



Fordypningsoppgave

VMT724 Miljøarbeid og tverrprofesjonalitet

Tittel: «Når vekten tar overhånd»

Klinisk og pedagogisk tilnærming overfor person med utviklingshemming som har alvorlig overvekt og står i alvorlig helsefare.

Ellen Eckhoff Gjeitnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 09.05.16



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Helen Solheim

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 06.05.16

Antall ord: 9900

Forord:

Jeg ønsker i denne oppgaven å ha fokus på både det ansvar og de muligheter som foreligger for at mennesker med psykisk utviklingshemming skal oppleve «det gode liv», selv når kroppsvekt er sterkt forhøyet og en endring av livsstil er nødvendig for helse og bevegelsesfrihet.



Takk til gode kollegaer ved seksjon for voksenhabilitering ved sykehuset i Molde for godt tverrprofesjonelt samarbeid, der tillit, engasjement og faglig nysgjerrighet står sentralt.

Sammendrag:

Bakgrunn for utviklingsarbeidet er interesse for hvordan en som bistandsyter kan bidra til livsstilsendring for mennesker med utviklingshemming og alvorlig overvekt.

Hensikten er å problematisere rundt livsstilsendring for mennesker med kognitive utfordringer, samt å gi innspill til en intervensjon som har fokus på selvfølelse, motivasjon og mestring. Fokus er på både det ansvar og de muligheter som bistandsytere har for at mennesker med psykisk utviklingshemming skal oppleve «det gode liv», selv når kroppsvekt er sterkt forhøyet og en endring av livsstil er nødvendig for helse og bevegelsesfrihet.

Intervensjon bygger på kartlegging av personlige forutsetninger og interesser hos tjenestemottaker, og faktorer som kan bidra til motivasjon for livsstilsendring.

Tjenesteyterne legger til rette for kommunikasjon og samhandling ut fra tjenestemottakers kognitive og personlige forutsetninger. De har fokus på matglede og bevegelsesglede, samt at samhandling rundt mat og aktivitet ikke innebærer element av korreksjon.

Resultatet viser at livsstilsendring er mulig ut fra de forutsetninger som blir vektlagt. Et tilfredsstillende resultat er avhengig av kartlegging av individuelle og kontekstuelle faktorer, samt etablering av godt og forpliktende samarbeidsklima.

Nøkkelord: Utviklingshemming, livsstilsendring, personalansvar, mestring, selvfølelse.

Summary:

The background of this study is interest in how care givers can contribute to lifestyle change for people with developmental disabilities and severe obesity.

This thesis seeks to shed light upon how people with cognitive challenges may be motivated to lifestyle changes, and how to facilitate an intervention that focuses on self-esteem, motivation and ability.

Focus is on both the responsibilities and opportunities that aid providers have to ensure that people with mental disabilities to experience "quality of life", even when body weight is greatly increased and a change of lifestyle is necessary for health and freedom of movement.

Intervention in this study is based on the care taker`s personal qualifications and interests, and factors that may contribute to motivation for change of lifestyle. Care givers facilitate communication in accordance to cognitive and personal abilities, and have focus upon

appreciation of both food and physical activity. The interaction around food and activity does not involve elements of correction.

The result shows that change of lifestyle is possible based on the assumptions being emphasized. Good results depend on identification of both individual and contextual factors, and the establishment of satisfactory and mutually binding climate of cooperation.

Keywords: intellectual disability, lifestyle change, responsibility of aid providers, ability, self-esteem.

1.0	Introduksjon og problemstilling/målsetting	1
1.1	Bakgrunn / hensikt.....	1
1.2	Avgrensning	1
1.3	Litteratursøk	2
2.0	Teori	3
2.1	Teoribakgrunn	3
2.2	Livsstil	3
2.3	Definisjoner på overvekt	4
2.4	Overvekt blant mennesker med utviklingshemming.....	4
2.5	Konsekvens av overvekt.....	5
2.6	Hva reduserer vekt.....	6
2.7	Miljøterapeutiske virkemidler overfor mennesker med utviklingshemming	11
3.0	Empiri	14
4.0	Klinisk/pedagogisk tilnærming.....	14
4.1	Kartlegging	15
4.2	Målsetting	15
4.3	Tiltak	16
4.4	Status pr. februar 2016	17
5.0	Diskusjon:	18
5.1	Hvordan påvirke til livsstilsendring	18
5.2	Tilnæringsprosessen.	20
5.3	Rammebetingelser og personalansvar	22
5.4	Fremming av selvfølelse, motivasjon og mestring i tjenesteutøving.	23
6.0	Konklusjon.....	27
7.0	Litteraturliste.....	28
8.0	Vedlegg.....	32

1.0 Introduksjon og problemstilling/målsetting

1.1 Bakgrunn / hensikt

Jeg har arbeidet som fysioterapeut både innenfor psykisk helsevern, innenfor kommunehelsetjenesten og nå i habiliteringstjenesten. I disse kontekstene har jeg vært opptatt av hvordan en kan tilrettelegge for fysisk aktivitet slik at det oppleves meningsfullt og til glede for den enkelte, i tillegg til den helsebringende effekt fysisk aktivitet kan ha. En av oppgavene til seksjon for voksenhabilitering er veiledning i forhold til alvorlig overvekts problematikk hos mennesker med utviklingshemming. I henviste saker ønsker bistandspersoner og nærpersoner veiledning i forhold til framgangsmåte og tilnærming for å få til en vektreduksjon hos den med utviklingshemming, samt i en del av tilfellene bistand i forbindelse med vedtak om tvang og makt ut fra kapittel 9 i helse og omsorgstjenesteloven. Bekymringen kan komme fra pårørende, fastlege og/eller tjenesteytere i kommunale tjenester. Det er unntaksvis at den som henvises selv opplever sin livsstil og konsekvensene av denne som et problem, og har et ønske om endring. Det å skape motivasjon til samarbeid/deltakelse hos en person som ikke opplever å ha et problem, blir en utfordring både faglig og etisk. Hvordan unngå at det oppleves som moraliserende, overstyrende og i konflikt med retten til selvbestemmelse. Hvordan ivareta den enkeltes integritet som voksen, myndig borger gjennom respektfull og forståelig veiledning.

Hensikten med dette utviklingsarbeidet er å problematisere ulike aspekt rundt det å påvirke mennesker med kognitive utfordringer til livsstilsendring, samt å gi innspill til en intervensjon som ivaretar personens ønsker og behov på best mulig måte, og fremmer opplevelsen av selyfølelse, motivasjon og mestring.

1.2 Avgrensning

For å avgrense oppgaven legger jeg vekt på den kartlegging og de tiltak som kan iverksettes uten å måtte gjøre bruk av tvang og makt (HOTL 2011, kapittel 9). Loven krever at før en igangsetter vedtak og håndhevelse av tvang og makt, skal andre løsninger være prøvd ut i forkant, og det er denne type kartlegging og utprøving jeg har fokus på i denne besvarelsen.

1.3 Litteratursøk

I uke 3 gjennomførte jeg litteratursøk i Medline og Psycinfo med bistand fra bibliotekar. Jeg brukte engelske søkeord og kombinerte uttrykk som «intellectual* disab*», «overweight/obes*», «lifestyle / food* / diet / exercise», med ulike uttrykk som beskriver opplevelsesaspekt som «self esteem / body image / choice* / empowerment / self* / joy* / master». Resultat ble 188 artikler i Medline og 87 artikler i Psychinfo, som omhandlet ulike aspekt rundt temaet utviklingshemming og overvekt. Mange av studiene viste forekomst av overvekt, men kun få beskrev intervensjon der tilnærmingen fokuserte på personers forutsetninger, motivasjon og opplevelser, eller hadde oppmerksomhet på kontekstuelle forhold som var viktige i forhold til endring. Uke 7 gjennomførte jeg et nytt søk i Proquest, der jeg spisset søket noe. Begrepene «self concept», «self esteem» og «self respect» ble valgt ut for å beskrive opplevelsesaspektet. Ingen relevante artikler svarte til søket. Ved fjerning av begrepet utviklingshemming, ble resultatet 468 artikler. Ut fra funn jeg fikk i litteratursøk, sitter jeg igjen med inntrykk av at temaet overvekt og livsstilsendring overfor utviklingshemmete er viktig innenfor forskning, men at begrepene selvpoffattelse, selvfølelse og selvrespekt, samt betydningen av kontekstuelle faktorer, ikke har hatt hovedfokus fram til nå. Det hadde vært interessant å se nærmere på hvordan begrep som selvpoffattelse blir vektlagt overfor mennesker uten utviklingshemming, men pga oppgavens omfang, blir det valgt bort.

2.0 Teori

2.1 Teoribakgrunn

Innen helseforskning er det stort fokus på betydning av livsstil, og hvordan kosthold og fysisk aktivitet spiller inn. Helsedirektoratet har kommet med klare retningslinjer for kost og aktivitet, og oppgaven baserer seg på disse retningslinjene. (Helsedirektoratet(IS2170). E-læringskurset «mat og trivsel», laget av SOR, bygger på de samme retningslinjene, og er rettet mot både tjenesteytere og mot personer med utviklingshemming (SOR, mat og trivsel).

I forhold til mennesker med utviklingshemming beskriver forskning at overvekt og inaktivitet representerer en stor helseutfordring. I litteratur som fokuserer på bistand overfor mennesker med utviklingshemming, står perspektiver som samhandling, maktbegrep og empowerment sentralt.

Innen fysioterapifaget har det kroppsfenomenologiske perspektiv fått stadig større fokus, der bevegelse vektlegges som grunnleggende for personens oppfatning eller opplevelse av seg selv og omgivelsene.

Innen samfunnsforskning blir opplevelser i forbindelse med å være overvektig beskrevet. I oppgaven blir teoribakgrunn hentet fra alle fagområdene, og i diskusjonsdelen blir de ulike teoribakgrunner drøftet opp mot hverandre sett i forhold til casen.

