

Ernæringsarbeid i hjemmesykepleien

En spørreundersøkelse av helsepersonellets holdninger

Cecilie Lindberg



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD**

15. september 2015



Navn: Cecilie Lindberg	Dato: 15. september 2015
Tittel og undertittel: Ernæringsarbeid i hjemmesykepleien – En spørreundersøkelse av helsepersonellens holdninger	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Den eldre befolkningen øker både internasjonalt og nasjonalt. Studier viser at ernæringsproblemer og særlig underernæring hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, fremdeles er utbredt. En god ernæringsstatus er vesentlig for å opprettholde god helse, forebygge og/eller behandle og lindre sykdom. Innen ernæringsarbeidet har helsepersonell et stort ansvar. Positive holdninger spiller en sentral rolle i dette arbeidet, da holdningene kan ha en viktig innflytelse på helsepersonellens handlinger.</p> <p>Hensikt: Studiens hensikt er å bidra med kunnskap om helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende personer, som mottar hjemmesykepleie, i en større kommune i Norge.</p> <p>Metode: Totalt besvarte 286 sykepleiere og hjelpepleiere fra hjemmesykepleien i åtte bydeler i Oslo kommune en oversatt versjon av «Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale». Instrumentet er utformet som en 5-punkts Likert-skala og inneholder 18 elementer, med fem underkategorier; normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering.</p> <p>Resultater: Totalt skårer 50% av hele utvalget positive holdninger til ernæringsarbeid. Flest (76%) skåret positive holdninger i underkategorien intervensjon, som omhandler ernæringsproblemer og hvordan helsepersonell administrerer disse. Færrest (42%) skåret positive holdninger i underkategorien vurdering, som omhandler kroppsvekt og kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. Det fremkommer at sykepleiere har bedre holdninger enn hjelpepleiere innenfor flere områder i ernæringsarbeidet. Vaner er imidlertid unntatt fra dette.</p> <p>Konklusjon: Resultatene indikerer at halvparten av helsepersonell i hjemmesykepleien ikke har positive holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende, noe som kan tenkes å få konsekvenser for det arbeidet som utføres hjemme hos pasientene. Videre tyder resultatene på at sykepleiere har mer positive holdninger enn hjelpepleiere. Dette impliserer at holdningsfremmende arbeid er meget viktig og må stå i fokus også i årene fremover. Det er da viktig at hjelpepleiere inkluderes i dette arbeidet, da de har en betydningsfull rolle innen ernæringsarbeid.</p>	
Nøkkelord: Helsepersonell, Holdninger, Hjemmesykepleie, Ernæring, Underernæring, Eldre	



Name: Cecilie Lindberg	Date: 15. september 2015
Title and subtitle: Nutritional nursing care in primary health care– A survey of health personnel attitudes	
Abstract: <p>Background: The aged population is increasing both nationally and internationally. Studies have shown that nutrition problems, especially malnutrition in the aged who receive primary health care while living at home, is still prevalent. A good nutritional status is essential for maintaining good health, prevent and / or treat and alleviate disease. Within nutritional nursing care, health personnel have a great responsibility. Positive attitudes plays a central role in this work, as attitudes can deeply affect health personnel actions.</p> <p>Purpose: The aim of this study is to contribute with knowledge of health personnel attitudes toward nutritional nursing care for elderly people who receive primary health care while living at home in a large municipality in Norway.</p> <p>Method: A total of 286 nurses and nurse aids from primary health care in eight districts in the city of Oslo have answered a translated version of "Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale." The instrument is designed as a 5-point Likert scale and contains 18 items, each with five subcategories; norms, habits, assessment, intervention and individualization.</p> <p>Results: In total, 50% of the entire population sample, scores positive attitudes toward nutritional nursing care. Most of the health personnel in this study (76%) scored positive attitudes in the intervention category, which deals with nutritional issues and how healthcare professionals manage these. Fewest participants (42%) scored positive attitudes in the assessment category, which deals with body weight and survey and assessment of nutritional status. It appears that nurses have better attitudes than nurse aids in several areas of nutrition work. However, this does not apply for habits.</p> <p>Conclusion: The results indicate that half of healthcare professionals in primary health care do not have positive attitudes to nutritional nursing care for the aged living at home, something which is likely to have consequences for the work performed with these patients. Furthermore, the results indicate that nurses have more positive attitudes than nurse aids. This implies that attitude promotional work is very important and must be focused upon in the years ahead. It is important that nurse aids are included in this work, as they have an important role in nutritional nursing care.</p>	
Key words: Health personnel, Attitudes, Primary health care, Nutrition, Malnutrition, Aged	

FORORD

Aller først ønsker jeg å rette en stor takk til alle dere som har deltatt i studien. Selv vet jeg av mange års erfaring, at det er en travel hverdag i hjemmesykepleien, med mange arbeidsoppgaver som skal utføres. Dere har gjort det mulig å arbeide med svært spennende og nyttige resultater og ikke minst til å bidra med kunnskap om helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende personer, som mottar hjemmesykepleie, i åtte bydeler i Oslo kommune.

Vel så viktig er det å honorere de som har vært kontaktpersoner i bydelene og bistått i å distribuere spørreskjemaene. Denne studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten dere!

Utgangspunktet for å skrive masteroppgaven og å utføre spørreundersøkelsen, er først og fremst en interesse for temaet eldre og ernæring. Jeg har fått spesiell interesse for dette området da jeg gjennom mange års arbeid i hjemmetjenesten i ulike yrkesroller og prosjektarbeid, har blitt mer oppmerksom på at underernæring er svært utbredt blant eldre og at helsepersonell i liten grad forebygger underernæring, fanger opp pasienter som er i risiko for eller er underernært og behandler dette på en systematisk måte.

Mange har engasjert seg, etterspurt og støttet meg gjennom prosessen med mastergradsarbeidet. Kollegaer, medstudenter og lærere. Mine gode venner Nina og Christina, mine foreldre og min kjæreste, for å nevne noen. Tusen takk for at dere aldri mistet troen på meg og har gitt meg støtte og tilbakemeldinger hele veien. Det har vært utrolig spennende og lærerikt, men også en krevende prosess, med mye arbeid. Mine to sønner har vært svært tålmodige og jeg ble ikke forundret når min eldste sønn nylig spurte om jeg kunne love ham å aldri gå på skole mer! Forhåpentlig forstår han med tiden, den nysgjerrigheten som driver meg til å lære noe nytt og til å utvikle meg videre. Kanskje kan han også selv bli inspirert? Jeg skal i hvert fall love deg Mikael, at jeg aldri skal bruke så mye tid av vår dyrbare fritid igjen, til å sitte med skolearbeid!

En stor takk til Norsk Sykepleierforbund, faggruppen for geriatri- og aldersdemens og Oslo Kommunes opplærings- og utviklingsfond, som har innvilget stipender. Pengene er kommet godt med til å gjennomføre utdanningen og spørreundersøkelsen.

Avslutningsvis vil jeg takke min veileder, professor Heidi Kristin Ormstad, for konstruktiv veiledning, støtte og tilbakemeldinger i arbeidet med mastergradsoppgaven.

Oslo, 15. september 2015
Cecilie Lindberg

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Hensikt og problemstilling.....	2
1.3	Begrepsavklaringer	3
1.4	Oppgavens oppbygning	4
2.0	TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK REFERANSERAMME.....	6
2.1	Tidligere forskning	6
2.1.1	Eldre og ernæring	6
2.1.2	Kommunehelsetjeneste og hjemmesykepleie	8
2.1.3	Helsepersonellens ansvar og arbeidsoppgaver i ernæringsarbeidet	10
2.1.4	Helsepersonell og holdninger til eldre og ernæringsarbeid	13
2.2	Teoretisk referanseramme.....	15
2.2.1	Verdier, holdninger og overbevisninger	16
2.2.2	Teorien om overveid handling (TRA) og Teorien om planlagt atferd (TPB)	18
3.0	FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	22
3.1	Utvalg.....	23
3.2	Instrument	24
3.2.1	Oversettelse og justering av instrumentet.....	25
3.2.2	Beskrivelse av SANN-G skala	27
3.3	Validitet og reliabilitet	29
3.3.1	Reliabilitet	29
3.3.2	Validitet	30
3.4	Datainnsamling	31
3.5	Etiske hensyn og overveielser.....	32
3.6	Analyse av data/statistikk	33
4.0	RESULTATER.....	36
4.1	Beskrivelse av utvalget	36
4.1.1	Fordeling av bydeler og respondenter	36
4.1.2	Demografiske data for det totale utvalget og de to yrkesgruppene sykepleiere og hjelpepleiere.....	38
4.2	Utvalgets holdninger til ernæringsarbeid; sykepleiere versus hjelpepleiere.....	42
4.2.1	Holdninger til ernæringsarbeid; medianverdier.....	43
4.2.2	Prosentandeler med positive holdninger til ernæringsarbeid	46

4.3	Tilleggsspørsmål; å sitte sammen med brukeren/pasienten under måltidet – «medspising»	50
4.3.1	Prosentandeler med positivitet til medspising	50
5.0	DISKUSJON	52
5.1	Metodediskusjon	52
5.1.1	Design og metode	52
5.1.2	Utvalg	53
5.1.3	Instrument	54
5.1.4	Reliabilitet	55
5.1.5	Validitet	56
5.2	Resultatdiskusjon	58
5.2.1	Det totale utvalgets holdninger	58
5.2.2	De to yrkesgruppenes (sykepleiere og hjelpepleiere) holdninger	64
5.2.3	Det totale utvalgets holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering)	69
5.2.4	De to yrkesgruppenes (sykepleiere og hjelpepleiere) holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering)	77
5.2.5	Helsepersonellens oppfatning til å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet	78
6.0	AVSLUTNING	79
6.1	Implikasjoner for praksis	79
6.2	Implikasjoner for videre forskning	80
6.3	Konklusjon	81
	LITTERATURLISTE	82

OVERSIKT OVER VEDLEGG, TABELLER OG FIGURER

Oversikt over vedlegg:

Vedlegg 1	Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelse i Hjemmesykepleien
Vedlegg 2	FORESPØRSEL OM BRUK AV SANN-G skalaen (Staff attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale) i masteroppgave
Vedlegg 3	SANN-G skalan – svensk utgave
Vedlegg 4	The Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care scale (SANN-G scale) – engelsk utgave
Vedlegg 5	The Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care scale (SANN-G scale), detaljer for skår - engelsk utgave
Vedlegg 6	Spørreskjemaundersøkelse utstedt til studiens utvalg (bakgrunns spørsmål og påstander rundt ernæringsarbeid (oversatt SANN-G skala))
Vedlegg 7	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Figuroversikt:

Figur 2.2.3.1	Faktorer som bestemmer en persons oppførsel.....	19
Figur 4.1.1	Studiens utvalg.....	37
Figur 4.1.2 a)	Ulike aldersgrupper i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleier- Gruppen.....	39
Figur 4.1.2 b)	Erfaring i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen.....	40
Figur 4.1.2 c)	Stillingsbrøk i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen.....	41
Figur 4.1.2 d)	Prosjektarbeid siste år i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleier- gruppen.....	42
Figur 4.2.2	Histogram som viser prosentandeler med positive holdninger totalt og innen de ulike underkategoriene for henholdsvis sykepleiere og hjelpepleiere.....	48
Figur 4.3.2	Histogram som viser prosentandeler med positivitet til medspising for henholdsvis sykepleier og hjelpepleiere.....	51

Tabelloversikt:

Tabell 3.2.2	Elementer i Sann-G skala og hvilke underkategorier de tilhører.....	28
Tabell 4.1.2	Demografiske data for det totale utvalget og de to yrkesgruppene.....	39
Tabell 4.2.1	Medianverdier av holdninger totalt og innenfor underkategoriene hos det totale utvalget og de to yrkesgruppene.....	43
Tabell 4.2.1.1	Kontroll av aldersgruppe som mulig konfunderende faktor	45
Tabell 4.2.1.2	Kontroll av erfaring som mulig konfunderende faktor.....	46
Tabell 4.2.2	Prosentandeler med positive holdninger.....	47
Tabell 4.2.2.1	Kontroll av aldersgruppe som mulig konfunderende faktor.....	49
Tabell 4.2.2.2	Kontroll av erfaring som mulig konfunderende faktor.....	50
Tabell 4.3.1	Prosentandeler med positivitet til medspising.....	51

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Den eldre befolkningen øker, både på verdensbasis og nasjonalt (Brunborg, 2014; World health organization, 2011). Verdens helseorganisasjon forventer at antall personer over 60 år vil øke fra 600 millioner i år 2000, til 1,7 billioner i 2050 (World health organization, 2011). Av befolkningen i Norge, utgjorde eldre over 70 år 10% av befolkningen i 2012.

Befolkningsframskrivinger forventer en betydelig økning i denne gruppen og estimerer eldre over 70 til å utgjøre 20% av befolkningen i 2070. Dette innebærer ifølge Nasjonalt folkehelseinstituttet (2014:4), en firedobling av antall 80-89-åringer innen utgangen av dette århundret, en spesielt rask vekst i antall 90-åringer, samt noe økning av 100-åringer (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014:4). En av grunnene til at vi får et økt antall eldre skyldes høyere levealder. De siste ti årene har levealderen økt med om lag 2-3 måneder per år, og i 2013 var forventet levealder for menn 79,7 år og for kvinner 83,6 år (Brunborg, 2014; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014:4). Det ses en klar sammenheng mellom økende alder og sykkelighet og flere eldre forventes dermed å få et økt behov for pleie- og omsorgstjenester i årene som kommer (Daatland & Solem, 2005; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014:4).

For å møte utfordringene kommunehelsetjenesten står overfor i fremtiden, er det vesentlig å forebygge helsesvikt hos eldre og en økt satsning på forebyggende arbeid anses som sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Av helse- og omsorgstjenesteloven (2012) §1-1, presiseres kommunenes ansvar for å tilby helsetjenester i hjemmet, slik at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig. Videre er det et formål at tjenestetilbudet skal sikre kvalitet, forebygge, behandle og tilrettelegge, samt tilpasse tilbudet etter den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

Ernæringsproblemer hos eldre er vanlig og underernæring er det som er vanligst og mest utbredt (Brodtkorb, 2010). Ernæring og helse henger nøye sammen. Opprettholdelse av en god ernæringsstatus er derfor et viktig forebyggende arbeid for ivaretagelse av god helse (ibid). I følge st.meld. nr 47 om samhandlingsreformen (2009), har eldre ofte sammensatte lidelser og en stor del har behov for koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det understrekes at de kommunale helse- og sosialtjenestene, i tillegg til å gi pleie og omsorg, blant annet skal omfatte forebygging, tidlig intervensjon og behandling (ibid).

Helsedirektoratet i Norge ga i 2009 ut «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» (Helsedirektoratet, 2009). Noe av bakgrunnen for dette var høy forekomst av underernæring i helseforetakene og kommunene, samt mangelfulle systemer som fanger opp personer som står i fare for- eller er underernært og behandling av underernæring. Retningslinjene er rettet mot helsepersonell som jobber med voksne og eldre, samt ledelsen i helseforetakene og kommunene. Videre gir de et uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet og er ment som et hjelpemiddel ved avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten (ibid).

For å ivareta brukernes grunnleggende behov, er det nedfelt i forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) at kommunene skal etablere et system av prosedyrer. Dette skal føre til at brukeren får nok tid og ro til å spise, tilpasset hjelp ved måltider og får dekket sine behov for mat og drikke. Videre skal kostholdet være helsefremmende og variert og det skal gis rimelig valgfrihet i forhold til mat (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

1.2 Hensikt og problemstilling

Den overordnede hensikten med studien er å bidra med kunnskap om helsepersonellens (3-årig høgskoleutdanning og videregående skole) holdninger til ernæringsarbeid hos eldre, hjemmeboende personer som mottar hjemmesykepleie. Studien retter seg mot utvikling av tjenestetilbudet og vil kunne gi en status over dagens situasjon av helsepersonellens holdninger i hjemmesykepleien i Oslo Kommune. Studiens resultater kan mulig bidra til å presisere eller avklare problemområder som kan tas i betraktning for videre planlegging og arbeid innenfor ernæringsarbeidet i kommunen. Dette på bakgrunn av at funn fra studier er samstemte om at positive holdninger spiller en sentral rolle for å forebygge ernæringsproblemer og behandle under- og feilernæring (Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin & Christensson, 2007; Bjerrum, Tewes & Pedersen, 2012; Mowe et al., 2006).

Problemstillingen for studien:

«Hvilke holdninger har helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien, til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende personer?»

Følgende forskningsspørsmål ønskes undersøkt:

1. Hva er det totale utvalgets holdninger?
2. Hva er de to yrkesgruppens holdninger (sykepleiere og hjelpepleiere), og er det forskjell mellom gruppene?
3. Hva er det totale utvalgets holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering)?
4. Hva er de to yrkesgruppens holdninger (sykepleiere og hjelpepleiere) innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering), og er det forskjell mellom gruppene?
5. Hvor positive er det totale utvalget til å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet, og er det forskjell mellom de to yrkesgruppene?

1.3 Begrepsavklaringer

Problemstillingen består av følgende begrep som utdypes; holdninger, helsepersonell, hjemmesykepleie, ernæringsarbeid, eldre og hjemmeboende.

Holdninger kan svært forenklet defineres som en relativt varig organisering av overbevisninger eller oppfatninger hos en person, rundt et objekt eller en situasjon, som medfører at vedkommende responderer på en foretrukket eller bestemt måte (Rokeach, 1968). Selve begrepet holdninger, defineres i oppgaven ved hjelp av Milton Rokeach sin teori. Videre beskrives «Teorien om overveid handling» og «Teorien om planlagt atferd», som er utviklet av Martin Fishbein og Icek Ajzen. Dette for å forstå hvordan atferd kan påvirkes av holdninger.

Med **helsepersonell**, menes yrkesgruppene sykepleier/vernepleier/annet (3-årig høgskole) og hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider (videregående skole). Helsepersonell med 3-årig høgskole, omtales som sykepleier og helsepersonell med videregående skole, omtales som hjelpepleier i det videre.

I enkleste forstand innebærer **hjemmesykepleie** å utøve sykepleie i hjemmet. Ingen definisjon kan favne alt hva hjemmesykepleie er, men i denne oppgaven defineres det som:

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleie dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland & Flovik, 2014, s.15).

I følge kosthåndboken (2012) kan **ernæringsarbeid** rettes både mot syke og friske mennesker (Helsedirektoratet, 2012). Til friske gis en generell tilrettelegging av et forsvarlig mattilbud og kostveiledning med utgangspunkt i de nasjonale kostrådene. Til syke, som helsepersonell i hjemmesykepleien møter flest av, tar man utgangspunkt i personens helsetilstand og diagnose. Det foretas en kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus, det gis individuell kostveiledning og en målrettet behandling. Ernæringsarbeid i oppgaven tar utgangspunkt i kosthåndbokens forklaring av begrepet; ernæringsarbeid er arbeid relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt enten å fremme helse, forebygge og/eller behandle og lindre sykdom (ibid).

Eldre betegnes i denne studien om personer over 70 år. Bakgrunnen for dette, er at det i spørreskjemaet spesifikt spørres om eldre over 70 år i den første holdningspåstanden. Dette legger dermed føringer for hva respondentene forstår med eldre. Med **hjemmeboende** forstås de som bor i egen bolig/eget hjem inkludert omsorgsbolig, som mottar hjemmesykepleie. Mottakere av hjemmesykepleie vil i det videre benevnes pasienter eller brukere.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av seks kapitler, hvorav innledningskapittelet har presentert bakgrunn for studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, samt begrepsavklaringer. Kapittel to tar for seg tidligere forskning og litteratur innenfor tema om eldre og ernæring, hva som kjennetegner kommunehelsetjeneste og hjemmesykepleie, hvilket ansvar og arbeidsoppgaver helsepersonell har innenfor ernæringsarbeidet og status for helsepersonellens holdninger til eldre og ernæringsarbeid. Avslutningsvis presenteres studiens teoretiske referanseramme. Kapittel tre omhandler forskningsdesign og metode. Studiens instrument presenteres, samt at validitet og reliabilitet, analyse og etiske overveielser beskrives. Studiens resultater

presenteres i kapittel fire. Kapittel fem tar for seg metode- og resultatdiskusjon og kapittel seks tar for seg implikasjoner for praksis og videre forskning, samt studiens konklusjon.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Tidligere forskning

I det følgende fremstilles tidligere forskning og litteratur innenfor eldre og ernæring, kjennetegn ved kommunehelsetjeneste og hjemmesykepleie, helsepersonellens ansvar og arbeidsoppgaver, samt helsepersonellens holdninger til eldre og ernæringsarbeid.

2.1.1 Eldre og ernæring

Eldre er en gruppe som har økt betydelig i antall de siste 30 årene og forventes å øke ytterligere i fremtiden (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014:4). En ser videre at antall mottakere av hjemmetjenester i Norge, har økt med over 90% de siste tiår (ibid). Det ses en økt sykkelighet med alderen (Daatland og Solem, 2005; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014:4). Med økt alder og økt sykkelighet stilles samfunnet overfor nye og flere utfordringer (Hagen, Amayu, Godager, Iversen & Øien, 2011; Helsedirektoratet, 06/2014). For å opprettholde en god helse og forebygge sykdom, er en god ernæringstilstand viktig (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2012). Ernæring i form av mat og drikke, er en forutsetning for alle mennesker. De grunnleggende behovene for energi og næringsstoffer skal dekkes, god helse skal fremmes og sykdom skal forebygges (ibid). Det er fastslått i Verdenserklæringen om menneskerettighetene fra 1948, at alle mennesker har rett til å få dekket sine grunnleggende behov som mat og helse (United Nations, 1949).

Ved økende alder ses en rekke fysiologiske endringer i kroppens organer og vev som følge av aldringsprosessen, noe som innebærer at de fleste eldre får et redusert energibehov (20-25% reduksjon), særlig for fett og karbohydrater (Brodtkorb, 2010; Sjøen & Thoresen, 2012; Sortland, Steensæth & Gjerstad, 2015). Til tross for dette, er fremdeles behovet for vitaminer, mineraler og fiber det samme som tidligere, noe som innebærer at den eldre må få i seg disse gjennom en mindre mengde mat. Med økende alder, reduseres både smak- og luktesansen. Videre ses endringer i fordøyelsessystemet. Endringer i disse systemene kan få konsekvenser for type og mengde mat den eldre får i seg, samt absorpsjonen av næringsstoffer. I tillegg til de biologiske forandringene, spiller sosiale og psykologiske forhold inn på den eldre inntak av mat og drikke. Sykdom, funksjonssvikt og medisinsk behandling er andre faktorer som er

av betydning for ernæringsstilstanden. Med bakgrunn i overnevnte faktorer vil det kunne være store individuelle forskjeller i den enkeltes ernæringsbehov. En individuell tilpasning av ernæringsarbeidet hos den enkelte vil være nødvendig (ibid).

Tidligere forskning stadfester at forekomst av underernæring og risiko for underernæring er vanlig hos eldre, både hos de som mottar tjenester fra hjemmesykepleien og hos andre hjemmeboende eldre (L. Johansson, Sidenvall, Malmberg & Christensson, 2009; Landmark, Gran & Grov, 2014; Rognstad, Brekke, Holm, Linberg & Lühr, 2013; Tomstad, Söderhamn, Espnes & Söderhamn, 2012; Wham, Teh, Robinson & Kerse, 2011; Y. Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen & Ek, 2009). Studiene viser en forekomst av underernæring og risiko for underernæring hos 14-50% av de undersøkte eldre, avhengig av hvilken metode som er benyttet, pasientgruppen som er undersøkt, samt grenseverdier for diagnostisering (ibid).

En rekke risikofaktorer er forbundet med utilsiktet vekttap og det å utvikle underernæring, noe som kan medføre uheldige konsekvenser og økte hjelpebehov hos eldre hjemmeboende (ibid). Faktorer som å bo alene, bli enke eller enkemann, nylig ha vært innlagt på sykehus, ha en kognitiv svikt og- eller demenssykdom, samt depresjon, viser seg å gi en økt risiko hos denne gruppen (L. Johansson et al., 2009; Rognstad et al., 2013; Sørbye et al., 2008; Tomstad et al., 2012; Wham et al., 2011; Y. Johansson et al., 2009). Studier har funnet at eldre hjemmeboende med høy alder, redusert helse, skrøpelighet, lav selvopplevd helse, opplevd hjelpeløshet, inaktivitet, ensomhet, nedsatt appetitt og ulike typer spiseproblemer er særlig utsatt (Nyberg et al., 2015; Sørbye et al., 2008; Tomstad et al., 2012; Y. Johansson et al., 2009). Det viser seg også at de som er avhengige av hjelp til å håndtere hverdagen og mottar bistand til mat og måltider er en utsatt gruppe for ernæringsmessig risiko og underernæring (L. Johansson et al., 2009; Nyberg et al., 2015).

En dårlig ernæringsstatus og underernæring vil ha flere uheldige konsekvenser for den eldre. Det fremkommer av Y. Johansson et al. (2009) at den eldres ernæringsstatus påvirker personens helse og livskvalitet (Y. Johansson et al., 2009). En oversiktsartikkel viser at underernæring hos eldre innlagt for rehabilitering, er forbundet med dårligere psykisk funksjon og livskvalitet og kan gi økt risiko for institusjonalisering, sykehusinnleggelse og dødelighet (Marshall, Bauer & Isenring, 2014). Dårlig ernæringsstatus ses videre som en av flere faktorer som kan føre til fall og funksjonssvikt hos eldre hjemmeboende (Fonad, Wahlin & Hedman, 2015). Hos pasienter innlagt i sykehus er underernæring uheldig, fordi det blant

annet fører til forlenget sykehusopphold, morbiditet, økt dødelighet og økte kostnader for samfunnet (Stratton & Elia, 2006; Vanderwee et al., 2011).

Det fremkommer av flere studier at underernæring hos eldre er tidkrevende og utfordrende å behandle. Opprettholdelse av et godt ernæringsarbeid i form av kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, forebygging av feil- og underernæring, samt å behandle sykdomstilstander og underliggende årsaker som fører til underernæring og risiko for underernæring, er derfor av stor betydning for å unngå de konsekvenser disse tilstandene medfører for pasienten (Fonad et al., 2015; L. Johansson et al., 2009; Rognstad et al., 2013; Stratton & Elia, 2007; Tomstad et al., 2012; Van der Pols-Vijlbrief, Wijnhoven, Schaap, Terwee & Visser, 2014; Wham et al., 2011).

2.1.2 Kommunehelsetjeneste og hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie har en lang historie, men slik man kjenner den i Norge i dag, er den av relativt kort varighet (Birkeland & Flovik, 2014). Først i 1984 ble hjemmesykepleien hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) og videreført i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. i 2012 (Ibid). I Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) fremkommer at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet. Videre fremkommer hvilket ansvar og plikter kommunen, hjemmesykepleien og ansatte har overfor helsetjenestene som utføres. Et viktig punkt i loven er at arbeidet blant annet skal være av helsefremmende og forebyggende karakter og at tjenesten skal drives på en forsvarlig måte (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). En rekke andre forskrifter og lovverk definerer rammene for hvordan tjenesten skal drives. Lov om helsepersonell og pasient- og brukerrettighetsloven er to andre sentrale lover (Birkeland & Flovik, 2014).

Pasienter som mottar hjemmesykepleie, skal ifølge forvaltningsloven (1970), ha et vedtak som angir hvilken hjelp vedkommende har krav på og hvor mye tid som er satt av til dette (Fjørtoft, 2012; Forvaltningsloven, 1970). Vedtaket fattes etter en helhetlig vurdering av pasientens helse- og livssituasjon (Fjørtoft, 2012). Det skal være skriftlig og fungere som en juridisk rettesnor og en veiledning for de ansatte i hjemmesykepleien og pasienten. Hvem som fatter vedtaket er noe ulikt fra kommune til kommune. De største kommunene i Norge er organisert etter bestiller-utfører- modellen, noe som innebærer et skille mellom forvaltning og drift av tjenesten. Til tross for bestillingen, er det likevel viktig at helsepersonell i

hjemmesykepleien vurderer pasientens behov fortløpende, slik at vedtakene kan endres når behovene tilsier dette (ibid).

Hjemmesykepleien har fått mange nye og krevende oppgaver de siste 30 årene og har et økt press på kapasitet og kompetanse (Birkeland & Flovik, 2014; Fjørtoft, 2012). Det har vært et klart politisk mål siden 1980- tallet, at flest mulig skal få bo hjemme så lenge som mulig. Kommunene har overtatt ansvar for befolkningsgrupper som tidligere ble ivaretatt av fylkeskommunen eller staten, det har blitt kortere liggetid i sykehus og mindre institusjonsplasser. Sammen med en økt forekomst av antall eldre, høyere grad av overlevelse etter sykdom og bedre behandlingsmetoder, har dette medført at antall brukere av hjemmesykepleien er femdoblet de siste 22 årene (ibid). I henhold til de helsepolitiske føringene i Norge legges det opp til at alle skal ivaretas og hjelpes i eget hjem så langt det er mulig. For å få dette til vil ernæringsarbeid måtte stå sentralt i helsepersonellens arbeid for at eldre skal bevare god helse og godt funksjonsnivå over tid (Helsedirektoratet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012).

