another aspect of these challenges is related to time and resources. The results of the study show that the time and resources available affects the possibilities for realizing the residents' preferences and wishes, which in turn affects the residents' autonomy. This result confirms the findings of Eide and Breimo (2013), who point out that the number of staff and the

organization of the residence determine the caregivers' opportunities. The limiting resources undermine the autonomy and self-determination of the residents, and the findings in this study indicate that resources and time available are important factors affecting the caregivers' ability to promote a healthy diet.

4.3 Competence among staff

According to the concept map the cluster concerning *competence among staff* includes important factors related to the residents diet and the caregivers ability to promote a healthy diet. The informants of the study stated that caregivers working in community residences have different backgrounds and competence, and in general they do not have any specialised knowledge about health and nutrition. This was seen as a barrier to achieve a healthy diet among the residents. These results correspond with findings from Sweden, where low educational level among staff is seen as a barrier to healthy lifestyles among residents in community residences (Elinder, Bergström, Hagberg, Wihlman & Hagströmer, 2010). At the same time the informants stated that an increase in knowledge, concerning nutrition, was not a priority in policy documents and in their municipality. This is seen as a barrier to the achievement of a healthy diet in community residences and may affect the overall priority of resources in community residences.

Another aspect concerning the competence among staff is the staffs' food preferences and personal believes. The informants mentioned personal preferences, and their private diet may affect their work unintentionally. These preferences may be affected by food trends, which are not always valid and not appropriate for all individuals, including the residents. On the other hand, they may not have other diet or nutritional references, as the informants mentioned that the municipality do not prioritize nutritional education. A study conducted in Sweden confirm these findings, arguing that the requirements of knowledge among caregivers hasn't been altered, and in order to provide an appropriate support an increase in knowledge is needed but not always offered (Laursen, Plos, & Ivarsson, 2009).

4.4 Planning and Involvement

According to the study results *planning and involvement* is related to the establishment of nutritional plans for the residents, grocery shopping, the use of menu lists and attendant assistance. All these factors include planning and involvement of the resident, as well as the caregiver. The residents' involvement in the grocery shopping may promote or hinder a healthy diet, dependant on their knowledge and preferences. According to the informants it is

important to establish a nutritional plan and to establish agreements with the residents as well as in between caregivers, which motivate the residents to achieve a healthy diet. It might be easier to establish agreements concerning a healthy diet if the caregivers enlighten the residents and cause a nutritional awareness. Once again there is an issue concerning the residents' autonomy and knowledge. Although the residents holds nutritional knowledge and gets accompanied by the staff while grocery shopping, there is no guaranty that they will buy and eat a healthy diet. There is also the issue of time and resources, and it was stated that the caregivers' time to involve the residents in the cooking might affect the residents diet. The actions of planning and involvement may seem as simple, but can be hard to conduct and implement. The resources at hand form the everyday conditions for caregivers, and the lack of time and resources may cause challenges and are seen as barriers to a healthy diet. The caregivers experience cutbacks and the focus of efficiency as limiting and entails that the most needed tasks are prioritized. These factors are related to the *everyday challenges* and *external conditions affecting staff*. All though the informants do not see these clusters as the most important, they are part of a bigger system that interacts and sets guidelines for the caregivers' workday. *Legislation, rules and structure* are also factors affecting the caregivers' ability to promote a healthy diet among residents. Factors associated with these clusters may require mobilization on higher structural level, concerning structures in the municipalities, as well as the political priorities on a national level. This may not seem as important by the informants, as these factors require overarching structural processes in order to be modified. At the same time they are important factors, setting conditions and frameworks for the caregivers opportunities and abilities to affect the nutritional health situation of people with ID.

5. Strengths and limitations of the method

Due to the limited number of informants (n=10) the ability to generalize the findings in this study are reduced. At the same time the objective of the study was not to generalise, but to expand the knowledge of the phenomenon, and to generate information that could be use in further research.