2.2 Livsstil

Forventet levealder i Norge har økt betydelig i løpet av siste århundre, samtidig som en stor del av befolkningen har et kosthold som ikke er optimalt forhold til risiko for utvikling av sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, type 2 diabetes og osteoporose(Nasjonalt råd for ernæring 2011,7-9). Aktivitetsnivå har gått i negativ retning, med en samfunnsutvikling som går mot mer inaktivitet og stillesitting (ibid). WHO anslår at en ved å endre på kostholdsvaner og øke fysisk aktivitet, kan man både forebygge og behandle alvorlige sykdommer som nevnt ovenfor (ibid). Til tross for kunnskap om temaet i samfunnet, og stor satsing i form av informasjon og folkehelsearbeid, har det til nå ikke vist positiv endring på statistikker. I NordTrøndelag har det fra 1984 fram til 2008 blitt gjennomført 3 store helseundersøkelser (HUNT 1,2 og 3). Den viser økning i antall personer med fedme, spesielt for unge voksne, og spesielt for menn. (Midthjell og Krokstad 2011,62)

2.3 Definisjoner på overvekt

Verdens helseorganisasjon definerer overvekt, henholdsvis undervekt ut fra Body Mass Index (BMI) Man tar utgangspunkt i vekt og dividerer med lengde i annen potens. Ved undervekt er BMI lavere enn 18.5. Normalvekt er mellom 18.5 og 24.9. Overvekt er ved BMI mellom 25 og 29.9, og fedme med BMI lik eller over 30.

Fedme kan videre deles i grad I-III. Grensene er de samme for kvinner og menn. I Norge definerer man sykkelig fedme som enten BMI lik eller over 40, eller BMI lik eller over 35 ledsaget av kroppslig sykdom sannsynlig forårsaket av fedmen (Midthjell og Krokstad 2011,61).

Forekomsten av fedme og overvekt øker i hele verden. Mange sier at det er et av de betydeligste helseproblemerkene vi står overfor i åra som kommer. Fedme øker risikoen for en rekke sykdommer og plager. HUNT rapporten fra 2011 viser at 13 til 14 prosent av unge voksne mellom 20 og 29 år har vekt som faller inn under benevnelsen alvorlig overvekt, og 20 prosent i aldersgruppen 30 til 39 år (ibid,62)(Nordstrøm 2015,4).

2.4 Overvekt blant mennesker med utviklingshemming

Forekomst av overvekt varierer innen gruppen utviklingshemmede. I en norsk undersøkelse fra 2004 blir 282 personer med utviklingshemming undersøkt, der det kommer fram at 34,8 % er overvektige, og 19,1 % er alvorlig overvektige. Kvinnene har større risiko for overvekt enn menn, og de med lett grad av utviklingshemming har større risiko enn de med moderat til alvorlig grad (Hove 2004).

I Frankrike undersøkes 570 personer med utviklingshemming fra 19 til 59 år. 45,6 blir definert som overvektige, og 17,2 faller innenfor benevnelsen fedme (Mikulovic et al 2014).

Nordstrøm(2015) beskriver livsstilbetinget helserisiko for 3 diagnosegrupper. 96 personer fra ulike steder i Norge, med diagnosene Downs Syndrom (DS), Prader Willi(PW) og Williams Syndrom(WS) ble undersøkt. I alle 3 gruppene beskrives personene å ha en rolig livsstil med lite fysisk aktivitet. 29,9 % av deltakerne er overvektige, 48,3 % av deltakerne har BMI som tilsvarte fedme. Nordstrøm (ibid) viser at innenfor disse pasientgruppene er det større grad av fedme enn det som kommer fram i de andre undersøkelsene, og vil sammen med lavt aktivitetsnivå kunne representere forhøyet helserisiko.

2.5 Konsekvens av overvekt

Somatikk

Fedme sees ofte i sammenheng med grad av fysisk aktivitet, da energibalanse reguleres av både inntak av mat /drikke og av forbrenning. Energiforbruket som ledsager fysisk aktivitet vil medføre at større del av energitilførsel brukes til muskelarbeid og ikke til lagring av fett i kroppen. (Nasjonalt råd for ernæring 2011,213)

Fedme medfører en betydelig helserisiko, med fare for å utvikle tilstander som diabetes 2, hjerte- og karsykdommer og enkelte kreftformer. Mange undersøkelser viser at minst halvparten av nye tilfeller av type 2-diabetes kan unngås ved at personer med påvist høy risiko driver regelmessig fysisk aktivitet, har et sunt kosthold og reduserer eventuell overvekt (Midthjell 2011,68)

Psykologisk

Sterk overvekt vil utgjøre en helserisiko, men kan også utgjøre en bevegelseshindring for den enkelte. Kroppen blir tung å bære, og en står i fare for å utvikle belastningsskader i muskel og skjelettsystem. Det psykologiske aspekt kan vurderes opp mot det å være tung og ha problemer med å bevege seg, og hva det i seg selv kan gjøre med selvfølelse. Gro Rugseth (2011) har i sin doktoravhandling fokusert på hvordan det oppleves å leve som tykk i dagens samfunn. Et gjennomgående trekk var at deltakerne i studien gav uttrykk for at kroppen var merkbar for dem hele tiden, fordi den var tung og tok mye plass og innebar klare begrensninger i forhold til bevegelse(ibid,68).

Hva slags konsekvenser gir det å være overvektig i lys av de normer som råder i samfunnet, og hvordan påvirker det den enkelte? I media har det i den seinere tid vært fokusert på at ungdom har vanskelig med å akseptere seg selv slik de er, og livene deres blir styrt av higen etter det perfekte ytre, som for eksempel i tv-serien «sykt perfekt» og «jeg mot meg» (NRK1). I Rugseths avhandling beskrives det at personene opplever seg selv som kontinuerlig synlig for et «allestednærværende blikk», og at de har hatt opplevelser av å ikke bli regnet med, samt å bli oversett og utestengt. De hadde opplevd å bli omtalt som «ho tjukke» istedenfor med eget navn, og at deres ferdigheter ikke ble sett og anerkjent i like stor grad som hos andre. Mange av informantene beskriver skamfølelse og behovet for å skjule spising. Det å være tykk utfordrer stadig deres mulighet til og ønske om å erfare seg selv som sammenhengende og hel (ibid,68-79).

Begrepet stigma brukes for å betegne en egenskap hos en person /gruppe som er i dyp miskreditt hos andre. (Goffman 1975). Goffman skiller mellom ulike typer stigma, som

fysiske misdannelser, karaktermessige feil eller «tribale» (slekts betingete) stigma. Fellestrekk er at personene ville blitt sosialt akseptert dersom de ikke hadde den egenskap eller mening som fører til folk vender seg bort og dermed overser andre egenskaper.(ibid,13-33). Både det å være overvektig, og det å være utviklingshemmet kan medføre at en person utsettes for stigmatisering, og at de ikke aksepteres og verdsettes slik de er. Både VSR (verdisetting av sosial rolle) og empowerment er ideologier som tar utgangspunkt i den stigmatisering mennesker med funksjonshemming utsettes for, og har som formål å endre dette gjennom å endre sosiale roller og øke enkeltmenneskers og gruppers kontroll over egne liv(Askheim 2003).

Miculovic et.al (2014) inkluderer spørsmål ang kroppsupplevelse og selvtillit i en spørreundersøkelse til 570 personer med utviklingshemming (ibid,154). 80 prosent av respondentene er ikke fornøyd med sin kropp eller fysisk yteevne, men skårer jevnt over høyt på spørsmål som vedrører selvfølelse. De med overvekt skårer imidlertid signifikant lavere i forhold til de med normal vekt (ibid,159).

Salaun et.al (2014) undersøker ulike variabler innenfor selvfølelse (global selvpoppfattelse, fysisk egenverd, fysisk yteevne, fysisk attraktivitet, fysisk styrke og fysisk form), og har spesielt fokus rettet mot om det er sprik mellom opplevelse av fysisk yteevne og den reelle yteevne. De hevder at empiri og resultatene i deres forskning peker mest i retning av dette er en type forsvarsmekanisme som bidrar til mestring av livets realiteter. Anna Kittelsaa (2008) ser i sin doktorgrad på hvordan 6 unge mennesker med lett grad av utviklingshemming representerer seg selv. De har fokus på å gi et positivt bilde av seg selv, men underkommuniserer hva som gjør dem forskjellig fra andre, samtidig som de ikke benekter sine hjelpebehov. Kittelsaa tolker dette dithen at det å være utviklingshemmet eller hjelpetrengende er bare en av mange identiteter, og er ikke avgjørende for hvordan de oppfatter seg selv(ibid,sammendrag).

2.6 Hva reduserer vekt

Motivasjonelle faktorer

Kunnskap om helse og viktigheten av en sunn livsstil er dokumentert i stort monn, både i forskning og i anbefalinger fra helsemyndighetene. Det viser seg imidlertid at endring av livsstil er en utfordring mange finner vanskelig, og som krever stor grad av forståelse, innsats og motivasjon hos den enkelte.