For å ivareta brukernes grunnleggende behov, er det nedfelt i forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) at kommunene skal etablere systemer og gode rutiner (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette skal føre til at brukeren får nok tid og ro til å spise, tilpasset hjelp ved måltider og får dekket sine behov for mat og drikke. Videre skal kostholdet være helsefremmende og variert og det skal gis rimelig valgfrihet i forhold til mat (ibid). Betydningen av mat og måltider som en viktig del av hjemmesykepleien, fremheves også i st.meld. nr 25 om mestring, muligheter og mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Maten skal bidra til en god ernæringsstatus og hver enkelt skal få dekket sine næringsbehov (ibid).

Helsedirektoratet i Norge ga som tidligere nevnt ut «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» i 2009 (Helsedirektoratet, 2009). Retningslinjene (2009) fremhever at viktige faktorer for å sikre en god kvalitet i forebygging og behandling av underernæring, blant annet innebærer å vurdere pasientenes ernæringsstatus, å gi risikopasienter en målrettet ernæringsbehandling, å dokumentere ernæringsstatus og videreformidle dette til neste omsorgsnivå (ibid). Etter utgivelsen av retningslinjene gjennomførte Helsedirektoratet et tilsyn i 21 kommuner og 7 fylker i Norge, i sykehjem og hjemmesykepleie, i 2010 (Helsetilsynet, 2011). Dette for å undersøke om kommunene

ivaretok forebygging og behandling av underernæring hos eldre mottakere av helsetjenester i henhold til retningslinjene. De aller fleste kommuner manglet en innarbeidet og kjent praksis for å kartlegge og vurdere ernærings situasjonen hos nye brukere. Det ble understreket at dersom ernæringsproblemer ikke blir fanget opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon føre til at hjelpen som blir gitt ikke er tilstrekkelig til å gi god nok behandling, noe som kan føre til en forverring av situasjonen (ibid).

Siden 2010 har ernæring vært et hovedsatsningsområde i Oslo kommune og ved utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo (UHT), samt på landsbasis generelt (Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014; Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, 2015). Videre har helsedirektoratet i flere år lyst ut midler til kompetansehevende tiltak innen ernæring, for å bidra til implementering av Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2015). Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST) tok i 2012 initiativ til prosjekt i ernæringsarbeid og finansierte ”Løft for bedre ernæring” som var et samarbeidsprosjekt mellom Helseetaten, Geriatrisk ressurs senter og UHT Oslo. Hensikten var å gi ansatte i hjemmetjenestene en økt forståelse for nødvendigheten av et systematisk ernæringsarbeid i tjenesten (ibid). Videre har helsedirektoratet siden høsten 2011 delt ut tilskudd til ”Kompetansehevende tiltak i ernæring i pleie og omsorgstjenesten”, for å styrke ernæringskompetansen i hele sektoren (Helsedirektoratet, 2015).

For å sikre god kvalitet i ernæringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten har helsedirektoratet videre gitt ut Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012). Dette blant annet for å kunne styrke kompetansen hos helsepersonell og ledere i helse og omsorgstjenesten, samt som et viktig verktøy for implementering av relevante nasjonale faglige retningslinjer (ibid).

2.1.3 Helsepersonellens ansvar og arbeidsoppgaver i ernæringsarbeidet

Innen ernæringsarbeidet har helsepersonell et stort ansvar. Ernæringsarbeidet omfatter kartlegging og vurdering av ernæringsstatus, behandling av pasientens ernæringstilstand, samt forebygging av feil- og underernæring (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012).

For å sikre kontinuitet og god kvalitet av ernæringsarbeidet i hjemmesykepleien, er det viktig at ansvaret og fordelingen av arbeidsoppgavene er tilstrekkelig forankret både i ledelsen og

personalgruppen. Dette for at ansvaret ikke skal bli pulverisert og i neste omgang ramme pasientene (Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012). Det er ledelsens ansvar å etablere systemer og gode rutiner, slik at pasientens grunnleggende behov for mat og drikke ivaretas (Forskr kvalitets i pleie- og omsorgstjenestene, 2003; Helsedirektoratet, 2009). Ledelsen skal også bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring, slik at de kan utføre sine arbeidsoppgaver (Helsedirektoratet, 2009).

Rundt ernæringsarbeidet vil det ofte foregå et tverrfaglig samarbeid hvor de ulike yrkesgruppene har forskjellige oppgaver og ansvarsområder. (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012). Legen har naturlig det overordnede ansvaret for medisinsk utredning, diagnostisering og behandling. Klinisk ernæringsfysiolog har en sentral rolle i arbeidet og kan særlig bistå i situasjoner av sammensatt eller kompleks karakter (Helsedirektoratet, 2012; Helsedirektoratet, 12/2012). I hjemmesykepleien i Oslo kommune jobber for det meste sykepleiere og hjelpepleiere (Oslo Kommune Helseetaten, 2013). Det er, ifølge Brodtkorb (2010), naturlig at sykepleiere leder det tverrfaglige samarbeidet innenfor ernæringsarbeidet når det er behov for dette (Brodtkorb, 2010). Samarbeid med hjelpepleier, pasient og pårørende er videre avgjørende, da det ofte foreligger en ansvarsfordeling mellom helsepersonell og familie rundt ernæringsarbeidet (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012).

Hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder yrkesgruppene i hjemmesykepleien i Oslo kommune har, fremkommer av flere dokumenter. Oslo kommune har blant annet egne funksjonsbeskrivelser som foreligger på arbeidsplassen for alle ansatte. Her er det nedfelt at sykepleier har det overordnede ansvaret for å vurdere brukers behov, og at hjelpepleier samarbeider med sykepleier for å bidra til at tjenestene er samstemt med lovverk, kommunale retningslinjer og faglig god praksis. Funksjonsbeskrivelsene ble utarbeidet i forbindelse med innføring av kompetansestyringssystemet, behovsstyrt bemanning (BOB), som ble innført gjennom et prosjekt i hjemmesykepleien, sykehjem og bemannede boliger i hele Oslo i 2010-2011 (Strandquist, 2011). Gjennom dette systemet skal alle pasienter ha en tjenesteansvarlig sykepleier (TA) som kontaktperson, slik at faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinering av tjenesten sikres. Videre skal det ved omfattende tjenester, oppnevnes en hjelpepleier som primærkontakt (PK). Innføringen av BOB fant sted som et resultat av Byråds budsjettforslag i 2008. Innføring av systemet resulterte blant annet i en høyere fagbemanning. Videre bidro det til en mer kontinuerlig oppfølging av brukerne, et tettere samarbeid mellom TA og PK og et

bedret tverrfaglig samarbeid. Ansatte fikk en mer oversiktlig hverdag i forhold til hvem som gjør hva, noe som resulterte i at flere tok sitt ansvar på alvor og man fikk en økt kvalitet på tjenestene. Brukerne ga også tilbakemeldinger om at de var mer fornøyd (ibid).

Oslo kommune som arbeidsgiver har også utarbeidet et felles verdigrunnlag, som skal følges av alle ansatte (Oslo Kommune, 2015). Verdigrunnlaget skal være en rettesnor for den atferden de ansatte utviser mot hverandre og i møte med tjenestens brukere. De fire kjerneverdiene som fremkommer, er brukerorientering, redelighet, engasjement og respekt (ibid).

Videre er mål og formål med sykepleierutdannelsen i Norge fastsatt i rammeplan for sykepleierutdanning, etter lov om universiteter og høyskoler § 3-2 (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleierens profesjonsetikk og hvilke forpliktelser sykepleieren har i praksis, er også beskrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Retningslinjene utdyper blant annet hvordan sykepleierens menneskesyn og verdier bør vernes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Formålet med sykepleierutdannelsen er å utdanne kvalifiserte yrkesutøvere i alle ledd av helsetjenesten. Hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse er pleie, omsorg og behandling. Videre skal sykepleieren ha kompetanse i helsefremmende og forebyggende arbeid, juridiske rammer for yrkesutøvelsen og helsepolitiske prioriteringer (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det fremkommer at det å fremme helse og forebygge sykdom er to av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder. Videre fremkommer det at sykepleieren skal ha kompetanse til og ansvar for, ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov (Kunnskapsdepartementet, 2008; Norsk sykepleierforbund, 2011).

Det foreligger også mål og formål for utdanning av helsefagarbeidere, som er fastsatt i forskrift av Utdanningsdirektoratet 24. mai 2007. Dette etter delegasjon fra utdannings- og forskningsdepartementet, hjemlet i lov om grunnskolen og den videregående opplæringa §3-4 første ledd (Utdanningsdirektoratet, 2007). Formålet er å utdanne hjelpepleiere som utfører omsorg, grunnleggende sykepleie og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse – og sosialtjenesten. Helsefremmende arbeid er også i denne utdannelsen sentralt. Det presiseres i læreplanen at hjelpepleieren skal være i stand til å identifisere pasienter for feil- og underernæring, samt foreslå tiltak og behandle disse. Videre skal hjelpepleieren kunne tilberede måltider som ivaretar helse og trivsel hos pasienten, i tråd med Norske anbefalinger for ernæring. Hjelpepleieren skal på lik linje som sykepleieren forholde seg til yrkesetiske

retningslinjer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen, samt helsepolitiske prioriteringer (ibid).

Når det kommer til en konkret arbeidsfordeling mellom sykepleier og helsefagarbeider innenfor ernæringsarbeidet, gis det et eksempel på hvordan dette kan foregå i kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012). Det fremheves at sykepleier normalt sett er den som har ansvar for å kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus. I samarbeid med andre yrkesgrupper skal sykepleier videre gi tilbud om mat og drikke ut i fra den enkeltes behov og ønsker, samt at maten skal være appetittvekkende. Det er naturlig at sykepleieren følger opp ernæringsbehandlingen og inngår et tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper om nødvendig. Sykepleieren følger med pasientens mat- og væskeinntak og sørger for at pasienten er tilstrekkelig informert om aktuell ernæringsbehandling. Hjelpepleier samarbeider tett med sykepleier og har også ansvar for å følge med på pasientens mat- og væskeinntak, ernæringsstatus og forhold rundt spisesituasjonen. Videre vil denne yrkesgruppen ha som en naturlig oppgave å tilby mat og drikke ut i fra pasientens behov og ønsker (ibid).

2.1.4 Helsepersonell og holdninger til eldre og ernæringsarbeid

Det foreligger mye forskning om helsepersonell, ernæring, underernæring og holdninger generelt. Mye av forskningen er gjennomført i institusjonskontekst og mindre fra hjemmebaserte tjenester. I denne studien er hensikten å se på helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende personer som mottar hjemmesykepleie. Ved å søke etter forskning som kombinerer helsepersonell, holdninger, hjemmesykepleie, eldre og ernæring/underernæring er det få treff som svarer direkte på dette og ingen direkte innenfor hjemmesykepleie. Av studiene som betraktes i det følgende, er det videre vektlagt at disse anses som valide og har mulig sammenligningsverdi for den aktuelle studien. Det kan dermed synes som at det foreligger lite forskning på området. Av tilgjengelig forskning som er funnet fremkommer det at helsepersonell ikke speiler entydig positive holdninger til forebygging og behandling av ernæring, eller til ernæringsarbeid generelt (Bachrach-Lindström et al., 2007; Mowe et al., 2006). Det fremkommer også at positive holdninger er av betydning og spiller en sentral rolle for å få til en god ernæringspraksis og bidra til å hindre utvikling eller forverring av underernæring (Bachrach-Lindström et al., 2007; Bjerrum et al., 2012; Mowe et al., 2006). I en studie utført av Mowe et al. (2006) fremkom det at sykepleiere og leger, representert fra Norge, Sverige og Danmark, viste stor grad av positive holdninger innenfor visse områder av ernæringsarbeidet. Funnene viste at mellom 81 og 90% skåret positive

holdninger til å innføre rutiner og prosedyrer for å kartlegge og evaluere pasientenes ernæringsstatus, anbefalinger og utregning av pasientens energibehov, samt registrering av energiinntak og registrering av vekt med jevne mellomrom. Til tross for dette, viste funnene en sterk uoverensstemmelse mellom holdninger hos informantene og den daglige ernæringspraksis som faktisk ble utført innenfor vurdering av ernæringsstatus og beregning av energiinntak (ibid).

Tidligere forskning har vist at holdninger hos helsepersonell som arbeidet med eldre generelt, både var positive og negative (Christensson et al., 2010; Deasey, Kable & Jeong, 2014; Hanson, 2014; Kydd, Touhy, Newman, Fagerberg & Engstrom, 2014; Yun-E, Norman & While, 2013). Videre gir funnene indikasjoner om store uoverensstemmelser mellom helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre og den utøvende ernæringspraksis (Bjerrum et al., 2012; Mowe et al., 2006). I flere studier er det funnet en manglende interesse for ernæringsarbeid hos sykepleiergruppen og det fremkommer at sykepleiere som deltok i studiene, anså området som mindre relevant enn andre arbeidsoppgaver (Boaz et al., 2013; Mowe et al., 2006; Mowe et al., 2008). Dette er i overensstemmelse med hva Bjerrum et al. (2012) fant, hvor sykepleiere ved sykehus uttrykte at de gir ernæring liten prioritet sammenlignet med andre aktiviteter som medikamenter, personlig hygiene og registreringer (Bjerrum et al., 2012). Tidvis ble pasienter som trengte bistand til å spise nedprioritert, fordi det tok for lang tid. Sykepleierne ga uttrykk for at utilstrekkelig ernæring ikke fikk umiddelbare konsekvenser for pasientene (ibid). Hvilke holdninger som er rådende ved arbeidsplassen, er funnet i flere studier å kunne være av stor betydning da hele miljøer kan bli påvirket av disse i en positiv eller negativ retning (Hanson, 2014; Yun-E, 2013).

Studier har funnet at deltakelse i opplæringsprogram innen ernæring har medført en forbedring i deltakernes holdninger i etterkant (Bjerrum et al., 2012; Christensson, Unosson, Bachrach-Lindström & Ek, 2003; Faxén-Irving, Andrén-Olsson, Geijerstam, Basun & Cederholm 2005; Meethien, Pothiban, Ostwald, Sucamvang & Panuthai, 2011). Den kunnskapen sykepleierne oppnådde, hjalp dem til å føle en større trygghet, et større ansvar overfor pasienter og kollegaer og de hadde fått mer respekt for sin rolle i ernæringsarbeidet. Videre så de seg bedre i stand til å utføre oppgavene de visste var sitt ansvar (Bjerrum et al., 2012).

Det belyses at mange faktorer er med på å skape positive eller negative holdninger til ernæringsarbeid hos helsepersonell (Bjerrum et al., 2012; Mowe et al., 2006). Mye tyder på at et økt fokus i samfunnet og innen forskning, samt god opplæring gir en bedret klinisk ernæringspraksis (ibid). Forfatterne i Bachrach-Lindström et al. (2007) og Bjerrum et al. (2012) påpeker også at økt kunnskap og fokus på ernæring er viktige faktorer for å styrke dagens praksis innen ernæringsomsorg (Bachrach-Lindström et al., 2007; Bjerrum et al., 2012).

Ut i fra materialet som er presentert overfor fremkommer ingen konsensus, noe som innebærer at det ikke foreligger et entydig svar på hvilke holdninger helsepersonell har til ernæringsarbeid hos eldre. Videre fremkommer at helsepersonellet i disse studiene arbeider i henholdsvis sykehus og sykehjem i en nordisk kontekst, samt at metodene som er benyttet er forskjellige, noe som medfører at resultatene overføres med varsomhet når disse sammenlignes med denne studiens resultater. Som det tidligere fremkommer er funn fra tidligere forskning samstemt om at positive holdninger spiller en sentral rolle for å forebygge og behandle under- og feilernæring (Bachrach-Lindström et al., 2007; Bjerrum et al., 2012; Mowe et al., 2006). Kjennskap til helsepersonells holdninger kan ifølge Christensson & Bachrach-Lindström (2009) gi føringer for videre utviklingsarbeid og på sikt kunne bidra til kvalitetsutvikling og bedring av ernæringsarbeidet innen eldreomsorgen (Christensson & Bachrach-Lindström, 2009). Da det foreligger få studier og ingen konsensus, samt tilsynelatende ingen studier utført i hjemmesykepleien i Norge om helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, anses denne studien som relevant og som et viktig bidrag innenfor dette området.

2.2 Teoretisk referanseramme

I det følgende presenteres den teoretiske referanserammen, hvor begrepet holdninger defineres av Milton Rokeach. Videre presenteres «Teorien om overveid handling» og «Teorien om planlagt atferd» for å vise sammenhengen mellom holdninger og handlinger.

Som fagområde har psykologi en lang historie og defineres per i dag som studiet av atferd og mentale prosesser (Svartdal, 2011). Begrepet atferd er et fellesnavn på alt et individ gjør, fra enkle reaksjoner til komplekse handlinger. Videre er mentale prosesser en fellesbetegnelse på bevisste og ubevisste forestillinger, tanker, følelser og intensjoner (ibid). Sosialpsykologi har fremstått som en selvstendig forskningsgren siden tidlig på 1900-tallet, og utgjør et

omfattende og viktig felt innen moderne psykologi (Karlsen, 2012; Svartdal, 2011). Kort oppsummert er fokuset for sosialpsykologi individet i en sosial situasjon (Svartdal, 2011).

Studiet av holdninger og endringer av holdninger har vært et viktig tema innen sosialpsykologien. Videre har forholdet mellom holdning og atferd vært sentralt, da det antas at holdningsendring kan fremme ønsket atferd og bidra til uønsket atferd (Svartdal, 2011). Gjennom oppveksten lærer den enkelte å forstå verden gjennom påvirkning og i samspill med andre. Det utvikles meninger, verdier og holdninger som påvirker ens handlinger. Verdier kan sies å være av overordnet styrende funksjon og fungerer som referansepunkter for tanker, vurderinger og handlinger i det daglige liv. Mange av en persons holdninger er grunnlagt på vedkommendes verdier. Meninger er rettet mot noe konkret, er bevisste og lette å uttrykke. Videre er det lettere å forandre meninger enn holdninger, og de påvirker heller ikke atferd på samme måte som holdninger (ibid). Holdninger er ifølge Håkonsen (2009) den faktoren av de tre nevnte, som har mest innflytelse på atferd (Håkonsen, 2009).

2.2.1 Verdier, holdninger og overbevisninger

Milton Rokeach har vært en viktig bidragsyter innen sosialpsykologien. Han søker gjennom sin teori å gi en dypere forståelse av holdningers egenskaper ved å relatere dem eller knytte dem opp til konseptet *belief*¹. Videre vurderer han holdningers relevans for personlighet og sosialpsykologi ved å beskrive struktur og funksjon av holdninger og de ulike måter holdninger kan føre til eller bestemme sosial atferd (Rokeach, 1968).

I følge Rokeach (1968) er holdninger, verdier og overbevisninger organisert som et kognitivt system, hvor komponentene er avhengige av hverandre. Endring i en av delene, vil påvirke de andre komponentene og videre kunne føre til endret oppførsel eller atferd.

Rokeach (1968) definerer holdninger som: ”*An attitude is a relatively enduring organization of beliefs around an object or situation predisposing² one to respond in some preferential manner*” (Rokeach, 1968, s.112). Fritt oversatt innebærer dette at holdninger er relativt varige organiseringer av overbevisninger eller oppfatninger hos en person, rundt et objekt eller en situasjon, som fører til at vedkommende responderer på en foretrukket eller bestemt måte. Det

¹ Omtales i det videre som overbevisninger, oppfatninger eller tro

² Beskrives av Rokeach (1968) som en tenkt tilstand som ved aktivering, får en person til å reagere selektivt, følelsesmessig eller på en foretrukket måte til stimulansen

at holdninger er relativt varige, innebærer at de er av vedvarende og av stabil karakter og ikke av midlertidig varighet. Forfatteren hevder videre at holdninger er lært gjennom prinsippene for læring, men presiserer at definisjonen av holdninger er helt uavhengig av hvordan holdningene er lært. Det at holdninger er en organisering av overbevisninger, innebærer ifølge Rokeach (1968) at holdninger i seg selv ikke er et element i personligheten, men representerer en klynge av to eller flere innbyrdes elementer. Elementene innebærer underliggende overbevisninger (eller tanker eller forventninger eller hypoteser). Han definerer overbevisning som følger: “*A belief is any simple proposition, conscious or unconscious, inferred from what a person says or does, capable of being preceded by the phrase “I believe that....”*” (Rokeach, 1968, s.113). Innholdet i overbevisningene eller oppfatningene, kan beskrive objektets oppfatning som sann eller usann, rett eller galt, evaluere det som godt eller dårlig, eller argumentere for en bestemt retning av handling eller en viss tilstand av eksistens som ønsket eller uønsket.

Oppsummert kan man si at en overbevisning er beskrivende, evaluerende eller oppfordrende (oppmuntrende). Videre er alle overbevisninger mottakelige for handling. Holdninger er dermed, ifølge Rokeach (1968), et sett av beslektede predisposisjoner til handling, organisert rundt et objekt eller en situasjon. Sentralt i definisjonen er dermed sammenhengen mellom overbevisning og handling (Rokeach, 1968).

Hver overbevisning innenfor organisasjonen av en holdning, kan tenkes å ha tre komponenter, som følgelig utgjør selve holdningen; en *kognitiv komponent*, en *affektiv komponent* og en *atferdsmessig komponent*, som kan være av positiv eller negativ art. Den *kognitive komponenten* tenkes å representere en persons kunnskaper, hvor grad av visshet om hva som er ønsket eller uønsket, rett eller galt, godt eller dårlig er varierende (ibid). I tillegg til å representere kunnskap, representerer kognisjon ifølge Fishbein & Ajzen (1975) meninger, oppfatninger og tanker om objektet (Fishbein & Ajzen, 1975). Dersom helsepersonell under sin kognitive komponent kan tenkes å ha negative oppfatninger og antakelser om pasienten eller pasientgruppen de skal hjelpe, samt til arbeidet de skal utføre eller bistå den eldre med, kalles dette stereotypier (Svartdal, 2011). Den *affektive komponenten* tenkes å representere en persons følelser. I ulike situasjoner kan en overbevisning vekke følelser av ulik intensitet, av positiv eller negativ karakter, sentrert rundt ett eller flere objekt eller rundt ett eller flere individ eller grupper (Rokeach 1968). Dersom helsepersonellens affektive komponent tilsier at pasienten som skal hjelpes eller arbeidet som skal utføres vekker negative følelser hos

vedkommende eller innad i gruppen, kalles dette fordommer (Svartdal, 2011). Den *atferdsmessige komponenten* tenkes å representere handling, fordi overbevisningen predisponerer til handling når den er tilstrekkelig aktivert. Hvordan vedkommende handler, avhenger igjen av overbevisningens innhold (Rokeach 1968). Dersom helsepersonell under den atferdsmessige komponenten handler på en negativ måte overfor pasienten eller på en annen side unnlater å handle, kalles dette diskriminering (Svartdal, 2011).

Den siste faktoren i det kognitive systemet Rokeach (1968) beskriver, er verdier. Han anser en verdi for å være en type varig overbevisning om hvordan man bør, eller ikke bør oppføre seg, i motsetning til holdninger som er tinget til to eller flere overbevisninger. En person har langt færre verdier enn holdninger. Verdier er videre positive eller negative abstrakte idealer, uten tilknytning til en spesifikk holdning, et objekt eller en situasjon. Som tidligere nevnt om verdier, anses disse som overordnet også av Rokeach (1968) og han anser verdiene som avgjørende for holdning og atferd (Rokeach, 1968).

2.2.2 Teorien om overveid handling (TRA)³ og Teorien om planlagt atferd (TPB)⁴

Som tidligere nevnt har studiet av holdninger og holdningsendring vært, og er fremdeles av stor interesse innen sosialpsykologien (Svartdal, 2011). Kunnskapen som blir frembrakt kan potensielt være av stor betydning for å forstå og for å løse samfunnsproblemer (ibid). Martin Fishbein og Icek Ajzen utviklet de innflytelsesrike kognitive forventningsteoriene TRA og TRB (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Disse er blitt hyppig benyttet innen offentlige holdningstiltak (Karlsen, 2012). Videre ses av tidligere forskning, at teoriene benyttes innenfor mange områder, blant annet innen helsepsykologi, risikopersepsjon og forbrukeratferd (ibid).

Teorien om overveid handling (TRA)

Teorien ble utviklet i 1975 (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Målet var, og er fremdeles, å kunne forutsi (predikere) og forstå et individs oppførsel. Generelt er teorien basert på en antakelse om at mennesker vanligvis er rasjonelle og gjør systematisk bruk av den informasjonen som er tilgjengelig for dem. Forfatterne argumenterer for at folk vurderer

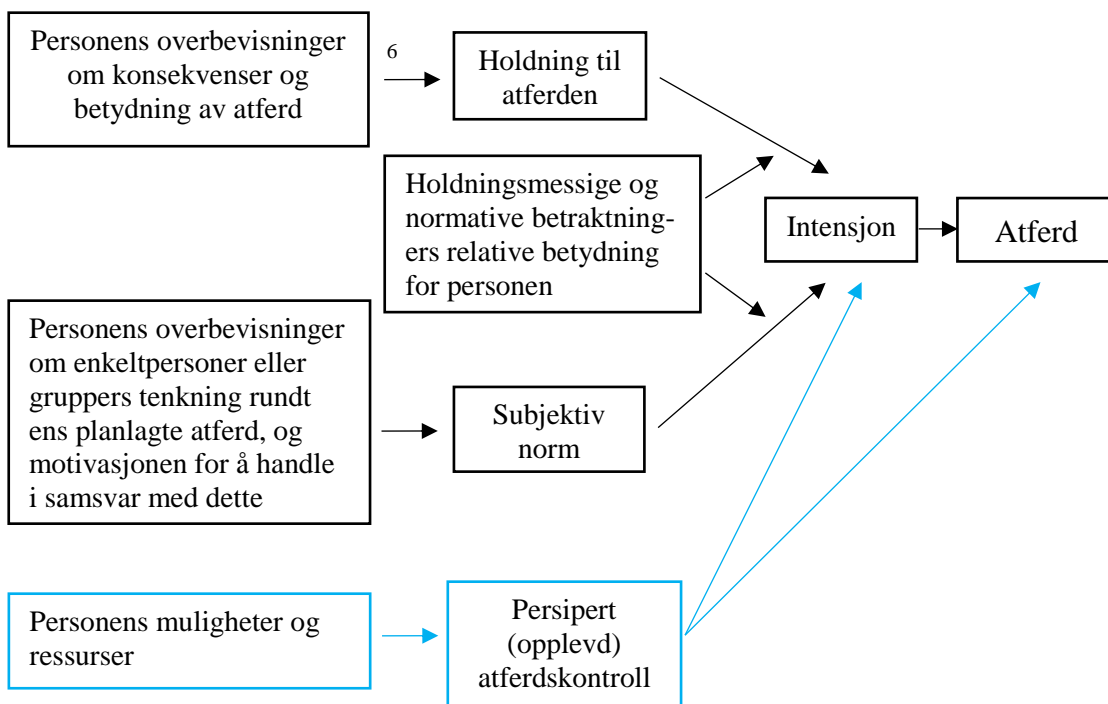
³ TRA benyttes videre og er en forkortelse av Theory of Reasoned Action

⁴ TBP benyttes videre og er en forkortelse av Theory of Planned Behavior

konsekvensene av sine handlinger før de bestemmer seg for å engasjere seg eller ikke engasjere seg i en gitt atferd⁵ (ibid).

I figur 2.2.3.1 skisseres hvordan atferd kan forklares ifølge Ajzen & Fishbein (1980). Atferdens årsak kan gjennom konstruksjonene spores tilbake til personens overbevisninger. De ulike trinnene i sekvensene, innebærer en mer omfattende redegjørelse for årsakene som ligger til grunn for atferden.

Figur 2.2.3.1 Faktorer som bestemmer en persons oppførsel (Fishbein & Ajzen, 1980 s.8)



Figurer og piler markert i sort representerer TRA. Figurer og piler i blått er utvidelsen av TRA; TPB.

Med teorien som rammeverk, søker forfatterne å forklare hvordan subjektive normer og holdninger virker inn på intensjonen til handling. En persons intensjon styres, ifølge teorien, av en funksjon bestående av to grunnleggende faktorer; en indre faktor hos personen selv, og

⁵ Med atferd refererer forfatterne til observerbare handlinger

⁶ Pilene indikerer retning av innflytelse

en ytre faktor påvirket av sosial innflytelse. Den personlige faktoren, er individets positive eller negative evaluering til å utføre atferden. Denne faktoren kaller forfatterne «*attitude toward the behaviour*»; holdning til atferden. Den ytre faktoren er personens overbevisning eller oppfatning av sosialt press⁷ til å gjennomføre eller ikke gjennomføre den planlagte atferden. Denne faktoren kaller forfatterne «*subjective norm*»; subjektiv norm (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975).

Som tidligere beskrevet av Rokeach (1968) om overbevisninger (beliefs), presiserer Ajzen & Fishbein (1980) at holdninger er summen av de overbevisningene en person har om en bestemt atferd. Overbevisningene som danner grunnlaget for en persons holdning i forhold til atferd benevnes som «*behavioral beliefs*»; atferdsmessig overbevisning. Om subjektive normer, skriver forfatterne, at disse også er en funksjon av overbevisninger, men av en annen sort, nemlig underliggende subjektive normer kaldt «*normative beliefs*»; normative overbevisninger (Ajzen & Fishbein, 1980).