Trochim (1989) points out that a large number of ideas impose practical constraints. In total 125 ideas may have been overwhelming and time consuming to sort in piles. This should be taken into account, as it may have resulted in a less valid material, due to participant fatigue.

authors' impact on the collected data should also be taken into account, considering the use of a design with qualitative methods. The moderator had a reflective perspective concerning her role and impact on the informants and the collected data material. At the same time the informants were encouraged to confirm that their statement was recorded correctly, which generates a communicative validity through respondent validation (Kvale & Brinkmann, 2009). Although, it is impossible not to have an impact and the authors acknowledged that their presence might have affected the data and the results of the study.

6. Conclusion and implications for practice

The results of the study shows that the informants consider availability and accessibility, guidance and autonomy, competence among staff, planning and involvement as the most important factors affecting the caregivers opportunity to promote a healthy diet among the residents. The findings also emphasize the importance of customization, external conditions affecting staff, everyday challenges, legislation, rules and structure.

Availability and accessibility can be seen as factors that refer to initiatives that are easy to implement. A concrete example is buying vegetables (making it available), cutting it up and serve it with dip (making it accessible) as an alternative to fatty snacks and dip, is an action not depending on a higher level of approval before implementation. At the same time it requires no significant financial prioritizing. By providing caregivers with competence, tools and recipes to use, making healthy food available/accessible, these may be strategies giving a health promoting effect among the residents. There is also a potential of improving the issue of guidance and autonomy. By establishing guidelines on how to balance the needs of health assistance and maintaining residents' self-determination, it is possible to modify these factors in a health promoting direction. It is also important that the caregivers obtain formal nutritional knowledge, corresponding to the Norwegian governmental recommendations. This can be accomplished by implementing nutritional knowledge in the caregivers' education and by providing nutritional courses to the caregivers. The initiatives related to planning and involvement are also important, but can be hard to conduct and implement because of time and resources at hand.

The clusters perceived as most important by the informants, might also be modifiable through simple initiatives. This is important, considering that health promotion is fundamentally concerned with action and advocacy to address the full range of potentially modifiable determinants of health. At the same time it requires time and people with relevant competence, as well as the will to prioritize health promoting initiatives at local, regional and national levels. All of the eight clusters are important priorities in the field of public health, in efforts to promote a healthy diet, reduce the weight disturbance among people with ID, and to increase the overall health situation among these individuals. Due to the limited scope of this study, more research should be conducted in order to get hold of the factor and interventions required to increase the quality of life among people with intellectual disabilities living in community residences.

References

- Bryan, F., Allan, T. & Russel, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes: a comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(4), 265-270.
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A & Trochim, W. M. (2005). An Introduction to Concept Mapping as a Participatory Public Health Research Method. *Qualitative health research*, 15(10), 1392-1410.
- Concept Systems Incorporated (undated, a). Frequently asked questions (FAQS). Retrieved 16.01.2015, from: <http://conceptsystems.com/content/view/faqs.html>
- Concept Systems Incorporated (undated, b). Group concept system methodology. Retrieved 16.01.2015, from: <http://conceptsystems.com/content/view/methodology.html>
- Contento, I. (2010). *Nutrition Education. Linking research, theory and practice*. (2 Ed.) Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., Owens, E., Marsh, T., Rittenberry, L. & de Moor, C. (2003). Availability, accessibility, and preferences for fruit, 100% fruit juice, and vegetables influence children's dietary behavior. *Health Education & Behavior*, 30(5), 615-626.
- De Bourdeaudhuij, I., Van Cauwenberghe, E., Spittaels, H., Oppert, J. M., Rostami, C., Brug, J., Van Lenthe, F., Lobstein, T & Maes, L. (2011). School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obesity reviews*, 12(3), 205-216.
- Eide, A. K. & Breimo, J. P. (2013). *Når livsløp veves sammen med administrative tilfældigheter". En studie av boligløsninger for mennesker med utviklingshemming*. (NF-report 2013:8) Bodø: Nordlands Forskning.
- Elinder, L. S., Bergström, H., Hagberg, J., Wihlman, U. & Hagströmer, M. (2010). Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: Design and evaluation of a cluster-randomized intervention. *BMC Public Health*, 10(1), 761.
- Emerson, E. & Baines, S. (2010). *Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2010* (Report - IHAL 2010-03) Retrieved from: https://www.improvinghealthandlives.org.uk/uploads/doc/vid_7479_IHaL2010-3HealthInequality2010.pdf