I forhold til mulighet for endring trekker Rugseth (2013,133) fram betydningen av viktigheten av å kunne erfare seg som hele og i samhörighet med kroppen og omgivelsene, og muligheten for å oppleve tillit, tro og attraktivitet. Da vil en som person ikke være «festet til en diagnose» eller fungere som et «kulturelt stigma». Solheim (2013,174) trekker fram at helsearbeidere bør legge vekk noe av sitt «ekspertperspektiv», og lytte til den menneskelige erfaringskunnskapen som er skapt gjennom tradisjon og hverdagsliv. Da vil en i tilnærmingen kunne få svar på hva som er viktig for den enkelte, slik at personens egen opplevelse av hva som bør gjøres og evt hvordan. Både Solheim og Rugseth legger med det vekt på forutsetninger for å skape en indre meningsbærende motivasjon hos den enkelte. Hva er så forutsetningene for å lytte til erfaringskunnskap og skape meningsbærende motivasjon hos mennesker med utviklingshemming? Jeg har ikke funnet denne type problematisering i litteratur og artikler som omhandler overvekt og livsstilsendring spesielt, men temaet blir drøftet på en mer generell basis i forhold til målrettet miljøarbeid overfor mennesker med utviklingshemming. En slik diagnose kan medføre utfordringer i forhold til både forståelse, oppmerksomhet, hukommelse, fokus, gjenkjennelse, nivå av instruksjoner, oversikt og behov for forutsigbarhet (Jacobsen 2011). Det skaper utfordringer i forhold til tilrettelegging og samhandling, og nærpersonens rolle og forståelse er viktig. Det kan by på utfordringer å innhente informasjon om deres opplevelser og erfaringsbakgrunn kun via intervju og spørreskjema, og nærpersoners beskrivelser og observasjoner blir derfor viktige informasjonskilder. Rise og Viken (2009,88) trekker fram at når den utviklingshemmedes motivasjon skal beskrives, må både personens egen motivasjon, hjelpepersonens motivasjon og dennes oppfattelse av den utviklingshemmedes motivasjon inkluderes. De skriver videre at viktige motivasjonsfaktorer er at aktivitetene er lystbetonte, gir opplevelser og er meningsfylte. Ytre motivasjon brukes når personer gjør noe for å oppnå en belønning eller har et mål utenfor selve aktiviteten, mens indre motivasjon brukes når en har interesse i selve aktiviteten og aktiviteten er belønning nok i seg selv (ibid). Vi lever alle i balansen mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon er sterkt knyttet mot selvbestemmelse og at handlingen betyr noe for den enkelte og i pakt med egne verdier (Owren 2011,124). Innen atferdsanalytisk tenkning tilstreber man å beskrive og registrere atferd under ulike betingelser og gjennom det kartlegge samvariasjon mellom et individs atferd og ulike påvirkninger(Askheim2003,62). Sosial validitet har i fått økende fokus innen denne tenkning ved at målatferd (atferd som skal endres) må være viktig for både klient og nærpersoner, og effekt bedømmes som viktig ut fra den tilfredsstillelse intervensjonen

fører til (ibid,66). Begrepet tilfredsstillelse beskriver en opplevelse som er positiv for den det gjelder, og dermed viktig for at ønsket atferd skal gjentas. Mulighet for positive opplevelser vil ut fra dette teoretiske perspektiv kunne være en viktig faktor for endring, og dermed kunne representere en viktig del av motivasjonsgrunnlaget.

Trening i seg selv kan ha en direkte påvirkning på motivasjon, da den i seg selv kan påvirke vår mentale helse gjennom at vi takler bedre stress, og lindrer symptomer ved angst og depresjon. (Thoen og Krokstad 2011,71).

E-læringskurset «mat og trivsel» som er rettet spesielt mot tjenesteytere som bistår mennesker med utviklingshemming, har ikke særskilt fokus på hvordan en som personal kan påvirke motivasjon, og hvilken rolle og betydning de har i forhold til livsstilsendring(SOR-mat og trivsel).

Kosthold

I det medisinske og helsefaglig perspektiv knyttes overvekt til at personen har et høyere energiinntak enn det som forbrukes gjennom aktivitet, og at det å være overvektig betraktes som en kronisk sykkelig tilstand som bør og skal behandles (Rugseth 2011).

Sammenheng mellom fedme og sykdom er ikke absolutt, og individuelle faktorer er med på å påvirke i hvor stor grad fedme faktorer disponerer for sykdom (ibid).

Helsedirektoratet anbefaler et kosthold med lav energitetthet, dvs mye grønnsaker, frukt, grove kornprodukter, og magre matvarer. (Helsedirektoratet IS2070,7).

Endring av kostholdsvaner er komplisert. Mat representerer mye mer enn vårt behov for ernæring. Deltakerne i en vektreduksjonsgruppe i regi av spesialisthelsetjenesten formidler at mat og måltider var en del av livsmønstre de fant det vanskelig å gi slipp på, og at de faktisk opplevde å bli syke av å holde på med vektreduksjon (Rugseth 2011). De beskriver vektreduksjonsforsøk som en kamp, som vondt, vanskelig, kjedelig og smertefullt (ibid.)

Mennesker med utviklingshemming kan i tillegg ha helt spesielle utfordringer i forhold til kosthold. Med noen diagnoser følger økt appetitt utover det som kroppen faktisk behøver av energi, f,eks ved Prader Willi Syndrom(Nordstrøm2015). Andre kan ha utfordringer knyttet til tygging, svelging og fordøyelse av mat, noe en ofte ser ved spastisk cerebral parese (Hoel og Andersen2011).

Aktivitet

Sannsynlig er det den totale mengde fysisk aktivitet som har mest avgjørende effekt på helse (Nasjonalt råd for ernæring 2011,213). Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av over 30

ulike diagnoser og tilstander. Anbefalingene for fysisk aktivitet er utarbeidet på grunnlag av felles nordiske anbefalinger som i sin tur er basert på internasjonale anbefalinger (Helsedirektoratet IS2070). Helsedirektoratet anbefaler at voksne og eldre er i 30 minutters moderat fysisk aktivitet daglig. Direktoratet påpeker imidlertid at mellom 60 og 90 minutter med daglig fysisk aktivitet er nødvendig for å forebygge overvekt. Barn og ungdom anbefales minst 60 minutter daglig fysisk aktivitet av moderat intensitet. I Huntrapporten oppsummerer de temaet om fysisk aktivitet med å anbefale intensive treningsøkter og intervalltrening for å forebygge hjerte- og karsykdommer og styrketrening for forebygge muskel og skjelettlidelser.(Thoen og Krokstad 2011,71).

Moe(2004) diskuterer betydning av fysisk aktivitet ut fra et kroppsfenomenologisk perspektiv og trekker fram at det er av betydning at de fysiske aktivitetene en velger, er av en slik art at kroppen utfordres på forskjellige måter gjennom variert sanseaktivering, og at avpasset, allsidig fysisk aktivitet er vesentlig for personlig utvikling og vekst. Ut fra oppgavens intensjoner er dette perspektivet interessant å belyse nærmere, men ut fra oppgavens omfang har jeg valgt det bort.

Mange av diagnosene som medfører utviklingshemming innebærer bevegelsesproblemer og skjelettforandringer (Rise og Viken 2009). Vanlige endringer kan f.eks være endret nevrologi med varierende grad av spastisitet og / eller ufrivillige bevegelser, hypotoni(muskelsvakhet), skoliose og /eller hypermobilitet. Individuell tilpassing blir her meget viktig for å få økt styrke, kondisjon og utholdenhet (ibid).

Intervensjon /samhandling

I artikkelsøk kom det fram at de artiklene som hadde beskrevet en intervensjon, i varierende grad legger vekt på atferdsendring, fysisk aktivitet, og /eller kosthold. Spanos et. al (2013) foretar en systematisk gjennomgang av 22 slike studier. I konklusjonen oppsummerer de at mange av studiene har klare metodiske mangler, at kun 3 studier viser vekttap på mer enn 5% 6 mnd etter avsluttet intervensjon. De hevder at det er behov for videre studier der en ser på effekt av sammensatt tilnærming, som inkluderer både atferd, diett og kosthold, samt at en har fokus på å imøtekomme de særegne behov som de med utviklingshemming har. Etikk rundt personenes evt. manglende samtykkekompetanse må drøftes og ivaretas (Spanos et. al. 2013).

Salaun et.al (2014) gjennomfører et 9 måneders treningsprogram for 23 ungdommer, der de undersøker sammenheng mellom fysiske endringer (BMI, midjeomkrets og fettprosent) og endringer i selvpoppfattelse. Forfatterne konkluderer med at et år med tilpasset trening

kan være effektivt uten å endre selvfølelse i negativ retning, og at det er viktig å sette nærmere fokus på hvordan sprik mellom forestilling om kapasitet og faktisk yteevne påvirker selvtillit for mennesker med lett utviklingshemming. I sine resultater ser de i løpet av perioden en endring av ungdommenes egne vurderinger av fysisk attraktivitet og fysisk yteevne. I starten er det nær sammenheng mellom disse variablene, men ikke mot slutten av treningsperioden. Salaun et al (2014) fremmer en hypotese om at selvoppfattelsen i løpet av perioden blir knyttet mer opp mot mestring, og på nærpersioners fokus på mestring, og at det påvirker opplevelsen av attraktivitet. I de treningsgruppe som har fokus på opplevelse (adventure) i sin trening, var det korrelasjon mellom endring i skår på «opplevelsen av å være attraktiv» og vekt nedgang, men det var det ikke for gruppen som drev med aerobic, selv om vekt nedgang var omtrent like stor for de to gruppene. Forfatterne antar at opplevelsen av å være attraktiv fikk for opplevelsesgruppen en større grad av «indre dimensjon», enn for gruppen som drev med aerobic, og dermed påvirket følelsen av å være attraktiv.

Knigge (2005) har foretatt en observasjonsstudie i 5 botilbud for utviklingshemmede, med fokus på den forhandling som skjer rundt kosthold. Hun fremhever at botilbudet både er et hjem for den enkelte, men også en arena for sosial kontroll. Det er i stor grad personalet som identifiserer og problematiserer overvekten, og de legger vekt på at den overvektige må oppfatte seg selv som overvektig, og gjennom det skape motivasjon for vekt nedgang. Hun viser at bofelleskapets fellesareal blir en slags normsoner der personalet «kriminaliserer» den usunne mat, og at det foregår «raffinerte forhandlingsspill» rundt menyene. Denne kriminalisering av usunn mat virker ikke etter hensikten, heller tvert imot da den fører til økt inntak av slik mat i det skulte. Personalet opplever at de kommer i et krysspress mellom retten til selvbestemmelse og den plikt de har til å fremme beboernes sunnhet (ibid).