Kort oppsummert er intensjonen til handling, ifølge denne teorien, den viktigste prediktoren for om en person vil utføre en handling eller ikke. Intensjonen er avhengig av personens holdning til atferden og de subjektive normene. Dette innebærer at dersom personen selv vurderer atferden som positiv (holdning; indre faktor) og i tillegg har en overbevisning om at enkeltindivider eller grupper mener det samme (subjektiv norm; ytre faktor), resulterer dette i høyere motivasjon (intensjon) til å utføre atferden. Det er vesentlig å presisere at en sterkere intensjon høyner sannsynligheten for handling. Videre må personens atferd kontrolleres frivillig (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975).

Teorien om planlagt atferd (TPB)

Teorien ble utviklet av Icek Ajzen i 1985 og er en utvidelse og videreføring av TRA (Ajzen, 1991). I teorien inkluderes faktoren «*perceived behavioral control*»; persipert (opplevd) atferdskontroll; det vil si en tredje faktor som styrer en persons intensjon, i tillegg til faktorene om holdning til atferden og den subjektive normen. Denne faktoren kan virke inn på intensjonen, men også ha direkte innvirkning på atferden, som skissert i figur 2.2.3.1 med blått. Forfatteren vektlegger videre at de tre faktorenes betydning for å predikere intensjon, vil

⁷ Det kan være seg normer og regler fra samfunnet og kulturen man er en del av, betydningsfulle enkeltindivider eller grupper o.l.

varierte på tvers av situasjoner og atferder. For å forklare intensjonen vil det i noen tilfeller kun være en av faktorene som er av betydning, andre ganger to og enkelte ganger vil alle tre kunne forklare intensjonen.

Persipert atferdskontroll gir mulighet til å forklare en «atferd av ufrivillig kontroll», det vil si at utførelsen av atferden finner sted på bakgrunn av passende anledninger eller bestemte ressurser, som er utenfor en persons kontroll (tid, penger etc.). Selve begrepet refererer til en persons antagelse om hvorvidt atferden er lett eller vanskelig å utføre. Som holdninger og subjektive normer, er også persipert atferdskontroll en sum av overbevisninger som benevnes «*control beliefs*»; kontrollerte overbevisninger. Dette innebærer at det er personens opplevelse av kontroll som er vesentlig. Opplevelse av kontroll vil farges av summen av personens tidligere erfaringer. Å ha høy persipert atferdskontroll innebærer at personen selv mener å inneha nødvendige ressurser og muligheter tilgjengelig til å utføre handlingen (ibid).

3.0 FORSKNINGSDESIGN OG METODE

For å undersøke helsepersonellens holdninger innenfor ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende og beskrive status på dette området, er det i denne studien av interesse å innhente kvantifiserbar kunnskap.

Kvantitative metoder har fokus på objektive målbare størrelser og benyttes blant annet for å få kunnskap om bredde, mengde, vekt og hyppighet (Aadland, 2011). Hensikten med metodene er å avdekke så sikker og gyldig kunnskap som mulig. Kvantitative tilnærminger er sterkt inspirert av naturvitenskapelig metode, som igjen er nært knyttet til positivistisk tradisjon. Positivism er en filosofi som utgår fra det faktiske og det gitte, hvor man forsøker å danne et helhetsbilde ved å innhente og forene resultater. Sentrale momenter er at forskeren forholder seg til fakta som kan registreres og observeres, samt at forskningen er preget av nøytralitet og objektivitet (Aadland, 2011; Bjørndal & Hofoss, 2004).

Studien er utført som en tverrsnittstudie (survey-design) og kunnskap er innhentet gjennom spørreskjemaer til selvutfylling. Selve designet kan beskrives som en grovkisse til hvordan studien skal utformes og litteraturen skiller mellom eksperimentelt og observerende design (Ringdal, 2001). Tverrsnittsundersøkelser faller innunder observerende design og innebærer at informasjon samles inn om en større eller mindre gruppe på ett gitt tidspunkt, uten forsøk på endringer. På denne måten kan man ved hjelp av de innsamlede dataene gi en statistisk beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra (ibid).

Kunnskapen som innhentes i studien er teoristyr, det vil si at tilnærmingen er deduktiv. Dette innebærer at spørsmålene utledes fra teoretiske perspektiver som er relevante for fenomenet som undersøkes (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010; Ringdal, 2001). I denne studien er det av interesse å måle holdninger. Holdninger kan beskrives som psykologiske tilstander (Ringdal, 2001). De er kun indirekte målbare, og det er derfor viktig at spørsmålene som stilles er utformet på en slik måte at de fanger opp holdningene. Indirekte målbare egenskaper, måles best ved bruk av sammensatte mål også kalt måling ved skalering. Måling ved hjelp av spørsmål i spørreundersøkelser, innebærer å tallfeste, og dermed knytte tall til egenskaper ved

analyseenheter etter en regel. Målbare indikatorer knyttes til teoretiske begreper og kan være med på å bygge bro over gapet mellom teori og empiri ved å gjøre teorier testbare i empiriske studier (ibid).

Denne masteroppgaven er inspirert av studien; «Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care», utført av Bachrach-Lindström et al. (2007). Det vil være av stor interesse å sammenligne denne studiens funn med funnene i den nevnte studien. Når flere studier gir lignende funn, vil dette styrke både indre og ytre validitet og er således svært viktig (Ringdal, 2001). Det som utgjør hovedforskjellen mellom denne studien og studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007) er konteksten, i form av hvor helsepersonellet arbeider. Bachrach-Lindström et al. (2007) undersøkte helsepersonell som arbeidet i sykehus og ved sykehjem. Denne studien har innhentet opplysninger fra ansatte som arbeider i hjemmesykepleien. Det er videre foretatt en endring av ett av spørsmålene fra det originale spørreskjemaet, samt at det er lagt til ett ekstra spørsmål. Av bakgrunnsinformasjon er det til forskjell fra originalen innhentet informasjon om stillingsbrøk og om respondenten har deltatt i lokalt ernæringsprosjekt siste 12 måneder.

3.1 Utvalg

Studien ble utført i hjemmesykepleien i Oslo kommune. Kommunen består av 15 bydeler, hvorav en bydel ble ekskludert, da masterstudenten på daværende tidspunkt var ansatt i hjemmetjenesten der. På denne måten er objektivitet og distanse ivaretatt.

For å kunne nå målgruppen som arbeidet direkte med brukerens ernæring, bestod utvalget av sykepleiere og hjelpepleiere i fast stilling eller vikariat, som arbeidet utøvende i turnus, dag og/eller kveldstid i hjemmesykepleien. Et viktig moment for å få mest mulig eksakte svar var at respondentene forstod spørsmålene og det ble derfor lagt til grunn at helsepersonell i hjemmesykepleien hadde norsk skriftlig språkforståelse. Sykepleiere og hjelpepleiere som kun arbeidet nattevakter, ble ekskludert fra studien, da egen erfaring tilsier at de i mindre grad arbeider målrettet og kontinuerlig opp mot brukernes ernæringsarbeid.

For å få oversikt over den totale populasjonen ble leder i utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo og spesialkonsulent i helseetaten i Oslo kontaktet. Det fremkom at det ikke foreligger tallmateriale over eksakt antall sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider i hjemmesykepleien

i bydelene i Oslo. Fra helseetaten ble det tilsendt en oversikt over antall budsjetterte årsverk som var meldt inn fra bydelene i 2012. Utdraget ble hentet fra «Kvalitetsmåling i hjemmetjenesten – registrering av objektive kvalitetsindikatorer 2012» (Oslo Kommune Helseetaten, 2013).

Med bakgrunn i dokumentet, som nevnt over, samt de tidsøkonomiske rammene av studien, ble det foretatt et strategisk utvalg av de 14 bydelene i Oslo kommune (7 bydeler forespurt) for jevn fordeling mellom øst og vest. Bydelene ble nummerert en og to og det ble sendt forespørsel til bydelene med nummeret to (vedlegg 1), totalt syv bydeler. Da tre av de forespurte bydelene avsto fra å delta i studien, ble resterende bydeler forespurt i forsøk på å oppnå en jevn fordeling i kommunen, samt et stort nok utvalg for å sikre statistisk signifikante resultater. Åtte enhetsledere ga tillatelse til å innhente informasjon fra helsepersonell i hjemmesykepleien ved hjelp av spørreskjema i følgende bydeler: Stovner, Østnes, Ullern, Alna, St. Hanshaugen, Vestre Aker, Sagene og Nordre Aker. Respondentene i de respektive bydelene ble plukket ut ved at de fylte inklusjonskriteriene, og at de var på jobb i registreringsperioden, som var satt til to uker. Antall spørreskjemaer til hver bydel ble kalkulert ut fra dette.

3.2 Instrument

I gjennomgangen av tidligere forskning om helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid, ble det vektlagt å utforske hvilke instrumenter som fra tidligere var benyttet. I en svensk studie av helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid av Bachrach-Lindström, Jensen & Christensson (2007) anvendte forskerne «Staff Attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale», SANN-G til innsamling av data. Instrumentet er utviklet for å fange opp helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid innenfor ulike områder av eldreomsorgen. Da dette instrumentet var utprøvd i tidligere forskning i en skandinavisk kontekst og var relevant for egen studie, ble det vurdert til å kunne overføres til norske forhold, da de nordiske forhold, inklusive kultur, anses å være nokså like. Rettighetshaver Bachrach-Lindström ble forespurt om tillatelse til å oversette og anvende instrumentet (vedlegg 2). Instrumentet ble tilsendt elektronisk både på svensk (vedlegg 3) og engelsk (vedlegg 4), sammen med en oversikt over hvordan forskerne anvendte skåringen (vedlegg 5).

3.2.1 Oversettelse og justering av instrumentet

I en oversiktsartikkel utført av Maneesriwongul & Dixon (2004) fremkommer det at det ikke foreligger retningslinjer eller konsensus for hvilke metoder som benyttes i oversettelsesprosesser (Maneesriwongul & Dixon, 2004). Dette innebærer at kvaliteten til oversatte instrumenter varierer betraktelig. Artikkelen ser på ulike fremgangsmåter og evaluering av oversettelser innenfor publisert sykepleierforskning og klassifiserer disse i et hierarki, hvor styrker og svakheter analyseres. Videre trekkes anbefalinger for ulike teknikker frem. Av teknikkene som presenteres, benyttes i denne studien to personer til å oversette fra originalspråket (svensk) og en til å oversette tilbake. Videre benyttes pilottest. Det har også vært oppmerksomhet rundt at språket skal være kort og konsist (ibid).

Instrumentet ble oversatt til norsk i samarbeid med førsteamanuensis Liv Helene Jensen (veileder i forberedelse til masterstudien). Deretter ble instrumentet oversatt tilbake til svensk i samarbeid med professor Kirsti Skovdahl ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, da hun er tospråklig. Den endelige oversettelsen og bearbeidingen ble utført i samarbeid med professor Heidi Kristin Ormstad (veileder under masteroppgaven).

Det ble utført noen få justeringer for å tilpasse skjemaet til hjemmesykepleien. Beboere ble byttet ut med brukere, som er et vanlig begrep som benyttes om personer som mottar tjenester som hjemmesykepleie i Norge. Dermed ble begrepene pasient/bruker benyttet, for å ha en todeling som i originalstudien. Spørsmål 13 ble endret fra «Det är viktigt att maten fördelas på sådant sätt att samtliga patienter/vårdtagarna får lika mycket mat» til «Det er viktig å fordele tiden slik at alle pasienter/brukere får like mye hjelp i måltider». I Oslo kommune mottar brukere individuell hjelp til måltider i hjemmet og det er derfor ikke relevant å fordele maten mellom flere personer. På en annen side kan helsepersonellens oppfatning av tid, si noe om deres normer og regler for organisering og gjennomføring av måltider.

Ett nytt spørsmål ble utarbeidet i instrumentet: «Det har ingen hensikt å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet». Spørsmålet er lagt til da det i 2013 og 2014 ble gjennomført lokale ernæringsprosjekt i mange av Oslo kommunes bydeler. I disse prosjektene

ble man særlig oppfordret til å iverksette medspising⁸ som tiltak (Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Dette spørsmålet behandles individuelt, og holdes dermed utenfor de 18 påstandene som danner SANN-G skala.

Av demografiske spørsmål ble det lagt til ett åpent spørsmål under yrkesgruppe (sykepleier, hjelpepleier, annet). Bakgrunnen for dette er at omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere ikke nødvendigvis identifiserer sin yrkestittel med hjelpepleier. For å unngå å få manglende svar på yrke, ble det derfor utformet på denne måten. Det ble videre lettere å sortere ut de skjemaene som ble utdelt til feil målgruppe. I tillegg til erfaring/antall år i yrket (under 2 år, 2-5 år, 5-10 år og mer enn 15 år) ble det utviklet tre nye demografiske spørsmål innen aldersgruppe (18-35 år, 36-50 år, over 50 år), stillingsbrøk (100-80%, 79-50%, 49-21% og under 20%) og om vedkommende har deltatt i lokalt ernæringsprosjekt siste 12 måneder prosjektdeltakelse, da dette var informasjon til bakgrunnsvariabler som ville bli aktuelle å se nærmere på i analysene.

Før det endelige spørreskjemaet var klart, ble det gjennomført en pilotstudie, som anbefalt av Maneesriwongul & Dixon (2004) og av Johannessen, Tuft & Christoffersen (2010). En gruppe på fem personer ble forespurt og samlet. Gruppen besto av tre hjelpepleiere og to sykepleiere fra hjemmesykepleien i bydelen som ble ekskludert fra studien. Tre av testpersonene hadde norsk som morsmål og to hadde norsk som andrespråk. Skjemaet ble lest og fylt ut individuelt, før det ble drøftet i plenum. Språk, forståelse og opplevelse av utfylling, ble særlig vektlagt. Tilbakemelding som ble gitt, var at spørsmålene ble oppfattet som konsise, korte og forståelige, samt at språket ble ansett som enkelt og forståelig. Noen av testpersonene opplevde at det var lite luft/plass mellom spørsmålene 6-24, noe som ble korrigert i instrumentet i etterkant.

Den endelige oversettelsen (vedlegg 6, påstand 6-24) ble tilsendt Margareta Bachrach-Lindström elektronisk for å informere om fremgangsmåten for oversettelse, og hva som ble utført av endringer i spørreskjemaet i forhold til originalen.

⁸ Ved medspising deltar personalet med praktisk støtte og styrker det sosiale fellesskapet (Helsedirektoratet, 2012)

3.2.2 Beskrivelse av SANN-G skala

Med bakgrunn i at det ikke eksisterte et globalt måleinstrument for å fange opp helsepersonellets holdninger innen ernæringsarbeid hos eldre, ble rå-versjonen av SANN-skalaen utviklet i 2003 (Christensson et al., 2003). Skalaens utforming, ble utført ved at forfatterne plukket ut elementer som anses av viktighet innen ernæringsarbeidet, fra litterære oversiktsartikler på området (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindström., 2009). Som teoretisk rammeverk for skalaen, ble Fishbein & Ajzen`s teori om “begrunnet handling” benyttet (Bachrach-Lindström et al., 2007).

Skalaen ble bearbeidet og testet ut (dette beskrives nærmere under metodediskusjon) og resulterte i en 18-elements skala, med fem underkategorier, som utgjør SANN-G skala (Bachrach-Lindström et al., 2007; Christensson & Bachrach-Lindström., 2009). Elementene er utformet slik at skjemaet skal kunne benyttes uavhengig av hvor eldreomsorgen foregår. Tabell 3.2.2 skisserer elementene i skalaen og hvilke underkategorier de tilhører.

Elementene i skalaen er negativt formulert, og består av påstander som reflekterer vanlige feiloppfatninger. Statistiske tester av SANN-skalaen, som inneholdt både positive og negative påstander, viste at de negativt formulerte utsagnene hadde størst evne til å oppdage forskjellene i helsepersonellets holdninger og disse ble derfor valgt. Forfatterne fant ingen god forklaring for dette fenomenet i litteraturen, men trakk frem at respondentene kan ha oppfattet de negative utsagnene som tydeligere enn de positive og at dette mulig skapte en større variasjon i svarene.

Spørreskjemaet er utformet med et Likert-format fra 1-5, hvor 1 representerer «helt enig», 2 «delvis enig», 3 «usikker», 4 «delvis uenig» og 5 «helt uenig». Ved å benytte Likert-skala gis det mulighet for å tallfeste holdningene og måle grad av enighet eller uenighet (Ringdal, 2001). Dette er videre den skalaen som er mest benyttet for å måle holdninger (ibid). Skår i spørreskjemaet kan variere fra 18 poeng, noe som reflekterer mest negative holdninger til 90 poeng som reflekterer mest positive holdninger (ibid).

Tabell 3.2.2 Elementer i SANN-G skala og hvilke underkategorier de tilhører

Underkategorier	Elementer i spørreskjemaet (spørsmål nummer)
<u>Normer</u>	Kjøkkenet/spiserommet skal først og fremst være utformet slik at personalets arbeid forenkles (5) Det er best at personalet legger opp maten på tallerkenen og serverer uten at pasienten/brukeren hjelper til (10) Personale med lang erfaring vet alltid hva pasienten/brukeren trenger å spise (11) Det er viktig å fordele tiden slik at alle pasienter/brukere får like mye hjelp i måltider (13) Næringsdrikk er en god erstatning for vanlig mat (14)
<u>Vaner</u>	Ett ferdiglaget måltid om dagen er nok for en person over 70 år (1) Eldre pasienter/brukere ønsker ikke å bli spurt om tidligere kostvaner (3) Pasienter/brukere med svelgeproblemer skal ikke oppmuntres til å spise selv (4) Mennesker over 70 år trenger ikke like næringsrik mat som yngre (9)
<u>Vurdering</u>	Det er meningsløst å veie alle pasienter/brukere (2) Det er tilstrekkelig å gjøre vektkontroll hos pasienter/brukere hvor legen har foreskrevet dette (8) Kun enkelte pasienter/brukere har nytte av å få vurdert sin ernæringsstatus (12) Overvektige pasienter/brukere skal alltid settes på energireduert kost (18)
<u>Intervensjon</u>	Hos pasienter/brukere med spiseproblemer nytter det ikke å trene evnen til å spise selv (7) Det er svært sjelden at pasienter/brukere som mottar hjemmesykepleie er underernært (15) Det er ikke nødvendig med spesiell kunnskap eller erfaring for å mate en pasient/bruker (16)
<u>Individualisering</u>	Det er umulig å tilpasse måltidene individuelt (6) Måltidene trenger ikke å være tilpasset individuelt (17)

Som det fremkommer av Tabell 3.2.2, måles holdninger innenfor **totalskår** (alle holdningspåstandene) og innenfor fem underkategorier som har vist seg i studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007) å være av betydning for ernæringsarbeid hos eldre (Bachrach-Lindström et al., 2007). De fem underkategorier er:

1. Normer, som omhandler hvordan organisering og gjennomføring av måltider foregår og hvilke normer og regler som er gjeldende.
2. Vaner omhandler den eldres behov for ernæring og om deres preferanser tas i betraktning
3. Vurdering omhandler kroppsvekt og kartlegging og vurdering av ernæringsstatus.
4. Intervensjon omhandler ernæringsproblemer og hvordan helsepersonell administrerer disse.
5. Individualisering omhandler spørsmål vedrørende individualisering av måltider (ibid).

3.3 Validitet og reliabilitet

Vurdering av studiens kvalitet er en forutsetning for at resultatene skal være troverdige og relevante. Kriterier for kvalitet innenfor kvantitativ forskning er reliabilitet og ulike former for validitet (Johannessen et al., 2010). Reliabilitet (pålitelighet) betegner nøyaktighet og pålitelighet i målingene og angir i hvor stor grad resultatene ikke påvirkes av tilfeldigheter. Validitet (gyldighet) betegner hvor godt eller relevant data representerer fenomenet (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2014). Det er sammenhenger mellom reliabilitet og validitet i et spørreskjema (Polit & Beck, 2014). Høy validitet forutsettes av at reliabiliteten er høy. Har instrumentet lav reliabilitet, indikerer dette at skjemaet registrerer andre faktorer som ikke har noe med fenomenet å gjøre og kan dermed ikke være valid. På en annen side er ikke høy reliabilitet bevis for at validiteten er høy (ibid). Reliabilitet er et empirisk spørsmål. Validitet derimot krever i tillegg en teoretisk vurdering, og begrepet må alltid referere til den teoretiske sammenhengen det benyttes i (Polit & Beck, 2014; Ringdal, 2001).

3.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet viser som nevnt til nøyaktighet og pålitelighet i studiens data. Videre knyttes begrepet opp mot operasjonene i prosessen; hvilke data som benyttes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides. Reliabiliteten bestemmes av hvordan målingene som leder frem til tallene i datamatriksen er utført (Johannessen et al., 2010).

Målefeil kan være systematiske og tilfeldige. Tilfeldige målefeil påvirker reliabiliteten, mens systematiske påvirker validiteten. Tilfeldige feil kan være at respondenten krysser av i feil rubrikk eller i en tilfeldig rubrikk. Feil kan også oppstå ved plotting av data i matrisen (ibid).

Reliabilitet kan undersøkes på flere måter, men særlig de tre aspektene stabilitet, intern konsistens og ekvivalens er av interesse ved kvantitative studier. Undersøkelser av dataenes reliabilitet angir i hvor stor grad resultatene er påvirket av tilfeldige feil (Pallant, 2013; Polit & Beck, 2014).

I denne studien vil intern konsistens måles. Begrepet innebærer i hvilken grad elementene som utgjør spørreskjemaet måler de samme underliggende egenskapene. En kan på denne måten se hvordan elementene henger sammen. Den mest brukte statistikken for å måle intern konsistens er coefficient alpha, også kalt Cronbach's alpha. De vanligste verdiene for reliabilitet ligger mellom 0 og 1. Ved høy overensstemmelse, tyder dette på høy reliabilitet. En

tilfredsstillende reliabilitet bør være over 0,70 (Pallant, 2013; Polit & Beck 2014).

3.3.2 Validitet

Validitet refererer til om det spørreskjemaet eller instrumentet som benyttes, måler det skjemaet er ment for å måle; det vil si hvor godt spørsmålene representerer fenomenet. Samsvar mellom det empiriske plan og teoriplanet ligger videre implisitt i begrepet (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2014).

Litteraturen skiller mellom flere former for validitet. I det følgende presenteres de formene som anses sentrale for studien. Begrepsvaliditet omhandler relasjonen mellom fenomenet som i denne studien er holdninger og hvor vidt dataene som samles inn gjennom holdningspåstandene i spørreskjemaet, representerer fenomenet på en god måte. Dette vil blant annet avhenge av operasjonaliseringen av spørreskjemaet. Intern og ekstern validitet kan sies å innebære at det er sammenheng mellom det som er målt og den konklusjonen man kommer frem til (Bjørndal & Hofoss, 2004). Flere forhold kan påvirke den interne validiteten. Ifølge Bjørndal & Hofoss (2004) har funnene ingen praktisk betydning eller overføringsverdi før disse forholdene er valide:

- Systematiske feil, såkalt bias, handler om hvordan forskeren har gått frem i sin studie innenfor forskningsdesign, metoder for målinger og gjennom datainnsamlingen, samt hvordan respondentene følges opp. Innenfor alle disse områdene kan det oppstå systematiske feil som får konsekvenser for hele studien (Bjørndal & Hofoss, 2004).
- Bakenforliggende faktorer, innebærer at den sammenhengen man er interessert i å undersøke, kan skyldes effekten av andre variabler, såkalt konfundering. Konfundering kan skape en tilsynelatende sammenheng mellom både den avhengige variabelen, som i denne oppgaven er holdningsvariabelen, og den eksponerende variabelen som studeres (eksempelvis yrkesgruppe). Ved å ikke justere for konfunderende faktorer, innebærer dette en p-verdi som ikke er valid og effekten blir således feil. For at en bakgrunnsvariabel skal anses som en mulig konfunderende variabel i denne studien, innebærer dette at det må være en signifikant forskjell i bakgrunnsvariabelen mellom de to yrkesgruppene. Videre må det være en signifikant forskjell i holdningsfaktoren mellom de ulike yrkesgruppene i bakgrunnsvariabelen (Bjørndal & Hofoss, 2004; Pallant, 2013; Johannessen et al., 2010).

- Tilfeldig variasjon, såkalt variabilitet, omhandler hvilken sannsynlighet det er for at forskjeller som fremkommer av datamaterialet, skyldes tilfeldige variasjoner i utvalget. I alle studier må man ta høyde for at data fra ett utvalg til ett annet kan variere og at denne variasjonen vil være større ved et lite utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004).

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene kan overføres i tid og rom (Johannessen et al., 2010). Før det er aktuelt å vurdere dette, må statistisk validitet være oppfylt (Johannessen et al., 2010; Bjørndal & Hofoss, 2004). Når man vurderer om resultatene kan generaliseres fra utvalget til populasjonen, er dette et spørsmål om statistisk validitet. En forutsetning for den statistiske validiteten henger blant annet sammen med svarprosent og frafall i utvalget. For å kontrollere den eksterne validiteten, kan dette gjøres ved å sammenlikne resultater fra tilsvarende studier, eller å gjennomføre den samme studien i ulike kontekster til forskjellige tidspunkt (ibid).

3.4 Datainnsamling

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien, ble som tidligere nevnt, sendt per e-post til ledere for de respektive enhetene i bydelene. I bydelene som ga tillatelse til gjennomføring, i alt 8 bydeler, ble det utnevnt navngitte kontaktpersoner. Disse mottok informasjonsskriv og spørreskjemaer per e-post, samt at spørsmål ble besvart per telefon. «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt» (vedlegg 7) med invitasjon om å delta i studien og spørreskjemaer ble tilsendt per post eller levert direkte til kontaktpersonene. Tre av kontaktpersonene insisterte på å skrive ut skjemaer på egen arbeidsplass, da de var ivrige etter å starte opp med spørreundersøkelsen og ga tilbakemelding om at de syntes dette var svært interessant og spennende.

Skjemaene ble distribuert til alle som var på jobb og fylte inklusjonskriteriene i registreringsperioden. Kontaktpersonene holdt oversikt over antall utdelte og innleverte skjemaer, slik at det ble mulig å få oversikt over antall utleverte skjemaer og frafall. Det ble ikke sendt ut purringer til respondentene, men noen av kontaktpersonene ga muntlige påminnelser underveis i registreringsperioden, samt at de oppmuntret respondentene til å svare. Innleverte skjemaer ble returnert per post eller hentet direkte av masterstudent hos kontaktpersonene.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i løpet av en 2 ukers periode i den enkelte bydel. Tidsrommet for gjennomføringen strakk seg fra 17.03-22.05.2014. Bakgrunnen for dette var tidsmessig variasjon av tillatelse til å få gjennomføre studien, samt tildeling av kontaktpersoner i de ulike bydelene. Videre var det variasjon i forhold til når kontaktpersonene i bydelene hadde anledning til å være behjelpelige med å dele ut og hente inn igjen spørreskjemaene.

Det ble totalt levert ut 418 forespørsler om deltakelse, da det som tidligere beskrevet, var dette antall respondenter som var på jobb og fylte inklusjonskriteriene i undersøkelsesperioden. Til sammen kom det inn 302 svar, noe som innebærer en total svarprosent på 72%. Av skjemaene som kom i retur ble seksten skjemaer ekskludert. Ti av skjemaene var delt ut til feil målgruppe, noe som fremkom i spørsmål 2 som hadde et åpent felt hvor respondenten selv kunne fylle ut annen utdanning. Videre ble seks skjemaer ekskludert, grunnet manglende data i form av en blank side (n=286).

3.5 Etske hensyn og overveielser

Etske hensyn dreier seg først og fremst om hvilke regler, retningslinjer og prinsipper som må avveies for om handlingene våre er rette eller gale (Carlsen, Staff & Arnesen, 2012; Johannessen et al., 2010). Etsk handler om forholdet mellom mennesker og hvordan vi kan påvirke hverandre. Forskningsetikk dreier seg på lik linje som annen etsk, om individuell og institusjonell moral. Hvordan vi påvirker hverandre vil kunne reise etske spørsmål og etske problemstillinger. Forskningsetikk har sin basis i vitenskapelig allmenmoral. Selve begrepet viser til et mangfoldig sett av normer, verdier og institusjonelle ordninger som bidrar til å opprette og regulere vitenskapelig virksomhet (ibid).

All forskning er underlagt juridiske lover og retningslinjer, samt etske prinsipper (Bjørk og Solhaug, 2008). I denne sammenheng danner Nürnbergkodeksen (1947) og Helsinki-deklarasjonen (1964) viktige prinsipper og standarder for all forskning på internasjonalt nivå. Retningslinjer fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) er retningslinjer som forskere må følge på nasjonalt nivå, på lik linje med en rekke nasjonale og internasjonale lover som er utarbeidet de senere år. På lokalt nivå har mange helseinstitusjoner opprettet egne personvernombud og de fleste har egne systemer for behandling av forskning i institusjonen/virksomheten (ibid). En god forskningsetisk praksis vil ha stor innflytelse på

samfunnets tillit til enkeltforskere, forskersamfunnet generelt og de forskningsresultater som foreligger (Carlsen et al., 2012). Innen arbeidet med å fremme en god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning er Helseforskningsloven helt sentral (ibid).

Studien er utført i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer, som nevnt overfor, samt at etiske overveielser er tatt med i betraktning gjennom hele forskningsprosessen.

