



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Multifunksjonshemmede- "en hvilepute" for yrkesutøvere?

Multi-disabeled- "a rest cushion" for health care professionals?

Joanna Magdalena Hyldbakk

Totalt antall sider inkludert forsiden: 45

Molde, 20.05.2016



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: Gøran Arne Jensen

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: 20.05.2016

Antall ord: 9111

Forord

***Er du i minste tvil
Om at den funksjonshemmede
Forstår sammenhengen
Mellom egen handling og konsekvenser av
denne,
Bør du kanskje
Starte med
Å gi mulighet
For denne type erfaringer***

Svein Lillestølen (2001)

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	3
1.4	Definisjon av sentrale begrep.....	4
	Dyp psykisk utviklingshemming.....	4
	Multifunksjonshemming.....	4
	Aktivitet.....	4
	Livskvalitet.....	4
1.5	Oppgavens disposisjon.....	5
2.0	METODE	6
2.1	Litteraturstudium som metode.....	6
2.2	Søkeord og utvalgelse.....	7
2.3	Kildekritikk.....	7
2.4	Feilkilder.....	8
2.5	Validitet og reliabilitet.....	8
2.6	Vitenskapelig forståelse (hermeneutikken og positivismen).....	9
2.7	Forforståelse.....	10
3.0	HOVEDINNHOOLD – TEORI OG FUNN	11
3.1	Menneskesyn og yrkesetikk.....	11
3.2	Hva er multifunksjonshemming?.....	12
	3.2.1 Utviklingshemming.....	14
	3.2.2 Multifunksjonshemmedes sanseapparatet.....	15
	3.2.3 Sensoriske dysfunksjoner og kognitiv overbelastning.....	16
3.3	Hva er aktivitet og deltakelse?.....	17
	3.3.1 Aktivitet.....	17
	3.3.2 Aktivitetsperspektiv.....	17
	3.3.3 Aktivitetsanalyse.....	18
	3.3.4 Musikterapi - en arena for aktivitet og deltakelse.....	19
	3.3.5 Velferdsteknologi – en form for påvirkning og deltakelse.....	20
3.4	Hva er livskvalitet?.....	20
4.0	DRØFTING	23
4.1	Aktivitet, livskvalitet og multifunksjonshemming.....	23
4.2	Yrkesutøvere og holdninger.....	24
4.3	Kan aktiv bruk av musikk øke livskvalitet?.....	28
	Imitasjon.....	28
	Inntoning.....	28
	Etablering av felles rytme.....	29
	Turgivende signal.....	29
4.4	Kan aktiv bruk av velferdsteknologi øke livskvalitet?.....	30
	4.4.1 Brytere – en aktiv brukermedvirkning.....	30
5.0	AVSLUTNING	31
5.1	Oppsummering.....	31
5.2	Konklusjon.....	31
5.3	Refleksjon.....	32
6.0	LITTERATURLISTE	33
	Vedlegg 1: Ivar Lie (1989) sin modell av relasjonell forståelse av funksjonshemming	37
	Vedlegg 2: Aktivitetsanalyse av aktivitetsoppgave	38
	Vedlegg 3: Eksempler og forslag til elektriske apparater som kan kobles til bryterstyring	39

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Denne oppgaven handler om mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse, multifunksjonshemming. Det er ingen diagnose i seg selv, men bak dette begrepet ligger det flere og ulike diagnoser. Blant de vanligste er dyp eller alvorlig utviklingshemming, cerebral parese (CP) og epilepsi. Alle tre skyldes skade eller dysfunksjon i hjernen (Gjørum og Ellertsen 2010). Det kan være vanskelig å stille diagnosen, noen kan få diagnosen ved fødsel, mens for andre kan det ta tid. Det finnes ikke statistikk over antall multifunksjonshemmede barn, det finnes statistikk over mottakere av ulike typer tjenester. Dette kan skyldes sammensetting av ulike diagnoser, der mange personer vil ha en eller flere tilleggsvansker, som: ernærings-/fordøyelsesvansker, respirasjonsvansker, smerteproblematikk, søvnvansker, atferdsvansker, psykiske vansker, sensoriske vansker, motoriske vansker, muskeltonusproblematikk m.m.

Mennesker med diagnosen dyp eller alvorlig utviklingshemming, multifunksjonshemming vil aldri oppnå den autonomien og selvstendigheten som andre, bedrefungerende personer har, dermed deres opplevelse av tilværelsen, dagliglivet, seg selv og andre er veldig konkret og «her og nå» orientert (Andreassen, Dalen, Grodås, Mellestuen og Ringeli 2014). Derfor ønsker jeg å se nærmere på hvordan man kan legge til rette dagaktiviteter for personer med omfattende funksjonsnedsettelse for å skape gode øyeblikk, slik at vedkommende får leve i nuet og føle seg levende. Med tanke på at små, korte øyeblikk kan utgjøre en verden av opplevelser.

«Arbeid med mennesker med multifunksjonshemninger er ofte skremmende og anstrengende, men det kan også være fruktbart og inspirerende» (Fröhlich 2001:229). Jeg vil derfor rette oppmerksomhet mot personale, fordi deres handlingskompetanse, holdninger, kunnskap og fagutøvelse bestemmer om den funksjonshemmede blir en tilskuer eller deltaker i sitt eget liv. Hva betyr uttrykket «en hvilepute for yrkesutøvere»? Og hva betyr det for tjenestemottaker?