Chapman et al (2005) gjennomfører en intervensjon til en gruppe med utviklingshemming som var henvist til en helsekoordinator for å endre livsstil. Studien strekker seg over 12 måneder der helsearbeidere foretar veiledning til både ansatte, pårørende og til de med utviklingshemming, som inkluderer både kost, aktivitet og helse. De ser signifikant nedgang i vekt for denne gruppen, i motsetning til en kontrollgruppe, der vekten har jevn økning. I drøftingsdelen avdekkes et manglende informasjonsgrunnlag for å beskrive årsak til vekt nedgangen hos den enkelte, og forfatterne skriver at dette bør fanges opp i seinere studier der bl.a opplevelse av velbehag og livskvalitet bør inkluderes. De fremhever at bistandsyttere ofte mangler klare retningslinjer og ansvarsbeskrivelser for hvordan de skal

legge til rette for deltakelse i fritidsaktiviteter. De nevner en rekke faktorer som kan påvirke grad av deltakelse, som motivasjon både hos omgivelser og hos person med utviklingshemming, praktisk og økonomisk støtte, overbeskyttelse, og manglende bevissthet hos personalgruppe ang viktighet (ibid).

Voksenhabiliteringstjenesten i Bergen (2014) har gjennomført et prosjekt med 4 deltakere. I tillegg til kontakt med deltakere og nærpersoner både initialt og i en oppfølgingsfase, bestod hoved intervensjon av en 14 dagers innleggelse i døgnavdeling. Fokus var rettet både mot tilpasset opplæring av deltakerne, utprøving av aktiviteter og nye kostvaner, samt at de hadde kontakt med deltakernes nærpersoner (familie og/eller bistandsyttere), både før, under og etter innleggelse. Alle 4 deltakere går ned i vekt under innleggelse. To fortsetter å gå ned i vekt etter utskrivelse, og to går opp i vekt. Rapporten oppsummerer bl.a. med følgende:

En viktig faktor for å lykkes er den støtten og oppfølgingen som familie og nærpersoner yter. Skal nye vaner hos pasientene ha varig effekt vil det være viktig med struktur, rammer og systematisk oppfølging over tid (Ibid,16).

2.7 Miljøterapeutiske virkemidler overfor mennesker med utviklingshemming

For å ha en god samhandling er det vesentlig at kommunikasjon blir tilrettelagt i forhold til kognitivt nivå, slik at personen i størst mulig grad forstår det som blir kommunisert, og har mulighet for å gi uttrykk for egne ønsker og behov. Det kan høres selvfølgelig ut, men kan i praksis kreve omfattende kartlegging av både kognisjon, kommunikasjonsferdigheter og motivasjonelle forhold. For uten å kunne delta i meningsfylt samspill, vil mulighet for å kunne påvirke omgivelser være en viktig faktor for helse og livskvalitet (Lunde 2009,24).

Helsefremmende arbeid har som mål å styrke det som bidrar til god helse. Owren (2011,110-111) beskriver dette på følgende måte: «En grunntanke er at helse skapes i hverdagen, og at livets skapende, lystbetonte, relasjonelle og sosiale sider er viktig del av grunnlaget for helse» (ibid,110).

Helsebegrepet overlapper med innhold i begrepet livskvalitet, dvs folks opplevelse og vurdering av eget liv (ibid). Mennesker med utviklingshemming kan ha problemer med definere problemer og sette mål for tiltak, men kan likevel i samarbeid med andre kommunisere hva som er viktig for dem og hva som er godt eller ikke. Å delta aktivt i prosessen med å bedre livsvilkår gir innflytelse på egen situasjon og er helsebringende i seg selv (ibid). Empowerment blir i helsefremmende arbeid ofte benyttet for å beskrive den positive orientering i helsefremmende tiltak. Uttrykket kan forstås som en metode eller

mål for prosesser som bidrar til at enkeltmennesker settes i stand til å ta beslutninger i forhold til egen helse (Lunde 2009,26). Innenfor habilitering innebærer det at profesjonelle får et eget ansvar for å ivareta dette perspektivet (ibid). For tjenesteytere som bistår personer med utviklingshemming blir det ofte nødvendig med etisk refleksjon, der kunnskap om hva som er til personens beste må balanseres opp mot retten til selvbestemmelse. Tilpasset opplæring kan være med på å fremme kunnskap og mulighet for innflytelse i beslutningsprosesser ang kosthold og aktivitet. Dersom opplæringen derimot ikke blir tilpasset den utviklingshemmedes kognitive nivå, kan det på sikt føre til kognitiv overbelastning, som er en betegnelse på at hjernen får for mange eller vanskelige oppgaver (Bakken 2015,58)

Funksjonell analyse er et samlebegrep for framgangsmåter for å danne seg bilde av hva som opprettholder atferd, der en ser på både foranledning til aktuell atferd og de konsekvenser denne atferd fører til (Holden2013). Fører konsekvens til sannsynlighet for å gjenta handlingen, blir handlingen positivt forsterket. Ved å gjøre en kartlegging av positivt og negativt forsterkende element, kan en danne seg et utgangspunkt for valg av tiltak, og en funksjonell analyse kan derfor være et viktig verktøy når en skal igangsette endringsprosesser i forhold til livsstil.

Oversikt, forutsigbarhet og tilstrekkelig grad av kontroll over egen situasjon, er avgjørende for å føle oss trygge og være i harmoni med oss selv og verden rundt (Lillevik og Øien2014). For at dette skal være mulig for en person med utviklingshemming, er det av vesentlig betydning at rammevilkår som bemanningsfaktor og organisering av tjenesten er i overensstemmelse med personens behov.

Personal som bistår mennesker med utviklingshemming kan komme i et krysspress mellom det en som tjenesteutøver anser som viktig og nødvendig, og det som er tjenestemottakers ønske og vilje (Knigge2005). Et viktig spørsmål blir da hva som er faglig god praksis og etisk forsvarlig. Der et tiltak vurderes som nødvendig for å hindre vesentlig skade på den det gjelder eller andre, er det i kapittel 9 i Helse og Omsorgstjenesteloven hjemmel for å anvende tvang. Loven legger vekt på at en før anvendelse tvang må foreta en grundig utredning og analyse, både av kontekstuelle faktorer, kommunikasjon, samhandling, og nødvendig tilrettelegging. Lav bemanning er ikke grunnlag for utøvelse av tvangstiltak. (HOTL 2011, kap.9) I den kliniske hverdag vil en ofte kunne oppleve at grunnlaget for tvangsutøvelse ikke er til stede der og da, men at det blir vesentlig å etablere en praksis som hindrer negativ utvikling. Owren og Linde (2011) introduserer begrepet inviterende og insisterende praksis, og at det er vesentlig å

anerkjenne at en i praksis benytter seg av metoder som faktisk reduserer autonomi og valgfrihet, og at det noen ganger oppleves som nødvendig.

3.0 Empiri

Jeg ønsker gjennom framstilling av en case å belyse den kompleksitet bistand i forhold til endring av livsstil innebærer, men også belyse muligheter for gode løsninger.

Sentrale element er forståelse av situasjon og motivasjon for endring, både hos han som var henvist, hos pårørende og i personalgruppa som hadde ansvaret for å bistå ham.

Sentrale begrep i tilnærming er struktur, valgmuligheter, mestring og selvtillit.

Case:

Henvisende instans er boleder i det bofelleskapet Ola bor i. Personalet er bekymret for Olas stressnivå.

Ola er 40 år som bor i egen leilighet tilknyttet en personalbase. Han har lett utviklingshemming, ned mot moderat. Han har god kontakt med far og stemor. Han jobber på kjøkken på dagsenter. Han er glad i å lage mat og i å spise mat. Han har hatt et hjerteinfarkt. Legerapport sier at hjertemuskel har betydelig skade etter det første infarkt. Han har røyket mye tidligere, men har sluttet. Han har en kraftig overvekt med BMI på 45.4, noe som pr. definisjon betegnes som sykkelig overvekt. Vekten er stadig økende. Han liker å gå på besøk der han får mat /kake. Handler mye snop og søtsaker på egenhånd.

4.0 Klinisk/pedagogisk tilnærming

Fra voksenhabiliteringens side får en vernepleier og jeg som fysioterapeut, ansvar for å bistå Ola og hans personale. Ola har sykkelig overvekt, og hjertespesialist har beskrevet at han har forhøyet risiko for å få nytt hjerteinfarkt. I vår tilnærming har vi ønske om å bygge på mulighet til selvbestemmelse, og at kommunikasjon skal være bygget på åpenhet og ærlighet. Vi ønsker å ta hensyn til hans kognitive utfordringer og bygge på hans ressurser, gleder og interesser..

Vi startet saken med å ha et innledende møte med boleder og primærkontakt. Deretter et møte for å bli nærmere kjent med Ola, og så et møte med pårørende og verge.

I første møte med boleder forteller hun at det er utfordrende å få til en felles forståelse for hvordan best hjelpe Ola med livsstilsendringer. Mat og matlaging har stor plass i livet til Ola. Han har gått på servitørlinje, og jobber nå på kjøkkenet på et dagsenter.

Avdelingsleder forteller at innhold i kostråd og veiledning varierer mye etter hvem som er på vakt. Det har vært mye fokus på riktig og feil mat. Ola takker nå nei til bistand eller

aktiviteter sammen med personalet. Han spiser «riktig» sammen med andre, men handler store mengder mat når han er alene. Han røyker også i smug. Aktivitetsnivået er bra og han både beveger seg mye og trener jevnlig på helsestudio.

Han har vært hos ernæringsfysiolog. Avdelingsleder forteller at det kan virke som om ernæringsfysiologen overvurderer Ola sin evne til å forstå konsekvensene av kostholdet sitt. Hun forteller at Ola liker at ting er godt planlagt og strukturert. Han setter stor pris på skryt og anerkjennelse fra omgivelsene. Han forstår ikke lange og vanskelige beskjeder. Vi treffer Ola første gang på dagsenteret, og han forteller med tydelig iver om arbeidet sitt på kjøkkenet.

I møte med foreldrene og verge kommer det fram en stor bekymring over Ola sin helsesituasjon, og irritasjon over at personalet ikke klarer å kontrollere Ola sitt matinntak.

4.1 Kartlegging

Vi starter kartlegging med å observere Ola i samhandling med personal både på dagsenter, hjemme hos ham selv og på treningsstudio. Vi observerer da at personalet legger stor vekt på muntlig kommunikasjon, og de bruker ofte lange setninger, og vanskelige uttrykk.

Kommunikasjon rundt kosthold og valg av mat, bærer mye preg av gode råd, og påpekning av at han må velge mat som gjør at han går ned i vekt.