Det er undersøkt om prosjektet er meldepliktig ved hjelp av en uformell test på NSD sine sider (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), 2014). Det er ikke søkt tillatelse til å gjennomføre studien gjennom NSD, da ingen personopplysninger er innhentet og det derfor ikke er mulig å identifisere respondentene. Anonymitet er ivaretatt ved at kjønn eller arbeidsplass ikke er registrert. Spørreskjemaene er hverken nummerert eller kodet. Videre er mottatte spørreskjemaer blandet før dataene ble registrert og de vil makuleres ved prosjektets planlagte avslutning i september 2015. Forespørsel om tillatelse til å få gjennomføre studien ble stilet til enhetsledere i bydelene. Kravet om konfidensialitet er ivaretatt ved at spørreskjemaene er oppbevart utilgjengelig for andre enn masterstudent og veileder. Dataene er plottet inn på privat pc og er passord-beskyttet.

Respondentene mottok et informasjonsskriv som forside sammen med spørreskjemaet. Her ble det opplyst om at det var frivillig å delta og at returnert og besvart skjema ble ansett som godkjent samtykke til deltakelse i studien. Videre fremkom nødvendig informasjon, slik at respondentene fikk anledning til å danne seg et bilde og en forståelse av studien og følgende av å delta, samt kontaktinformasjon til masterstudent og veileder.

Det synes å være liten risiko forbundet med deltakelse i studien, da det innsamlede materialet ikke er identifiserbart. Det kan oppleves eller medføre en ulempe for respondentene som må bruke noe av sin arbeidstid til å fylle ut skjemaet. Fordeler ved å identifisere respondentenes holdninger til ernæringsarbeidet kan være at det på sikt kan iverksettes tiltak som kommer respondentene, arbeidsplassen og brukerne av tjenesten til gode.

3.6 Analyse av data/statistikk

Deskriptiv statistikk er benyttet for å få en oversikt over helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende. I analyse av data ble dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Sosial Sciences) utgave 22 benyttet. Av analyser som ble utført ble

det avklart å benytte ikke-parametriske tester, da ikke alle dataene var normalfordelt. For å kvalitetssikre resultatene, ble det også utført parametriske tester som viste tilsvarende funn som ved ikke-parametriske tester (resultater ikke vist).

Sentraltendensen i helsepersonellens holdninger beskrives ved å måle median. Videre benyttes interkvartil spredning for å presentere variasjonen i materialet. Median og interkvartil spredning for total SANN-G score og for de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering) presenteres, både for det totale utvalget og for de to yrkesgruppene (sykepleiere og hjelpepleiere). For å sammenligne forskjeller i medianverdier for de ulike holdningsfaktorene (ordinalt målenivå) mellom yrkesgruppene, benyttes Mann-Whitney U Test. Videre vil prosentandelen definert til å ha positive holdninger (nominalt målenivå (dikotom)) totalt og innenfor de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering), (SANN-G >72), presenteres, både for det totale utvalget og for de to yrkesgruppene (sykepleiere og hjelpepleiere). For å sammenligne forskjeller i prosentandelen med positive holdninger mellom yrkesgruppene (nominalt målenivå (dikotom)), benyttes Pearson Chi square-test. Justering for potensielle konfunderende faktorer utføres ved bruk av lineær regresjonsanalyse.

Manglende data (missing) innenfor de 18 holdningspåstandene, blir som i originalstudien, fylt inn med medianverdiene av den enkelte respondentens svar innenfor de 18 påstandene. Av tilleggsspørsmålet som ble utformet, spørsmål 24, blir medianen av de andre respondentenes svar på dette spørsmålet satt inn ved missing. Utregning av medianen ble utført i SPSS, kontrollert manuelt som stikkprøver, samt kontrollert av veileder. Antall missing for å forkaste skjemaer ble ikke satt i forkant. Det ble derimot bestemt å forkaste skjemaer som hadde en hel blank side. Dette blir nærmere beskrevet under 4.1.1.

Tabeller over demografiske data fremstilles for å se likheter og forskjeller mellom respondentens utdanningsnivå (sykepleier versus hjelpepleier) og hvor lenge de har arbeidet i yrket. Videre gir det mulighet for å se hvor mange som har deltatt i lokalt ernæringsprosjekt siste 12 måneder, ulike aldersgrupper og stillingsbrøker.

Dataene er kvalitetssikret ved at masterstudent registrerte dataene i SPSS. Deretter ble disse kontrollert av en medhjelper, som også kjenner dataprogrammet godt. Feilregistrering ble rettet opp og kontrollert på nytt av masterstudent og medhjelper. Alle data er innelåst, og kun

masterstudent og veileder har tilgang til disse.

Det er i denne studien benyttet forskningsspørsmål som søker å finne forskjeller mellom to ulike yrkesgrupper. For å kunne angi om resultatene skyldes tilfeldigheter, angis statistisk signifikans. Grensen for statistisk signifikans i studien er satt til 5% ($p < 0,05$).

Utgangspunktet for signifikanstesting er nullhypotesen (H_0), som innebærer at det ikke er forskjell mellom gruppene (Bjørndal & Hofoss, 2004). Dette betyr da at ved en p-verdi på $> 0,05$ ses ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Ved en p-verdi på $< 0,05$ anses forskjellen mellom gruppene som signifikante, (H_1), og nullhypotesen kan forkastes (ibid).

4.0 RESULTATER

I det følgende presenteres resultatene⁹ fra spørreundersøkelsen. Først presenteres en oversikt over fremgangsmåte og fordeling av bydeler og respondenter. Videre presenteres demografiske data (erfaring, aldersgruppe, stillingsbrøk og prosjektarbeid) for respondentene, med respektive p-verdier for sammenligning av de to yrkesgruppene, sykepleiere og hjelpepleiere. De demografiske dataene for henholdsvis sykepleiere og hjelpepleiere presenteres også grafisk.

For å få svar på forskningsspørsmålene presenteres først medianverdiene for holdninger totalt og innenfor underkategoriene hos det totale utvalget og for de to yrkesgruppene, med respektive p-verdier for sammenlikning av de to yrkesgruppene. Videre presenteres prosentandel med positive holdninger for holdninger totalt og innenfor underkategoriene, med respektive p-verdier for sammenlikning av de to yrkesgruppene. Avslutningsvis presenteres resultatene av tilleggsspørsmålet som ble utformet.

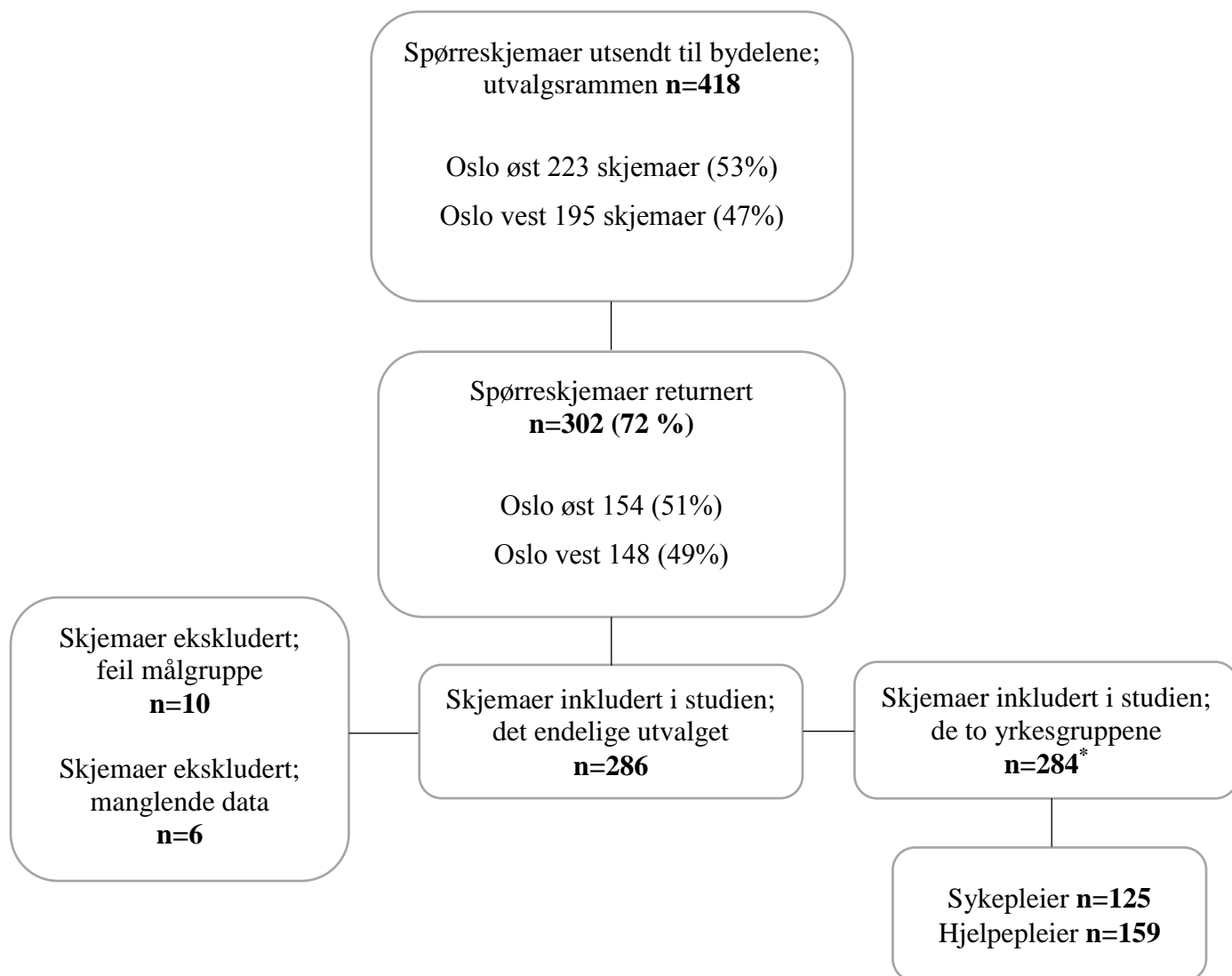
4.1 Beskrivelse av utvalget

4.1.1 Fordeling av bydeler og respondenter

Som tidligere beskrevet, ble tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelsen gitt i åtte av fjorten forespurte bydeler i Oslo kommune. Oslo vest representeres av bydel Ullern, St. Hanshaugen, Nordre- og Vestre Aker. Videre blir Oslo øst representert av bydel Stovner, Østensjø, Sagene og Alna. Dette medfører at det er en jevn fordeling av bydeler i kommunen. Som det fremkommer av figur 4.1.1, ble det totalt sendt ut 418 spørreskjemaer, hvorav 195 skjemaer (47 %) til bydelene i Oslo vest og 223 skjemaer (53 %) til bydelene i Oslo øst.

⁹ Resultater som presenteres som prosentandeler, er avrundet

Figur 4.1.1 Studiens utvalg



Totalt deltok 302 respondenter i studien, noe som gir en svarprosent på 72%. 148 av respondentene (49 %) representerer Oslo vest. Resterende 154 (51 %), representerer Oslo øst og sørger derfor for en jevn fordeling mellom øst og vest i kommunen. Mellom de ulike bydelene, varierer svarprosenten fra 48 % til 94 % (ikke vist i figuren) og svarprosenten for Oslo øst og Oslo vest, var på henholdsvis 76 % (vest) og 69 % (øst).

* To skjemaer manglet informasjon om yrkesgruppe

Av de 302 respondentene som deltok, unnlot seks av disse å svare på en hel side og ble derfor ekskludert fra studien. Videre ble ti skjemaer ekskludert, da de var besvart av feil målgruppe. Av skjemaene inkludert i analysene, $n=286$, var det seks respondenter som ikke hadde krysset av på bakgrunnsvariablene (ikke vist i tabellen). Av holdningspåstandene var det krysset av i to ruter ved samme spørsmål på fjorten av påstandene totalt. Disse ble erstattet av medianverdier, som beskrevet under 3.6. Det vil derfor ikke opereres med manglende data av disse elementene. Videre var tjue ni påstander helt blanke. Tjuefem av respondentene manglet svar på en påstand. Seks av respondentene manglet to svar og to respondenter manglet tre svar.

Avslutningsvis ses av figur 4.1.1 at 286 skjemaer utgjør det totale utvalget ($n=286$) og 284 skjemaer utgjør de to yrkesgruppene ($n=284$), da to respondenter ikke oppgav yrkesgruppe. Med bakgrunn i dette vil det i det videre skilles mellom det totale utvalget (markert med lilla) og de to yrkesgruppene; sykepleiere (markert med blått) og hjelpepleiere (markert med grønt).

4.1.2 Demografiske data for det totale utvalget og de to yrkesgruppene sykepleiere og hjelpepleiere

En oversikt over demografiske data, heretter kalt bakgrunnsvariabler, er skissert i tabell 4.1.2. Tabellen skiller mellom det totale utvalget og de to yrkesgruppene.

Som tidligere nevnt fremkommer det at 284 krysset av på hvilken yrkesgruppe de tilhørte. Av tabell 4.1.2 viser det seg at noen flere hjelpepleiere (56 %) deltok i studien enn sykepleiere (44 %).

Tabell 4.1.2 Demografiske data for det totale utvalget og de to yrkesgruppene

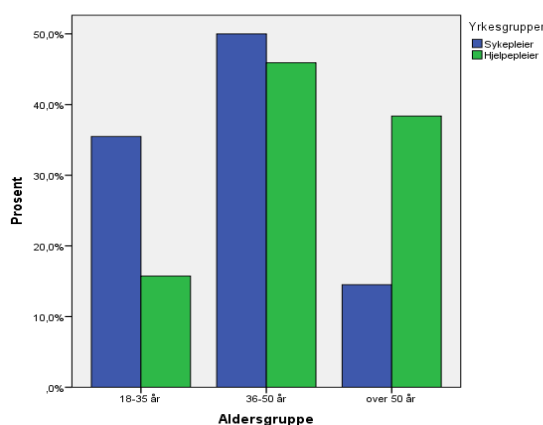
Bakgrunnsvariabler	Det totale utvalget Antall (%)	Sykepleier Antall (%)	Hjelpepleier Antall (%)	Missing Antall	Totalt n=286 Antall	p-verdi ¹
Yrkesgruppe	284 (99)	125 (44)	159 (56)	2	284	
Aldersgruppe						
18-35 år	70 (25)	44 (36)	25 (16)	1	285	< 0.001
36-50 år	136 (48)	62 (50)	73 (46)			
Over 50 år	79 (28)	18 (15)	61 (38)			
Erfaring						
Under 2 år	20 (7,0)	18 (14)	2 (1)	0	286	< 0.001
2-5 år	34 (12)	22 (18)	11 (7)			
5-10 år	49 (17)	21 (17)	27 (17)			
10-15 år	68 (24)	25 (20)	43 (27)			
Over 15 år	115 (40)	39 (31)	76 (48)			
Stillingsbrøk						
100-80 %	236 (83)	108 (86)	127 (80)	1	285	0,537
79-50 %	38 (13)	13 (10)	25 (16)			
49-21 %	4 (1)	2 (2)	2 (1)			
Under 20 %	7 (3)	2 (2)	4 (3)			
Prosjekt siste 12 måneder						
Ja	99 (35)	41 (33)	57 (36)	2	284	0,539
Nei	185 (65)	84 (67)	100 (64)			

¹ Pearson Chi square-test for å sammenligne forskjeller i prosentandeler for de ulike

bakgrunnsvariablene mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Signifikante p-verdier er markert i tykk font.

For to av bakgrunnsvariablene ses av tabell 4.1.2 en signifikant forskjell mellom yrkesgruppene. De ulike variablene blir fremstilt og beskrevet fortløpende i det videre hver for seg.

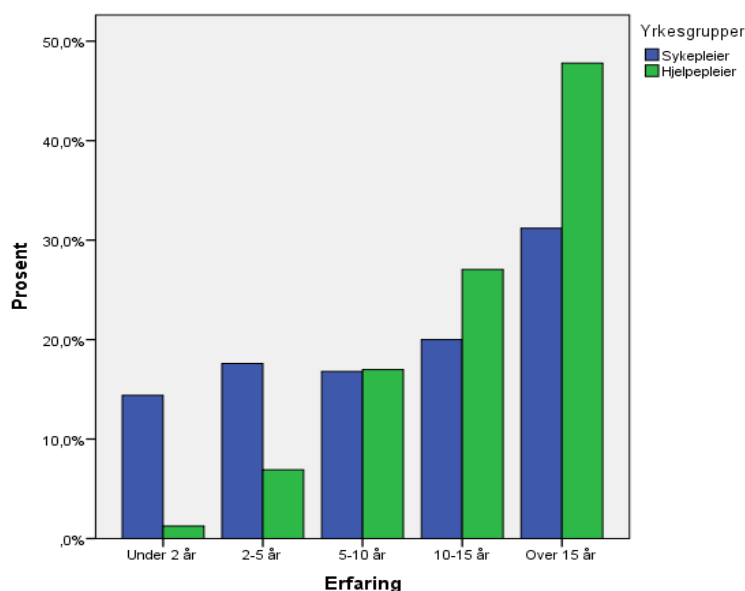
Figur 4.1.2 a) Ulike aldergrupper i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen



Det ses at omkring halvparten (48 %) av det totale utvalget er i aldersgruppen 36-50 år, 25 % er i aldersgruppen 18-35 år og 28 % er i aldersgruppen over 50 år. Av yrkesgruppene tilhører henholdsvis 50 % sykepleiere og 46 % hjelpepleiere aldersgruppen 35-50 år. I de andre to aldersgruppene ses en større variasjon, hvorav 36% sykepleiere er mellom 18-35 år, mens kun 25 % hjelpepleierne faller inn under denne aldersgruppen. Av respondenter over 50 år viser det seg at 15 % av sykepleiere tilhører denne kategorien, mens hele 28 % av hjelpepleierne faller inn under her. En av respondentene har ikke krysset av for aldersgruppe. Prosentvis fremstilling er illustrert i figur 4.1.2 a). Pearson Chi square-test gir en p-verdi på <0,001, noe som tyder på at det er signifikante forskjeller mellom aldersgruppene innenfor yrkesgruppene.

Aldersgruppe kan med det være en mulig konfunderende faktor, dersom det er signifikante forskjeller mellom yrkesgruppenes holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering). Dette tas videre opp igjen under 4.2.1.1 og 4.2.2.1.

Figur 4.1.2 b) Erfaring i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen

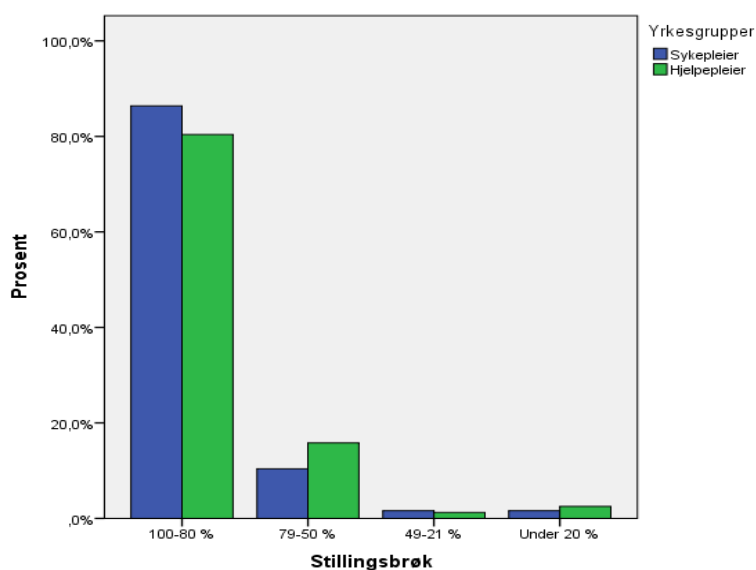


Når det kommer til erfaring, viser tabell 4.1.2 at den største prosentandelen (40 %) av det totale utvalget har arbeidet i over 15 år. Dersom man slår sammen tallene i erfaringsgruppene under 2 år og fra 2-5 år, ses at 19 % har mindre enn 5 års erfaring. Ved å slå sammen de samme gruppene og videre skille mellom yrkesgruppene, viser tallene at 32 % av

sykepleierne sammenlignet med 8 % av hjelpepleierne har arbeidet i under 5 år. Videre viser tallene i tabell 4.1.2 at 81 % av det totale utvalget har arbeidet i 5 år eller mer og at 64 % har arbeidet i 10 år eller mer. Hjelpepleiere som har arbeidet i over 5 og 10 år utgjør henholdsvis 93 % og 75 % sammenlignet med sykepleiere som utgjør 68 % og 51 %, det vil si at hjelpepleiere i større grad enn sykepleiere har lengre erfaring. Prosentvis fremstilling er illustrert i figur 4.1.2 b).

Pearson Chi square-test gir en p-verdi på <0,001 og antyder signifikante forskjeller mellom yrkesgruppens erfaring. Variabelen kan dermed være en mulig konfunderende faktor, på samme måte som aldersgruppe, dersom det er signifikante forskjeller mellom yrkesgruppens holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering). Dette tas videre opp igjen under 4.2.1.1 og 4.2.2.1.

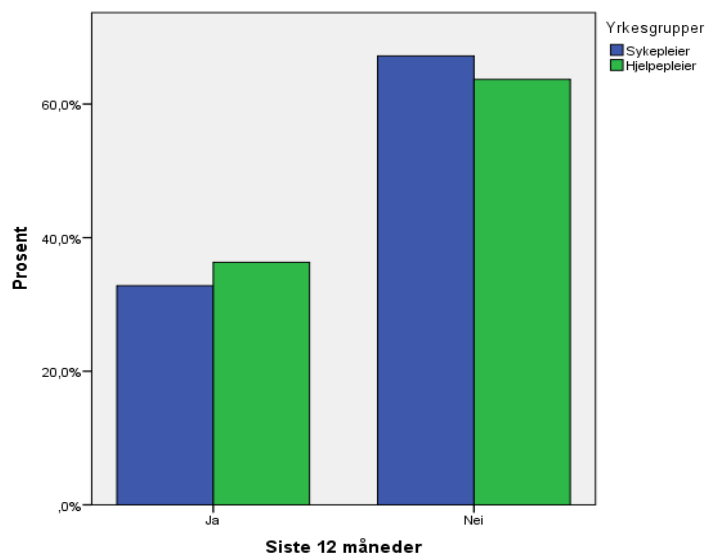
Figur 4.1.2 c) Stillingsbrøk i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen



Når det gjelder stillingsbrøk, ses av tabell 4.1.2 at størstedelen av det totale utvalget (83 %) arbeider mellom 80 og 100 % stilling. Dette gjelder også for de to yrkesgruppene, hvorav noen flere sykepleiere (86 %) enn hjelpepleiere (80 %) har større stillingsbrøk. Videre arbeider 13 % av respondentene 79–50 % stilling, hvorav noen flere hjelpepleiere (16 %) enn sykepleiere (10 %). En av respondentene har ikke krysset av for stillingsbrøk. Prosentvis

fremstilling er illustrert i figur 4.1.2 c). Pearson Chi square-test gir en p-verdi på 0,537, og antyder ingen signifikante forskjeller mellom yrkesgruppens stillingsbrøk.

Figur 4.1.2 d) Prosjektarbeid siste år i henholdsvis sykepleier- og hjelpepleiergruppen



Avslutningsvis viser tabell 4.1.2 at 35 % av det totale utvalget har deltatt i ernæringsprosjekt på sin arbeidsplass det siste året. Av sykepleiergruppen deltok 33 % og av hjelpepleiergruppen deltok 36 %. To av respondentene krysset ikke av på dette spørsmålet. Prosentvis fremstilling er illustrert i figur 4.1.2 d). Pearson Chi square-test gir en p-verdi på 0,539 og antyder ingen signifikante forskjeller mellom yrkesgruppens deltakelse hva angår prosjektarbeid.

4.2 Utvalgets holdninger til ernæringsarbeid; sykepleiere versus hjelpepleiere

I det videre presenteres først holdninger som medianverdi med relevante statistiske tester for å se etter signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene. Dette beskrives nærmere under 4.2.1. Under 4.2.1.1 justeres det for mulige konfunderende faktorer. Deretter settes en cut-off verdi, det vil si en dikotomisering av variablene, på lik linje som i studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007). Det utføres relevante statistiske tester for å se etter signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene. Dette er beskrevet nærmere under 4.2.2.

4.2.1 Holdninger til ernæringsarbeid; medianverdier

Totalskår. Av tabell 4.2.1 ses at medianverdien for det totale utvalgets totalskår er 72. Første kvartil er 62 og tredje kvartil er 79. Sykepleiergruppen har en medianverdi på 75, første kvartil er 67 og tredje kvartil er 81. Medianverdien for hjelpepleiere er 69. Første kvartil er 60 og tredje kvartil er 76. Mann-Whitney U test gir en p-verdi på $< 0,001$ og indikerer signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, det vil si at sykepleierne skårer signifikant høyere enn hjelpepleierne på totalskår. Justert p-verdi ved lineær regresjonsanalyse er fremdeles $< 0,001$ jamfør tabell 4.2.1.1 **Totalskår.**

Tabell 4.2.1 Medianverdier av holdninger totalt og innenfor underkategoriene, hos det totale utvalget og de to yrkesgruppene

Underkategorier (min-maks skår)	Det totale utvalget (n=286)	Sykepleier (n=125)	Hjelpepleier (n=159)	p-verdi ¹	p-verdi ²
Totalskår (25-90)	72 (62,79)	75 (67,81)	69 (60,76)	< 0,001	< 0,001
<u>Normer</u> (5-25)	19 (15,22)	20 (18,22)	17 (14,21)	< 0,001	
<u>Vaner</u> (4-20)	17 (14,19)	17 (15,19)	17 (14,19)	0,417	
<u>Vurdering</u> (4-20)	15 (11,17)	16 (12,18)	14 (11,17)	0,011	0,036
<u>Intervensjon</u> (3-15)	13 (12,14)	14 (12,15)	13 (11,14)	0,002	
<u>Individualisering</u> (2-10)	9 (7,10)	9 (8,10)	8 (6,10)	0,005	

Holdninger presenteres som median (Q1, Q3).

¹ Mann-Whitney U Test, for å sammenligne forskjeller i medianverdier for de ulike holdningsfaktorene mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Signifikante p-verdier er markert i tykk font.

² Justering med lineær regresjonsanalyse. Signifikante p-verdier er markert i tykk font. Se 4.2.1.1

Normer. Medianverdien for det totale utvalget for skår på normer er 19. Første kvartil er 15 og tredje kvartil 22. Medianverdien for sykepleiere er 20, første kvartil er 18 og tredje kvartil 22. Hos hjelpepleiere er medianen 17. Første kvartil er 14 og tredje kvartil er 21. Mann-Whitney U test gir en p-verdi på $< 0,001$, noe som tyder på at det er signifikante forskjeller

mellom yrkesgruppenes holdninger, det vil si at sykepleiere skårer signifikant høyere enn hjelpepleiere på normer.

Vaner. Det totale utvalget har en medianverdien på 17. Første kvartil er 14, tredje kvartil er 19. Sykepleiere har en medianverdi på 17. Første kvartil er 15 og tredje kvartil er 19. Hjelpepleiere har en medianverdi på 17. Første kvartil er 14 og tredje kvartil er 19. Av tallene ses at begge yrkesgruppene har relativt like verdier og at det dermed ikke er noen forskjeller mellom gruppene innen underkategoriene vaner. Dette bekreftes av Mann-Whitney U test som gir en p-verdi på 0,417 og indikerer at det ikke er signifikante forskjeller mellom yrkesgruppenes holdninger i denne underkategorien.

Vurdering. Medianverdien for det totale utvalget er 15. Første kvartil er 11 og tredje kvartil 17. Medianverdien for sykepleiere er 16. Første kvartil 12 og tredje kvartil 18. Hjelpepleiere har en medianverdi på 14. Første kvartil er 11 og tredje kvartil 17. Mann-Whitney U test viser en p-verdi på 0,011 og antyder dermed signifikante forskjeller mellom yrkesgruppenes holdninger innen underkategorien vurdering, det vil si at sykepleiere skårer signifikant høyere enn hjelpepleiere på vurdering. Justert p-verdi ved lineær regresjonsanalyse er 0,036 og antyder at det fremdeles er signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, jamfør tabell 4.2.1.1 Vurdering.

Intervensjon. For det totale utvalget er medianverdien 13. Første kvartil er 12 og tredje kvartil 14. Sykepleiere har en medianverdi på 14. Første kvartil er 12 og tredje kvartil er 15. Hjelpepleiere har en medianverdi på 13, første kvartil er 11 og tredje kvartil er 14. Mann-Whitney U test gir en p-verdi på 0,002, noe som antyder signifikante forskjeller mellom yrkesgruppenes holdninger innen underkategorien intervensjon, det vil si at sykepleiere skårer signifikant høyere enn hjelpepleiere på intervensjon.

Individualisering. Medianverdien for det totale utvalget er 9. Første kvartil er 7 og tredje kvartil 10. For sykepleiere er medianverdien 9. Første kvartil er 8 og tredje kvartil er 10. Hjelpepleiere har en medianverdi på 8. Første kvartil er 6 og tredje kvartil er 10. Mann-Whitney U test gir en p-verdi på 0,005, noe som tyder på at det er signifikante forskjeller

mellom yrkesgruppene holdninger innen underkategorien individualisering, det vil si at sykepleiere skårer signifikant høyere enn hjelpepleiere på individualisering.

4.2.1.1 Konfundering. Som nevnt under 3.6 må det sjekkes og eventuelt justeres for mulige konfunderende faktorer. De ulike bakgrunnsvariablene (de potensielle konfunderende variablene) vil bli behandlet individuelt.