Problemstilling:

Hvordan legge til rette for hverdagsaktiviteter til multifunksjonshemmede, for å erstatte passivitet med aktivitet og bidra med dette til økt livskvalitet?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har bestemt meg for å skrive om de aller svakeste i samfunnet vårt, nemlig mennesker med multifunksjonshemming. Jeg tenker her på personer som trenger hjelp i alle slags hverdagslige aktiviteter, slik som for eksempel det å snu seg i sengen, vaske seg, spise og kle på seg. Under fordypningspraksis P5, fikk jeg møte flere personer med diagnosen alvorlig og dyp utviklingshemming med omfattende hjelpebehov. Der fikk jeg også høre for første gang uttrykket «en hvilepute». «En hvilepute» skal beskrive en passiv samhandling mellom helsepersonell og multifunksjonshemmede. Det uttrykket gjorde et inntrykk på meg og startet en tankeprosess.

Jeg er opptatt av aktivitet, om det gjelder aktiviteter på arbeid eller på hjemmefronten, så foretrekker jeg at det skjer noe. Jeg snakker her ikke om intens fysisk trening, fjellturer eller liknende. Jeg mener at dagene skal være fylt med mer eller mindre viktige gjøremål eller erfaringer slik at vi kan oppleve en variasjon i hverdagen. Som yrkesutøvere er vi forskjellige. Noen liker aktive arbeidsdager, der det skjer mye og dagene er fylt med mange gjøremål, der dagene går fort. Enkelte liker mer rolige arbeidsdager. Noen i personalgruppa er kreative og liker å finne på noe sammen med brukeren, mens andre yrkesutøvere følger slavisk dagsplanen til brukeren uten å gjøre det lille ekstra annerledes.

Vil mennesker med multifunksjonshemming få en bedre og meningsfull hverdag om den blir fylt med tilpasset aktiviteter? Er det ønskelig med mye variasjon i hverdagen, eller er det ønskelig med en stabil og rolig hverdag som er preget av rutiner? Brukerne er forskjellige på lik linje med personale, tenker jeg, og derfor bør deres hverdag være tilpasset deres ønsker og behov. Valg av dagaktiviteter, tiltak, og tilrettelegging må bestemmes ut fra personens individuelle forutsetninger, behov og hva som er mulig å oppnå, for denne målgruppen er for sammensatt og løsninger og tiltak må skreddersys den enkelte.

Personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming har dårlig, eller mangler helt evnen til å uttrykke seg. De blir derfor i stor grad påvirket av de personene som jobber med dem. Ut fra mine observasjoner og erfaringer fra fordypningspraksisen, er ikke alt personale like flinke til å tenke på brukerens utbytte av aktiviteter. Dagene kan bli preget av det personale liker å holde på med, der brukeren blir en passiv observatør. Brukerperspektiv kan i blant bli «glemt». Dette skjer på grunn av manglende kunnskap, eller vilje.

Derfor ønsker jeg å hente kunnskap og undersøke videre hvilke muligheter som ligger for samhandlingen mellom personale og mennesker med multifunksjonshemming. For å erstatte passivitet med aktivitet.

De overordnede mål for en vernepleier er å bidra til at mottaker av helse- og sosial tjenester oppnår høyst mulig grad av livskvalitet (FO 2008). Det er lovfestet å fremme likestilling og likeverd, sikre muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2008). I tillegg skal forskrift om habilitering og rehabilitering sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering eller rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som skal bidra til stimulering av egen læring, økt funksjons- mestringssevne, motivasjon, likeverdighet og deltakelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg ser på multifunksjonshemming, aktivitet, deltakelse og livskvalitet som et bredt tema, derfor måtte jeg foreta en avgrensning. Jeg vil sette fokus på voksne mennesker med diagnosen dyp utviklingshemming, som i den internasjonale sykdomsklassifisering ICD-10 har koden F73 (WHO 2008). Oppgaven dreier seg om mennesker med ingen eller svært begrenset mobilitet og som har ingen eller liten evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov.

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i musikkterapi, eller aktiv bruk av musikk i hverdagen som en felles aktivitetsform, et hjelpemiddel for bedre samhandling, og en arena for aktiv deltakelse som kan gi økt livskvalitet. I tillegg ønsker jeg å se nærmere på muligheter for bruk av velferdsteknologi for å stimulere multifunksjonshemmede til større grad av

påvirkning i sin hverdag, dermed styrke selvbestemmelse. Jeg kunne skrevet mye mer rundt begrep som: normalisering, empowerment, velferdsstaten, kommunikasjon, alternative supplerende kommunikasjon og hjelpemidler, men jeg kom frem til at dette blir for bredt i forhold til oppgavens omfang. Jeg valgte derfor å prioritere de områdene som etter min mening kan være mest relevant å finne svaret på i min problemstilling.

1.4 Definisjon av sentrale begrep

Dyp psykisk utviklingshemming

Dyp psykisk utviklingshemming innebærer en IQ under 20. Dette betyr at voksne personer har mental alder under tre år. Det medfører alvorlige begrensninger av egenomsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelighet.

Multifunksjonshemming

Multifunksjonshemming er ingen presis diagnostisk kategori, men favner mennesker som har ulike og flere diagnoser, eller vansker, som: dyp eller alvorlig utviklingshemming, progredierende lidelser eller erverva hjerneskader (Statped 2011). Det innebærer omfattende funksjonsnedsettelse i form av bevegelsesvansker og nedsatt sanseinntrykk, som gir store somatiske og helsemessige utfordringer (Horgen, Slåtta og Gjermestad 2010).

Aktivitet

Aktivitet er et mangetydelig begrep. På engelsk skiller det seg mellom «activity» og «occupation», i norsk tale sidestilles det begrep som: oppgave, handling eller gjøremål. (Tuntland 2011). Aktivitetene kan sees som meningsfulle, de skal være mål- og meningsbærende i seg selv og i tillegg skal de være meningsfulle for den det gjelder (ibid.).