- Emerson E. & Hatton, C. (2007) Contribution of socioeconomic position to health inequalities of British children and adolescents with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(2), 140-150.
- Ericsson, K. (2002). *From institutional to community participation: Ideas and realities concerning support to persons with intellectual disability* (PhD Thesis). Uppsala University, Uppsala.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J. & Day S. H (2009). *Intervention research: Developing Social Programs*. USA: Oxford University Press.
- Hove O. (2004) Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research In Developmental Disabilities*, 25(1), 9-17.
- Kvale, S. & Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.Edi). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laursen, E., Plos, K., & Ivarsson, B. (2009). Knowledge and development of competence concerning care for adults with intellectual disabilities - the carers' perspective. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies*, 29(1), 19-23.
- Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Linehan, C., Walsh, P., Weber, G., Van Hove, G., Maatta, T., Azema, B., Haveman, M., Buono, S., Germanavicius, A., Lantman-de Valk, H. V. Tossebro, J., Carmen-Cara, A., Berger, D.M., Perry, J. & Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 858-872.
- Nordstrøm M., Hansen, B., H., Paus B. & Kolset S., O. (2013). Accelerometer-determined physical activity and walking capacity in persons with Down syndrome, Williams syndrome and Prader-Willi syndrome. *Research In Developmental Disabilities*, 34(12), 4395-4403.
- Nordstrøm, M., Paus, B., Andersen, L. F. & Kolset, S. O. (2015). Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Food & Nutrition Research*, 59(0), 1-12.
- Norwegian Directorate of health (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (Report IS-2170). Retrieved on:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
- Norwegian Ministry of Social affairs, (1987). *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*. (White paper 67, 1986-87.). Retrieved on:
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og->

publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812&pgid=d_0806

- Norwegian Ministry of Social affairs, (1990). *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*. (White paper 47, 1989-1990). Retrieved on: [http://www.nfunorge.org/Global/Dokumenter/st.meld.%2047%20\(89-90\).pdf](http://www.nfunorge.org/Global/Dokumenter/st.meld.%2047%20(89-90).pdf)
- Pearson, N., Biddle, S. J. H. & Gorely, T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition.*, 12(2), 267-283.
- Rimmer, J. H., Baddock, D. & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in developmental disabilities*, 16(6), 489-499.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 21(6), 469-486.
- Smyth, C. M., & Bell, D. (2006). From biscuits to boyfriends: the ramifications of choice for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 227-236.
- Sutherland, G., Couch, M. A., & Iacono, T. (2002). Health issues for adults with developmental disability. *Research in developmental disabilities*, 23(6), 422-445
- The Norwegian department of Children, Equality and Inclusion (2012). *Frihet og likeverd Om mennesker med utviklingshemming*. (Meld. St. 45, 2012-2013). Retrieved from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-45-2012--2013.html?id=731249>
- The Norwegian department of Children, Equality and Inclusion (2013). *Høringsnotat: Levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming*. Retrieved from: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/hoeringsnotat_2231.pdf
- Trochim, W. M. (1989). An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and program planning*, 12(1), 1-16.
- Tøssebro, J. (2004). Policy evaluation and national surveys of the living conditions of people with intellectual disabilities in Norway. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 486-486.
- Van Cauwenberghe, E., Maes, L., Spittaels, H., van Lenthe, F. J., Brug, J., Oppert, J. M., & De Bourdeaudhuij, I. (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published

- and 'grey' literature. *British Journal of Nutrition*, 103(6), 781-797.
- Wahlström L, Bergström H & Marttila A. (2014). Promoting health of people with intellectual disabilities: Views of professionals working in group homes. *Journal of Intellectual disabilities*, 18(2), 113-128.
- World Health Organisation (2013). *Health Impact Assessment. The determinants of health*. Retrieved on: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- World Health Organisation (1992). *ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Vedlegg

Vedlegg 1: Mailguide for rekruttering av boliger

Hei,

Mitt navn er Marte Pilskog Ruud og jeg skriver en masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitetet. I samarbeid med Universitet i Oslo, ønsker vi å kartlegge ansattes tanker om kosthold i omsorgsboliger. Denne informasjonen vil være viktig når det utvikles tiltak for å fremme helsen til mennesker med utviklingshemming i boliger.