Aldergruppe. Fra tabell 4.1.2 ses en signifikant forskjell i aldersgruppedelingen i de to yrkesgruppene (p-verdi på <0,001). Dette betyr at det ene kravet til konfundering er tilstede, jmfør beskrivelse av konfundering under 3.3.2. For å kontrollere om aldergruppe kan være en konfunderende faktor, ble det derfor testet ved bruk av Kruskal Wallis H-test om noen av holdningsvariablene var signifikant forskjellig i de ulike aldersgruppene (tabell 4.2.1.1). Av p-verdiene fremkommer det at det hverken innenfor holdninger totalt eller innen de ulike underkategoriene oppnås signifikante funn. Variabelen aldergruppe kan dermed ikke være med på å påvirke sammenhengen mellom forskjellene i de to yrkesgruppene.

Tabell 4.2.1.1 Kontroll av aldergruppe som mulig konfunderende faktor

Bakgrunnsvariabel	p-verdi for forskjell i aldersgruppedeling mellom yrkesgruppene ¹	p-verdi for forskjell i median i holdningsvariablene mellom de ulike aldersgruppene ²
Aldergruppe	< 0.001	Totalskår p-verdi: 0,787 <u>Normer</u> p-verdi: 0,397 <u>Vurdering</u> p-verdi: 0,253 <u>Intervensjon</u> p-verdi: 0,518 <u>Individualisering</u> p-verdi: 0,414

¹Pearson Chi-square-test

²Kruskal Wallis H-test.

Erfaring. Fra tabell 4.1.2 ses en signifikant forskjell i erfaringsfordelingen i de to yrkesgruppene (p-verdi på <0,001). Dette betyr da at det ene kravet til konfundering er tilstede. For å kontrollere om erfaring kan være en konfunderende faktor, ble det derfor testet ved bruk av Kruskal Wallis H-test om noen av holdningsvariablene var signifikant forskjellig i de ulike erfaringsgruppene (tabell 4.2.1.2). Fra tabellen ses at p-verdiene for underkategoriene normer, intervensjon og individualisering ikke viser signifikante funn. Av p-verdiene mellom yrkesgruppene innenfor **totalskår** og underkategorien vurdering

fremkommer det imidlertid signifikante forskjeller. Dette medfører at begge kravende til konfundering er innfridd og det må utføres en lineær regresjonsanalyse. For å kontrollere om de signifikante forskjellene funnet i disse holdningsvariable mellom yrkesgruppene kan skyldes forskjellen i erfaring, ble det utført en lineær regresjonsanalyse. Ved lineær regresjonsanalyse oppnås fremdeles signifikante p-verdier mellom yrkesgruppene hva angår **totalskår** (ny p-verdi = < 0,001) og underkategorien vurdering (ny p-verdi = 0,036), noe som antyder at forskjellen i de to yrkesgruppene ikke kan skyldes forskjeller i erfaring.

Tabell 4.2.1.2 Kontroll av erfaring som mulig konfunderende faktor

Bakgrunnsvariabel	p-verdi for forskjell i erfaringsfordeling mellom yrkesgruppene ¹	p-verdi for forskjell i median i holdningsvariablene mellom de ulike erfaringsundergruppene ²
Erfaring	< 0.001	Totalskår p-verdi: 0,047 Normer p-verdi: 0,224 <u>Vurdering</u> p-verdi: 0,021 Intervensjon p-verdi: 0,105 Individualisering p-verdi: 0,489

¹Pearson Chi-square-test

²Kruskal Wallis H-test. Signifikante p-verdier er markert i tykk font.

4.2.2 Prosentandeler med positive holdninger til ernæringsarbeid

Skår i spørreskjemaet kan variere fra 18 poeng (mest negative holdninger) til 90 poeng (mest positive holdninger). En totalskår på 72 poeng eller mer reflekterer positive holdninger og indikerer at respondentene skårer fire poeng eller mer i snitt på alle holdningspåstandene. Der hvor respondenter skårer under 72 poeng, vil resultatet betegnes som ikke positive holdninger. En totalskår på mindre enn 54 poeng indikerer at respondentene har skåret under tre poeng i snitt på alle påstandene og reflekterer en negativ holdning. Kun de positive holdningene presenteres i det følgende. Elementene (18 spørsmål) i SANN-G skala, samt hvilke underkategorier de tilhører er skissert i tabell 3.2.2

Av tabell 4.2.2 ses at 50% av det totale utvalget skårer positive holdninger på **totalskår**. Av de to yrkesgruppene, skårer 62 % av sykepleiere og 41 % av hjelpepleiere positive holdninger. Prosentfordelingene mellom gruppene er illustrert i figur 4.2.2. I likhet med Mann-Whitney U test som ble benyttet for medianverdiene, viser Pearson Chi square-test en p-verdi på 0,001 og indikerer signifikante forskjeller mellom gruppene.

Tabell 4.2.2 Prosentandeler med positive holdninger

Underkategorier	Minimum skår for positive holdninger	Det totale utvalget n=286 Antall (%)	Sykepleier n=125 Antall (%)	Hjelpepleier n=159 Antall (%)	p-verdi ¹	p-verdi ²
Totalskår	72	144 (50)	77 (62)	65 (41)	0,001	
<u>Normer</u>	20	130 (46)	72 (58)	56 (35)	< 0,001	
<u>Vaner</u>	16	194 (68)	86 (69)	106 (67)	0,703	
<u>Vurdering</u>	16	119 (42)	63 (50)	54 (34)	0,005	
<u>Intervensjon</u>	12	216 (76)	104 (83)	111 (70)	0,009	0,004
<u>Individualisering</u>	8	196 (69)	96 (77)	98 (62)	0,006	

Positive holdninger presenteres som prosentandeler (%).

¹Pearson Chi square-test, for å sammenligne forskjell i prosentandeler for de ulike holdningsfaktorene mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

² Justering med lineær regresjonsanalyse. Signifikante p-verdier er markert i tykk font.

Innenfor underkategorien normer skårer 46 % av det totale utvalget positive holdninger.

Mellom yrkesgruppene fordeler det seg slik at 58 % av sykepleiere og 35 % av hjelpepleiere skårer positive holdninger. Som ved medianverdiene, viser også her Pearson Chi square-test signifikante forskjeller mellom gruppene med en p-verdi på < 0,001.

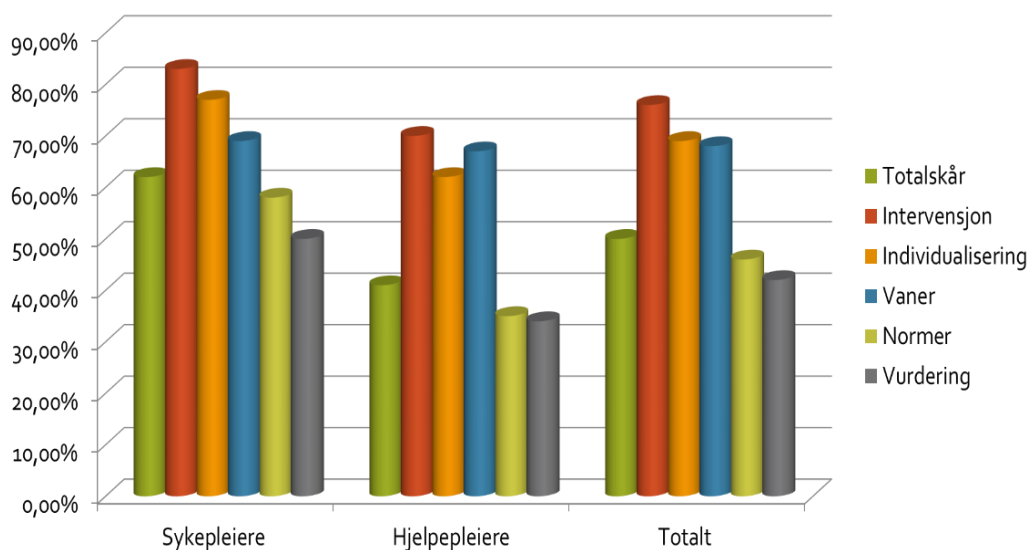
Under vaner, skårer 68 % av det totale utvalget positive holdninger. Av sykepleiere skårer 69 % positive holdninger sammenlignet med 67 % av hjelpepleiere. Som medianverdiene også viser er disse gruppene ganske jevne. Det bekreftes også her av Chi square-test med en p-verdi på 0,703, at det ikke er signifikante forskjeller mellom gruppene.

Den underkategorien som færrest respondenter skårer positive holdninger på, er vurdering. Av det totale utvalget skårer 42 % positive holdninger. Mellom yrkesgruppene ses at 50 % av sykepleiere og 34 % av hjelpepleiere skårer positive holdninger i underkategorien vurdering. Som av signifikanstesting av medianverdien, viser også her Chi square-test signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene med en p-verdi på 0,005.

Intervensjon er den underkategorien flest respondenter skårer positive holdninger til. Hele 76 % av det totale utvalget skårer fire poeng eller mer, noe som også fremkommer av medianverdien. Av sykepleiere skårer 83 % positive holdninger sammenlignet med 70 % av hjelpepleiere. Chi square-test gir en p-verdi på 0,009 og indikerer, som Mann-Whitney U test, signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene. Justering av p-verdi ved lineær regresjonsanalyse gir en ny p-verdi på 0,004 og antyder dermed fremdeles signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, jamfør tabell 4.2.2.1 Aldersgruppe.

I den siste underkategorien individualisering skårer 69 % av det totale utvalget positive holdninger. Av sykepleiere skårer 77 % positive holdninger sammenlignet med 62 % av hjelpepleiere. Det er også i denne underkategorien signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, hvor Chi square-test har en p-verdi på 0,006.

Figur 4.2.2 Histogram som viser prosentandeler med positive holdninger totalt og innen de ulike underkategoriene for henholdsvis sykepleiere og hjelpepleiere



Både ved å se på holdningsskårene som en kontinuerlig variabel (medianverdier) eller ved å sette cut-off verdi (dikotom variabel), oppnås signifikante funn for de samme holdningsvariablene. Dette anses som en styrke i funnene av denne studien.

4.2.2.1 Konfundering. Slik det ble utført kontroll av medianverdier under 4.2.1.1, sjekkes det også her og justeres eventuelt for mulige konfunderende faktorer.

Aldersgruppe. Fra tabell 4.1.2 ses en signifikant forskjell i aldersgruppedelingen i de to yrkesgruppene (p-verdi på <0,001) og dermed er det ene kravet til konfundering tilstede. Kruskal Wallis H-test ble gjennomført for å se om noen av holdningsvariablene var signifikant forskjellig i de ulike aldersgruppene (tabell 4.2.2.1). Fra tabellen ses ingen signifikante funn av p-verdiene for positive holdninger totalt, eller for positive holdninger innenfor underkategoriene normer, vurdering og individualisering. Av p-verdiene mellom yrkesgruppene innenfor positive holdninger i underkategorien intervensjon, fremkommer det imidlertid signifikante forskjeller og begge kravene til konfundering er innfridd. Ved lineær regresjonsanalyse oppnås fremdeles signifikante p-verdier mellom yrkesgruppene hva angår underkategorien intervensjon (ny p-verdi = 0,004), noe som antyder at forskjellen i de to yrkesgruppene ikke kan skyldes forskjeller i aldersgruppe.

Tabell 4.2.2.1 Kontroll av aldersgruppe som mulig konfunderende faktor

Bakgrunnsvariabel	p-verdi for forskjell i aldersgruppedeling mellom yrkesgruppene ¹	p-verdi for forskjell i cut-off i holdningsvariablene mellom de ulike aldersgruppene ²
Aldersgruppe	< 0.001	Totalskår p-verdi: 0,968 <u>Normer</u> p-verdi: 0,491 <u>Vurdering</u> p-verdi: 0,338 <u>Intervensjon</u> p-verdi: 0,048 <u>Individualisering</u> p-verdi: 0,346

¹Pearson Chi-square-test

²Kruskal Wallis H-test. Signifikante p-verdier er markert i tykk font.

Erfaring. Fra tabell 4.1.2 ses en signifikant forskjell i erfaringsfordelingen i de to yrkesgruppene (p-verdi på <0,001) og det ene kravet til konfundering er tilstede. Kruskal Wallis H-test ble benyttet for å se om noen av holdningsvariablene var signifikant forskjellig i de ulike erfaringsgruppene (tabell 4.2.2.2). Fra tabellen ses ingen signifikante funn av p-verdiene for positive holdninger totalt eller positive holdninger innen de ulike underkategoriene. Variabelen erfaring kan dermed ikke være med på å påvirke sammenhengen mellom forskjellene i de to yrkesgruppene.

Tabell 4.2.2.2 Kontroll av erfaring som mulig konfunderende faktor

Bakgrunnsvariabel	p-verdi for forskjell i erfaringsfordeling mellom yrkesgruppene ¹	p-verdi for forskjell i median i holdningsvariablene mellom de ulike erfaringsundergruppene ²
Erfaring	< 0.001*	Totalskår p-verdi: 0,288 <u>Normer</u> p-verdi: 0,160 <u>Vurdering</u> p-verdi: 0,086 <u>Intervensjon</u> p-verdi: 0,206 <u>Individualisering</u> p-verdi: 0,383

¹Pearson Chi-square-test

²Kruskal Wallis H-test.

4.3 Tilleggsspørsmål; å sitte sammen med brukeren/pasienten under måltidet – «medspising»

Som beskrevet under 3.2.1, ble det utformet et tilleggsspørsmål i spørreskjemaet: «Det har ingen hensikt å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet», da det vil være av interesse å vite om helsepersonell er positive til dette. Spørsmålet behandles alene, da det ikke har noen sammenheng med den originale SANN-G skalaen.

4.3.1 Prosentandeler med positivitet til medspising

Resultatene presenteres i prosentandeler. Det settes en cut-off verdi på fire, som er definert av masterstudent, på samme måte som i studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007). Dette innebærer at en totalskår på 4 poeng eller mer gir en pekepinn om positivitet til medspising. Det utføres relevante statistiske tester for å se etter signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene.

Tabell 4.3.1 viser at 91 % av det totale utvalget er positive til medspising. Av sykepleiere er 95 % positive sammenlignet med 87 % av hjelpepleiere. Prosentvis fremstilling er illustrert i figur 4.3.2. Pearson Chi square-test gir en p-verdi på 0,016 og indikerer signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, det vil si at sykepleiere skårer signifikant høyere enn hjelpepleiere.

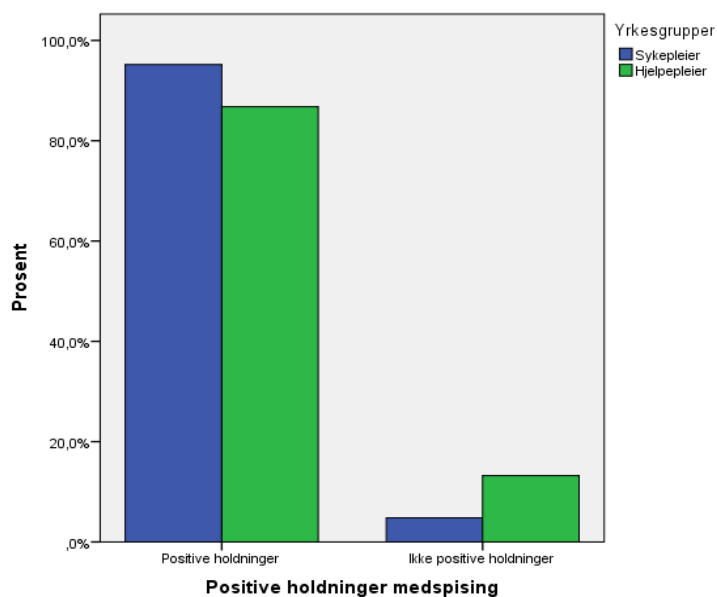
Tabell 4.3.1 Prosentandeler med positivitet til medspising

Tilleggs- spørsmål	Minimum skår for positivitet	Det totale utvalget n=286 Antall (%)	Sykepleier n=125 Antall (%)	Hjelpepleier n=159 Antall (%)	p- verdi ¹
«Medspising»	4	259 (91)	119 (95)	138 (87)	0,016

Positivitet til medspising presenteres som prosentandeler (%).

¹Pearson Chi square-test, for å sammenligne forskjell i prosentandeler for tilleggsspørsmålet mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

Figur 4.3.2 Histogram som viser prosentandeler med positivitet til medspising for henholdsvis sykepleiere og hjelpepleiere



5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er todelt og vil følgelig ta for seg metodediskusjon hvor aspekter ved studiens design, instrumentets styrker og svakheter, samt valg av statistiske metoder vil diskuteres. Videre vurderes reliabilitet og validitet. I resultatdiskusjonen, vil studiens funn diskuteres i forhold til forskningsspørsmål og problemstilling. Funnene sammenlignes med studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007) og diskuteres i lys av det teoretiske rammeverket og andre studier.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Design og metode

Kvantitativ metode utført som en tverrsnittsstudie, såkalt survey-design, ble benyttet for å undersøke helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Valg av design ble foretatt med bakgrunn i problemstillingen, da det er spørsmålet som avgjør hvilket design som skal benyttes (Bjørndal & Hofoss, 2004). En kvalitativ tilnærming til problemstillingen kunne vært aktuelt å gjennomføre og interessant å utforske, da dette ville gitt dybde og en mer nyansert og detaljert informasjon om fenomenet. For en grundigere sammenheng av helsepersonellens holdninger ville dette vært ideelt for en videreføring av de resultatene som presenteres i denne studien. Noe av årsaken til at valget falt på kvantitativ metode, var for å kunne beskrive status og utbredelse innenfor et til dels lite utforsket område generelt og også i Norge da holdninger gjennom andre studier har vist seg å spille en sentral rolle for å forebygge og behandle ernæringsproblemer. Fordelen av å samle inn informasjon ved hjelp av spørreskjemaer i en til dels stor gruppe på ett gitt tidspunkt, er at det gis mulighet til å presisere eller avklare problemområder som kan tas i betraktning i videre planlegging og arbeid innenfor ernæringsarbeidet i kommunen, og dermed føre til en utvikling av tjenestetilbudet. Det viste seg også at design og metode for studien egnet seg godt, da svarprosenten var høy.

Et faremoment med metoden som er benyttet, er at det ikke fremkommer om det er samsvar mellom det respondentene svarer og hva de virkelig mener. Videre fremkommer det ikke om de handler ut i fra hvilke holdninger de innehar.

Ved å benytte kvantitativ metode, gir dette forskeren en større avstand til feltet enn ved en kvalitativ tilnærming. Det var naturlig å ekskludere den bydelen hvor masterstudenten arbeidet på det aktuelle tidspunktet, nært knyttet til ansatte i hjemmesykepleien. På denne måten ble det unngått at forskeren påvirket svarene eller svarprosenten i studien.

5.1.2 Utvalg

Det ble foretatt et strategisk utvalg av bydeler i Oslo kommune for jevn fordeling mellom øst og vest. Som tidligere beskrevet, ble de resterende bydeler forespurt for å oppnå en jevn fordeling mellom øst og vest. Som det fremkommer av figur 4.1.1, deltok åtte bydeler (57%) i studien. Dermed ble det et frafall av seks bydeler. Dette kan ha ulike årsaker. Tre av bydelene oppgav at de manglet kapasitet til å delta, da den ene bydelen var i en omorganisering og de andre to bydelene hadde pågående prosjekter og spørreundersøkelser. De tre resterende bydelene ga ingen respons, til tross for at det ble purret per e-post. Det ble videre forsøkt oppnådd kontakt per telefon, som resulterte i kontakt med en bydel. Det ble lovet en tilbakemelding uten at dette forelå. Dette kan oppfattes som manglende interesse eller at det forelå andre hindringer. De to resterende bydelene hvor kontakt ikke ble oppnådd, kan skyldes at forespørselen ikke kom frem til riktig person. Det kan også her tenkes at det var hindringer for deltakelse eller en manglende interesse.

Grupperinger i byområder i Oslo, viser at tre av bydelene tilhører ytre vest (Ullern, Nordre- og Vestre Aker), og en bydel tilhører indre vest (St. Hanshaugen). Videre tilhører tre av bydelene ytre øst (Stovner, Østensjø og Alna) og en bydel indre øst (Sagene). Totalt deltok fire bydeler fra Oslo Vest og fire bydeler fra Oslo Øst. Til tross for frafall av seks bydeler, ble det i studien oppnådd en jevn fordeling av bydeler mellom Oslo øst og Oslo vest. Ved utregning av svarprosenten mellom Oslo øst og Oslo vest, fremkommer det at 51% representerer respondenter fra Oslo Øst og resterende 49% representerer Oslo Vest. En total vurdering av frafallet i bydeler, ser dermed ikke ut til å gå ut over validiteten i studien. En jevn fordeling mellom bydelene med omtrent lik svarprosent indikerer at studiens funn er godt representative for Oslo kommune og må anses som en styrke. Til tross for dette, er bydelene ulike og det anses som en svakhet at ikke alle bydelene deltok.

Utvalget bestod totalt av 418 sykepleiere og hjelpepleiere. Disse ble plukket ut ved at de fylte inklusjonskriteriene og at de var på jobb i registreringsperioden, som var satt til to uker. I noen av bydelene ble registreringsperioden forlenget med inntil en uke, noe som medførte

flere returnerte spørreskjemaer. Det kan dermed antas at en forlengelse av registreringsperioden kunne medført en høyere svarprosent. På en annen side, er det nærliggende å tro ut de som utsetter å delta i studien, kanskje ikke har ønske eller interesse for deltakelse. Det ble oppnådd en svarprosent på 72%, noe som kan anses som svært tilfredsstillende og representativt (Johannessen et al., 2010). Videre gir det indikasjoner om at helsepersonellet anså dette som et interessant og viktig tema.

Svarprosenten varierte imidlertid mellom de ulike bydelene fra 48 % til 94 %. En del av bydelene hadde i 2013 og 2014 vært med i lokale ernæringsprosjekt, noe som kan ha medført en særlig stor interesse i disse. Videre ble noen av kontaktpersonene som distribuerte spørreskjemaene oppfattet som svært engasjerte. Dette kan være en medvirkende faktor til en høy svarprosent. Det var ulikt hvordan de ulike kontaktpersonene gikk frem i distribusjonen av skjemaene. Noen la skjemaene i de ansattes posthuller, andre leverte de direkte til personalet og noen hadde skjemaene med seg inn til lunsj og fagmøter hvor de oppmuntret personalet til å svare. Noen av disse fremgangsmåtene kan ha medført et press til å svare, samt en frykt for ivaretagelse av anonymitet dersom flere var til stede når skjemaene ble fylt ut. Det at seks av spørreskjemaene ble ekskludert fra studien da en hel side var blank på hver av disse, kan skyldes ren tilfeldighet ved at respondentene har bladd forbi, eller det kan tenkes at det skyldes mangel på tid og høyt arbeidstempo. Videre ble ti skjemaer ekskludert, da de ble utlevert til feil målgruppe. Dette kan skyldes misforståelser hos noen av kontaktpersonene, til tross for at de hadde mottatt skriftlig og muntlig informasjon.

Studien er, som tidligere beskrevet, utført i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer, samt at etiske overveielser er tatt i betraktning gjennom hele forskningsprosessen. Respondentene mottok et informasjonsskriv som forside sammen med spørreskjemaet som opplyste om at det var frivillig å delta og at det ikke var mulig å identifisere vedkommende.

5.1.3 Instrument

I studien anvendes et tidligere utprøvd instrument som oppnådde høy reliabilitet og validitet (beskrives under 5.1.4 og 5.1.5), noe som anses som en styrke.

Instrumentet ble i denne studien oversatt ved hjelp av en anerkjent metode, samt at pilottest ble gjennomført før det ble sent ut til respondentene. Det anses som en fordel at instrumentet er utviklet i en skandinavisk kontekst, noe som gjør det relevant for egen studie. Det anses

videre som en styrke at instrumentet forelå både på svensk og engelsk, noe som oversetterne er relativt godt kjent med. Det må imidlertid tas i betraktning at det kan ha oppstått misforståelser av ord og uttrykk som kan ha en annen betydning enn i det norske språket. Spørsmål 13 som tilhører underkategorien normer, ble endret fra «Det är viktigt att maten fördelas på sådant sätt att samtliga patienter/vårdtagarna får lika mycket mat» til «Det er viktig å fordele tiden slik at alle pasienter/brukere får like mye hjelp i måltider». Av resultatdiskusjonen fremkommer det at tid er et svært viktig moment innenfor organisering og gjennomføring av måltider og hvilke rutiner og normer helsepersonell har for dette arbeidet. Til tross for dette vil en endring av spørsmålet medføre en svakhet i sammenligningsgrunnlaget mellom denne og den svenske studien, da spørreskjemaet ikke blir likt som i originalen. Det ble videre utarbeidet et ekstra spørsmål, for å undersøke hvor positive helsepersonell var til medspising. Å legge til et eget spørsmål, samt å endre et av spørsmålene, kan anses som en svakhet og mulig påvirke validitetens indre konsistens.

Av de demografiske spørsmålene ble det lagt til ett åpent spørsmål under yrkesgruppe (sykepleier, hjelpepleier, annet). Dette kan se ut til å ha styrket muligheten til å ekskludere respondenter som ikke var i målgruppen og anses som en styrke. Videre ble det i tillegg til originalskjemaet, utviklet tre nye demografiske spørsmål, noe som ga mulighet for å undersøke om en eller flere av variablene påvirket helsepersonellens eller de ulike yrkesgruppens holdninger. I ettertid anses spørsmålet om deltakelse i ernæringsprosjekt for misvisende og irrelevant. Årsaken til dette er at hele arbeidsplasser og personalgrupper fikk opplæring og deltok i ernæringsarbeidet, uten at de deltok direkte i selve prosjektet eller prosjektgruppen. Videre, som det fremkommer under resultatdiskusjonen, vil opplæring, økt kunnskap og positivitet spres i kulturen på arbeidsplassen og kunne bidra til et økt engasjement og mer positive holdninger i hele personalgruppen.

5.1.4 Reliabilitet

Reliabilitet viser som nevnt til nøyaktighet og pålitelighet i studiens data og hvilke data som benyttes, måten de samles inn på, samt hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2010). Reliabiliteten bestemmes av hvordan målingene som leder frem til tallene i datamatriksen er utført (ibid).

I denne studien er intern konsistens av SANN-G skala målt ved Cronbach`s alpha, og den ble funnet å være 0.793, hvilket anses som tilfredsstillende (Pallant, 2013, Polit & Beck 2014). Instrumentet er tidligere benyttet og testet for intern konsistens som viste en Cronbach`s alpha på 0,83 (Christensson & Bachrach-Lindström, 2009). Et nokså sammenfallende resultat av disse testene, kan dermed anses for tegn på høy reliabilitet.

En annen faktor som kan påvirke reliabiliteten er tilfeldige målefeil, noe som kan oppstå dersom respondentene krysser av i feil eller tilfeldig rubrikk av ulike årsaker (Johannessen et al., 2010). Videre kan bruk av Likert-format føre til at respondentene svarer på en sosial ønsket måte. Det at alle elementene er negativt formulert, kan også antas å kunne virke provoserende på respondentene. Dette må tas i betraktning ved vurderingen av reliabiliteten.

Tilfeldige feil kan også oppstå ved plotting av data fra spørreskjemaene og inn i matrisen. I denne studien er det som tidligere nevnt utført et svært grundig arbeid, med kontroller for å sikre at dette i størst mulig grad skulle utelukkes.

Reliabiliteten i studien anses å være tilfredsstillende. En høy reliabilitet er ifølge Polit & Beck (2014) en forutsetning for en høy validitet (Polit & Beck, 2014).

5.1.5 Validitet

Validitet refererer til om det spørreskjemaet eller instrumentet som benyttes, måler det skjemaet er ment for å måle, det vil si hvor godt spørsmålene representerer fenomenet (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2014). Samsvar mellom det empiriske plan og teoriplanet ligger videre implisitt i begrepet (ibid).

For å oppnå begrepsvaliditet er det ifølge Johannessen et al. (2010) viktig å ha kunnskap om det aktuelle temaet slik at spørsmålene fungerer, og dermed representerer fenomenet på en god måte. For å kunne måle holdninger er en indeks i form av et ”batteri” med spørsmål nødvendig for å styrke begrepsvaliditeten (Johannessen et al., 2010). Ved utviklingen av SANN-G skala, ble begrepsvaliditeten målt ved hjelp av faktoranalyse (Varimax rotasjon) (Christensson & Bachrach-Lindström, 2009). Elementer som viste seg å ikke oppfylle kravene, ble ekskludert. Videre målte utviklerne av instrumentet den indre konsistensen mellom elementene, samt innen de fem underkategoriene. Verdiene var ifølge Christensson & Bachrach-Lindström (2009) innenfor vedtatte rammer og støtter dermed deres hypotese om at

elementene måler ulike deler av holdninger innenfor ernæringsarbeid (ibid). Det antas på bakgrunn av dette at begrepsvaliditeten og den indre konsistensen er tilfredsstillende og dermed at spørreskjemaet måler det som det er ment å måle. Det er likevel verdt å nevne at de fem underkategoriene som utgjør SANN-G skala (jmfør tabell 3.2.2) varierer med tanke på antall spørsmål og det kan tenkes at noen av spørsmålene er lettere å være enige eller uenige i enn andre. Det anses videre som viktig å være oppmerksom på hva helsepersonellet egentlig svarer på, slik at resultatene er i overensstemmelse med dette.