Ola har ikke en tydelig dagsplan som er tilpasset for ham, og ikke noen form for supplerende kommunikasjonsmidler for å bidra til oversikt og lette kommunikasjonen.

På treningsstudio trener Ola på egen hånd, mens personalet ser på. Samhandling bærer mye preg av instruks fra personalet, og at han må følge et ferdig oppsatt program.

4.2 Målsetting

Målsetting blir avklart i samarbeid med Olas primærgruppe, og vi lander på følgende plan:

Personalgruppen skal jobbe mer systematisk, og utarbeide felles forståelse for hva riktig kosthold og egnet trening er, samt bistå ham på en måte som fremmer god samhandling.

Verge og pårørende skal inkluderes i prosessen

Det er vesentlig at endringene kan bli en del av den daglige strukturen rundt Ola og ikke oppleves som en «straff» eller som mas fra personalet. Opplæring av Ola, og personalets tilrettelegging skal tilpasses hans forutsetninger og kognitive nivå, og ta hensyn til hans behov for struktur og oversikt i hverdagen. Hovedfokus i tilnærming skal være matglede, bevegelsesglede og mestring.

4.3 Tiltak

Det blir søkt NAV om «boardmaker» der symbolene skal brukes for å beskrive ukeplan. I den forbindelse blir det arrangert kurs for hele personalgruppa, samt at primærkontakt får et hovedansvar for igangsetting av bruk.

Et viktig spørsmål blir hvordan det kan bli mer lystbetont for Ola å lage sunn og riktig mat. Ved å ta utgangspunkt i hans kunnskap fra kokk og servitørlinja og at han er glad i oppmerksomhet, har vi mulighet for et opplegg der han får positiv feedback på ferdigheter og kunnskaper.

Vi foreslår at personalet i samarbeid med ham lager en kokebok og en liten opplæringsvideo i hvordan lage «hjertegod» mat. Vi samler hele personalgruppen til en undervisningsdag, der det blir undervist om kosthold basert på helsedirektoratets anbefalinger. I tillegg ble det undervist i hvordan en kan tilrettelegge og organisere for fysisk aktivitet slik at det oppleves lystbetont og fremmer mestring. En tidsplan for gjennomføring av tiltak ble bestemt, samt at det ble utpekt en primærgruppe blant personalet med særlig ansvar for gjennomføring av endringene. Primærkontakt skal prøve ut «hjertegode oppskrifter» sammen med Ola, og at de skal lage maten sammen med ham. Vi legger vekt på at personalet ikke skal kommentere eller korrigere Olas valg av mat, eller mengde mat. Hjertegod som begrep ble valgt da en ønsker sammen med Ola å ha fokus på det som er godt for hjertet hans, og samtidig tone ned fokus på vekt. De rettene som Ola opplever som gode, skal det tas bilde av, og settes inn i en «Olas hjertegode oppskrifter».

Ola blir i et møte med en fra voksenhabilitering og boleder presentert for planene om å lage en kokebok, der andre kunne lære av hans erfaringer med å lage hjertegod og sunn mat. Dette synes han er spennende. Det blir deretter tatt kontakt med et trykkeri, som trykker et hjerte på et kjøkkenforkle og på grytekluter, som Ola får som startgave.

Trykkeriet sier seg villig til å trykke opp kokeboka uten å ta seg betalt.

Etter hvert som oppskrifter blir prøvd ut, blir de samlet i et hefte. Ukemenyene blir satt opp av Ola og primærkontakt samtidig som de planlegger handling. De velger enten oppskrifter som allerede er i heftet, eller de velger nye oppskrifter som skal prøves ut. Ola får gradvis et grunnlag for å kunne gjøre sunne valg, uten at de fungerer som et slags direktiv. Personalet rapporterer at når Ola er i butikken for å handle, er han opptatt av å finne matvarer merket med nøkkelhull. Personalet forteller at han kjøper i større grad sunn mat enn tidligere, og at han gir uttrykk for å trives med å lage mat sammen med personalet.

Ola trener fast 3 ganger pr uke på treningsstudio. Personalet skal nå trene sammen med ham. Mange synes det er vanskelig å vite hva som er riktig mengde trening for Ola, spesielt sett i forhold til hans hjertelidelse. Det er viktig at både Ola og personalet rundt ham, var trygg i forhold til i hvilken grad Ola kunne presse seg. Han hadde hatt et hjerteinfarkt, noe som representerer en ekstra sårbarhet i forhold til nye infarkt. Hjertespesialist blir kontaktet, og han avklarer at det ikke er farlig for Ola å presse seg.

En i personalgruppa har mye treningserfaring, og får et spesielt ansvar for treningsopplegget hans. Hun prøver ut noen nye øvelser som innebærer samhandling og er mer leikbetont. Ola synes dette er gøy, og han viser stort engasjement. Etter avklaring med verge, blir det avtalt at Ola kan betale for en personlig trener på treningssenteret som kan veilede slik at treningsopplegget blir godt ivarettatt.

Det har i prosessen vært jevnlig kontakt med foreldrene og verge, slik at de er informert om både bakgrunn for tilnærming og valg av tilnærming. De har vist økende interesse og fulgt opp med samme type tilnærming når han er på besøk hos dem.

4.4 Status pr. februar 2016

Ola er i gang med å lage kokebok. Han gleder seg til å lage film og presentere kokeboka om noen måneder.

Den inneholder pr. i dag «hjertegod middag,- dessert, -lørdagsgodttips og hjertegode røykeslutt tips», etter ønske fra ham selv.

De eneste registreringer som er gjort er jevnlig vektmålinger. Etter først å gå opp i vekt, har han nå hatt en vektreduksjon på 8 kg i løpet av ca. et år. Ola spiser fortsatt noe kioskmatt når han er ute på tur alene på kveldstid. Tidligere fortalte han aldri om dette, noe han nå gjør til de i personalgruppa han kjenner best. Personalet formidler at de opplever at Ola har det bra, og at han har god livskvalitet. Han virker mindre sliten når han går turer sammen med personalet, og velger selv turer som innebærer større fysisk utfordring enn tidligere.

5.0 Diskusjon:

Målsetting med intervensjonen var oppnåelse av helsegevinst gjennom vektreduksjon og aktivitetsøkning, og at Ola i løpet av prosessen skal oppleve mestring og glede, ha innflytelse på prosess, og ikke oppleve å bli tvunget til endringer.

I mitt arbeid med oppgaven har det vært utfordrende og spennende å trekke inn perspektiv fra ulike fagbakgrunner og teoretiske forankringer. Et bredt teoretisk fokus begrenser muligheten til å gå grundig inn på de enkelte retningene. Et slikt valg begrunnes ut fra ønsket om å belyse kompleksitet, og behov for å trekke inn ulike perspektiv i en spesifikk klinisk tilnærming. I drøftingen vil elementer fra disse retninger bli diskutert opp mot arbeidet med å bistå Ola.

5.1 Hvordan påvirke til livsstilsendring

Helseforskning formidler hva som er sunt, viktig og riktig. Representerer dette en objektiv sannhet som gjelder for alle? Har vi rett og plikt til å påføre andre en viss type livsstil? Ola har en meget høy BMI og har hatt hjerteinfarkt. Det innebærer at han har betydelig risiko for ytterligere helseskade. Han har en livsstil som medfører stadig vektøkning. Kan vi da la være å påvirke i retning av sunnere livsstil? Hva vil det si å være profesjonell i denne sammenheng? Kan tjenesteytere uten videre pålegge andre å følge sitt personlige sunnhetsideal? I Ola sitt tilfelle, fikk vi en klar oppfatning av at han var utsatt for ulike oppfatninger av både hva som var sunt og usunt, og ikke en gjennomtenkt og målrettet intervensjon. Vi fikk inntrykk av at han opplevde at mat ble «kriminalisert», og at han opplevde å være i et krysspress mellom egne ønsker og personalets oppfatninger. Vi vurderte at denne praksis var lite forenlig med grunntanken om «empowerment» og retten til selvbestemmelse, og i tråd med Knigges beskrivelser i «mat til forhandling» (Knigge 2005).

I klinisk praksis har jeg erfart at jeg får i oppdrag å veilede i forhold til livsstilsendring først når vekten er blitt meget høy. Hva hvis vi hadde kunnet komme inn tidligere og en ikke behøvde å ha så stort fokus på vektnedgang, og mer på «det gode liv»? Da ville det lettere å påvirke til små «kursendringer» enn «helomvending».

Mennesker med utviklingshemming har visse fellestrekk i form av kognitiv svikt, men utenom det er de ulike personer med helt ulik personlighet og ønsker for hvordan de vil leve sine liv. Vi har grunn for å anta at Ola ikke likte påvirkning i form av advarsler og det han opplevde som mas. Han lot være å fortelle om sine matvaner, og trakk seg unna felleskap med andre til tross for at han egentlig var glad i samvær. Vi som bistandsyttere

har stor makt og innflytelse, da de vi bistår er avhengig av oss i sin hverdag. Dersom vi ikke ser og anerkjenner den enkeltes forutsetninger og muligheter, kan vi stå i fare for betrakte utviklingshemmete som en homogen gruppe, og overse behov for individuell tilrettelegging. I denne casen ser vi en person som ikke har kunnskap om farene ved overvekt, ikke har motivasjon for endring, og samtidig opplever glede ved å spise usunt. Vi antar at omgivelsenes påvirkning antakelig kan representere en påkjenning i tillegg til selve kostomleggingen, dersom den inneholdt korrigeringer og mangelfull emosjonell støtte. Innstrand (2009,36) beskriver at det kan det være uheldig i miljøterapeutisk arbeid, og kan på sikt ha stor innvirkning på opplevelse av livskvalitet og grunnleggende følelse av glede.