Vi kontakter derfor boliger i X (*fylke*), med ønske om å rekruttere ansatte for å gjennomføre en idémyldring der de har mulighet til å komme med sine synspunkt på hva som må legges til rette og hva som vanskeliggjør et sunt kosthold blant beboerne.

Er dette noe som kan være interessant for dere å få være med på?

Bakgrunnen for dette prosjektet:

Tidligere undersøkelser har vist at ungdom og voksne med utviklingshemming i Norge har en høyere forekomst av overvekt sammenliknet med den generelle befolkningen. Dette ønsker man å gjøre noe med via helsefremmende og forebyggende tiltak. For å vite mer om hva som må legges til rette og hva som vanskeliggjør et sunt kosthold trenger vi de ansattes synspunkt.

Vi ønsker å rekruttere ansatte som deltar i en gruppebasert idémyldring, hvor det er ønskelig å rekruttere fra flere boliger, om mulig.

Gruppen(e) skal delta på to møter, hvor første møte varer i ca en 1 time, og andre møte varer i ca 1 time og 30 min. Ved første møte skal deltakerne hver for seg notere ideer som stikkord eller korte setninger på et spørsmål, og til slutt skal deltagerne dele sine ideer. Ideene blir skrevet inn på en PC og vist på en skjerm, slik at deltagerne kan se at ideen deres er forstått korrekt.

Ved andre møte blir ideene skrevet ut slik at hver deltager kan sortere alle ideene i bunker som de mener hører sammen, og rangerer viktigheten til hver ide. Bunkene fra den enkelte og rangeringen blir resultatene som vi tar med tilbake til universitetet for å lage en oppsummering som uttrykker hva gruppen tenker om temaet. Det vil være gunstig å gjennomføre møtene med 2-3 ukers mellomrom. Når og hvor disse møtene gjennomføres tilpasser vi boligens ønsker. Dette kommer vi tilbake til i neste runde.

Vi ønsker altså å invitere deres boliger til å delta i dette prosjektet som omfatter to deler:

- Første møte med idémyldring
- Andre møte med rangering og gruppering/kategorisering

Dette innebærer å:

- Legge til rette for gjennomføring av undersøkelsen med ansatte i arbeidstiden, f eks før eller etter et personalmøte, hvor alle er samlet.

Resultatene fra møtene vil være tilgjengelig gjennom masteroppgaven.

Ta gjerne kontakt dersom det er noe dere lurer på, så kan jeg ringe dere igjen om noen dager når dere har fått sett på det. Jeg kan nås på telefonnummeret: 94811645.

Med vennlig hilsen

Marte Pilskog Ruud

Masterstudent ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)

Intern veileder:

Ruth Kjærsti Raanaas

Førsteamanuensis

Institutt for landskapsplanlegging

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Ekstern veileder:

Mona Bjelland

Post doktor

Avdeling for ernæringsvitenskap

Universitetet i Oslo

Sunt kosthold for psykisk utviklingshemmede i omsorgsboliger

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie i forbindelse med en masteroppgave ved Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU). Tidligere undersøkelser har vist at ungdom og voksne med utviklingshemming i Norge har en høyere forekomst av overvekt sammenliknet med den generelle befolkningen. Dette ønsker vi i samarbeid med Universitetet i Oslo, å gjøre noe med via helsefremmende og forebyggende tiltak. For å vite mer om hva som må legges til rette og hva som vanskeliggjør et sunt kosthold trenger vi de ansatte i omsorgsboliger sitt synspunkt. Vi ønsker å gjennomføre en idemyldring der du har mulighet til å komme med dine tanker rundt hva som må legges til rette og hva som vanskeliggjør et sunt kosthold blant beboerne i omsorgsboliger.

Hva innebærer studien?