I denne studien ble statistisk signifikans oppnådd mellom yrkesgruppene i fire av underkategoriene og resultatene kan dermed ikke anses å være tilfeldige. Som det tidligere fremkommer ses ingen av de demografiske dataene, unntatt yrkesgruppe, å påvirke holdningene i denne studien. Som det fremkommer av tabell 4.2.2.1 og 4.2.2.2 er det utført kontroll av aldersgruppe og erfaring som mulig konfunderende faktor. Analysene viste en valid p-verdi og dermed styrkes den indre validiteten. Det ses heller ingen skjevhet i utvalget, som beskrevet under 5.1.2, som videre styrker den indre validiteten. Som det fremkommer under 3.6, ble det avklart å benytte ikke-parametriske tester, da ikke alle dataene var normalfordelt. For å ikke forkaste eller beholde hypotesene (forskjell mellom sykepleier og hjelpepleier), ble det også utført parametriske tester som viste tilsvarende funn som ved ikke-parametriske tester (resultater ikke vist). Resultatene anses derfor pålitelige.

Av manglende data, var det som forventet noe missing, som beskrevet under 4.1.1. Med et lite antall missing som hadde en jevn spredning utover de ulike spørsmålene og påstandene i skjemaet, anses dette å styrke validiteten.

Den statistiske validiteten anses å være god, noe som er en forutsetning for å kunne generalisere resultatene fra utvalget til populasjonen.

Konklusjonen er at studien tilfredsstillende de fleste kriteriene for validitet. Dette indikerer at resultatene synes representative for de åtte bydelene som deltok i Oslo kommune.

5.2 Resultatdiskusjon

Diskusjonen er i det videre strukturert etter forskningsspørsmålene, slik disse ble presentert under 1.2. De fem underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering) som fremkommer under forskningsspørsmål 3 og 4 har glidende overganger, noe som må tas med i betraktning under fremstillingen.

Sammenligningen med studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007) vil hovedsakelig gjøres samlet under 5.2.1 og 5.2.2. Dette kan medføre at det kan fremkomme momenter som har tilknytning til en eller flere av de fem underkategoriene under disse delene. Forfatterne i den svenske studien har i hovedsak benyttet medianverdier i statistikk og analyser, men prosenttall fremkommer delvis i artikkelens tekst, samt i en tabell som er skissert i artikkelen (Bachrach-Lindström et al., 2007, p.2011). Ved sammenligning av resultatene vil prosenttall hovedsakelig oppgis.

5.2.1 Det totale utvalgets holdninger

Totalskår representerer utvalgets holdninger til de 18 holdningspåstandene i SANN-G skala totalt (tabell 3.2.2) og representerer utvalgets holdninger til ernæringsarbeid. I denne studien innebærer dette arbeid relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt enten å fremme helse, forebygge og/eller behandle ernæringsproblemer og lindre sykdom. I det følgende vil studiens resultater sammenlignes med resultatene til Bachrach-Lindström et al. (2007). Deretter diskuteres mulige faktorer som kan påvirke eller forbedre holdninger til ernæringsarbeid blant eldre.

5.2.1.1 Sammenligning av funn med den svenske studien. I denne studien skårer 50% av det totale utvalget positive holdninger på **totalskår**, jamfør tabell 4.2.2. Dette indikerer at halvparten av utvalget har positive holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende. Innenfor **totalskår** fant Bachrach-Lindström et al. (2007) at 33% av respondentene skåret positive holdninger. Det kan på bakgrunn av dette se ut til at helsepersonell i Norge har mer positive holdninger til ernæringsarbeid enn helsepersonell i Sverige. Det er imidlertid flere faktorer som er vesentlig å ta i betraktning for forskjellene som ses i denne studien sammenlignet med den svenske.

Tidspunkt for gjennomføring av studiene. Til tross for at holdninger er relativt varige, er det viktig å være oppmerksom på at disse kan endres over tid (Ringdal, 2001). Holdninger målt på et tidspunkt gir dermed kun et svar på situasjonen der og da (ibid). Som det fremkommer under 2.1.2, har helsefremming og implementering av forebyggende arbeid i helsesektoren i løpet av tidsperioden fra den svenske studien ble utført, vært viet et stort fokus i Norge, både i kommunene og i hjemmetjenestene (Helsedirektoratet, 2015; Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014; Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, 2015). Videre har ernæring og kompetansehevende tiltak innen ernæring, vært et hovedsatsningsområde i Oslo kommune og ved utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, samt på landsbasis generelt (ibid).

Det er åtte siden Bachrach-Lindström et al. (2007) utførte studien blant helsepersonell ved svenske sykehusavdelinger og i sykehjem. Tiden mellom gjennomføringen av studiene kombinert med det økte fokuset på ernæringsarbeid i Norge de senere år, kan anses som medvirkende faktorer til at helsepersonell i Norge skårer mer positive holdninger til ernæringsarbeid enn helsepersonell i Sverige. Det foreligger mye forskning fra Sverige de senere år og ifølge Mowe et al. (2006), har Sverige en lengre tradisjon enn Norge innen klinisk ernæring som forskningsfelt og akademisk disiplin. Sverige fikk nasjonale faglige retningslinjer på et tidligere tidspunkt enn Norge og det er indikasjoner på om at ernæringsarbeid har vært i fokus, også i Sverige, siden studien av Bachrach-Lindström et al. (2007) ble utført. Det ville derfor være av stor interesse om studien i Sverige ble gjentatt, for å få svar på dagens situasjon over helsepersonellens holdninger og for å se om holdningene har endret seg.

Betydning av kontekst. Et annet moment som må tas i betraktning ved sammenligning av de to studiene, er at de er utført i ulike kontekster. Den svenske studien er utført blant helsepersonell på sykehus og i sykehjem, mens denne studien utelukkende ser på utøvende helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien. Som det fremkommer av definisjonen av hjemmesykepleie under 1.3, innebærer dette å utøve sykepleie i den enkeltes hjem. Det er da som oftest kun to personer til stede i samhandlingen og det medfører at helsepersonell arbeider mer selvstendig enn det de gjør i institusjon (Birkeland og Flovik, 2014). I institusjoner vil arbeidet i større grad være rutinepreget enn hva arbeidet i en persons hjem kan bli. Hjemmeboende eldre vil som oftest ha egne rutiner og måter å gjøre ting på. Dette

kan forstås som at det i større grad er helsepersonell som må tilpasse seg brukers rutiner når bistanden ytes i hjemmet, mens bruker eller pasient på sykehus eller i sykehjem i større grad må innordne seg institusjonens rutiner. Dette kan gi seg utfall i form av brukere og pasienters mulighet for medvirkning og grad av autonomi.

I sykehus er ofte pasienter med bestemte sykdomstilstander og pleiebehov samlet i samme avdeling (Birkeland & Flovik, 2014). I hjemmesykepleien finnes ingen avgrensninger på denne måten. Hjemmet kan også ses som et symbol for trygghet, selvstendighet og individualitet. Respekt og ivaretaking av hjemmets ulike kvaliteter er avgjørende. Det er behov for ydmykhet for den enkelte hjems verdier, normer, regler, rutiner og tradisjoner og dette påvirker helsepersonellens rolle. I hjemmesykepleien møter ansatte mange forskjellige hjem og måter å leve på som kan utfordre egne verdier og faglighet. Den enkelte skal bo hjemme så lenge som mulig, noe som vektlegger hjemmets betydning. Hjemmesykepleiens arbeidsplass kan forstås som den enkeltes hjem og det er færre ytre forstyrrelser i samhandlingen. Det er imidlertid ikke bare en bruker og ett hjem det skal utføres oppgaver i og det vil alltid være tidsbegrensninger hos den enkelte for at alle skal kunne få nødvendig helsehjelp (ibid).

Sykehjem og sykehus er også nokså forskjellige i måten behandlingen og helsepersonellens arbeid kan utføres på. Mens sykehusene er et spesialisert omsorgsnivå i et høyteknologisk miljø, gir sykehjem spesialisert pleie til skrøpelige og eldre beboere, i et noe mer hjemlig og stabilt miljø. På sykehus er pasientens som oftest akutt syke og under behandling for innleggende årsak, mens beboere i sykehjem og brukere i hjemmesykepleien mottar bistand for å kompensere for reduserte egenomsorgsevner uavhengig av sykdommer og plager. De nevnte forskjellene kan bidra til ulikheter i helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid, samt til å prioritere ernæringstiltak opp mot andre arbeidsoppgaver. Konteksten, forstått som lokalisasjon av arbeidet, kan dermed være en faktor som gjør sammenligning av denne og den svenske studiens resultater utfordrende.

Det vil videre være forskjeller mellom sammensetningen av helsepersonell i de ulike nivåer av helsetjenestene, noe som betraktes nærmere under 5.2.2.

5.2.1.2 Påvirkning eller forbedring av holdninger. Til tross for at 50% av utvalget skårer positive holdninger til ernæringsarbeid i denne studien innebære dette at det resterende 50% av utvalget faktisk ikke skårer positive holdninger på **totalskår**. Dette er et viktig funn og vil i det videre betraktes nærmere.

Holdninger til eldre generelt. Som det fremkommer under 2.1.4, er holdninger hos helsepersonell som arbeider med eldre generelt, funnet å være både positive og negative (Christensson et al., 2010; Deasey et al., 2014; Hanson, 2014; Kydd et al., 2014; Yun-E et al., 2013). Hvilke holdninger helsepersonell har kan farges av hvilket syn de selv har på eldre, sosiale holdninger og kulturelle holdninger i form av hvilket syn samfunnet generelt har på eldre (Bondevik, 2006; Deasey et al., 2014; Hanson, 2014). Samfunnets holdninger til eldre mennesker kan komme til uttrykk gjennom begrepsbruk, oppslag og omtale i media (Bondevik, 2006). Det kan for eksempel synes som at økt forekomst av eldre i samfunnet oppleves som et samfunnsproblem. I helsevesenet snakkes det om «svingdør-pasienter» og «bedblockers», henholdsvis pasienter som går inn og ut av sykehus og pasienter som er ferdig behandlete og opptar sykehussenger. Slike negative uttalelser kan lett medvirke til å påvirke helsepersonellens holdninger overfor eldre mennesker og gi negativt utslag (ibid). Videre står eldre overfor en rekke stereotyper, fordi mange har et syn på alderdommen som er forbundet med sykdom, skrøpelighet, avhengighet og ensomhet (Hanson, 2014). Hvis helsepersonell utelukkende ser på høy alder som synonymt med nevnte faktorer kan dette påvirke deres holdninger i arbeid med eldre mennesker. Holdningene kan da beskrives som stereotype og føre til at arbeid med eldre prioriteres lavere og at det ikke anses påkrevet å ivareta iboende ressurser hos den enkelte på samme måte som for yngre mennesker. Videre kan dette forstås som at behandling uten kurativ hensikt ikke prioriteres i samme grad. Ernæringsarbeid til eldre kan ved en slik tilnærming oppfattes som mindre viktig og bli nedprioritert (ibid).

Manglende interesse for ernæringsarbeid. En rekke studier finner sammenfallende funn som peker på at lav interesse for ernæringsarbeid sammenlignet med andre oppgaver, kan påvirke helsepersonellens prioriteringer i sitt pasientrettede ernæringsarbeid (Bjerrum et al., 2012; Boaz, et al., 2013; Mowe et al., 2006; Mowe et al., 2008). Det at en lav interesse medfører at

pasientrettet ernæringsarbeid nedprioriteres kan tenkes å skyldes negative holdninger og kan være med på å underbygge funnene i denne studien. Boaz et al. (2013) utførte en studie der det viste seg at sykepleiere ofte er enige i at de har en viktig rolle innenfor ernæringsarbeid, både i form av forebygging og behandling. I studien fremkommer det likevel at en del av respondentene, etter å ha rangert sine arbeidsoppgaver, plasserte direkte pasientrettet ernæringsarbeid og mating av pasienter som den oppgaven som var minst viktig. Det antas at dette kan ses i sammenheng med respondentenes interesse for ernæringsarbeid. De er kjent med at det er viktig, men velger likevel å prioritere andre oppgaver, som de mulig også kan ha en høyere interesse for (Boaz et al., 2013). Det samme ble funnet av Mowe et al. (2006) og Mowe et al. (2008) hvor hovedfunnene peker mot en manglende interesse for ernæring. Respondentene i studiene rangerte også ernæringsarbeid lavere enn andre arbeidsoppgaver (Mowe et al., 2006; Mowe et al., 2008). Dette er videre i overensstemmelse med en studie utført av Bjerrum et al. (2012) av sykepleiere på sykehus. Funnene i studien viste at oppgaver relatert til medikamenter, personlig hygiene og registreringer ble prioritert foran ernæringsarbeid. Videre fremkommer det av nevnte studie, at respondentene uttrykte at utilstrekkelig ernæring ikke fikk umiddelbare konsekvenser for pasientene, noe som medførte at pasienter som trengte bistand til å spise tidvis ble nedprioritert på grunn av dette (Bjerrum et al., 2012).

Betydning av ulike bakgrunnsvariabler. I flere studier er en rekke bakgrunnsvariabler som kan tenkes å påvirke helsepersonellens holdninger blitt undersøkt, som alder, kjønn og liknende (Hanson, 2014; Yun-e et al., 2013). Det foreligger ingen entydige resultater om at disse er med på å påvirke holdningene (ibid). I denne studien ble det heller ikke funnet at hverken alder, erfaring, stillingsbrøk eller deltakelse i ernæringsprosjekt har noen sammenheng med helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende. Dette er i overensstemmelse med funnene til Bachrach-Lindström et al. (2007), som heller ikke fant forskjeller mellom de med kort eller lang arbeidserfaring hverken innad eller mellom yrkesgruppene (Bachrach-Lindström et al., 2007).

Som det fremkommer, er det mange faktorer som kan bidra til at helsepersonell ikke entydig utviser positive holdninger til eldre og til ernæringsarbeid hos eldre. Dette kan igjen tenkes å medføre at helsepersonellet og foretakene ikke handler i tråd med det gjeldende lovverk, retningslinjer og forskrifter som foreligger.

Tiltak for forbedringer av holdninger. En rekke studier har funnet en sterk sammenheng mellom holdninger og kunnskap. I en studie gjennomført i Israel, fant man at helsepersonell med økt kunnskap og trening innen ernæringsarbeid skåret mer positive holdninger, enn de med mindre kunnskap (Endevelt, Werner, Goldman & Karpati, 2009). Tilsvarende er funnet i andre studier, hvorav de som skårer høyt på ernæringskunnskap også skårer høyt på positive holdninger. Videre ses mer negative holdninger hos respondentene som har manglende kunnskap (Bleijenberg, Jansen & Schuurmans, 2012; Boaz et al., 2013; Holroyd, Dahlke, Fehr, Jung & Hunter, 2009; Schönherr, Halfens & Lohrmann, 2015).

Bjerrum et al. (2012) undersøkte hvordan et opplærings-/treningsprogram for sykepleiere med et spesielt ansvar for ernæring, påvirket deres kunnskaper om ernæring og deres bevissthet og holdning til ernæringsmessig behandling (Bjerrum et al., 2012). Opplæringsprogrammet ble gjennomført med bakgrunn i at positive holdninger spiller en viktig rolle for endringsarbeid. 16 respondenter ble inkludert i studien og de deltok i et opplæringsprogram som besto av fem moduler av 3-4 dagers varighet. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer en uke før programmet startet og ett år etter endt program, for å identifisere mulige endringer. Forfatterne viser til at sykepleierne som deltok i opplæringsprogrammet forbedret sine holdninger i etterkant av opplæringen. Dette kom blant annet til uttrykk ved at ernæring ble nevnt som en svært viktig del av omsorgen og sykepleierne mente at ernæring må ha høy prioritet. Forfatterne trekker fram at sykepleierne viste større interesse, entusiasme og mer positivitet i ernæringsarbeidet. Det fremkom av intervjuene at kunnskapen sykepleierne oppnådde, hjalp dem til å føle en større trygghet, et større ansvar overfor pasienter og kollegaer og at de hadde fått mer respekt for sin rolle i ernæringsarbeidet. Videre så de seg bedre i stand til å utføre oppgavene de visste var sitt ansvar, som kartlegging av ernæringsstatus og beregning av pasientenes energibehov. Sykepleierne trakk frem at involvering av kollegaer og pasienter var et skritt i riktig retning for å kunne bidra med en positiv utvikling og endring av rutiner innen energiarbeidet (ibid).

I Oslo kommune ble det i 2013 og 2014 gjennomført lokale ernæringsprosjekt i 11 av Oslos 15 bydeler, hvor hensikten var å gi ansatte i hjemmetjenestene en økt forståelse for nødvendigheten av et systematisk ernæringsarbeid i tjenesten (Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Gjennom de lokale prosjektene ble det iverksatt en rekke tiltak innenfor ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende i de involverte bydelene. Videre fikk ansatte undervisning, noe som resulterte i økt kunnskap. Ressurspersoner ved de ulike

arbeidsplassene ble i etterkant av prosjektet utpekt i en rekke bydeler, da det ble funnet under prosjektperioden at pådrivere og ildsjeler var viktig for å oppnå resultater, og at ressurspersoner vil kunne tenkes å bidra til en videre positiv utvikling i fremtiden (ibid).

Et økt fokus på ernæringsarbeid og økt kunnskap hos ansatte i Oslo kommune gjennom lokale ernæringsprosjekter, kan være medvirkende til at 50% av utvalget utviser positive holdninger på **totalskår**. Det er viktig å påpeke at et opplæringsprogram alene ikke kan endre grunnleggende måter å tenke og handle på, men kan være et bidrag i riktig retning. Det kan tyde på at et økt fokus i samfunnet generelt og i media, god opplæring og et økt engasjement og interesse på arbeidsplassen, som igjen sprer seg i personalgruppen, er viktige forutsetninger for å utvikle mer positive holdninger. Dette er i tråd med tre-komponentmodellen som ble presentert under 2.2.1, hvor holdninger tenkes å bestå av en kognitiv, en affektiv og en atferdsmessig komponent (Rokeach, 1968). Dersom en av komponentene affiseres, eksempelvis kunnskap, kan dette medføre endrede følelser (affektiv komponent) og dermed en endret atferd (atferdsmessig komponent). På denne måten endres holdningen i positiv eller negativ retning, ved at en av komponentene justeres. Ved å utvikle mer positive holdninger til eldre og ernæringsarbeid, kan dette videre medføre at helsepersonell utøver en atferd som er i tråd med lover, retningslinjer og forskrifter. Som det fremkommer under 2.2.2 av den teoretiske forståelsesrammen, vil en persons holdninger sammen med subjektive normer og personens opplevelse av kontroll, ifølge TRA og TRB, kunne virke inn på vedkommendes intensjon til å handle. Økt intensjon til å handle gir dermed økt sannsynlighet for handling (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975).

5.2.2 De to yrkesgruppene (sykepleiere og hjelpepleiere) holdninger

I denne studien skårer signifikant flere sykepleiere positive holdninger (62%) enn hjelpepleiere (41%) på **totalskår** jamfør tabell 4.2.2. Resultatet er i overensstemmelse med funnene i Bachrach-Lindström et al. (2007), som også fant signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene.

Det at flere sykepleiere i denne studien skårer positive holdninger enn hjelpepleiere understøttes også av en studie som ble utført av Christensson et al. (2010), hvor ulike yrkesgrupper i 10 kommuner i Sør-Sverige, som arbeidet med eldre i eget hjem ble forespurt.

Hensikten med studien var å utforske, beskrive og sammenlikne de ulike yrkesgruppenes holdninger innenfor faktorer av viktighet for den eldres trivsel og velvære. Deltakerne besto av tre grupper med ulik høgskoleutdanning, som ble sammenlignet med 2 grupper med henholdsvis helsepersonell med videregående skole og assistenter uten helsefaglig utdanning. Totalt utviste 33% av respondentene positive holdninger til velvære hos eldre hjemmeboende. Dette er ganske lavt, men forfatterne påpekte at de hadde en høy cut-off verdi for positive holdninger, noe som medførte at så få skåret positive holdninger. Det som er særlig interessant i denne studien, er at det fremkom signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene, hvorav helsepersonell med høgskoleutdanning utviste langt mer positive holdninger til eldres velvære enn gruppen av helsepersonell uten helsefaglig utdanning og helsepersonell med videregående skole. Videre ble det funnet at helsepersonell med videregående skole, skåret mer positive holdninger enn helsepersonell uten helsefaglig utdanning (Christensson et al., 2010).

5.2.2.1 Påvirkning eller forbedring av holdninger. Det at kun 62% av sykepleierne som har en treårig høgskoleutdanning skårer positive holdninger innenfor **totalskår** i denne studien, anses noe underlig. En lav skår også for hjelpepleiere, hvorav kun 41% skåret positive holdninger innenfor **totalskår** må anses som noe svakt, da opprettholdelse av et godt ernæringsarbeid anses som en naturlig del av sykepleiere og hjelpepleiere sitt arbeid i hjemmesykepleien (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2009; Kunnskapsdepartementet, 2008; Utdanningsdirektoratet, 2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere utdyper hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes for å sikre en god praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Å arbeide med eldre mennesker forutsetter et helhetlig menneskesyn for alle yrkesgrupper. Om menneskesynet er bevisst eller ubevisst, vil det være med på å forme og dermed avspeiles i handlingene våre (Bondevik, 2006). Et helhetlig menneskesyn fordrer at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hvilke verdier og menneskesyn helsepersonell har, vil dermed komme til uttrykk gjennom deres holdninger, som forteller noe om hvordan helsepersonellet forholder seg i ulike situasjoner og hvordan de er innstilt. Holdninger er som tidligere nevnt vurderende i positiv eller negativ forstand og innebærer å ha tatt stilling til noe. Helsepersonellens holdninger kommer til uttrykk gjennom hvilken kjennskap, kunnskap og oppfatninger de har (kognitiv komponent), hvilke følelser situasjoner og personer vekker i

dem (affektiv komponent) og hvordan de handler og utfører sine oppgaver (atferdsmessig komponent) (Bondevik, 2006; Rokeach, 1968).

Ulike utdanningsløp. Det ble fremhevet av forfatterne Christensson et al. (2010), at det er store variasjoner i hvilke kunnskaper ulike yrkesgrupper erverver seg gjennom ulike typer utdanningsløp. Videre hevder forfatterne at det kan synes som om utdanningsnivået har mye å si for grad av positive holdninger blant helsepersonell (Christensson et al., 2010). Med bakgrunn i dette, er det vesentlig å ta i betraktning at sykepleierutdanningen er på høgsolenivå sammenlignet med hjelpepleierutdanningen, som er på videregående nivå. For å ivareta kvaliteten i arbeidet med eldre mennesker og for å unngå aldersdiskriminering, synes derfor utdanning som svært sentralt for å utvikle mer positive holdninger til eldre og ernæringsarbeid til denne gruppen. Oversiktsartikkelen av Yun-e et al. (2013) fremhever også utdanning som en viktig faktor for helsepersonellens holdninger til eldre (Yun-e et al., 2013), som igjen kan tenkes å påvirke helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre. I de fleste studier som dette framkommer av, er det sykepleierstudenter og andre studenter på høgsolenivå som er respondenter, og det er ingen som har sett spesifikt på hjelpepleierutdanningen. Det er likevel nærliggende og interessant å trekke tråder fra disse funnene til utdanningsløpet for hjelpepleiere. Det at færre hjelpepleiere skårer positive holdninger enn sykepleiere kan tyde på at utdanningsløpet for hjelpepleiere har mindre fokus på eldre som gruppe og grunnleggende kunnskap om gerontologi og geriatri generelt. Videre kan det synes som at utdanningen er tjent med å ha et større fokus på ernæringsarbeid til eldre, samt fokusere på hvilket ansvar hjelpepleieren har i dette viktige arbeidet, slik det også framkommer av læreplanen (Utdanningsdirektoratet, 2007).

Rollemodeller og mentorer. Hanson (2014) presiserer i en litterær oversiktsartikkel at sykepleierutdanningen kan ha stort potensial i å øke profilen innenfor eldreomsorgen, ved å forberede og støtte elevene (Hanson, 2014). Videre må dette ha et større fokus i undervisningen og studentene må settes i bedre stand til å møte utfordringene med å jobbe med eldre. Det er svært betydningsfullt at lærerne fremsnakker eldre som en unik gruppe og at de på denne måten utviser mer positive holdninger til denne gruppen. Dette har vist seg å ha en innvirkning på studentenes holdninger, da lærerne er viktige forbilder og rollemodeller (ibid). Dette synes også å ha en overføringsverdi for hjelpepleierutdanningen, da lærerne også her fungerer som viktige rollemodeller og forbilder.

Det har også vist seg at helsepersonell i praksis er viktige rollemodeller og mentorer for studenter i deres praksisperioder (Hanson, 2014; Yun-e et al., 2013). Det fremkommer av studier at flere studenter hadde mer positive holdninger til eldre tidlig i utdanningsløpet enn ved endt utdanning, noe som ifølge forfatterne blant annet kan forklares med at studentene blir påvirket av helsepersonell i praksis. Dersom sykepleiere utviser positive holdninger, kan dette være med på å fremme positive holdninger hos sykepleiestudentene, da sykepleiere er rollemodeller og mentorer for studenter i praksisperiodene. Forfatterne understreker at helsepersonell må være mer oppmerksomme på hvilken påvirkning deres holdninger har på studenter. I løpet av praksisperiodene har sykepleiere som rollemodeller en unik mulighet til å demonstrere at eldre er en verdifull gruppe og at ernæringsarbeid til denne gruppen er en viktig oppgave for å fremme den eldre helse, forebygge og/eller behandle ernæringsproblemer og å lindre sykdom (ibid). Momentene som fremkommer overfor, anses som viktige også for hjelpepleiere som fungerer som veiledere for lærlinger i praksis. Når elevene som tar hjelpepleierutdanning er ferdige med to år på videregående, starter de læretid i bedrift som strekker seg over en to års periode, før de tar avsluttende eksamen og mottar sitt fagbrev. I løpet av denne tiden har de en fast veileder i bedriften som er hjelpepleier, uten at det er noen videre oppfølging av lærer eller veiledning fra skolens side. Det er da nærliggende å tenke at veileder har stor innvirkning på lærlingens holdninger. Videre vil vedkommende fungere som en viktig rollemodell og mentor. Dersom negative holdninger er rådende hos veilederne, kan dette synes å få følger for studenter og elever, som dermed vil justere sine holdninger mot det som oppfattes som rådende normer og regler, til tross for at de kan være av en negativ art.

Arbeidsplassens kultur. Hvilke holdninger de ulike yrkesgruppene har, har videre vist seg å kunne skyldes ulike kulturelle normer på arbeidsplassen og innad i de ulike gruppene (Hanson, 2014; Yun-e et al., 2013). Kulturen kan beskrives som tradisjoner, vaner, normer og verdier som deles av en gruppe mennesker og som utgjør en ramme av relativt stabile betingelser. Innad i en kultur vil det være sosiale normer som er styrende for hvordan man bør eller skal tenke, føle og oppføre seg (Karlsen, 2012). Dette kan forstås som uuttalte spilleregler og kan være styrende for både holdninger og handlinger, uavhengig om det fremmer eller hindrer positive holdninger og hensiktsmessig ernæringspraksis. I Fishbein & Ajzen sin teori TRA, trekker de frem viktigheten av subjektive normer som en ytre faktor som både kan påvirke en persons holdninger og intensjoner til å utføre handlinger (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Dersom kulturen på arbeidsplassen er preget av negative holdninger til ernæringsarbeid til eldre, eller at lærere ved

utdanningsinstitusjonen eller rollemodeller og mentorer i praksis utviser negative holdninger, kan dette påvirke holdningene hos elever og lærlinger, samt nye medarbeidere. Videre kan det tenkes at dette kan gå utover pasientene som skal ivaretas av gruppen, da intensjonen til handling ifølge TRA, er avhengig av den enkeltes holdning til atferden og de subjektive normene.

Som det til nå har fremkommet, ses at utdanning og kunnskap er viktige forutsetninger for positive holdninger. Videre kan mye tyde på at utdanningsforløpene kan ha et stort potensial i å øke profilen innenfor eldreomsorg og ernæringsarbeid. Lærere ved skolene og veiledere ved praksisplassene er viktige rollemodeller og mentorer. Dersom helsepersonell allerede under sin utdanning utvikler positive holdninger til ernæringsarbeid og eldre, samt viktigheten av dette arbeidet, synes dette å være et godt utgangspunkt for et bedret ernæringsarbeid både med tanke på at positive holdninger er knyttet opp mot kunnskap og at holdninger påvirkes av viktige enkeltpersoner og ikke minst den kulturen som er rådende.

5.2.2.2 Sammenlikning av funn med den svenske studien. I denne studien skårer 41% av hjelpepleiere positive holdninger på **totalskår**, sammenlignet med ca. 20% i den svenske studien. Av sykepleiere i denne studien skårer 62% positive holdninger sammenlignet med omkring 57% i den svenske studien. Dette innebærer at det er langt mindre variasjon i positive holdninger mellom sykepleiere i Norge og Sverige enn mellom hjelpepleiere i de to undersøkelsene. Det at flere hjelpepleiere i Norge skårer positive holdninger enn i den svenske studien ble betraktet under 5.2.1.1. Videre kan det tenkes at utdanningsforløpene i landene er forskjellige, noe som også kan påvirke de ulike yrkesgruppenes holdninger. De kulturelle normene på arbeidsplassen og innad i yrkesgruppene har også vist seg å være av betydning for helsepersonellens holdninger. Et annet moment som synes vesentlig, er sammensetningen av yrkesgrupper i personalgruppene innen de ulike nivåene av helsetjenestene.