Helseforskning beskriver at overvekt er et stort problem og representerer helsefare. Forskningsartiklene som det vises til i teorigrunnlaget beskriver at blant mennesker med utviklingshemming er alvorlig overvekt et problem, spesielt for enkelte diagnosegrupper (Bergstrøm et. al.2013). En rekke studier har beskrevet problematikken, og beskrevet tiltak der en prøver ut tiltak for å redusere vekt og øke aktivitet. Kun en studie hadde hovedfokus på personenes opplevelser og reaksjoner på det å være med i et opplegg rundt aktivitetsøkning (Salaun et al.2014). Ingen av studiene som beskrev intervensjon hadde hovedfokus på personalets rolle og funksjon. I flere av artiklene blir det i oppsummeringen lagt på viktighet av fokus på nærpå personer og tjenesteytere for å få større effekt (Bergstrøm et. al. 2013)(Voksenhabiliteringstjenesten Bergen 2014)(Chapman et. al 2005).

Litteratur som omhandler målrettet miljøarbeid overfor mennesker med utviklingshemming har imidlertid stort fokus på personenes forutsetninger for deltakelse og samarbeid, samt personalets rolle. Det synes ikke i særlig grad å ha vært fokusert på i de intervensjoner om har vært beskrevet i forskningsartiklene. Verken diskusjon rundt premisser for samhandling, motoriske forutsetninger, deltakernes erfaringsgrunnlag, samt hvordan en kan gå fram for å skape motivasjon for endring, blir diskutert, heller ikke i SOR sitt e-læringskurs om mat og trivsel(SOR-mat og trivsel). Kan en av grunnene være at det å ta hensyn til individuelle forutsetninger og personalets rolle bli for komplekst i et forskningsarbeid, eller har man ikke tenkt at dette er viktige forutsetninger for endring? Begrepet matglede er nært knyttet opp mot nytelse. I litteratur rundt livsstilsendring er begrepet nytelse lite til stede, samt viktigheten av å nyte maten, den glede og nytelse mat kan representere, og hvilken helsegevinst det kan representere. Er det fordi både overvekt og nytelse i vår tenkning er knyttet opp mot overspising, og at en derfor må tenke

måtehold når en skal redusere vekt? Er det kulturelt betinget at nytelse er forbundet med tabubegrep, og ikke del av helsetjenestens ansvarsområde? Dette er for stor diskusjon til å gå nærmere inn på i denne oppgaven I vår tilnærming overfor Ola ønsket vi å bygge på hans interesser, og en av dem var å lage og spise god mat. Vi ønsket at han skulle få både utvikle sine ferdigheter som kokk, og få smake ny mat. Vi la vekt på omgivelsenes verdsetting av ham av ham og hans sosiale rolle i tråd med tankegangen i VSR og empowerment ideologien(Askheim 2003). Utfordringen var å tilrettelegge for sunne valg slik at han både kunne nyte maten og samtidig ha helsegevinst i form av vektnedgang.

5.2 Tilnæringsprosessen.

Vi ønsket å bistå Ola til endring av livsstil uten å presse ham eller påføre ham negative opplevelser, og ønsket hans aktive medvirkning og innflytelse i prosessen, samt å fremme opplevelse av selvfølelse, mestring og glede. I valg av tilnærming hadde vi mest samarbeid med personalet. Kommer dette i konflikt med hverandre? Etter vår vurdering gjorde det ikke det. Ved å forankre endringsprosessen i personalgruppen ønsket vi å belyse deres viktige rolle og funksjon, og at de skulle føle et «eierforhold» til det som skjedde, både under endringsprosess, og etter at vi fra andrelinjetjenesten hadde trukket oss ut. Hvorfor inkluderte vi så Ola først etter å ha bestemt kursen for tilnærmingen? Vi gjorde dette for å unngå at han skulle være med diskusjoner han mest sannsynlig ville oppleve som kritiske overfor ham og hans valg, og at innholdet ville være vanskelig for ham å forstå. I tillegg hadde vi en forståelse av at hovedutfordringen lå i personalgruppens holdninger og samhandling med Ola. Noe av det første vi spurte oss selv og personalet var hvordan de trodde Ola opplevde samhandling med personale og andre bistandspersoner. Følte han press og utilstrekkelighet? Hvordan reagerte han på det? Personalet som bistod ham fortalte at han syntes ikke det var lett å snakke om slike ting. De fortalte at han ofte var enig med de som prøvde å påvirke han, og strakk seg langt for å imøtekomme andres ønsker. Men samtidig hadde de sett at han trakk seg fra samhandlingssituasjoner som kunne være krevende for ham, og unnlot å fortelle om hva han spiste. Hva slags mestringsstrategier lager vi oss for å leve med spriket mellom egne og andres forventninger? Salaun (2014) finner i sin studie at mange hadde sprik mellom faktisk fysisk yteevne og deres egen forestilling om yteevne. De antyder at dette kan være en forsvarsmekanisme og en måte å holde ut. Hva er det så de skal holde ut? Er det å holde ut med seg selv slik de er skapt, eller er det å holde ut spriket mellom andres forventninger og egen kapasitet?

Vi gjorde en funksjonell analyse for å se hva som kunne være positive forsterkende element som ville kunne øke hans motivasjon for livsstilsendring. I den kartleggingen var vi i stor grad avhengig av den kunnskap som personalet i bolig og nær familie kunne formidle, samtidig som vi fikk informasjon gjennom å være sammen med ham og representanter fra personalgruppa. En kunne sikkert innhentet informasjon gjennom samtale med Ola, men vi valgte å tone ned dette, da vi hadde fått informasjon om at Ola synes dette var vanskelig å sette ord på tanker og følelser rundt temaet. Vi valgte å ikke ha fokus på slanking, men heller ha fokus på det som er sunt for hjertet. Han hadde hatt hjerteinfarkt og var selv opptatt å gjøre ting som var bra for hjertet hans. Vi benyttet oss i tillegg av hans glede over å lage mat, og ønsket at han fikk bruke sin kompetanse, slik at han kunne fremstå som en kyndig person. Fra personalet hadde vi fått informasjon at han likte å gjøre ting sammen med personale så fremt han ikke ble utsatt for kritikk eller press. Det ble derfor lagt vekt på positiv samhandling og fellesskap, der personalet ikke skulle snakke om slanking eller mengde mat. Personalet foreslo nye retter som var «hjertegode», som de lagde sammen. Han evaluerte og valgte om han ville ha den retten i kokeboka si. Personalet påvirket prosessen ved å legge til rette for valg av menyer, men han gjorde de avgjørende valgene. Det var viktig at personalet ledet an, satte rammer, men samtidig hadde fokus på at han skulle ha reelle valgmuligheter, og at han opplevde at de responderte i forhold til hans ønsker. På denne måten ønsket vi å ha fokus på forutsetninger for motivasjon og mulighet for selvbestemmelse, slik som beskrevet av Jacobsen(2011), Rise og Viken(2009,88) og Owren(2011,124). Ola er glad i å være i fokus. Dette brukte vi bevisst i og med at han skulle lage og publisere en kokebok, og ville prøve ut om dette ville være en motiverende faktor.

I dette tilfelle var det mulig å gjennomføre en vellykket intervensjon uten å måtte ty til begrensning av mottilgang. Det er nødvendig å prøve ut ulike miljøterapeutiske tilnærminger før det å begrense mottilgang blir vurdert. (Helse og Omsorgstjenesteloven kap.9). For Ola sin del vurderte vi at en slik begrensning ville kunne oppleves som svært negativt. Han er f.eks glad i å gå på besøk til bekjente og å gå på butikken alene. Dersom Ola måtte hatt følge av personale i disse situasjonene eller miste tilgang til penger, ville det mest sannsynlig ført til store protester fra Ola sin side. Owren og Linde (2011) beskriver at en i praksisfeltet en del ganger benytter seg av praksis som ligger nær opp mot det å utøve tvang. Det å presentere et begrenset antall valgmuligheter av middagsmenyer, eller å lage handlelister ut fra egendefinert utvalg, kan være et eksempel på dette. Et viktig spørsmål blir hvordan en kan gjøre det uten å redusere autonomi og selvbestemmelse mer enn høyst

nødvendig. Ved å observere personens reaksjon, kan en danne seg et bilde av om det å få begrenset valg er noe som gir trygghet og tillit, eller om det skaper irritasjon og motreaksjoner (ibid).

Et viktig spørsmål i det henseende blir om Ola faktisk opplever at han har reelle valg med hensyn til mat og trening. Føler han seg tvunget til å følge et opplegg, eller føler han seg ledet inn? Føler han at han har anledning til å påvirke det som skjer? Det er vanskelig å ha et sikkert svar på dette. Han viser glede over både det å lage mat sammen med personale og det å lage kokebok, og han viser glede over å trene sammen med personalet. Han forteller i større grad om hva han faktisk spiser, i motsetning til tidligere. Han har kommet med flere forslag til innhold i kokeboken, som for eksempel hjertegod dessert. Hans adferd tilsier ikke at han opplever påvirkningen han er utsatt for som overveiende negativ, men dette er viktig å ha høy bevissthet på i personalgruppen som bistår ham, og jevnlig drøfte med hans nærmeste pårørende.

5.3 Rammebetingelser og personalansvar

Hvordan få til gjennomføring i en stor personalgruppe, med mange små stillingsbrøker? I starten på arbeidet fikk vi beskjed om at det var ulik oppfattelse av hva som var sunt og ikke sunt, og hva Ola skulle spise. Det var vanskelig å samle personalgruppa om en type holdning eller tilnærming.

Vi valgte å bruke helsedirektoratets sine anbefalinger for kost og aktivitet (Helsedirektoratet(IS2170)). I tillegg valgte vi ut noen nærpåersoner som skulle få spesielt ansvar for prosessen. Det var personer som hadde både interesse for å sette i gang noe nytt, og de opplevde å ha «god kjemi» med Ola. Det viste seg å være bra i forhold til framdrift, men uheldig i forhold til samarbeidet internt i personalgruppa. Noen i personalgruppa opplevde at de ikke ble nok inkludert i prosessen, og reagerte med å vise liten interesse for det som foregikk.