Deltagelse i studien innebærer gjennomføring av to gruppebaserte møter. I første møte skal det gjennomføres en idemyldring som varer i ca 1 time totalt. Ved neste møte skal man sortere og rangere ideene som ble uttenkt i første møte. Dette vil ta ca 1 time og 15 minutter. Under første møte skal man også fylle ut et skjema om sosio-demografisk informasjon.

Hva skjer informasjonen fra deg?

Alle personopplysninger vil behandles konfidensielt, og den sosio-demografiske informasjonen skal grovkategoriseres ved innsamlingen. Det vil si at resultatene som brukes i masteroppgaven ikke vil inneholde informasjon som gjør at deltagerne kan gjenkjennes. Innhentet informasjon vi oppbevares innelåst og filer med oppsummering fra de to møtene vil bli oppbevart på maskiner som er passordbeskyttet. Det er kun masterstudenten og hennes to veiledere som vil ha tilgang til den innsamlede informasjonen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du trekker deg vil opplysningene om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut svarslippen nedenunder.

- For spørsmål til studien: Prosjektledere: Første amanuensis Ruth Kjærsti Raanaas (ruth.raanaas@nmbu.no) og postdoktor Mona Bjelland (mona.bjelland@medisin.uio.no)
- For påmelding til studien via svarslipp, e-post, SMS eller per telefon: Masterstudent Marte Pilskog Ruud, tlf: 94811645, e-post: marte.pilskog.ruud@nmbu.no

Med hilsen

Marte P. Ruud
Masterstudent
NMBU

Ruth Kjærsti Raanaas
Førsteamanuensis
NMBU

Mona Bjelland
Forsker
UiO

Samtykke til deltakelse i studien

Navn -----
(BRUK BLOKKBOKSTAVER)

Mobil -----

E-post -----

Vedlegg 3: Mailveksling med NSD

-----Original Message-----

From: Sondre Strandskog Arnesen [<mailto:sondre.arnesen@nsd.uib.no>]
Sent: Friday, August 22, 2014 2:14 PM
To: Mona Bjelland
Subject: Re: Meldeplikt eller ei

Hei Mona,

Du har tolket informasjonen nesten riktig. Variablene må grovkategoriseres direkte i rådatamaterialet dersom det registreres på en datamaskin. Ellers så vil jeg anbefale deg om å sende inn et meldeskjema dersom du fortsatt er usikker på om det er meldepliktig eller ei.

Mer info om meldeplikten finner du her:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/>

Mvh.

Sondre Strandskog Arnesen
Rådgiver

Mona Bjelland skrev 22.08.2014 13:35:

Til Sondre Arnesen, NSD

Jeg viser til telefonsamtale 20.08.14, hvor jeg la frem en masterstudie som vil bruke metoden "Concept mapping" i møte med ansatte i boliger for psykisk utviklingshemmede, og i tillegg be om informasjon om de ansattes kjønn, alder, hvor lenge de har jobbet i boligen/arbeids erfaring og utdanning.

Etter samtalen med deg lurer jeg på om jeg har tolket den informasjonen jeg fikk fra deg rett. Kan du bekrefte eller avkrefte at dette er oppfattet riktig?

En kort oppsummering følger:

Prosjektet er ikke meldepliktig, forutsatt at vi grovkategoriserer alder, arbeids erfaring og utdanning i eventuelle analyser, dvs at vi oppgir gjennomsnitt, angir prosentandeler/intervaller eller dikotomiserer (f.eks. deler i andel med relevant utdanning eller ei). I tillegg oppgir vi kun hvilket fylke boligene ligger i (ikke kommune).

Denne studien er altså IKKE meldpliktig.

Mvh

Mona Bjelland

Mona Bjelland
Post doktor
Avdeling for ernæringsvitenskap
Universitetet i Oslo
Tlf + 47 22 85 13 49
Mobil: + 47 997 96 799

Mona Bjelland
Post doc
Department of Nutrition

Vedlegg 4: Spørreskjema for sosio-demografisk data.