Sammensetning av yrkesgrupper i personalgruppene. Sykehus vil som oftest ha en større overvekt av sykepleiere enn det man kan regne med å finne i kommunehelsetjenesten. I sykehjem anses det å være en større gruppe med hjelpepleiere og færre sykepleiere. Som det tidligere har fremkommet er fordelingen av sykepleiere og hjelpepleiere ganske jevn med en liten overvekt av hjelpepleiere hjemmesykepleien. Tilgang på andre yrkesgrupper og dermed mulighet for tverrfaglig tilnærming til ernæringsarbeid vil være varierende fra omsorgsnivå til

omsorgsnivå. Innenfor vurderinger av forskjeller mellom yrkesgruppene i denne og den svenske studien, kan dette være faktorer som er av betydning for resultatene. Som at arbeidsplassens kultur utgjør sosiale betingelser for enkeltpersoner og grupper, vil også en gruppes samspill og atferd ifølge Karlsen (2012) styres av et system av normer, roller og felles antakelser om verden (Karlsen, 2012). Gruppene som her er sykepleiere og hjelpepleiere, tilegner seg ulike sosiale roller over tid og det vil med dette følge ulike forventninger og normer for de forskjellige gruppene. Dette kan medføre at medlemmene også innad i yrkesgruppene handler utfra de normer og regler som er styrende for gruppen, da de subjektive normene ifølge TRA blir påvirket, samt at personer justerer sine holdninger og dermed atferd i overensstemmelse med de regler og normer som er gjeldene for gruppen (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975; Karlsen, 2012).

5.2.3 Det totale utvalgets holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering)

Likheter mellom denne studiens funn og studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007), er at færrest i det totale utvalget i begge studier skårer positive holdninger innenfor underkategoriene normer og vurdering. Videre kommer underkategorien intervensjon best ut i begge landene. I Sverige kom underkategorien vaner nest best ut og individualisering som nummer tre. I denne studien er rekkefølgen motsatt i disse underkategoriene, men det er kun en prosent som skiller mellom dem, og kan dermed anses svært likt. Resultatene anses dermed som ganske samstemte innenfor de ulike underkategoriene, til tross for at det synes som at helsepersonell i Norge skårer mer positive holdninger enn i Sverige.

5.2.3.1 Normer. Resultatene i studien viser at kun 46% av det totale utvalget skårer positive holdninger i underkategorien normer jamfør tabell 4.2.2. Underkategorien er den som kommer nest dårligst ut i denne studien. Dette er i samsvar med Bachrach-Lindström et al. (2007) som fant at 27% av respondentene skåret positive holdninger i denne underkategorien og underkategorien var den som kom dårligst ut i studien.

Som det fremkom under 3.2.2 omhandler underkategorien normer, som består av fem spørsmål, hvordan organisering og gjennomføring av måltider foregår, samt hvilke normer og regler som er gjeldende for dette.

Det å skulle tilpasse helsepersonellens arbeidsrutiner i hjemmesykepleien til pasientens vaner og rutiner har vist seg å være svært utfordrende, da arbeidet i stor grad styres av vedtak om hvilken hjelp som skal gis, og hvor lang tid som er satt av til dette (Drageset, 2009). Det kan likevel synes som at dette gjøres i større grad av helsepersonell i denne studien sammenlignet med den svenske studien, noe som kan tyde på at dette er litt lettere å tilpasse i hjemmesykepleien enn i sykehus og institusjon. I en studie utført av Skaar, Brodtkorb, Skisland & Slettebø (2014) om organisering av helsetjenester til eldre i kommunen, fant man hos sine informanter at mangel på tid, bemanning og kontinuitet, skaper etiske utfordringer for personalet i praksis (Skaar et al., 2014). Forfatterne påpeker at dette medfører et etisk spenningsfelt mellom hensynet til en god omsorg for pasienten og de organisatoriske kravene. For at helsepersonell skal være i stand til å skape et hensiktsmessig miljø og ivareta pasientens autonomi er organiseringen av tjenestene et viktig aspekt. Dette innebærer at det er avsatt tilstrekkelig tid, kontinuitet, oversiktlig og at det er nok folk på jobb hevder forfatterne (ibid). En kvalitativ studie utført ved fire ulike tjenestesteder i hjemmesykepleien i en storby i Nord-England, fant også at helsepersonell opplevde et betydelig tidspress i sitt arbeide rundt organisering og gjennomføring av måltider (Watkinson-Powell, Barnes, Lovatt, Wasielewska og Drummond, 2014). Til tross for sin kunnskap om brukerne og deres behov, samt at helsepersonell har en sentral rolle i organisering og gjennomføring av måltider, ble tiden av respondentene i denne studien ansett som en viktig faktor til at de ikke fikk utført dette arbeidet på en tilfredsstillende måte (ibid).

Som det fremkommer er helsepersonell som arbeider i hjemmesykepleien i stor grad styrt av organisatoriske forhold. Dersom tid og effektivitet er rådende verdier i organisasjonen, vil dette kunne være med på å påvirke helsepersonellens verdier og dermed holdninger. Dette fordi en verdi anses som en overordnet styrende funksjon som er avgjørende for holdning og atferd, da denne fungerer som referansepunkt for tanker, vurderinger og handlinger (Håkonsen, 2009; Rokeach, 1968). Som det fremkommer av TPB, kan tidspress, lav bemanning, manglende kontinuitet og utilstrekkelig opplæring anses som faktorer som personen selv ikke har kontroll over. Disse faktorene kan føre til lav persipert atferdskontroll, noe som innebærer at personen selv mangler de nødvendige ressurser og muligheter (som her er tid, bemanning, kontinuitet og opplæring) til å utføre handlingen, ifølge forfatteren (Ajzen, 1991). Dette kan ifølge teorien virke direkte inn på intensjonen til handling, men også ha direkte innvirkning på atferden (ibid). Det kan videre være nærliggende å tenke at helsepersonell tilpasser sine holdninger etter organisasjonens krav og de verdier som

avspeiles, da disse kan virke inn på ulike komponenter som en holdning består av (Rokeach, 1968).

For å forbedre helsepersonellens holdninger har det tidligere blitt trukket frem flere momenter av betydning. I tillegg til disse kan det tenkes at en forbedring av holdningene fordrer at andre verdier enn tid og effektive tjenester er rådende i organisasjonen. Videre kan det tenkes at mindre tidspress, en økt bemanning og bedre kontinuitet kan være av betydning. Til tross for dette er det viktig å ikke undervurdere helsepersonellens ansvar i å vurdere pasientens behov fortløpende. Der hvor hjemmesykepleien er organisert etter bestiller-utførermodell, har særlig sykepleiere et ansvar når det gjelder å gi tilbakemelding til bestiller ved endringer av pasientens behov, slik at vedtaket kan endres i takt med dette.

Det at flere i denne studien skårer positive holdninger enn i den svenske i underkategorien normer, kan tenkes å være et resultat av innføringen av behovsstyrt bemanning (BOB) i Oslo kommune i 2010-2011, i tillegg til momenter som er trukket inn tidligere i diskusjonen. Innføringen av BOB, resulterte blant annet i en høyere fagbemanning og mer kontinuerlig oppfølging av pasientene (Strandquist, 2011). Videre opplevde ansatte en mer oversiktlig hverdag i forhold arbeidsfordeling, noe som resulterte i at flere tok sitt ansvar på alvor og man fikk en økt kvalitet på tjenestene (ibid).

5.2.3.2 Vaner. I denne studien skårer 68% positive holdninger innenfor underkategorien vaner jamfør tabell 4.2.2, som består av fire spørsmål jamfør tabell 3.2.2 og omhandler den eldre behov for ernæring og om deres preferanser tas i betraktning. Som det fremkommer under 2.2.1 endres den eldre energibehov, men behovet for vitaminer, mineraler og fiber er det samme som før (Brodtkorb, 2010; Sjøen & Thoresen, 2012; Sortland et al., 2015). Funnene i denne studien understøttes av studien til Bachrach-Lindström et al. (2007) som fant at omlag 60% skårer positive holdninger i denne underkategorien. Dette kan tyde på at en del av respondentene i begge studier har relativt god kjennskap til den eldre pasients ernæringsbehov og viktigheten av å kjenne til og ta hensyn til deres tidligere kostvaner.

Som det fremkommer under 5.2.1 er kunnskap en av flere viktige faktorer for positive holdninger. Det at 32% i denne studien ikke skårer positive holdninger, kan skyldes manglende kunnskap, i tillegg til andre faktorer som fremkommer under 5.2.1. Flere studier

har funnet at helsepersonell etterlyser mer kunnskap innenfor klinisk ernæring. (Aagaard & Grøndahl, 2013; Beattie, O'Reilly, Strange, Franklin & Isenring, 2014; Boaz et al., 2013; Schönherr et al., 2015). Videre kan tidspress og ressurser gi begrensninger for å imøtekomme den enkelte pasients ønsker. Denne faktoren er en av flere som ble trukket fram som et tiltak til hvordan rutineene for oppfølging av brukernes ernæringstilstand kan bli bedre i egen kommune, i en studie utført av Aagaard & Grøndahl (2013). Her deltok ledere og helsepersonell (sykepleiere og hjelpepleiere) ved to-tre kommuner i hver av de fem helseregionene i hjemmesykepleien i Norge (Aagaard & Grøndahl, 2013).

5.2.3.3 Vurdering. I denne studien skårer kun 42% positive holdninger i underkategorien vurdering jamfør tabell 4.2.2. Underkategorien består av fire spørsmål jamfør tabell 3.2.2 og omhandler kroppsvekt og kartlegging og vurdering av ernæringsstatus. I den svenske studien fant Bachrach-Lindström et al. (2007) at 35% skåret positive holdninger innenfor denne underkategorien. Dette indikerer at det ses en høyere verdi av positive holdninger hos helsepersonell i hjemmetjenesten i Norge, enn hos helsepersonell i sykehus og på sykehjem i Sverige, men funnene utgjør kun en liten forskjell mellom landene. I denne studien fremkommer at vurdering er den underkategorien hvor færrest skårer positive holdninger. I den svenske studien kom denne underkategorien nest dårligst ut.

I motsetning til funnene i denne studien, fant Mowe et al. (2006) at sykepleiere og leger ved sykehus i henholdsvis Norge, Sverige og Danmark viste stor grad av positive holdninger innenfor visse områder av ernæringsarbeidet. Funnene viste at mellom 81 og 90% skåret positive holdninger til å innføre rutiner og prosedyrer for å kartlegge og evaluere pasientenes ernæringsstatus, anbefalinger og utregning av pasientens energibehov, samt registrering av energiinntak og registrering av vekt med jevne mellomrom (Mowe et al., 2006). Da studien undersøkte leger og sykepleiere ved sykehus og at spørsmålene for å måle respondentenes holdninger var utformet på en annen måte enn i denne studien, tolkes disse resultatene å ha en usikker sammenligningsverdi og overføres dermed med forsiktighet til denne studiens resultater. Det viste seg også å være en lav svarprosent i undersøkelsen og forfatterne tolket det dit hen at respondentene som svarte hadde en særlig interesse for ernæringsarbeid, noe som kan ha medført høy skår på positive holdninger (Mowe et al., 2006).

Funnene i denne studien som viser at 42% skårer positive holdninger til underkategorien vurdering kan forstås som noe betenkelige, da vurdering av ernæringsstatus er essensielt for å avdekke om en person er i ferd med å utvikle et ernæringsproblem. Videre er vurdering første trinn i å identifisere behovet for videre oppfølging (Brodtkorb, 2010; Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2012). Ved kartlegging av ernæringsstatus vil kroppsmasseindeks (KMI), vekt, anamnese og laboratorieprøver si noe om hvorvidt personen får dekket det fysiologiske behovet for næringsstoffer. Ved ubalanse mellom inntak, forbruk og tap, kan tilstander som overernæring/fedme¹¹, feilernæring¹², underernæring¹³ og eller mangelsykdommer (vitamin B₁₂, folinsyre, jern o.l.) oppstå. Vurdering av ernæringsstatus bør være grunnlaget for iverksettelse av ernæringstiltak til den enkelte. Dersom kartlegging ikke gjennomføres vil forebygging, behandling og en individuell tilpasning av ernæringsarbeidet kunne vanskeligjøres. Anbefalingene fra helsedirektoratet vektlegger at alle personer som er innskrevet i hjemmesykepleien skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annen faglig begrunnet individuelt opplegg (Helsedirektoratet, 2009).

Det at så få skårer positive holdninger i underkategorien vurdering, kan være et resultat av faktorer som er betraktet i det tidligere. Manglende rutiner og utydelige ansvarsforhold vil betraktes i det følgende.

En rekke studier, samt tilsyn som ble utført i Oslo kommune i 2010, understøtter resultatene i denne studien (Aagaard & Grøndahl, 2013; Endevelt et al., 2009; Helsetilsynet, 2011; U.M. Johansson et al., 2009). Av funnene ses et stort forbedringspotensial i å utarbeide rutiner for å kartlegge og vurdere brukeres ernæringstilstand, samt rutiner for oppfølging av brukernes ernæringstilstand (ibid). Aagaard & Grøndahl (2013) fant at over halvparten av helsepersonellet ikke kjente til eller hadde rutiner for å vurdere brukernes ernæringstilstand ved deres arbeidsplasser i hjemmesykepleien, noe som ble bekreftet av lederne, hvor 59% svarte at hjemmetjenesten ikke hadde rutiner om dette. I følge respondentene var det få pasienter (19%) som ble veid ved innskriving i tjenesten, og under halvparten svarte at det var rutine å veie pasienten ved faste intervaller. Kun 10-15% av respondentene mente videre at brukerens KMI ble beregnet rutinemessig. Det fremkom også at kun to tredjedeler av ledere

¹¹ En ubalanse der inntaket av energi overgår forbruket (Brodtkorb, 2010)

¹² Feil sammensetning av kostholdet som medfører mangel på ett eller flere næringsstoffer (Brodtkorb, 2010)

¹³ Mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en ugunstig effekt på kroppssammensetning og kroppsfunksjon samt klinisk resultat (Helsedirektoratet, 2009)

og en tredjedel av helsepersonellet kjenner til «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring» utgitt av Helsedirektoratet (Aagaard & Grøndahl, 2013).

Flere studier peker på uklare og utydelige ansvarsforhold mellom yrkesgruppene, samt at ansvarsfordelingen ikke fremkommer av retningslinjer og rutiner ved arbeidsplassene, som viktige faktorer til at kartlegging og vurdering av brukerens status ikke blir gjennomført (Aagaard & Grøndahl, 2013; Endevelt et al., 2009; U.M. Johansson et al., 2009). Et annet moment som Aagaard & Grøndahl (2013) fant i sin studie, var at sykepleiere og hjelpepleiere etterlyste et tettere samarbeid rundt kartlegging og vurdering av brukernes ernæringsstatus (Aagaard & Grøndahl, 2013).

Når det mangler skriftlige rutiner ved arbeidsplassene og når helsepersonell opplever ansvarsfordeling og sine arbeidsoppgaver som uklare, kan dette tenkes å medføre at helsepersonellet ikke anser vurdering og kartlegging av ernæringsstatus som en viktig oppgave eller et prioritert område. Videre kan det medføre en pulverisering av arbeidsoppgavene, noe som til sammen kan påvirke helsepersonellens holdninger. Det er nedfelt i forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003) at kommunene skal etablere systemer og gode rutiner for å sikre brukernes grunnleggende behov for ernæring (Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Videre er det ledelsens ansvar å gjøre disse kjent i personalgruppen, samt å legge til rette for at arbeidet utføres i tråd med rutinene. De ulike yrkesgruppenes og helsepersonellens ansvarsoppgaver fremkommer også av en rekke dokumenter og det er dermed bemerkelsesverdig at dette ikke er bedre kjent for helsepersonellet. Kulturen i organisasjonen og ledelsen kan tenkes å legge til rette for å utvikle et miljø hvor rutiner, tydelig ansvarsfordeling og opplæring er i fokus. Det fremkommer under 5.2.3 hvor viktige de organisatoriske forholdene er. Videre anses god ledelsesforankring som betydningsfullt. Dette ble fremstilt som en av suksessfaktorene i sluttrapporten til de lokale ernæringsprosjektene som ble gjennomført i Oslo kommune i 2013 og 2014 (Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Kulturen i miljøet er også vesentlig, og er diskutert tidligere.

5.2.3.4 Intervensjon. Prosentandelen for positive holdninger i underkategorien intervensjon er 76% for det totale utvalget i denne studien jamfør tabell 4.2.2. Intervensjon er den underkategorien flest respondenter skårer positive holdninger til, noe som også ble funnet i studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007), hvor 71% skåret positive holdninger i denne underkategorien. Av medianverdiene fremkommer ingen forskjeller mellom de to studiene. Det at det i liten grad fremkommer forskjeller mellom landene betraktes under 5.2.4 og utdypes derfor ikke nærmere.

Underkategorien intervensjon består av tre spørsmål jamfør tabell 3.2.2 og omhandler ernæringsproblemer og hvordan helsepersonell administrerer disse. Spørsmålene er særlig knyttet opp mot spiseproblemer og matsituasjoner. Forskning har vist at ernæringsproblemer hos eldre hjemmeboende er vanlig og underernæring er det som forekommer hyppigst (L. Johansson et al., 2009; Landmark et al., 2014; Rognstad et al., 2013; Tomstad et al., 2012; Wham et al., 2011; Y. Johansson et al., 2009). Videre har det vist seg at den eldres matinntak og ernæringstilstand vil påvirkes av faktorer som sykdom, redusert helse, ensomhet, nedsatt matlyst med mer (Brodtkorb, 2010; Sjøen & Thoresen, 2012; Sortland et al., 2015). Det at så mange som 76% i denne studien skårer positive holdninger i underkategorien intervensjon, anses som positivt og gir indikasjoner om at mange er kjent med at underernæring er utbredt blant eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie og at kunnskap og erfaring anses å være viktig for å administrere den eldres ernæringsproblemer i matsituasjoner. Dette er i tråd med studien utført av Aagaard & Grøndahl (2013) som fant at 91% av ledere og 78% av helsepersonell oppgav at det gis tilstrekkelig spisehjelp til de brukerne som ikke kan spise selv (Aagaard & Grøndahl, 2013). Som det tidligere har fremkommet av resultatdiskusjonen, anses opplæring og kunnskap som et viktig bidrag i riktig retning for å endre grunnleggende måter å tenke og handle på og kan være en medvirkende faktor til at mange skårer positive holdninger innenfor underkategorien intervensjon.

5.2.3.5 Individualisering. I denne studien, er Individualisering den underkategorien nest flest respondenter (69%) skårer positive holdninger til av det totale utvalget jamfør tabell 4.2.2. I studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007) ble det funnet en totalskår på om lag 45%, noe som innebærer at omtrent en fjerdedel flere av respondentene i Norge skårer positive holdninger til underkategorien individualisering, sammenlignet med den svenske studien.

Underkategorien individualisering, består av to spørsmål jamfør tabell 3.2.2 og omhandler individualisering og en individrettet tilnærming av måltider. Kosthåndboken (Helsedirektoratet, 2012) trekker frem viktigheten av et individrettet arbeid innen ernæringsarbeidet og sidestiller dette med god kvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Individrettet arbeid tar utgangspunkt i pasientens ønsker og behov og er i tråd med det som kalles personorientert tilnærming (Kitwood, 1999). Personorientert tilnærming innebærer at den enkelte bruker eller pasient er i sentrum for den hjelpen vedkommende trenger. At vedkommendes liv og historie, identitet, verdier, ønsker og behov står sentralt og at fokusering på personens sykdom og plager kommer sekundært. En slik type tenkning og tilnærming plasserer personen i første rekke og forsøker å trekke oppmerksomheten vekk fra det mer medisinske syn og over til det personlige og menneskelige (ibid).

Det at så mange respondenter i denne studien skårer positive holdninger i denne underkategorien er svært positivt. Det kan synes å ha foregått en dreining de siste årene, hvor mer fokus og opplæring, samt en innmarsj av personorientert omsorg og en individrettet tilnærming har hatt en sterk innflytelse i helsesektoren og særlig i sykehjem og i hjemmesykepleie, noe som kan ha medført at så mange skårer positive holdninger. I en studie av Bryon, de Casterlé, Gastmans, Steeman & Milisen (2008) ble det funnet at helsepersonell som benyttet en pasientorientert tilnærming, forvandlet måltidene til gode øyeblikk med sosial interaksjon, samt at måltidene fikk en verdifull terapeutisk betydning for den eldre pasienten (Bryon et al., 2008). En studie utført av Mullan & Sullivan (2015) viser at innføring av en personorientert tilnærming, har betydning for positive holdninger og medfører at helsepersonell føler seg mer kompetente i sitt arbeid (Mullan & Sullivan, 2015). Et av kriteriene som ble vektlagt til søknadene om frie midler til ernæringsprosjekt "Løft for bedre ernæring" i hjemmetjenestene i Oslo kommune (2014), var tiltak som viser til brukermedvirkning (Utviklingscenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Av de 11 bydelene i Oslo som hadde lokale ernæringsprosjekt, var brukermedvirkning et viktig fokus i 10 av bydelene. Videre fremkommer av sluttrapporten, at alle bydelene hadde fokus på individualisering og individrettet arbeid, ved at pasientene ble involvert i hele prosessen (ibid).

Det at det ses forskjeller mellom landene er betraktet i det tidligere. I tillegg til dette kan et økt fokus på en personorientert omsorg og en individrettet tilnærming den senere tiden også tenkes å medvirke til forskjellene.

5.2.4 De to yrkesgruppene (sykepleiere og hjelpepleiere) holdninger innen de ulike underkategoriene (normer, vaner, vurdering, intervensjon og individualisering)

I denne studien fremkommer at signifikant flere sykepleiere skårer positive holdninger enn hjelpepleiere innenfor alle underkategoriene, bortsett fra underkategorien vaner jmf tabell 4.2.1 og 4.2.2. Av sykepleiere skårer 69% positive holdninger og gruppen har en medianverdi på 17, sammenlignet med 67% av hjelpepleierne hvor medianverdien også er 17.

Dette anses som et svært interessant funn, da studien av Bachrach-Lindström et al. (2007) fant at signifikant flere sykepleiere skårer positive holdninger enn hjelpepleiere innenfor alle underkategoriene. Det at en stor andel av sykepleiere og hjelpepleiere i denne studien skårer positive holdninger, samt at det ikke ses signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene i underkategorien vaner, kan ha en sammenheng med at de innehar mye kunnskap om eldres behov for ernæring, og at de er opptatt av pasientens preferanser. Som tidligere nevnt, kan resultatet blant annet være et resultat av et økt fokus på eldre og ernæring i samfunnet generelt og i media, god opplæring, samt en positiv kultur på arbeidsplassen hvor engasjement og interesse er rådende, noe som ble betraktet under 5.2.1 og 5.2.2.

Et annet interessant funn innenfor underkategoriene vaner og vurdering, er at sykepleiere i denne studien har samme medianverdi som i den svenske studien, noe som underbygger denne studiens resultater. Videre er dette resultatet svært interessant, da de to studiene ble utført i ulike kliniske settinger, i ulike kulturelle kontekster og med åtte års mellomrom. Dette kan tyde på at det er et fellestrekk mellom sykepleiernes holdninger til ernæringsarbeid, uavhengig av kontekst, tidsperspektiv og kulturell sammenheng. Av Mowe et al. (2006), fremkommer at Sverige har en lang tradisjon for klinisk ernæring som forskningsfelt og akademisk disiplin, noe som kan ha ført til at ernæring har fått en viktigere rolle og at større pensum ved universiteter og høgskoler som utdanner sykepleiere og leger (Mowe et al., 2006). Videre har Sverige hatt nasjonale faglige retningslinjer i flere år før Norge, hvor disse kom ut først i 2009 (Mowe et al., 2006; Helsedirektoratet, 2009). Det kan tenkes at dette kan ha bidratt til en økt interesse for ernæringsarbeid blant helsepersonell, ledere og politikere som er involvert i kvalitet og kvalitetssikring i Sverige på et tidligere tidspunkt enn i Norge. Dette i tillegg til at Sverige har en lengre tradisjon innen ernæringsarbeid og fikk nasjonale retningslinjer på et tidligere tidspunkt, kan mulig forklare noe av grunnen til at det ses samsvar mellom sykepleieres holdninger innenfor underkategoriene vaner og vurdering i denne studien og i den svenske, til stross for ulik kontekst, kulturell sammenheng og tiden som har gått.

Andre likheter mellom denne studien og studien utført av Bachrach-Lindström et al. (2007), er at færrest sykepleiere i begge studier skårer positive holdninger innenfor underkategoriene normer og vurdering. Videre kommer underkategorien intervensjon best ut i Norge og nest best i Sverige blant sykepleierne. Blant hjelpepleierne i Norge utviser gruppen mest positive holdninger innen underkategorien intervensjon og deretter vaner. Dette er tilsvarende de kategoriene som hjelpepleiere i sykehus skåret positive holdninger til. I sykehjem kom underkategoriene vaner og individualisering best ut. Det kan dermed anses som at resultatene innenfor underkategorier som kommer best og dårligst ut mellom landene er ganske samstemte, noe som understøtter denne studiens resultater.

Forskjeller mellom sykepleiere og hjelpepleiere som ble funnet i denne studien blir ikke betraktet i det nærmere, da yrkesgruppene hovedsakelig ble diskutert under 5.2.2.

5.2.5 Helsepersonellens oppfatning til å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet

Et tiltak som ble særlig vektlagt i bydelene i Oslo kommune under prosjektperioden av lokale ernæringsprosjekt, var medspising, som innebærer deltakelse eller praktisk støtte under måltidet (Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo, 2014). Av tillegsspørsmålet som ble utformet fremkommer av tabell 4.3.1 at 91% av det totale utvalget er svært positive til medspising som tiltak. Av yrkesgruppene skårer hele 95% av sykepleiere og 87% av hjelpepleiere positivt på dette spørsmålet. Dette må anses som svært positivt, da medspising har vist seg å medvirke til økt appetitt og til at pasienten får i seg mer mat (Arvanitakis et al., 2008; Charras & Fremontier, 2010). På en annen side viser studien utført av Aagaard & Grøndahl (2013) at det å ta seg tid til å sitte sammen med brukeren for å gi selskap under måltidet, er det kun 30% av ledere og 15% av helsepersonellet som oppgav at de alltid eller nesten alltid har mulighet til å gjøre, til tross for at de mener at dette er viktig (Aagaard & Grøndahl, 2013). Det kan dermed synes som at det er store forskjeller mellom hva helsepersonellet er positive til og hva som faktisk blir gjort i praksis.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Implikasjoner for praksis

En god ernæringsstatus er vesentlig for å forebygge og/eller behandle og lindre sykdom hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Helsepersonell har et stort ansvar innenfor ernæringsarbeid og positive holdninger spiller en sentral rolle i dette arbeidet, da holdningene kan ha en viktig innflytelse på helsepersonellens handlinger.

Helsepersonell i denne studien består av sykepleiere og hjelpepleiere i åtte bydeler i Oslo kommune. Totalt skårer halvparten av utvalget positive holdninger til ernæringsarbeid. Videre ses variasjoner i positive holdninger innenfor ulike områder av ernæringsarbeidet. Resultatene tyder videre på at flere sykepleiere har positive holdninger enn hjelpepleiere. Holdninger har en viktig innflytelse på hvilke handlinger helsepersonell utfører eller ikke utfører hos pasienten, og det er derfor betydningsfullt at et holdningsfremmende arbeid står i fokus. Det er videre viktig at hjelpepleiere inkluderes i dette arbeidet, da de har en betydningsfull rolle innen ernæringsarbeid.

Tidligere forskning har vist at økt kunnskap, utdanning, god opplæring og muligheter for å trene på enkelte prosedyrer, har en sterk innflytelse på helsepersonellens holdninger, noe som er funnet å være gjeldende for alle områder innen ernæringsarbeid. Kunnskap har videre vist seg å kunne bidra til en økt interesse, et økt engasjement i personalgruppen og mer positivitet i arbeidet. Helsepersonell har opplevd en større trygghet og har tatt et større ansvar til å utføre sine arbeidsoppgaver når disse forutsetningene har vært tilstede. Ved positive holdninger og et økt engasjement hos de ansatte synes dette også å være betydningsfullt for en god kultur på arbeidsplassen, noe som igjen kan ha en innflytelse på helsepersonellens handlinger. Studier har funnet at helsepersonell er viktige rollemodeller og mentorer for hverandre, for studenter, elever og nyansatte. Organisatoriske og strukturelle forhold på arbeidsplassen anses også å være av betydning for hvilke holdninger helsepersonell har og hvordan de er i stand til og har mulighet til å utføre sine oppgaver og opprettholde faglige standarder. Nok tid, bemanning, god kontinuitet og et tverrfaglig samarbeid er viktige faktorer som har vist seg å være av betydning. Videre har ledere i hjemmesykepleien andre viktige roller, som å skape en god kultur, hvor engasjement og læring er rådende, samt å fremsnakke viktigheten av en

individrettet behandling med den enkelte pasient i sentrum. Det fremkommer også av tidligere forskning at det er svært vesentlig at prosedyrer og retningslinjer for ernæringsarbeid foreligger og at det er en klar ansvarsfordeling mellom yrkesgruppene innen arbeidet. At nevnte forhold er godt forankret både på ledernivå og i personalgruppen har også vist seg å være av betydning.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

Det foreligger lite forskning internasjonalt og nasjonalt om helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre og synes særlig lite utforsket innenfor hjemmesykepleien. Det har derfor vært utfordrende å sammenfatte denne studiens funn med tidligere studier. Dette, i tillegg til at helsepersonell utviser forskjellige holdninger i ulike studier, gjør at det ikke foreligger konsensus, noe som indikerer at det er behov for mer forskning innenfor dette området.