Vårt ønske var å prøve ut noe nytt, og i oppstartfasen var det behov for kontroll over rammevilkår i så stor grad som mulig. Dersom utprøvingen viste positivt resultat, var det aktuelt å inkludere alle i personalgruppen. Det ble gjort ved å samle hele personalgruppen som bistod Ola. Representanter fra voksenhabiliteringstjenesten og ernæringsfysiolog underviste både om konsekvensene av å ha en utviklingshemming, og om opplegget rundt kost og aktivitet. Til tross for undervisning og veiledning, var det fremdeles enkelte ansatte som ikke fulgte opplegget. I etterkant har vi diskutert om noen av de som lederen i bofelleskapet visste var skeptisk til endring, tidlig skulle vært inkludert i prosessen. Ville

de da fått et større eierforhold og engasjement, og ville mulighet for jevnlig faglige diskusjoner i personalgruppa utgjort en forskjell? Kritisk refleksjon til egen praksis krever fagkulturer som oppleves trygge, og kan romme motsetninger (Owren.2011, 262).

Enkeltpersoners manglende solidaritet og oppfølging av endrings prosesser, er en type problematikk som ikke er uvant, men oppleves som vanskelig å gripe fatt i.

Voksenhabiliteringstjenesten er kun en veiledende tjeneste, som skal ha et faglig fokus. At ansatte er illojale overfor vedtatte tilnærminger, er i stor grad et organisasjons og ledelsesspørsmål og er et kommunalt ansvar. Vår erfaring er at det varierer hvorvidt leder klarer å ta tak i en slik problematikk, og at det resultatet av endringsprosessen i stor grad er avhengig av akkurat det.

I etterkant sitter jeg igjen med en tanke at suksessfaktoren i vår tilnærming selvfølgelig var avhengig av at Ola var positiv til selve opplegget, men vi også helt avhengig av at de ansatte i boligen ble engasjert og forpliktet seg til å følge opp. At Olas primærkontakt var både en dyktig fagutøver, følte forpliktelse til opplegget, og hadde god «kjemi» med Ola, var nok helt avgjørende for grad av vellykkethet. I tilsvarende saker har jeg erfart at det kan være krevende å definere hva som gjør at enkelte prosesser lykkes og andre ikke. En faktor som ofte kan spille inn er størrelse på personalgruppe, grad av reduserte stillingsbrøker og grad av ufaglært personale. Det kan vanskeliggjøre en helhetlig tilnærming, og blir i så fall viktig å drøfte med ledelsen av personalgruppen.

Et viktig spørsmål er hvorvidt personalet klarer å opprettholde og videreføre det tiltaket som er satt i gang. Manglende skriftlig dokumentasjon og/eller jevnlig evaluering av tiltak kan lett føre til at personalet mister fokus på de forutsetninger som må foreligge for å lykkes.

5.4 Fremming av selvfølelse, motivasjon og mestring i tjenesteutøving.

Hvordan oppleves de å være sterkt overvektig? Rugseth (2011) beskriver hvordan en gruppe personer uten kognitiv nedsettelse opplever dette. De opplever faktiske problemer med å være fysisk aktiv, men også andres negative vurderinger og deres devaluering av dem som personer. Miculovic et.al.(2014) finner i sin spørreundersøkelse at utviklingshemmete skårer jevnt høyt på spørsmål vedrørende selvfølelse, selv om de ikke er fornøyd med kropp og fysisk yteevne. Kittelsaa(2008) konkluderer med at det å være utviklingshemmet eller hjelpetregende er bare en av mange identiteter, og er ikke avgjørende for hvordan de oppfatter seg selv(ibid,sammendrag).

Hvordan tror vi så at Ola sitt selvbylde er, og hvordan virker hans overvekt inn på dette? Han er glad i å være sammen med andre, og han er glad i mat. Samtidig unnlater han å fortelle til personalet hva han spiser, og spiser i smug, og velger vekk bistand fra personalet. Knigge (2005) beskriver samhandlingssituasjoner i bofellesskap der «kriminalisering» av usunn mat fører til unnaluring og økt inntak. Selv om Ola ikke setter ord på at han opplever at nærpersioner har en negativ holdning til hans tykkelse, kan en jo tenke seg at hans atferd beskriver en opplevelse av å bli vurdert og kritisert.

Salaun.et.al.(2014) fremmer en hypotese om at opplevelsesbasert trening kan fremme selvfølelsen. Leikbasert trening har i større grad fokus på opplevelse enn for eksempel styrketrening. Fysioterapeut Siri Moe(2004) setter fokus på at dersom kroppen utfordres på forskjellige måter gjennom variert sanseaktivering, og at det kan det være viktig for personens opplevelse av seg selv. Kan fokus på samhandling, mestring og leikbaserte øvelser bidratt til økt selvfølelse hos Ola? Tilbakemeldingene fra personalet beskrev både økt motivasjon og glede under treningene, noe som kan peke i den retning. Det å identifisere hvordan innhold og tilrettelegging av fysisk aktivitet kan gi mulighet for økt selvfølelse for mennesker med utviklingshemming, er etter mitt syn interessant, og bør drøftes i videre forskning og fagutvikling.

Vi gav råd om personlig trener både ut fra ønske om kvalitet i treningsopplegg, men også ut fra ønsket om å fremme selvfølelse hos Ola. Det er vanlig og prestisjefyllt, og ikke forbundet med funksjonshemming og det å være annerledes. Vi vurderte samtidig at det ble viktig å sikre god kommunikasjon mellom Olas primærkontakt og personlig trener, for å sikre at treningsopplegget ble i tråd både med Olas forutsetninger og ønsker.

Er det mulig å legge forutsetninger for indre motivasjon ved å gi tilpasset opplæring? I undersøkelsen til Bergstrøm et. al. (2013) fikk deltakerne gruppebasert undervisning.

Prosjektet tilknyttet Helse Bergen (2014) hadde fokus på at primærkontaktene til gruppedeltakerne skulle følge opp kost og aktivitetsendringer etter gjennomført kurs. I vår tilnærming overfor Ola, ønsket vi bl.a. å vekke interesse for nøkkelhull, samt å lage sunn mat. Det var ikke tilrettelagt som egne undervisningsopplegg, men ble integrert som del av det å lage matretter til kokebok, og del av samhandling mellom han og personalet.

Nøkkelhull var gjenkjennbart og lett å finne i butikkene. Personalet presenterte ulike oppskrifter som han kunne velge mellom. De bistod både i forhold til handling og matlaging, slik at han fikk prøvd ut og evaluert oppskrifter. Vi ønsket at han på denne måten skulle få økt kunnskap uten at det ville oppleves påtrengende og inngripende i hans

frie valg. Dette er en sårbar tilnærming, da vi var helt avhengig av at personalet hadde fokus på hans mestring og selvfølelse.

I følge personalets rapporter har en i stor grad oppnådd indre motivasjon, da Ola viste initiativ til både å handle og lage sunn mat. Han viste interesse for selve aktiviteten, noe som er et av kriteriene for å beskrive indre motivasjon (Rise og Viken 2009, 88). Mest sannsynlig blir dette opprettholdt dersom personalet fortsetter å vise sin interesse for temaet og deltar aktivt i matlaging og innkjøp. Vi har erfaring av at en i behandlingsopplegg med god måloppnåelse, etter en stund kan miste fokus på hva det var som virket forsterkende og motiverende, og nedprioritere innsats og aktuelle tiltak. Jevnlige evalueringer av tiltak er derfor viktig for at en skal kunne holde bevissthet i personalgruppen på både bakgrunn for tiltak, målsetting, og utforming av tiltak. Forskningsartiklene har hatt mye fokus på trening. Ut fra innhold, ser det ut til å være standardiserte opplegg gitt som gruppetrening (Bergstrøm et al 2013) (Salaun et al. 2014). Det har ikke kommet fram at opplegg har vært individuelt tilrettelagt etter både interesse, forutsetninger og muligheter for å være aktiv. Jeg har erfaring fra at det å gå tur er ofte direkte demotiverende, mens det innhold en legger i en tur kan være motiverende. For eksempel ballspill, fising, bålbrenning, skattejakt etc. Rise og Viken (2009) belyser personalets viktighet i forhold til å skape motivasjon. Det er i tråd med min erfaring, og helt avgjørende for et positivt resultat.

Jeg har erfaring fra at en vektreduksjon i seg selv kan representere en motivasjon for økt aktivitet, da det kan bidra til både økt bevegelsesfrihet og bevegelsesglede. Vi hadde håp om at Ola kunne oppleve dette, og at det ville kunne være et forsterkende element, men valgte bevisst å ikke fokusere på dette overfor Ola. Det er vanskelig å tenke seg til en økt bevegelsesglede og tilfredsstillelse. Ut fra atferdsanalytisk perspektiv er grad av tilfredsstillelse et viktig element for å få effekt (Askheim 2003, 66).

Vi ønsket at Ola skulle få økt kunnskap om veien fram til en sunnere livsstil, men vi valgte bevisst innhold ut fra hans mulighet til å forstå, og at dette ikke skulle være en ytterligere bekreftelse på at han ikke var «god nok». Hans hverdag hadde i stor grad vært preget av ulike formaninger.

Mennesker med utviklingshemming har vært utsatt for mye trening i ulike type ferdigheter, ut fra et ønske om at de skulle oppnå maks av sitt potensiale. Dette er viktig, men en kan stå i fare for at de lærer ferdigheter som ikke er av betydning for dem selv, men kun er viktig for omgivelsene. En må også være observant på muligheten for at de opplever å komme til kort, og ikke forstå hensikten med det som skjer. Habiliteringstiltak bør være et

middel for å oppnå ferdigheter, kunnskap og mestring på de områder de har forutsetning for å lykkes (Grue 2011, 31). Vår vurdering var at personalet rundt Ola ikke hadde en felles og oversiktlig tilnærming, samt at hans kognitive evner ble overvurdert. Det ble forventet at han skulle forstå viktigheten av å spise lite og sunt, noe han ikke gjorde i den grad at det førte til endring av kostvaner. Vi anså at en viktig forutsetning for å lykkes var å gjøre personalet ansvarlig, og at de var nødt til å bistå ham på en slik måte at han hadde lyst til å endre sine vaner.