Bakgrunnsinformasjon om deg:

1. Er du

Kvinne

Mann

2. Hva er din alder?

Under 26

26-35

36-45

46-55

56-65

Over 65

3. Hvilken landbakgrunn har du? *Sett ett kryss.*

Norge

Øvrige Europa

Utenfor Europa

4. Hvilken utdanning har du? *Sett kryss for høyeste fullførte utdanning*

Utdanning på grunnskolenivå eller lavere

Utdanning på videregående skolenivå (gymnas/fagbrev)

Utdanning på universitets- og høgskolenivå (4 år eller mindre)

Utdanning på universitets- og høgskolenivå (mer enn 4 år)

5. Hvilken stilling er du ansatt i? *Sett ett kryss.*

Lederstilling

Ikke lederstilling

6. Arbeidserfaring i bolig for psykisk utviklingshemmede:

0-5

6-10

Over 10 år

Vedlegg 5: Ekskludering av informantdata.

Informanteksklusjon:

To av informantene gjennomførte ikke sorteringen som resten av gruppen, noe som kan ha resultert i bias i datamaterialet. Den ene informanten fullførte ikke sorteringen, ved å utelate tre idéer, mens den andre informanten gjennomførte sorteringen via mail, og dermed gjennomført under andre forutsetninger, til eksempel med fravær av tidspress.

Analysene er forsøkt både ved å ekskludere informantene hver for seg og ved å ekskludere de to informantene samlet.

Tabell 2: Tabell med lagenes verdi i klyngekartet, presentert før ekskludering og etter ekskludering av ulike forhold.

Lag	Verdi før ekskludering	Verdi ekskludering e-post	Verdi ekskludering ikke fullført	Verdi ekskludering 9 & 10
1	3.32 til 3.53	3.31 til 3.52	3.24 til 3.46	3.23 til 3.44
2	3.53 til 3.74	3.52 til 3.73	3.46 til 3.68	3.44 til 3.65
3	3.74 til 3.96	3.73 til 3.93	3.68 til 3.90	3.65 til 3.87
4	3.96 til 4.17	3.93 til 4.14	3.90 til 4.12	3.87 til 4.08
5	4.17 til 4.38	4.14 til 4.35	4.12 til 4.33	4.08 til 4.29

Ved ekskludering av informanten som gjennomførte via e-post fikk alle lagene en lavere verdi i konseptkartet. Forskjellen ble derimot ansett som så liten at det ikke var av betydning for det endelige resultatet. Konseptklyngene hadde fortsatt like mange lag og viktigheten til de konseptuelle klyngene var lik som før ekskludering.

Ved ekskludering av informanten som utelot tre av idéene ved sortering fikk lagene en enda lavere verdi, og her kunne man se litt større forskjeller. Likevel hadde klyngene like mange lag som før ekskluderingen, som betyr at også rekkefølgen på den rangerte viktigheten til de konseptuelle klyngene er lik som før ekskluderingen.

Ved ekskludering av både informanten som fullførte via e-post og informanten som ikke fullført får lagene enda lavere verdier, enn ved ekskludering av disse separat. Det er også en forandring i klyngekartet, hvor klyngen "Kompetanse blant ansatte" blir visualisert med et lag mindre, og går fra fire til tre lag. Det blir likevel ansett som viktigere en klyngen "Planlegging og involvering", som også er visualisert med tre lag, da klyngen "Kompetanse blant ansatte" har en gjennomsnittlig rangeringsverdi på 3.85, mens klyngen "Planlegging og involvering" har en gjennomsnittlig rangeringsverdi på 3.69. "Kompetanse blant ansatte" blir derfor fortsatt ansett som en av de tre viktigste klyngene, rangert av informantene.

Vedlegg 6: Tabell over de konseptuelle klyngene med underliggende idéer.