Av tidligere forskning ses at sykepleiere har vært en målgruppe for flere av studiene. Det foreligger særlig mye forskning om sykepleiere og sykepleierstudenters holdninger til eldre. Da hjelpepleiere har en svært viktig rolle innenfor eldreomsorgen og også innenfor ernæringsarbeid, synes det vesentlig å undersøke denne gruppen i større grad.

Funn i denne studien gir et bilde av dagens situasjon over helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie i åtte bydeler i Oslo kommune. Videre gis indikasjoner om implikasjoner for videre praksis slik at tjenestetilbudet kan utvikles. For en videreføring av funnene i denne studien, ville det vært av interesse å utføre en kvalitativ tilnærming ved hjelp av intervjuer og observasjon til problemstillingen, for å oppnå en mer nyansert og detaljert informasjon om fenomenet. Dette vil også gi mulighet for å studere hva som faktisk blir gjort i praksis og dermed finne ut mer om dette er i overensstemmelse med helsepersonellens holdninger.

6.3 Konklusjon

Helsepersonellet i denne studien skårer mer positive holdninger til pasientrettet ernæringsarbeid enn i studien som ble utført i Sverige for åtte år siden. Dette kan blant annet tyde på at det har skjedd en forbedring av holdninger de siste årene, noe som igjen kan skyldes et økt fokus på ernæringsarbeid nasjonalt og i Oslo kommune.

Resultatene indikerer at halvparten av helsepersonellet i hjemmesykepleien ikke har positive holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende, noe som kan tenkes å få konsekvenser for det arbeidet som utføres. Videre tyder resultatene på at flere sykepleiere skårer positive holdninger enn hjelpepleiere. Dette impliserer at holdningsfremmende arbeid er meget viktig og må stå i fokus også i årene fremover. Det er videre viktig at hjelpepleiere inkluderes i dette arbeidet, da de har en betydelig rolle innen ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie.

LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Aagaard, H. & Grøndahl, V. A. (2013). *Mat og måltider i hjemmesykepleien: undersøkelse utført for Helsedirektoratet* (B. 2013:4). Halden: Høgskolen i Østfold.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., Henry, S., Kohl, O., Lesourd, B., Lochs, H., Pepersack, T., Pichard, C., Planas, M., Schindler, K., Schols J., Sobotka, L. & Van Gossum, A. (2008). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22–23 November 2007)). *Clinical Nutrition*, 27(4), 481-488. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2008.04.011>
- Bachrach-Lindström, M., Jensen, S., Lundin, R. & Christensson, L. (2007). Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2007-2014. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01868.x
- Beattie, E., O'Reilly, M., Strange, E., Franklin, S. & Isenring, E. (2014). How much do residential aged care staff members know about the nutritional needs of residents? *International Journal Of Older People Nursing*, 9(1), 54-64. doi: 10.1111/opn.12016
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjerrum, M., Tewes, M., & Pedersen, P. (2011). Nurses` self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012, 26, 81-89.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bleijenberg, N., Jansen, M. J. M. & Schuurmans, M.J. (2012). Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people - A longitudinal cohort study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(2 (2012)). doi: 10.5430/jnep.v2n2p1
- Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Hour, Z., Yosef, R., Siag, A., Berlovitz, Y. & Leibovitz, E. (2013). Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(8), 357-364. doi: 10.3928/00220124-20130603-89
- Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. (s.123-131). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hølen Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. (s.254-266). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunborg, H. (2014). Befolkningsutviklingen. *Økonomiske analyser*, 33 (2), 9-17.
- Bryon, E., de Casterlé, B. D., Gastmans, C., Steeman, E. & Milisen, K. (2008). Mealtime care on a geriatric-psychiatric ward from the perspective of the caregivers: a qualitative case study design. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(5), 471-494.

- Carlsen, K. C. L., Staff, A. & Arnesen, H. (2012). *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon*. Oslo: Oslo universitetssykehus i samarbeid med Haukeland universitetssykehus.
- Charras, K. & Fremontier, M. (2010). Sharing meals with institutionalized people with dementia: a natural experiment. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 436-448. doi: 10.1080/01634372.2010.489936
- Christensson, L. & Bachrach-Lindström, M. (2009). ADAPTING "THE STAFF ATTITUDES TO NUTRITIONAL NURSING CARE SCALE" TO GERIATRIC NURSING CARE. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(2), 102-107.
- Christensson, L., Björklund, A., Ahnby, U., Henrikson, M., Joakimson, D. & Henning, C. (2010). Attitudes of different professionals toward the well-being of older adults living at home. *Journal of allied health*, 39(4), 293.
- Christensson, L., Unosson, M., Bachrach-Lindström, M. & Ek, A. (2003). Attitudes of nursing staff towards nutritional nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 223-231.
- Daatland, S. O. & Solem P.E. (2005). *Aldring og Samfunn, En innføring i sosialgerontologi*. (s.131-148). Oslo: Fagbokforlaget, 2 utgave.
- Deasey, D., Kable, A. & Jeong, S. (2014). Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), 229-236.
- Drageset, I. (2009). Forholdet mellom avhengighet og autonomi i hjemmesykepleien. *Klinisk sygepleje*. 23(2),14-23.
- Endevelt, R., Werner, P., Goldman, D. & Karpati, T. (2009). Nurses' knowledge and attitudes regarding nutrition in the elderly. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(6), 485-489.
- Faxén-Irving, G., Andrén-Olsson, B., Geijerstam, A., Basun, H. & Cederholm, T. (2005). Nutrition education for care staff and possible effects on nutritional status in residents of sheltered accommodation. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 59(8), 947-954.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforl.
- Fonad, E., Robins Wahlin, T.-B. & Rydholm Hedman, A.-M. (2015). Associations between falls and general health, nutrition, dental health and medication use in Swedish home-dwelling people aged 75 years and over. *Health and Amp; Social Care In The Community*. doi: 10.1111/hsc.12182
- Forskr kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. Fastsatt etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (nedlastet 12.05.15)
- Forvaltningsloven(1970). *Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker* 1. januar 1970 nr. 10.
- Hagen, T.P., Amayu, K.N., Godager, G., Iversen, T. & Øien, H. (2011). Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. *Health Economics Research Programme at the University of Oslo*. Oslo: HERO 2011.
- Hanson, R. M. (2014). 'Is elderly care affected by nurse attitudes?' A systematic review. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(4), 225-229.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken -veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet (12/2012). *Ernæringskompetanse i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (06/2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Kompetansehevede tiltak i ernæring i pleie- og omsorgstjenesten*. <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kompetansehevede-tiltak-i-ernering-i-pleie-og-omsorgstjenesten> (nedlastet 12.05.15)
- Helse- og omsorgsdepartementet(2006). *Mestring, muligheter og mening*. St.meld. nr. 25 (2005- 2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen -rett behandling -på rett sted -til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* av 1. januar 2012 nr. 30.
- Helsetilsynet (2011). *Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/> (nedlastet 14.05.15)
- Holroyd, A., Dahlke, S., Fehr, C., Jung, P. & Hunter, A. (2009). Attitudes toward aging: implications for a caring profession. *The Journal of nursing education*, 48(7), 374.
- Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johansson, L., Sidenvall, B., Malmberg, B. & Christensson, L. (2009). Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *The journal of nutrition, health and aging*, 13(10), 855-861. doi: 10.1007/s12603-009-0242-3
- Johansson, U. M., Bosaeus, I., Larsson, J., Rothenberg, E., Stene, C. & Unosson, M. (2009). Nutritjonsbehandling i äldrevård - ett bortglömt perspektiv. Enkätstudie visar tydliga brister i omhändertagandet av äldre. *Läkartidningen*, 106(40), 2538-2542.
- Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J. & Ek, A. (2009). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1354-1364. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02552.x
- Karlsen, P. J. (2012). *Psykologi: inngangsporten*. Oslo: Universitetsforl.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering av demens – personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard Danmark.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Forskrift om rammeplan for sykepleierutdanningen*. Fastsatt etter lov av 1.april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler §2-3 annet ledd. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128> (nedlastet 12.05.15)
- Kydd, A., Touhy, T., Newman, D., Fagerberg, I. & Engstrom, G. (2014). Attitudes towards caring for older people in Scotland, Sweden and the United States. [Article]. *Nursing Older People*, 26(2), 33-40.
- Landmark, B.T., Gran, S. V. & Grov, E.K. (2014). Ernæringsstatus blant pasienter i sykehjem og i hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klinisk Sygepleje*, 30(01), 4-15.
- Maneesriwongul, W. & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175-186. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x
- Marshall, S., Bauer, J. & Isenring, E. (2014). The consequences of malnutrition following discharge from rehabilitation to the community: a systematic review of current

- evidence in older adults. *Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association*, 27(2), 133. doi: 10.1111/jhn.12167
- Meethien, N., Pothiban, L., Ostwald, S. K., Sucamvang, K. & Panuthai, S. (2011). Effectiveness of nutritional education in promoting healthy eating among elders in northeastern Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 15(3), 188-201.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M. & Irtun, Ø. (2006). Nutritional routines and attitudes among doctors and nurses in Scandinavia: a questionnaire based survey. *Clinical Nutrition*, 25(3), 524-532.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø. & The Scandinavian Nutrition group, Ø. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27(2), 196-202. doi: 10.1016/j.clnu.2007.10.014
- Mullan, M. A. & Sullivan, K. A. (2015). Positive attitudes and person-centred care predict of sense of competence in dementia care staff. *Aging & Mental Health*, 1-8. doi: 10.1080/13607863.2015.1018865
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014:4). *Folkehelse rapporten 2014 Helsetilstanden i Norge*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=113662> (nedlastet 14.05.15)
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), Personvernombudet for forskning. (2014, Februar, 7). *Meldeplikttest*. <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest> (nedlastet 07.02.15)
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Nyberg, M., Olsson, V., Pajalic, Z., Örtman, G., Andersson, H. S., Blücher, A., Wendin, K., Westergren, A. (2015). Eating difficulties, nutrition, meal preferences and experiences among elderly: a literature overview from a Scandinavian context (B. 4, s. 22-37).
- Oslo kommune (2015). *Verdier og etikk*. <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/jobb-i-oslo-kommune/verdier-og-etikk/> (nedlastet 12.05.15)
- Oslo Kommune Helseetaten (2013). *Kvalitetsmåling I hjemmetjenesten – registrering av objektive kvalitetsindikatorer 2012*. <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Helseetaten%20%28HEL%29/Internett%20%28HEL%29/rapport%202012.pdf> (nedlastet 20.01.14)
- Pallant, J. (2013). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Rognstad, M.-k., Brekke, I., Holm, E., Linberg, C. & Lühr, N. (2013). Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 298-307. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0137
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values: a theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schönherr, S., Halfens, R. J. G. & Lohrmann, C. (2015). Development and psychometric evaluation of the Knowledge of Malnutrition - Geriatric (KoM-G) questionnaire to measure malnutrition knowledge among nursing staff in Austrian nursing homes. [Article]. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 193-202. doi: 10.1111/scs.12133
- Strandquist, Marit (2011). *Behovsstyrt bemanning – BOB 2010-2011*. Oslo: Konsens AS
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Skaar, R., Brodtkorb, K., Skisland, A. V-S. & Slettebø, Å. (2014). Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen - noen etiske utfordringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, (04), 267-279.
- Sortland, K. Steensæth, Y., & Gjerstad, R. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforl.
- Stratton, R. J. & Elia, M. (2006). Deprivation linked to malnutrition risk and mortality in hospital. *Br J Nutr*, 96(5), 870-876. doi: 10.1017/BJN20061852
- Stratton, R. J. & Elia, M. (2007). A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clinical Nutrition Supplements*, 2(1), 5-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2007.04.004>
- Svartdal, F. (2011). *Psykologi: en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørbye, L., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P., Topinkova, E., Ljunggren, G. & Bernabei, R. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: The aged in home care project (ADHOC). *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(1), 10-16. doi: 10.1007/BF02982158
- Tomstad, S. T., Soderhamn, U., Espnes, G. A. & Soderhamn, O. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people.(ORIGINAL RESEARCH)(Clinical report). *International Journal of General Medicine*, 5, 231.
- United Nations (UN) (1949). United Nations *Universal Declaration of Human Rights 1948*. United Nations: 1949.
- Utdanningsdirektoratet(2007). *Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift*. <http://www.udir.no/kl06/hea3-01/> (nedlastet 12.05.15)
- Utviklingssenter for sykehjem i Oslo (2015). *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester*. <http://www.utviklingssenter.no/> (nedlastet 12.05.15)
- Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo (2014). *Sluttrapport Løft for bedre ernæring, delprosjekt 1: frie midler til lokalt ernæringsarbeid*. <http://www.utviklingssenter.no/frie-midler-til-lokalt-ernaeringsarbeid.5520911-179647.html> (nedlastet 23.07.15)
- Van der Pols-Vijlbrief, R., Wijnhoven, H. A. H., Schaap, L. A., Terwee, C. B. & Visser, M. (2014). Determinants of protein–energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. *Ageing Research Reviews*, 18(0), 112-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2014.09.001>
- Vanderwee, K., Clays, E., Bocquaert, I., Verhaeghe, S., Lardennois, M., Gobert, M. & Defloor, T. (2011). Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(4), 736-746. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05531.x
- Watkinson-Powell, A., Barnes, S., Lovatt, M., Wasielewska, A. & Drummond, B. (2014). Food provision for older people receiving home care from the perspectives of home-care workers. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 553-560. doi: 10.1111/hsc.12117
- Wham, C., Teh, R., Robinson, M. & Kerse, N. (2011). What is associated with nutrition risk in very old age? *The journal of nutrition, health and aging*, 15(4), 247-251. doi: 10.1007/s12603-010-0304-6
- World health organization (2011). *World health statistics 2011*. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1 (nedlastet 12.05.15)
- Yun-e, L., Norman, I. J. & While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1271-1282. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.021

Enhetsleder-/Seksjonssjef-/
Seksjonsleder-/Avdelingsdirektør
Bydel; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
Hjemmebaserte tjenester/Hjemmetjenester

Oslo, 5. mars 2014

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre spørreundersøkelse i hjemmesykepleien.

Jeg er ansatt som sykepleierkonsulent i hjemmetjenesten, Bydel Søndre Nordstrand, og er for tiden masterstudent ved Fakultetet for helsefag, Høgskolen i Buskerud og Vestfold. I den forbindelse skal jeg gjennomføre en mastergradsoppgave, og ber med dette om tillatelse til å innhente informasjon fra helsepersonell i hjemmesykepleien, ved hjelp av spørreskjema. Det tar ca. 10-15 minutter å besvare spørreskjemaet.

Hensikten med undersøkelsen er å identifisere helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre hjemmeboende personer, som mottar hjemmesykepleie. Positive holdninger har vist seg å spille en sentral rolle for å få til en god ernæringspraksis og bidra til å hindre utvikling eller forverring av underernæring. Ved å identifisere helsepersonellens holdninger ved tilfeldig utvalgte bydeler i Oslo kommune, kan dette bidra til å gi videre føringer og forslag om hvilke tiltak som bør iverksettes overfor yrkesgruppene som er representert, og på denne måten bedre ernæringspraksis til eldre hjemmeboende personer som mottar hjemmesykepleie. Resultater fra undersøkelsen formidles skriftlig til kontaktpersoner i bydelen etter prosjektets planlagte avslutning, mai 2015.

Førstehandskontakt vil bli foretatt av undertegnede. Kontaktperson i hjemmesykepleien kan være fagutviklingssykepleier/sykepleierkonsulent eller en annen dere finner egnet.

Daglig ansvarlig for studien er Cecilie Lindberg, sykepleierkonsulent/mastergradsstudent, telefon: 994 63 246. Veileder i studien er professor Heidi Ormstad, Institutt for sykepleievitenskap – Drammen, telefon: 402 15 862. Høgskolen i Buskerud og Vestfold er forskningsansvarlig i studien.

Dersom det er ønskelig kan prosjektbeskrivelsen oversendes.

Håper på positivt svar.

Vennlig Hilsen

Cecilie Lindberg
lindberg.cecilie@gmail.com

7. Oktober 2013

M. Bachrach-Lindström, S. Jensen, R. Lundin, L. Christensson,

Margareta Bachrach-Lindström
Department of Medical and Health Sciences
Division of Nursing Science
Linköping University
581 83 LINKÖPING
SWEDEN
margareta.bachrach-lindstrom@liu.se

FORESPØRSEL OM BRUK AV SANN-G skalaen (Staff attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale) i masteroppgave

Jeg er sykepleier og for tiden masterstudent ved Høgskolen i Buskerud, fakultetet for helsefag. Jeg arbeider med prosjektbeskrivelsen til min mastergradsoppgave i klinisk helsearbeid, studieretning geriatrik helsearbeid. Studiens tema dreier seg om sykepleieres holdninger til forebygging og behandling av underernæring hos eldre hjemmeboende. Undersøkelsen vil foregå i hjemmesykepleien i en stor kommune i Norge.

I litteratursøket til masteroppgaven fant jeg artikkelen om: Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care i Journal of Clinical Nursing fra 2007, som særlig interessant. Jeg ser at dere har utviklet Staff attitudes to Nutritional Nursing Care Geriatric scale, SANN-G skalaen.

Denne henvendelse gjelder forespørsel om å få benytte skjemaet dere har utviklet for å fange opp og identifisere holdninger hos helsepersonell som arbeider med forebygging og behandling av underernæring innen geriatrik sykepleie. Dersom tillatelse blir gitt, er det ønskelig å vite om skjemaet er utviklet på svensk, da det vil forenkle prosessen med oversettelse til norsk.

Min veileder er førsteamanuensis Liv Helene Jensen.

Jeg håper på et snarlig svar

Med vennlig hilsen

Cecilie Lindberg
Bjørn Bondes vei 79
1253 Oslo
Norway
lindberg.cecilie@gmail.com

VEDLEGG 3

SANN-G skalan

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1. För en människa som är över 70 år gammal räcker det med ett lagat mål mat/dag. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar delvis avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| 2. Det är meningslöst att väga alla patienter/vårdtagare. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar delvis avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| 3. Äldre som vårdas på geriatrisk klinik alt. äldreboende vill inte bli tillfrågade om tidigare kostvanor. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar delvis avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| 4. Patienter/Vårdtagare med sväljsvårigheter skall inte uppmuntras till att äta själva. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar delvis avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| 5. Matsalen skall i första hand vara så utformad att personalens arbete underlättas. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| 6. Det är omöjligt att individanpassa måltiderna. | Håller helt och hållet med | <input type="checkbox"/> |
| | Håller delvis med | <input type="checkbox"/> |
| | Osäker | <input type="checkbox"/> |
| | Tar delvis avstånd från | <input type="checkbox"/> |
| | Tar helt avstånd från | <input type="checkbox"/> |

7. Hos patienter/vårdtagare med ätproblem är det inte lönt att träna förmågan att äta själv.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
8. Det räcker att göra viktkontroller på de patienter/vårdtagare där läkare ordinerat detta.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
9. Människor över 70 år behöver inte lika näringsrik mat som yngre.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
10. Det bästa är när personalen lägger upp maten på faten utan att patienterna/vårdtagarna hjälper till.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
11. Personal med lång vårderfarenhet vet alltid vad patienten/vårdtagaren behöver äta.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
12. Enbart vissa patienter/vårdtagare har nytta av att få sitt näringstillstånd bedömt.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från

13. Det är viktigt att maten fördelas på sådant sätt att samtliga patienter/vårdtagarna får lika mycket mat.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
14. Näringsdryck är ett bra ersättningsmedel istället för den vanliga maten.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
15. Det är mycket sällan patienter/vårdtagare, som behandlas på geriatrisk klinik eller bor på kommunalt äldreboende, är undernärda.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
16. Det behövs ingen särskild kunskap eller erfarenhet för att mata en patient/vårdtagare.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
17. Måltiderna behöver inte vara individanpassade.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från
18. Överviktiga patienter/vårdtagare skall alltid sättas på energisnål kost.
- Håller helt och hållet med
Håller delvis med
Osäker
Tar delvis avstånd från
Tar helt avstånd från

VEDLEGG 4

The Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care scale (SANN-G scale)

Ref, Bachrach-Lindström et al. Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16, 2007-2014.

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. One prepared (warm) meal/day is enough for people aged 70 or more. | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 2. It is meaningless to assess body weight of all patients/residents | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 3. Residents in hospital or municipal care do not want to be asked about previous dietary habits | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 4. Patients/residents with swallowing problems should not be encouraged to eat by themselves | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 5. The dining room should be designed foremost to make staff's work easier | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 6. It is impossible to individualize mealtimes | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 7. It is no use to train patients/residents with eating problem to eat by themselves | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 8. It is sufficient to measure body weight of those residents whose physician has prescribed it | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 9. People aged 70 years or more do not need the same high food value as do younger people | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 10. It is best that the staff serve food on plates without help from the residents | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 11. Staff with a great deal of experience always know what the patient/resident needs to eat | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 12. Only certain patients/residents will benefit from having their nutritional status assessed | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 13. It is important to distribute the food in such a manner that all patients/residents receive equal portions | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 14. Oral supplementation is a good replacement for ordinary food | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 15. Undernutrition is very uncommon in the elderly in geriatric/medical or municipal care | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 16. No special knowledge or experience is needed when helping a patient/resident to eat | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 17. Mealtimes do not need to be individually adjusted | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |
| 18. Patients/residents with overweight should always have low-calorie food | Completely agree | <input type="checkbox"/> |
| | Agree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Doubtful/unsure | <input type="checkbox"/> |
| | Disagree on the whole | <input type="checkbox"/> |
| | Completely disagree | <input type="checkbox"/> |

VEDLEGG 5

The Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care scale (SANN-G scale)

Ref, Bachrach-Lindström et al. Attitudes of nursing staff working with older people towards nutritional nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16, 2007-2014.

For details of scoring and interpretation please see the methods section in the above mentioned article

Dimensions:

The SANN-G scale gives a total score and according to the factor analysis there is 5 underlying dimensions:

Factor 1

Norms (item 5, 10, 11, 13 and 14)

Factor 2

Habits (item 1, 3, 4 and 9)

Factor 3

Assessment (item 2, 8, 12 and 18)

Factor 4

Intervention (item 7, 15 and 16)

Factor 5

Individualization (item 6 and 17)

Scoring:

Completely agree	<input type="checkbox"/>	1 point
Agree on the whole	<input type="checkbox"/>	2 points
Doubtful/unsure	<input type="checkbox"/>	3 points
Disagree on the whole	<input type="checkbox"/>	4 points
Completely disagree	<input type="checkbox"/>	5 points

Min score = 18 points

Max score = 90 points

Spørreskjemaundersøkelse
Helsepersonellets holdninger til ernæringsarbeid i hjemmesykepleien

Nedenfor finner du 24 spørsmål og påstander. De første 5 spørsmålene er bakgrunnsopplysninger.

De neste 19 spørsmålene er påstander rundt ernæringsarbeid med 5 svaralternativer. Spørsmål 6 – 24 er en oversettelse av SANN-G skala, «The Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care scale», utviklet av Bachrach-Lindström, Jensen, Lundin & Christensson, 2007. Kryss av for det svaralternativet som stemmer best med din oppfatning, kun ett kryss på hvert spørsmål. Det er ingen riktige eller gale svar, og vi har alle ulike oppfatninger. Det er viktig at du leser spørsmålene nøye og at du svarer ærlig.

Bakgrunns spørsmål:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Hvilken aldersgruppe tilhører du? | 18 - 35 år <input type="checkbox"/>
36 – 50 år <input type="checkbox"/>
Over 50 år <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvilken yrkesgruppe tilhører du? | Sykepleier <input type="checkbox"/>
Hjelpepleier <input type="checkbox"/>

Annet, spesifiser:
_____ |
| 3. Hvor mange år har du arbeidet i dette yrket? | Under 2 år <input type="checkbox"/>
2 – 5 år <input type="checkbox"/>
5 – 10 år <input type="checkbox"/>
10 – 15 år <input type="checkbox"/>
Over 15 år <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor stor stillingsbrøk arbeider du her? | 100-80% <input type="checkbox"/>
79-50% <input type="checkbox"/>
49-21% <input type="checkbox"/>
Under 20% <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du deltatt i ernæringsprosjekt på din arbeidsplass siste 12 måneder? | Ja <input type="checkbox"/>
Nei <input type="checkbox"/> |

Påstander rundt ernæringsarbeid:

6. Ett ferdiglaget måltid om dagen er nok for en person over 70 år. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
7. Det er meningsløst å veie alle pasienter/brukere. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
8. Eldre pasienter/brukere ønsker ikke å bli spurt om tidligere kostvaner. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
9. Pasienter/brukere med svelgeproblemer skal ikke oppmuntres til å spise selv. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
10. Kjøkkenet/spiserommet skal først og fremst være utformet slik at personalets arbeid forenkles. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
11. Det er umulig å tilpasse måltidene individuelt. Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig

12. Hos pasienter/brukere med spiseproblemer nytter det ikke å trene evnen til å spise selv.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
13. Det er tilstrekkelig å gjøre vektkontroll hos pasienter/brukere hvor legen har foreskrevet dette.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
14. Mennesker over 70 år trenger ikke like næringsrik mat som yngre.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
15. Det er best at personalet legger opp maten på tallerkenen og serverer uten at pasienten/brukeren hjelper til.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
16. Personale med lang erfaring vet alltid hva pasienten/brukeren trenger å spise.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
17. Kun enkelte pasienter/brukere har nytte av å få vurdert sin ernæringsstatus.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
18. Det er viktig å fordele tiden slik at alle pasienter/brukere får like mye hjelp i måltider.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig

19. Næringsdrikk er en god erstatning for vanlig mat.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
20. Det er svært sjelden at pasienter/brukere som mottar hjemmesykepleie er underernært.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
21. Det er ikke nødvendig med spesiell kunnskap eller erfaring for å mate en pasient/bruker.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
22. Måltidene trenger ikke å være tilpasset individuelt.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
23. Overvektige pasienter/brukere skal alltid settes på energireduert kost.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig
24. Det har ingen hensikt å sitte sammen med pasienten/brukeren under måltidet.
- Helt enig
Delvis enig
Usikker
Delvis uenig
Helt uenig

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

” Ernæringsarbeid i hjemmesykepleien – en undersøkelse av helsepersonellens holdninger ”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er ansatt som sykepleierkonsulent i hjemmetjenesten, Bydel Søndre Nordstrand, og er for tiden masterstudent ved Fakultetet for helsefag, Høgskolen i Buskerud og Vestfold. I den forbindelse skal jeg gjennomføre en mastergradsoppgave der det skal innhentes informasjon fra helsepersonell i hjemmesykepleien ved hjelp av spørreskjema.

Denne henvendelsen er en forespørsel til deg om å delta i en spørreskjemaundersøkelse, der hensikten er å identifisere helsepersonellens holdninger til ernæringsarbeid hos eldre, hjemmeboende personer. Helsepersonell i denne undersøkelsen innebærer at du har videregående skole (hjelpepleier, helsefagarbeider o.l.) eller høgskoleutdanning (sykepleier o.l.), at du arbeider i direkte kontakt med brukere/pasienter i hjemmesykepleien og har en fast stilling eller vikariat på dag/kveldstid.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Undersøkelsen gjennomføres i tilfeldig utvalgte bydeler i Oslo kommune som har takket ja til deltakelse. Spørreskjemaet består av 24 spørsmål. De første 5 spørsmålene er bakgrunns-opplysninger. De neste 19 spørsmålene er påstander rundt ernæringsarbeid med 5 svaralternativer. Det tar ca.10-15 minutter å svare på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Deltakelse i studien vil ikke medføre noen ulemper for deg, annet enn den tiden det tar å besvare spørsmålene. I undersøkelsen vil du være helt anonym og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til deg. Fordelen med å delta er at bydelene som er involvert gis mulighet til planlegging og forbedringsarbeid av ernæringspraksis i hjemmesykepleien. Resultater fra undersøkelsen formidles skriftlig til ledere og kontaktpersoner i bydelen etter prosjektets avslutning.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Spørreundersøkelsen vil kun bli benyttet som beskrevet i hensikten med studien. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, kun student og veileder vil ha tilgang til disse. Videre er alle data anonyme. Skjemaene vil makuleres ved prosjektets planlagte avslutning, mai 2015. Spørreskjemaet blir utdelt og innhentet/returnert til en kontaktperson ved din arbeidsplass. Du vil motta en påminnelse etter ca.1-2 uker, dersom svarprosenten er lav. Det kan være aktuelt ved et senere tidspunkt å publisere en artikkel hvor resultatene fra undersøkelsen fremkommer

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Velger du å delta ved å fylle ut vedlagt spørreskjema, anses dette som godkjent samtykke.

Kontaktinformasjon

Dersom du har spørsmål til studien nå eller på et senere tidspunkt, ta kontakt med Cecilie Lindberg, sykepleierkonsulent/mastergradsstudent, lindberg.cecilie@gmail.com, telefon: 99463246. Veileder i studien er professor Heidi Ormstad, Institutt for sykepleievitenskap – Drammen, telefon: 40215862. Høgskolen i Buskerud og Vestfold er forskningsansvarlig i studien.