6.0 Konklusjon

Hensikten med utviklingsarbeidet var å problematisere ulike aspekt rundt det å påvirke mennesker med kognitive utfordringer til livsstilsendring, samt å gi innspill til en intervensjon som ivaretok personens ønsker og behov på best mulig måte, og hadde fokus på selvfølelse, motivasjon og mestring. Perspektiver fra ulike fagtradisjoner og fagperspektiv ble anvendt og drøftet opp mot hverandre.

Oppgaven beskrev intervensjon overfor en person der vekt representerer betydelig helsefare. Målsetting var å ivareta hans opplevelse av mestring og mat / bevegelsesglede. Hans personlige forutsetninger, muligheter og motivasjon ble lagt til grunn. Personalets ansvar for tilrettelegging blir vektlagt både i kartlegging og under gjennomføring. Resultatet viste at livsstilsendring for Ola var mulig ut fra de grunnprinsipper som var vektlagt.

Oppgaven beskrev en intervensjon overfor kun en person. Er prosess og resultat generaliserbart overfor andre personer med utviklingshemming? Vektlegging av personalets rolle og ansvar vurderes som overførbart. Resultatet hadde imidlertid også sammenheng med Olas personlige forutsetninger. Det medfører at selve intervensjonen ikke kan overføres, men grunntanken kan overføres til andre saker.

Oppgaven kan bidra til at personer som bistår mennesker med utviklingshemming får økt kunnskap om forutsetninger og muligheter for å kunne bidra til livsstilsendring.

7.0 Litteraturliste

Askheim, Ole Petter.2003.*Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*.Oslo:Gyldendal Akademisk.

Bakken, Trine Lise.2015.*Utviklingshemning og hverdagsvansker.Faktorer som påvirker psykisk helse*.Oslo:Gyldendal Akademisk

Bergstrøm,Helena, Maria Hagstrømer, Jan Hagberg, og LiselotteSchafer Elinder.2013."A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: A cluster randomized controlled trial". *Research in Developmental Disabilities*.34:3847-57.

Chapman,Melanie, Michael Craven og Darren Chadwick.2005."Fighting fit? An evaluation of health practitioner input to improve healthy living and reduce obesity for adults with learning disabilities". *Journal of intellectual disabilities*.9(2):131-144.

Goffman,Erving.1975.*Stigma.Om afvigerens sociale identitet*.Copenhagen:Nordisk Forlag AS.

Grue, Lars.2011.«Barn og unge med nedsatt funksjonsevne»» *I Habilitering av barn og unge- Tiltak for helsefremming og mestring*, red. Edith Lunde, Bjørn Lerdal og Leif Hugo Stubrud,21-34.Oslo:Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet(IS2170) lest 05.02.2016.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

HOTL.2011.«Kapittel 9». lest 16.02.2016.

http://loovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_9#KAPITTEL_9

Hoel,Randi og Guro L Andersen.2011. «Habiliteringsløp for barn med cerebral parese» *I Habilitering av barn og unge- Tiltak for helsefremming og mestring*, red.Edith Lunde, Bjørn Lerdal og Leif Hugo Stubrud,146-159.Oslo:Universitetsforlaget.

Holden, Børge. 2013. *Miljøbehandling - En atferdsanalytisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hove, Oddbjørn. 2004. "Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community". *Research in Developmental Disabilities*. 25(1):9-17.

HUNT studien NTNU (2011) Folkehelse i endring. lest 05.02.2016.

<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet» I *Utviklingshemning og habilitering - Innspill til habiliteringprosessen*, red. Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 31-43. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, Karl. 2011. «Utviklingspsykologisk teoretisk ramme» I *Habilitering av barn og unge - Tiltak for helsefremming og mestring*, red. Edith Lunde, Bjørn Lerdal og Leif Hugo Stubrud, 49-62. Oslo: Universitetsforlaget.

Kittelsaa, Anna M. 2008. «Et ganske normalt liv: Utviklingshemning, dagligliv og selvforståelse». *Doktoravhandling NTNU*. lest 05.05.2016

<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/267648>

Knigge ML. 2005. *Mad til forhandling. Udviklingshemmede, livsstil og overvegt*. Ringsted: UCF Handikap

Lillevik, Ole Greger og Lisa Øien. 2014. *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lunde, Edith Victoria. 2009. «perspektiver på helse og habilitering» I *Utviklingshemning og habilitering - Innspill til habiliteringprosessen*, red. Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 19-30. Oslo: Universitetsforlaget.

Miculovic, Jaques, Jeremy Vanhelst, Julia Salleron, Anne Marcellini, Roy Comte, Paul Stephen Fardy og Gilles Bui-Xuan .2014.” Overweight in intellectually-disabled population: Physical, behavioral and psychological charecteristics”.*Research in Development Disabilities*.35:153-161.

Midthjell Kristian og Steinar Krokstad. 2011.«Overvekt og fedme». *HUNTstudien NTNU-Folkehelse i endring:60-64*. (lest 05.02.2016)
<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Midthjell, Kristian.2011.»Diabetis» *HUNTstudien NTNU-Folkehelse i endring:64-70*. lest 05.02.2016.
<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Moe,Siri.2009. "Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse”.*Fysioterapeuten*.(4).

Nasjonalt råd for ernæring.2011. ”*Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag*".Oslo: Helsedirektoratet.

Nordstrøm.2015. *Obesity, lifestyle and cardiovascular risk in Down syndrome, Prader-Willi syndrome and Williams syndrome*.Doktoravhandling: Universitetet I Oslo

Owren, Thomas.2011. «Sosial helse og funksjon» I *vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde,108-130.Oslo:Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde.2011. «Inviterende og insisterende praksis.» I *vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde,167-185.Oslo:Universitetsforlaget.

Prosjektrapport Habiliteringstjenesta for voksne Helse Bergen (2014).lest 05.02.2016.
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/habiliteringstenesta/Documents/Prosjektrapport%20Ny%20start.pdf>

Rise, Kirsten og Åsta Viken. 2009. «Fysisk aktivitet, kropp og bevegelse». I *Utviklingshemning og habilitering-Innspill til habiliteringprosessen*, red. Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 87-94. Oslo: Universitetsforlaget.

Rugseth, Gro. 2011. *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo.

Salaun, Laureline, Eric Reynes, and Sophie E. Bertouze-Aranda. 2014. "Adapted physical activity programme and self-perception in obese adolescents with intellectual disability: between morphological awareness and positive illusory bias". *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 27: 112-124.

Solheim, Inger Helen. 2013. *Identitet, kropp og hverdagsliv I et folkelig perspektiv*. Doktorsavhandling. Karlstad Universitet. 2013: 6

SOR «mat og trivsel» .lest 18.04.2016.
<http://matogtrivsel.helsekompetanse.no/>

Spanos, Dimitrios, Andrew Melville Craig, og Catherine Ruth Hankey. 2013. "Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence". *Nutrition Journal*. 12: 132.

Toen, Håvard og Steinar Krokstad. 2011. «Fysisk aktivitet i HUNT 2 og 3» *HUNT studien NTNU-Folkehelse i endring*: 72-74. lest 05.02.2016.
<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

8.0 Vedlegg

Selvvalgt pensum VMT 724.

Godkjent av veileder

Bakken, Trine Lise.2015.*Utviklingshemning og hverdagsvansker.Faktorer som påvirker psykisk helse*.Oslo:Gyldendal Akademisk (kapittel 1,3, 4, 6,9,10 / 91 sider)

Habilitering av barn og unge- Tiltak for helsefremming og mestring.red.Edith Lunde, Bjørn Lerdal og Leif Hugo Stubrud.Oslo:Universitetsforlaget. (Kapittel 1,2, 3, 10 / 47 sider.)

Utviklingshemning og habilitering-Innspill til habiliteringprosessen.red.Jarle Eknes og Jon A. Løkke.Oslo:Universitetsforlaget. (Kapittel 1,2 ,7, 14 / 35 sider)

Vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver.red. Thomas Owren og Sølvi Linde,108-130.Oslo:Universitetsforlaget.(Kapittel 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 / 135 sider)

Rugseth, Gro.2011. *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*.Doktoravhandling.Universitetet i Oslo. (140 sider)

Solheim, Inger Helen.2013. *Identitet, kropp og hverdagsliv I et folkelig perspektiv*.Doktorsavhandling Karlstad Universitet.2013 kapittel 5-7(62sider)

Knigge ML. 2005.*Mad til forhandling. Utdviklingshæmmede, livsstil og overvegt*. Ringsted: UCF Handikap (65 sider)

Nettsider:

Helsedirektoratet(IS2170)

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf> (20 sider)

HUNT studien NTNU (2011) Folkehelse i endring

<https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> (kap. 3-4/ 91 sider)

Prosjektrapport Habiliteringstjenesta for voksne Helse Bergen (2014)

<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/habiliteringstenesta/Documents/Prosjektrapport%20Ny%20start.pdf> (16 sider)

Artikler:

Bergstrøm, Helena, Maria Hagstrømer, Jan Hagberg, og Liselotte Schafer Elinder. 2013. "A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: A cluster randomized controlled trial". *Research in Developmental Disabilities*. 34:3847-57.

Chapman, Melanie, Michael Craven og Darren Chadwick. 2005. "Fighting fit? An evaluation of health practitioner input to improve healthy living and reduce obesity for adults with learning disabilities". *Journal of intellectual disabilities*. 9(2):131-144.

Hove, Oddbjørn. 2004. "Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community". *Research in Developmental Disabilities*. 25(1):9-17.

Miculovic, Jaques, Jeremy Vanhelst, Julia Salleron, Anne Marcellini, Roy Comte, Paul Stephen, og Gilles Bui-Xuan. 2014. "Overweight in intellectually-disabled population: Physical, behavioral and psychological characteristics". *Research in Developmental Disabilities*. 35:153-161.

Spanos, Dimitrios, Andrew Melville Craig, og Catherine Ruth Hankey. 2013. "Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence". *Nutrition Journal*. 12:132.

Salaun, Laureline, Eric Reyne, and Sophie E. Bertouze-Aranda. 2014. "Adapted physical activity programme and self-perception in obese adolescents with intellectual disability: between morphological awareness and positive illusory bias". *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 27:112-124.