Livskvalitet

Det finnes ingen felles definisjon av begrepet fordi livskvalitet oppleves individuelt. Livskvalitet er et bredt og variert begrep som på en kompleks måte omhandler personens fysiske og psykologiske helse. Det innebærer grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, individuell tro, tilgang på tilfredstillelse og mulighet til å innvirke på sine omgivelser (Eknes og Løkke 2009).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt i fem kapitler: Kapittel 1) innledning, 2) metode, 3) teori, 4) drøfting og 5) avslutning med etiske vurderinger og konklusjon. Kapitlene som tar for seg teori og funn samt drøfting har jeg lagt størst vekt på. I teori og funn- kapitlet vil jeg konsentrere meg om begrep som: menneskeverd, multifunksjonshemming, aktivitet, deltakelse og livskvalitet. Deretter skal jeg drøfte mine funn i nytt hovedkapittel- drøfting.

2.0 METODE

Metode er «læren om de verktøyene som kan benyttes for å samle inn informasjon(data)» (Garsjø 2006:115). Det dreier seg om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på en systematisk måte. «Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland 2012:111). Det skilles mellom to forskningsmetoder: kvalitative og kvantitative datainnsamling. Hvilke forskningsmetoder som velges, er avhengig av problemstilling og oppgavens formål.

2.1 Litteraturstudium som metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudium som metode i arbeid med denne oppgaven. Dette er en kvalitativ metode, der forskningen foregår i naturlige sammenhenger og bruker gjerne samtale, intervju og observasjon for å hente inn data (Svartdal 2006). Som tidligere nevnt, er oppgaven skrevet på bakgrunn av mine erfaringer i fordypningspraksis. Der fikk jeg muligheten til å snakke med personale som til daglig jobber tett sammen med multifunksjonshemmede. Jeg fikk også muligheten til å stille spørsmål i naturlige omgivelser og naturlige sammenhenger når noe var uklart. Der fikk jeg også en mulighet til å få innblikk i hverdagsaktiviteter til multifunksjonshemmede.

«De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland 2012:112). Grunnen til at jeg har valgt litteraturstudium er at jeg ønsker å lese og drøfte teori som allerede finnes, som kan gi svar på min problemstilling. Jeg ønsker å søke for å øke teoretisk kunnskap og min forståelse rundt dette fagområdet, slik at jeg som vernepleier kan bidra til at mennesker med multifunksjonshemming får en aktiv hverdag med høy livskvalitet.

2.2 Søkeord og utvelgelse

Litteraturstudie går ut på å søke etter litteratur som er relevant for å finne svaret på min problemstilling. Litteratur innebærer ulike teori og undersøkelser som bør sees med et kritisk blikk. For å samle inn teori brukte jeg bibliotekets databaser, blant annet litteratursøk via ORIA. Søkeordet var: multi*, funksjonshem*, utviklingshem*, aktiv*, vernepleie*, sanse*, musikkterapi, delta*, livskvalitet, velferdsteknologi. I tillegg til dette brukte jeg kilder fra internett som blant annet: Stat-Ped, stiftelsen SOR, NAKU-Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, FO- Fellesorganisasjon. Bruk av disse internettsidene var nyttig for å finne aktuelle artikler, forskningsrapporter og fagbøker.

2.3 Kildekritikk

«Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (Dalland 2012:67). En del av arbeidet mitt med dette bachelorprosjektet har vært å finne og anvende kilder, som kunne være med på og gi meg svar på min problemstilling. For at oppgaven skal bli troverdig og faglig, skal grunnlaget for kildekritikk være godt beskrevet og begrunnet, der troverdighet og pålitelighet må vurderes. Derfor har jeg i arbeidsprosessen med denne bacheloroppgaven først og fremst etterstrebet primærkilder- førstehåndskilder, men også sekundærkilder- annenhåndskilder, som bygger på primærkilder, er blitt brukt. Dette gjorde jeg med et kritisk blikk for feiltolkninger og unøyaktigheter. Kildekritikk dreier seg om å vurdere og å karakterisere den litteraturen som benyttes. Det handler om å ha evner til kritisk blikk og kunne sammenligne litteratur som har forsket på samme tema.

I teoridelen bruker jeg boka «Basal stimulering for mennesker med multifunksjonshemming» som er skrevet av Andreas Fröhlich i 1995. Denne boka er oversatt av Anne-Marie Smith i 2001, men likevel kan betraktes som en gammel kilde. Selv om boka er over 20 år gammel finner jeg mye relevant teori og supplerer derfor med nyere teori i tillegg. Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere, og skal også vise om jeg er i stand til å forholde meg kritisk til kildematerialet (Dalland 2012).

2.4 Feilkilder

Feilkilder handler om bevissthet om egen påvirkning på data (Linde og Nordlund 2010). Siden jeg allerede har observert hvordan samhandlingen mellom personale og multifunksjonshemmede kan se ut, er min forforståelse at mye kan forbedres og forandres. En annen feilkilde er at andre personale sine holdninger, deres faglige bakgrunn og personpreget fagutøvelse kan være annerledes enn det jeg observert i praksis. Det kan bli vanskelig for meg å legge til side mine erfaringer og formeninger. Jeg kommer til å lete etter litteratur som støtter min forforståelse og dette kan være feilkilder i min litteratursøk også.

I arbeid med denne oppgaven har jeg først og fremst brukt norske kilder. Internasjonalt kan det vært gjennomført forskning og studier rundt dette fagfeltet som jeg ikke er klar over. I tillegg er jeg født og oppvokst i et annet land enn Norge, derfor kan min bakgrunn også være en feilkilde.

2.5 Validitet og reliabilitet

Validitet/gyldighet: «Når data i en undersøkelse sier noe viktig og treffsikkert om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy gyldighet (validitet)» (Aadland 2013:308). Jeg tenker at oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av kilder som tar opp oppgavens emne og problemstilling. Derfor forsøkte jeg å finne de sikre og troverdige kilder.