Klynge	ID	Idé	Gj.snitt Rangering
1. Tilgjengelighet			4.38
	2.	Personalansvar	4.90
	90.	Tilberede sunn mat slik at den fremstår fristende	4.80
	1.	Starte dagen med sunn frokost	4.80
	3.	Beboerne må spise jevnlig	4.70
	5.	Sunn mat tilgjengelig hjemme	4.60
	83.	Gi beboeren valgmuligheter (eksempel pålegg)	4.60
	81.	Variert kosthold tilgjengelig	4.60
	66.	Gjøre frukt og grønt tilgjengelig	4.50
	101.	Variert ukemeny	4.50
	102.	Konkret handleliste	4.50
	94.	Prate om sunn mat/sunne oppskrifter	4.40
	95.	Ansatt og beboer avtaler hva som skal handles inn.	4.30
	7.	Lage sunne fellesmåltider	4.30
	84.	Prate om ukemeny med beboer	4.30
	35.	Tilgang til råvarer	4.20
	40.	Presentasjon av maten - nok og innbydende	4.20
	25.	Hva som er tilgjengelig i kjøleskapet	4.10
	65.	Ansatte tilbyr frukt og grønnsaker	4.00
	56.	Informere beboere om betydningen av et variert kosthold	4.00
	109.	God atmosfære i fellesmåltider	3.90
	103.	Mat som står fremme blir spist/drukket	3.80
2. Planlegging og involvering			3.77
	89.	Flere små måltider enn få store	4.60
	75.	Gode avtaler med brukere som motivasjon	4.60
	104.	Ansatte følger menyplan	4.50
	45.	Informasjon om hva som er sunt	4.40
	52.	Beboers involvering i handling	4.20
	105.	Lage kostplan	4.10
	80.	Tilstedeværende bistand fra ansatt overfor beboeren	4.00
	108.	Motivert til å spise grønnsaker i felles måltid med andre beboere	3.90
	4.	Handle sammen med personalet	3.70
	98.	Skille mellom hverdag og helg	3.70
	42.	Tilpasse porsjon til aktivitet	3.40
	62.	Åpenhet for nye matretter	3.30
	73.	Beboerne setter opp menyliste med usunn mat basert på egne valg	3.00
	26.	Handler en dag i uka, frukt og grønt ligger igjen til slutt	2.70
	36.	Bestille mat	2.40
3. Individuell tilpasning			3.58
	38.	Dekke væskebehov	5.00
	39.	Porsjonsstørrelser	4.40
	34.	Tilrettelegging av matens konsistens hvis spiseproblemer	4.40
	59.	Behov for tilpasset kosthold uten å ha noen diagnose	4.20
	57.	Ulike brukergrupper har ulike utfordringer relatert til mat	4.10
	54.	Ansattes tid til å involvere beboere i matlaging	4.10
	53.	Beboers involvering i matlaging	3.80
	119.	Beboerens innarbeidede vaner vanskelige å endre	3.80
	124.	Gradvise endringer i kosthold over tid	3.70
	58.	Flere beboere har behov for et hjertevennlig kosthold	3.70
	44.	Tilpasse oppskrifter til behov eller anbefalinger	3.50
	116.	Utfordringer begynner ofte før /når man går inn i butikken	3.30
	63.	Tradisjoner preger kostholdet	3.20
	19.	Kjenner ikke metthetsfølelse (gen)	3.20
	60.	Lage mat til flere dager om gangen	2.60
	41.	Tilpasse porsjon til kjønn	2.40