Oppgaven min tar utgangspunkt i boken som er skrevet av Horden, Slåtta og Gjermestad (2010), «Multifunksjonshemming. Livsutfoldelse og læring». Boken er oppgitt av høgsolen i Molde som pensumlitteratur. Forfattere viser til forskjellige kilder som jeg tolker som gyldig og troverdig og som er skrevet av fagfolk med erfaring innenfor fagfeltet, som for eksempel: Stephen von Tetzchner- professor i utviklingspsykologi ved Universitetet i Oslo eller Per Lorentzen-psykolog, arbeider ved Avdeling for voksenhabilitering ved Ullevål universitetssykehus, eller publikasjoner utgitt av Norske Musikk Høgsolen (NMH).

Pålitelighet/reliabilitet: «Når data i en undersøkelse er til å stole på og ikke er preget av tilfeldigheter, har den høy grad pålitelighet (reliabilitet) (Aadland 2013:309). Jeg har valgt å bruke litteratur hentet fra pensumliste i vernepleierstudie som er både oppdatert og pålitelig. I tillegg til dette brukte jeg litteratur som er skrevet av anerkjente fagpersoner som har gjort undersøkelser rund emne og har en del erfaring innenfor fagfeltet. Bortsett fra dette brukte jeg høgskolens artikkelsamling, tidsskrifter (Fontene, Rapport), forskningsrapporter og offentlig dokumenter (NOU). Nettportaler var også veldig nyttig for å finne aktuelle rapporter og arbeidshefter, som for eksempel Stiftelsen SOR som arbeider med informasjons- og kompetanseformidling, fagutvikling og sosialpolitiske innspill, med særlig fokus på holdningsarbeid og bevisstgjøring om utfordringer og utviklingsmuligheter (SOR).

2.6 Vitenskapelig forståelse (hermeneutikken og positivismen)

Kjennetegn ved en vitenskapelig arbeidsmåte er kritisk tenkning (Garsjø 2006). Kritisk tenkning og vitenskapelig metodikk innebærer evnen til å vurdere verdien av det vi leser og det vi gjør, evnen til å etterprøve og systematisere egne erfaringer. De sentrale vitenskapsteoretiske hovedposisjoner er: positivismen (naturalisme eller empirisme), hermeneutikken (humaniora, åndsvitenskap) og den samfunnskritiske tetningen (kritisk teori, samfunnsvitenskapelig dialektikk).

Min studie er bygd i større grad på hermeneutisk tilnærming (fortolkningskunnskap) til kunnskap og på en positivistisk tilnærming (faktakunnskap) i mindre grad. Aadland (2013) hevder at røttene til den kvalitative tilnærmingen ligger i den hermeneutiske tradisjon, der tekster fortolkes kreativt og så innsiktsfullt som mulig (Aadland 2013). Der forskeren bør være åpen, fleksibel og maksimalt nysgjerrig på synsvinkler, motiver og meninger. Først samlet jeg inn data og ulike teori, faktakunnskap – positivistisk tilnærming, som jeg skal tolke, drøfte og sette opp i mot hverandre- hermeneutisk tilnærming.

«Siden hermeneutikk handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens, er denne tilnærmingen så viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker» (Dalland 2012:58). Som vernepleier vil jeg forstå, ikke nødvendigvis forklare, men jeg vil kunne se og tolke sammenhengen mellom bruker, i dette tilfelle multifunksjonshemmede og hans/hennes nære miljø i forhold til muligheter til aktiv deltakelse og påvirkning i

vedkommende sitt liv. Multifunksjonshemmede kommuniserer via sin kropp og atferd, derfor er tolkning og observasjon en grunnleggende ferdighet hos yrkesutøvere. Likevel for å utføre faglig forsvarlig praksis innenfor helse- og sosialt arbeid, er faktakunnskap påkrevd. Tolkning- hermeneutikken er basert på data/teori- positivismen, som allerede er funnet og ikke minst til kritikken av enkelte teorier. Det er viktig å ha kjennskap til ulike teorier, og i sin yrkesutøvelse kan fagperson bekrefte og forankre det hun/han gjør, og kan derfor forklare hvorfor.

2.7 Forforståelse

«Ingen forståelse uten forforståelse» (Aadland 2013:182). Min forforståelse av tema er bygget på samhandling med mennesker med multifunksjonshemming jeg erfarte under fordypningspraksis. Om jeg ikke har noen forutgående forestillinger å tolke inntrykkene ut fra, vil inntrykkene mine være kaotiske og usammenhengende (Aadland 2013). Husserls (1859-1938) hevder at «vi overfører forutsetningene i vår egen erfaringsverden til tingen der ute, og tror plutselig at tingen der ute er slik vi ser den» (Aadland 2013:183). Når vi forstår, gjør vi det ut fra noe, som for eksempel på bakgrunn av våre egne erfaringer, følelser eller tanker eller på bakgrunn av den kulturen vi er en del av (Røkkenes og Hanssen 2012).

Min forforståelse av oppgavens tema er at om yrkesutøvere får større kunnskap om mennesker med multifunksjonshemming, det vil si deres måte å kommunisere på, observere samhandling og samspill med omverden, kan denne kunnskapen påvirke muligheter og vilje for å skape en aktiv hverdag for vedkommende. Dette kan bidra til å skape gode øyeblikk i hverdagen, slik at vedkommende får leve i nuet og føle seg levende. Med tanke på at små, korte øyeblikk kan utgjøre en verden av opplevelser, som igjen kan føre til at multifunksjonshemmede får større mulighet til selvbestemmelse og påvirkning i sitt eget liv og med dette øke sin livskvalitet.

3.0 HOVEDINNHOOLD – TEORI OG FUNN

3.1 Menneskesyn og yrkesetikk

Hvordan vi ser på og forstår menneskene vi møter, er ikke bare avhengig av hvem de er, og hvilken rolle de har i samfunnet, men også det livssynet vi har med oss, og som utgjør en mer eller mindre felles forståelsesramme for samfunnets medlemmer (Henriksen og Vetlesen 2011). I etisk arbeid er det kristne og humanistiske menneskesynet viktig å vite. For den humanistiske tradisjonen er det Sokrates som står som opphavsmann. Hans program står for at gjennom fornuften mennesket vinner etisk innsikt. Videre mener han at etisk innsikt er noe som først blir ekte innsikt gjennom personlig tilegnelse. Mennesket må dannes og formes, der menneskelivet tenkes som noe målrettet og det blir først meningsfullt i lys av målet. «Denne troen på menneskets mulighet for å innse og fremme det gode gjør at humanismens menneskesyn ofte betegnes som optimistisk» (Henriksen og Vetlesen 2011:61). Et menneskets ukrenkelige verd har krav på å bli behandlet med verdighet og respekt, der det ikke bør tvinges til noe mot sin egen samvittighet eller overbevisning. «Å anerkjenne et menneskes menneskeverd er derfor å sikre dets frihet og mulighet til fortsatt liv på en måte som gjør at det kan erfare seg selv som verdigfullt og verdsatt» (Henriksen og Vetlesen 2011:61).

Det som former oss, vårt syn på mennesker vi møter er sannsynligvis knyttet til samfunnet vi lever i, tradisjonene vi har «i ryggen», det vi egner oss gjennom oppdragelse og undervisning.

En utdanning som vil ta den etiske og moralske dimensjonen i møtet med andre mennesker på alvor, bør derfor fokusere på hvilke holdninger som finnes i oss, og legge vekt på å utvikle holdninger som er tjenlige for en god yrkesutøvelse (Henriksen og Vetlesen 2011:73).

Holdninger hos profesjonelle yrkesutøvere, helsepersonell kan nemlig formes og utvikles. De er avhengig av deres egne verdier og vurderinger, hvor kan helsepersonell selv bestemme hvordan de skal være. Etisk grunnlag for blant annet vernepleiere finner vi i FO (2010) sitt hefte om yrkesetikk som viser til følgende prinsipper: menneskelivets ukrenkelighet; respekt for enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier; helhetlig syn på menneske; alle mennesker er likeverdige og har krav på verdig liv. Faglig og etisk relasjon mellom brukeren og yrkesutøveren er bygd på tillit, åpenhet, redelighet, omsorg

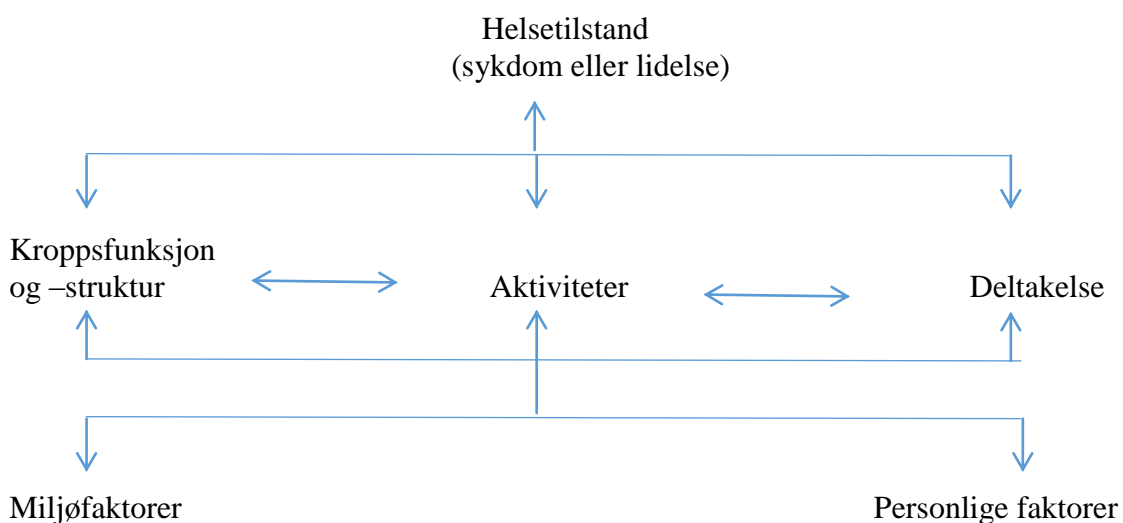
og nestekjærlighet. Konfidensialitet og taushetsplikt skal ivaretas, med mindre andre etiske hensyn veier tyngre. Yrkesutøveren har et særskilt ansvar for å arbeide for rettigheter, samt gitte ytelser og tjenester, gode kår, fenne solidaritet mellom individer og arbeide for et inkluderende samfunn. En vernepleier er forpliktet til å holde et høyt faglig nivå som besår av faglig kunnskap, etisk refleksjon og kvaliteten i det daglige arbeidet. Et vernepleierfaglig arbeid forutsetter evne til faglig og moralsk dømmekraft og utøvelse av skjønn. Det vil si å kunne overveie ulike sider ved sammensatte og vanskelig situasjoner, samt kunne avveie ulike interesser og hensyn. Dette krever ydmykhet, lydhørhet og mot.

3.2 Hva er multifunksjonshemming?

Multi = *multiple*: fra engelsk betyr det consisting of, having, or involving several or many individuals, parts, elements, relations, etc.; manifold (Dictionary).

Funksjon består av kroppsstrukturer, kroppsfunksjoner, aktiviteter, deltakelse og «det er summen av alle forholdene som bestemmer en persons deltakelse, og som er det helhetlige uttrykket for personens fungering» (Tetzchner, Hesselberg og Schiørbeck 2008). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD) viser til en dynamisk modell som viser forholdet mellom de ulike elementene som inngår i et dynamisk samvirke.

Den grunnleggende begrepsstrukturen i ICF:



Figur 1.0 ICF- modellen (Tetzchner, Hesselberg og Schiørbeck 2008:6).