	46.	Få måltider i helgene	1.50
4. Veiledning og autonomi			4.04
	6.	Sunn mat tilgjengelig i butikk	4.60
	91.	Planlegge på forhånd	4.50
	48.	Rutiner	4.50
	21.	Bevisstgjøring blant beboerne	4.40
	8.	Grønnsaker til (mellom)måltider	4.40
	92.	Bruke kostholdsråd	4.40
	74.	Selvbestemmelsesrett	4.20
	28.	Gjenta budskap flere ganger	4.20
	76.	Beboernes egen motivasjon	4.20
	93.	Holdningsskapende informasjon til beboeren	4.20
	77.	Beboerens forståelse av kosthold og helse	4.10
	106.	Beboere kan spise sunnere i selskap med andre	3.90
	117.	Beboer skal holde seg til handlelisten	3.50
	111.	Det at andre spiser noe motiverer beboer til å smake	3.30
	64.	Kultur preger kostholdet	3.30
	107.	Andre type retter kan lages til felles gruppe en til enkeltbeboere	3.00
5. Lovverk og struktur			3.32
	11.	Lovverk - tvang og makt	4.60
	122.	Beboeren ser ikke konsekvensene av et usunt kosthold	4.50
	78.	Mangel på veiledning av beboeren	4.00
	13.	Lovverk i hverdagen - vanskelig i tilknytning til helse	3.80
	14.	Lovverket kommer inn for sent - mye har skjedd	3.70
	79.	Beboeren opplever at grønnsaker ikke smaker godt	3.60
	12.	Avtaler inngås men kan brytes	3.20
	86.	Menyliste tilpasses tid man har til rådighet	2.50
	10.	"Stakkars" - må få lov til å kose seg	2.40
	110.	Tilbragt mat fra felleskjøkken/jobb bidrar til sunnere mat	2.30
	69.	Dyrere å lage mat selv enn å kjøpe ferdig (matvarepris)	1.90
6. Ytre betingelser styrende for de ansatte			3.63
	22.	Bevisstgjøring blant personalet	4.60
	9.	Generelle holdninger til psykisk utviklingshemmede	4.10
	33.	Samarbeid mellom ansatte og pårørende	4.10
	114.	Turnus - bemanning	4.10
	16.	De ansattes mangel på forståelse fra helsepersonell	3.90
	17.	Påvirkning fra familie/pårørende	3.90
	15.	Avhengig av beboerens lege	3.80
	29.	Ernæring er ikke prioritert i kursing av personalet	3.60
	61.	Tid man har til rådighet	3.50
	71.	Ressurser til å følge opp den enkeltes matrelaterte ønsker	3.40
	67.	Beboerens økonomi	3.00
	70.	Tid til å dra til andre type butikker (frukt og grønt butikker)	2.70
	68.	Vergen bestemmer prioritering av pengebruk	2.50
7. Kompetanse blant ansatte			3.99
	20.	Påvirkning på beboer fra tilleggs sykdommer/diagnoser/medisiner	4.60
	43.	Kunnskap om diagnoser (relatert til kosthold) blant ansatte	4.60
	30.	Personalet trenger kunnskap om ernæring	4.50
	115.	Lage felles regler for hva som er et sunt kosthold	4.50
	96.	Kompetanseheving blant ansatte	4.40
	97.	Kurs for ansatte	4.30
	125.	Kostholdsrelatert alvorlig sykdom kan bidra til endring i kosthold	4.20
	50.	Grad av psykisk utviklingshemming i beboergruppen	3.80
	31.	Ernæring ikke satsningsområde i kommunen	3.70
	32.	Kurs i ernæring for pårørende	3.50
	18.	Økt vekt med økt alder	2.90
	99.	Ansatte uenige med ernæringsfysiolog	2.90

8. Utfordringer i hverdagen		3.42
123.	Beboer kan misforstå kostveiledning	4.70
51.	Tilpasse informasjon om kosthold til beboerens nivå	4.50
37.	Kosthold som dekker individuelle behov for næringsstoffer	4.50
100.	Bakgrunnsinformasjon om beboere	4.40
27.	Avhengige av personalet	4.30
118.	Store forskjeller mellom beboerne	3.90
88.	Ansattes oppfatning av et sunt kosthold	3.90
49.	Hvor mottakelig beboeren er for dialog om kosthold	3.80
23.	Enig om en avtale, men skjønner ikke hva som er sunt	3.20
113.	Arbeidskrevende å lage til måltider til hver enkelt beboer	3.20
24.	Liker det som smaker godt	3.20
112.	Arbeidskrevende å lage til felles måltider for en ansatt alene	3.20
121.	"Time" måltider	3.20
120.	"Time" veiledning	3.10
85.	Tidsnød for ansatte	3.00
72.	Travle ettermiddager for beboeren	3.00
87.	Ikke bruke for mye Fjordland (ferdigmat)	2.60
82.	Ansatt bestemmer hva beboeren skal spise	2.30
55.	Variasjon i når beboerne kommer tilbake fra jobb	2.30
47.	Få måltider men mye mat	2.00



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no