Funksjonshemming: Det har over flere tiår foregått en løpende diskusjon om hvordan begrepet funksjonshemming skal forstås, men ingen av definisjoner er allment akseptert (Wekre og Vardeberg 2004). For dagens habiliteringsarbeid i Norge, ligger det følgende definisjon:

Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir ham. Dette kan gjelde utdanning, yrkesvalg og yrke, fysisk og kulturell aktivitet (Stortingsmelding nr. 23: 1977-78).

En kan være funksjonshemmet i bakgrunn av kontekst: *medisinsk*- individets vansker skyldes funksjonsnedsettelsen, *sosiale* – vanskene personer med funksjonsnedsettelse erfarer, skyldes forhold i omgivelsene og *biopsykososiale*- inkluderer flere dimensjoner samtidig (Wekre og Vardeberg 2004). Den siste er også kalt for GAP-, eller misforholdmodell, der vanskene oppstår i spillet mellom individ og omgivelser, knyttet til konkrete situasjoner (Owren og Linde 2011).

Tøssebro (2010) i sin bok «Hva er funksjonshemming» hever at «Årsakene til funksjonsnedsettelse er biologiske, kroppslige eller medisinske, mens årsakene til funksjonshemminger ligger utenfor individene» (Tøssebro 2010:19). Han mener at årsakene til funksjonshemminger er samfunnsmessige.

UPIAS (*Union of the Physically Impaired Against Segregation*) sitt hovedprinsipp lyder som følger:

Etter vårt syn er det samfunnet som funksjonshemmer folk med funksjonsnedsettelse. Funksjonshemming er noe som kommer i tillegg til funksjonsnedsettelsen ved måten vi unødvendig isoleres og ekskluderes fra deltakelse i samfunnet. Funksjonshemmete er derfor en undertrykt samfunnsgruppe (Tøssebro 2010:19).

En vernepleier jobber tett sammen med en bruker, men i tillegg er det også viktig å ha fokus på samfunnet vårt og nærmiljøet. Gjennom våre holdninger og handlinger kan yrkesutøvere gjøre en forskjell, som kan føre til at barrierer senkes. Vår sikt som miljøarbeidere er å minske gapet mellom personens forutsetninger og samfunnets krav. Gap-modellen ble publisert for første gang i ei bok av Ivar Lie (1989), som mener at det å være funksjonshemmet er å bli satt utenfor deltakelse i livssammenhenger (Vedlegg 1). Videre mener han at:

funksjonshemming er summen av de aktivitetsproblemer som oppstår som resultat av et misforhold mellom forutsetninger og krav på områder der personen er interessert i å delta (Ness 2011:72).

Ut ifra ordets betydning vil multifunksjonshemming innebære flere og ulike diagnoser, samt vansker og sammensatte funksjonsnedsettelse. Blant de vanligste diagnoser er dyp eller alvorlig utviklingshemming, progredierende lidelser eller erverva hjerneskerader (Statped 2011). På grunn av de sammensatte og omfattende funksjonsnedsettelsene vil menneskene med multifunksjonshemming alltid være avhengig av full hjelp og tilrettelegging i alle daglige aktiviteter. De trenger mye kroppslig nærhet for å skaffe seg direkte erfaringer, de trenger kroppslig nærhet for å oppfatte andre mennesker, de trenger pedagoger/terapeuter som gjør dem fortrolige med omverden, som hjelper til med bevegelse og endring av stilling, som forstår dem også uten ord og gir dem betryggende omsorg og pleie (Fröhlich 2001).

3.2.1 Utviklingshemming

Mennesker som har tydelig svikt i kognitive evner har en kognitiv funksjonshemming. Betegnelse som beskriver mennesker som er medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonshemming er psykisk utviklingshemming når diagnosen settes, men i andre sammenhenger «mennesker med psykisk utviklingshemming» blir ofte brukt i stedet. I tillegg er ofte brukt om betegnelsen utviklingshemmede. Det er en endring som er ideologisk styrt samt behov for enklere betegnelse rent språklig (Melgård 2003). Psykisk utviklingshemming er en administrativ diagnose, samlebetegnelse som innebærer svært forskjellige funksjonsforstyrrelser av ulike årsaker: kromosomfeil, komplikasjoner under selve fødselen(oksygenmangel eller små blødninger i hjernen), hodetraumer, infeksjoner (Melgård 2003).

Det som karakteriserer mennesker med psykisk utviklingshemming er en nedsatt kognitiv fungering: nedsatt hukommelse, tenkning, læring, problemløsning, språk og persepsjon er redusert i større eller mindre grad (Melgård 2003). Andre vansker kan være redusert evne til selektiv oppmerksomhet(spesielt det som varer over tid), informasjonsbearbeiding går langsommere, overflatespråk(svakere språkforståelse enn ordforråd), orienteringsevne og tidsbegrep (Melgård 2003). Mange utviklingshemmede kan i tillegg ha alvorlige psykiske

lidelser som kan bli vanskelig å diagnostisere. De kan vise seg som atferdsforstyrrelser som kan bli diagnostisert som en del av en utviklingsforstyrrelse.

World Health Organization (2008) deler mental retardasjon inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad: mild, moderat, alvorlig og dyp utviklingshemming (WHO 2008). Som nevnt tidligere i oppgaven, har mennesker med multifunksjonshemming som oftest diagnosen dyp eller alvorlig utviklingshemming. Det oppgis ulike tall i befolkningen for forekomst i ulike studier. Det er snakk om 1-6 per 10.000 (0,1-0,5 %) for gruppen dyp og alvorlig utviklingshemming samlet sett (Andreassen m. fl. 2014).

I den internasjonale sykdomsklassifisering (ICD), har diagnosen dyp psykisk utviklingshemming koden F73 (WHO 2008). Det som kjennetegner mennesker med dyp utviklingshemming er ingen eller meget begrenset mobilitet, de har liten eller ingen evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov og de kan delta i helt elementære former for ikke-verbal kommunikasjon (WHO 2008). Syn og hørsel er svekket, men enkle visuo-spatiale ferdighetene i sortering og organisering kan læres, og personen kan mestre noe deltakelse i huslige og praktiske oppgaver under eget tilsyn og veiledning.

For å kommunisere og samhandle med dyp utviklingshemmede må innholdet/temaet være noe den utviklingshemmede faktisk har interesse av å kommunisere eller samhandle om. For at budskapet vi sender gjennom sansekanal skal bli mottatt, er man avhengig av mottakerens sensorisk fungering. Det som ofte følger av alvorlig og dyp utviklingshemming er sanseintegrasjonsvansker som kan gjøre det vanskelig å skjelle det kommunikative budskapet blant alle de andre sanseintrykkene i omgivelsene. «Vi sanser omverden gjennom kroppen- ved berøring, lukt, smak, syn og hørsel» (Andreassen m. fl. 2014:42).

3.2.2 Multifunksjonshemmedes sanseapparatet

Ytre sanser: syn og hørsel orienterer oss om verden. Smaksans, og luktesans gir oss informasjon og glede. Vi bygger kunnskap om omverden når vi erfarer, oppsøker eller beveger oss rundt. Mennesker med multifunksjonshemming har ofte problemer på alle disse sanseområdene (Statped 2011). Først kan de fatte det som skjær når dette er nære kroppen.

Indre sanser omfatter følgende kroppsansene:

- balanse/den vestibulære sansen- den registrerer kroppens posisjon, bevegelse og svinging
- muskel- og leddsans/den proprioceptive sansen- sammen med den kinestetiske sansen, registrerer kroppen og lemmens bevegelser. De registrerer også endring i disse
- Den vibratoriske sansen registrerer vibrasjon/lydbølger mot kroppen
- Den taktile sansen/berøringsansens er knyttet til huden som er det største sansesystemet vårt (Statped 2011)

Basal stimulering (BS) handler om å bruke enkle, nærmest forutsetningsløse sensoriske tilbud, for å hjelpe det funksjonshemmede menneske til å oppdage seg selv og sin egen kropp. Det er gjennom sin egen kropp vedkommende kan knytte de første bånd til det sosiale og materiale nærmiljøet (Frohlich 2001). Basal stimulering bidrar til mer struktur og forutsigbarhet for den funksjonshemmede, slik at det som skjer blir mer forståelig og mindre skremmende. Der legges det grunnlag for aktivitet, nysgjerrighet og lek. Om vi ikke hjelper funksjonshemmede til å gjenoppdage sin egen kropp og dens muligheter via felles aktivitet, vil den funksjonshemmede synke ned i stadig dypere isolasjon og dermed i eksistensiell ensomhet (Frohlich 2001).

- Vestibulær stimulering
- Somatisk stimulering(symmetri, spenning og avspenning, rytme)
- Primær kroppsopplevelse(vibrasjon og hørsel, trykk, manipulasjon)

3.2.3 Sensoriske dysfunksjoner og kognitiv overbelastning

Når vi får alt for krevende oppgaver over lang tid og/eller når vi blir bombardert av sanseintrykk som blir for vanskelige for hjernen å bearbeide, blir hjernen vår sliten og vi kan oppleve *kognitiv overbelastning*. Overbelastning kan føre til en rekke symptomer som: irritabilitet, rastløshet og følelser av uro i kroppen. Hos mennesker med utviklingshemming kan overbelastning føre til funksjonsfall og aggressiv væremåte (Bakken og Wigaard 2015).

Sensorisk integrasjons dysfunksjon (SID) omfatter alle sansemodaliteter som syn, hørsel, smak, lukt, berøring, smerte og likevektssans. SID består av over- eller underfølsomhet for sensoriske stimuli. Det innebærer manglende sanseintegrasjon, uvanlig sterke og uvanlig svake opplevelser av sanseintrykk.

Kognitiv overbelastning er ingen diagnose, men det er en tilstand hvor hjernen er sliten og fungerer dårlig (Bakken og Wigaard 2015). Mennesker med utviklingshemming er mer utsatt for overbelastning på grunn av reduserte eksekutivfunksjoner (ikke i stand til å overføre erfaring fra en til en annen situasjon) og reduserte evner til bearbeiding av sosiale situasjoner. Disse menneskene har i tillegg vansker med å innse at de er slitne og trenger derfor hvile. Kunsten er å finne den tilpassete balansen mellom hvileperioder- passivitet og aktive perioder- aktivitet.

3.3 Hva er aktivitet og deltakelse?

3.3.1 Aktivitet

Aktivitet er mangetydlig begrep, der begreper som oppgave, handling eller gjøremål er sidestilt (Tuntland 2014). «Aktivitete er mål- og meningsbærende i seg selv» (Tuntland 2014:33). Det er et tydelig skille mellom aktivitet og gjøremål i det norske språket. For eksempel når jeg skal bake kake trenger jeg blant annet en viss mengde med sukker. Det å *måle opp sukkermengde* kan betraktes som gjøremål i aktiviteten *det å bake kake*. Det vil si at aktiviteten kan bestå av opp til flere gjøremål. «Det er på gjøremålnivå en bør identifisere læringsmål som skal fremme prestasjon og mestring, mens en på aktivitetsnivå bør identifisere mål og deltakelse» (Tuntland 2014). Meningsfulle aktiviteter, skal være relevante og vanlige for den person det gjelder. Der brukerperspektiv og brukermedvirkning står sentralt for at vedkommende opplever mestring og trivsel i hverdagsliv. Klare mål skal være entydige og i tråd med brukerens sansemessig, motorisk, kognitiv og språklig fungering.

3.3.2 Aktivitetsperspektiv

Ved siden av aktivitet har vi *aktivitetsperspektiv*.

Å ha et aktivitetsperspektiv innebærer å ha en forståelse for det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og miljø som finner sted når mennesker holder på med aktivitet, og hvordan dette samspillet påvirker selve utførelsen av aktiviteten (Tuntland 2014:34).

I samspillet mellom person, aktivitet og miljø, inngår det fire faktorer: personens forutsetninger, aktivitetens form, miljøets utforming og uti fra de tre faktorene sammen utgjør fellesområdet – aktivitet og deltakelse i hverdagslivet (Tuntland 2014). Det er vanlig å dele aktiviteter i *dagligliv*: påkledning, stell, spising, mobilitet; *arbeid og produksjon*: utdanning, yrkesutøvelse; og *lek og fritid*: spill sport, underholdning og avslapping (Tetzchner, Hesselberg og Schjørbeck 2008).

Det er gjennom deltagelse i situasjoner og aktiviteter i hverdagslivet at sosiale relasjoner utvikles og gode opplevelser blir tilgjengelige. Det er gjennom deltagelse vi opplever påvirkningskraft og selvbestemmelse (Horgen, Slåtta og Gjermestad 2010:79)

For at deltakelse i en aktivitet skal fungerer bra, må det være forståelse for dette komplekse samspillet. Det behøves grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og forståelse for hva som kan fremme eller hemme utøvelsen av aktiviteter. Det kan også være et terapeutisk eller pedagogisk middel, der utvikling, opptrening eller læring er en effektiv prosess. Townsend og Polatajko (2009) hevder at det ligger noen grunnleggende antakelser om at mennesket har behov for meningsfulle aktiviteter: som påvirker helse og trivsel, organiserer tiden og gir livet en struktur, gir mening til livet og som er idiosynkratiske – unikt for hver person (Tuntland 2014).

3.3.3 Aktivitetsanalyse

Det å analysere aktivitetsutførelser relatert til omgivelsene og funksjonshemmedes fungering er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til om vedkommende ikke kan være selvhjulpel, og om det finnes behov for midlertidig eller varig hjelpemidler.

I *Aktivitetsanalyse* må fagutøvere kunne være i stand til å analysere en aktivitet for å identifisere hvilke enkeltdeler som er involvert, hvordan de enkelte trinnene skal utføres, og hvilke trinn som er essensielle for vellykket utførelse (Tuntland 2014:148).

Aktivitetsanalyses mål er å avdekke hvilke krav aktiviteten stilles, bedde av personens ferdigheter og den kulturelle meningen av valgt aktivitet (Tuntland 2014). I aktivitetsanalyse er det viktig å stille spørsmål (vedlegg 2). De kan være til hjelp for fagutøveren for å finne ut om aktiviteten har potensial terapeutisk virkning. Aktiviteter kan brytes ned til enklere trinn som er kortvarig i seg selv. Det heter sekvensanalyse eller trinnanalyse (Tuntland 2014). Flere trinn er med på å bygge en handlingskjede. Jo flere trinn jo større og mer komplekse blir handlingskjedene. Handlingskjeder som består av små trinn kan sees som byggesteiner som må mestres for å mestre aktiviteten totalt (Tuntland 2014). For å finne ut hvilke generelle krav en spesifikk aktivitet stiller, skal *kravanalyse* brukes. Det gjelder fysiske, sensoriske/perseptuelle, kognitive og sosiale ferdigheter i lav, moderat og høy grad.

3.3.4 Musikkterapi - en arena for aktivitet og deltakelse

«Musikk åpner andre dører enn det ord gjør» (Galaasen 2010:105).

Musikk er en del av hverdagen til mange, bevisst eller ubevisst. Forholdet til musikk er forskjellig. Noen liker å høre musikk når en jobber, eller jogger, eller kjører bil. Noen liker i tillegg å synge, eller bevege deler av kroppen i musikkens takt. Johansson (2010) viser til forskere som mener at fra spedbarnsalder er musikalske elementer en viktig del av spillet mellom mennesker, der kroppen spiller en grunnleggende rolle (Stensæth, Eggen og Frisk 2010). I samarbeid med mennesker med multifunksjonshemming vil det som oftest mangle felles forståelsesrammer som språk og symboler, derfor kan det være særlig viktig å ta utgangspunkt i kroppen (Johansson 2010).

Vi kan synge sammen ansikt til ansikt, vi kan gyngesammen, eller stryke, eller kile. Det er kroppen som er den grunnleggende meningsbærende enheten i samhandlingen (Johansson 2010). Bortsett fra det kan det være vanskelig å oppnå kontakt med mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse, for det kan være vanskelig for dem å systematisere sanseinntrykk. Derfor må det med å oppnå kontakt sees på som hovedmål i arbeid med mennesker med multifunksjonshemming (Johansson 2010). «Musikkterapeuter lærer å bruke musikalske teknikker for å oppnå kontakt og samhandling, men også kroppens uttrykk blir brukt på strategiske måter» (Stensæth m.fl. 2010). Det dreier seg om å etablere kontakt og opprettholde et samspill, som er en grunnleggende forutsetning for videre læring og utvikling. I samspill med musikk kan vi observere kroppslige uttrykk som bevegelse,

berøring, mimikk og kroppsholdning. Det kan brukes i fire musikkterapeutiske teknikker som: imitasjon, inntoning, etablering av felles rytme og bruk av turgivende signal.

3.3.5 Velferdsteknologi – en form for påvirkning og deltakelse

Norges offentlige utredninger (NOU) (2011:11) viser til dokumentet som er utarbeidet av KS (Kommunenes Sentralforbund) og NHO (Næringslivets Hovedorganisasjon) (2009), og AALIANCE (2009) der velferdsteknologi defineres noe mer avgrenset forståelse av begrepet:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (NOU 2011:11:99).

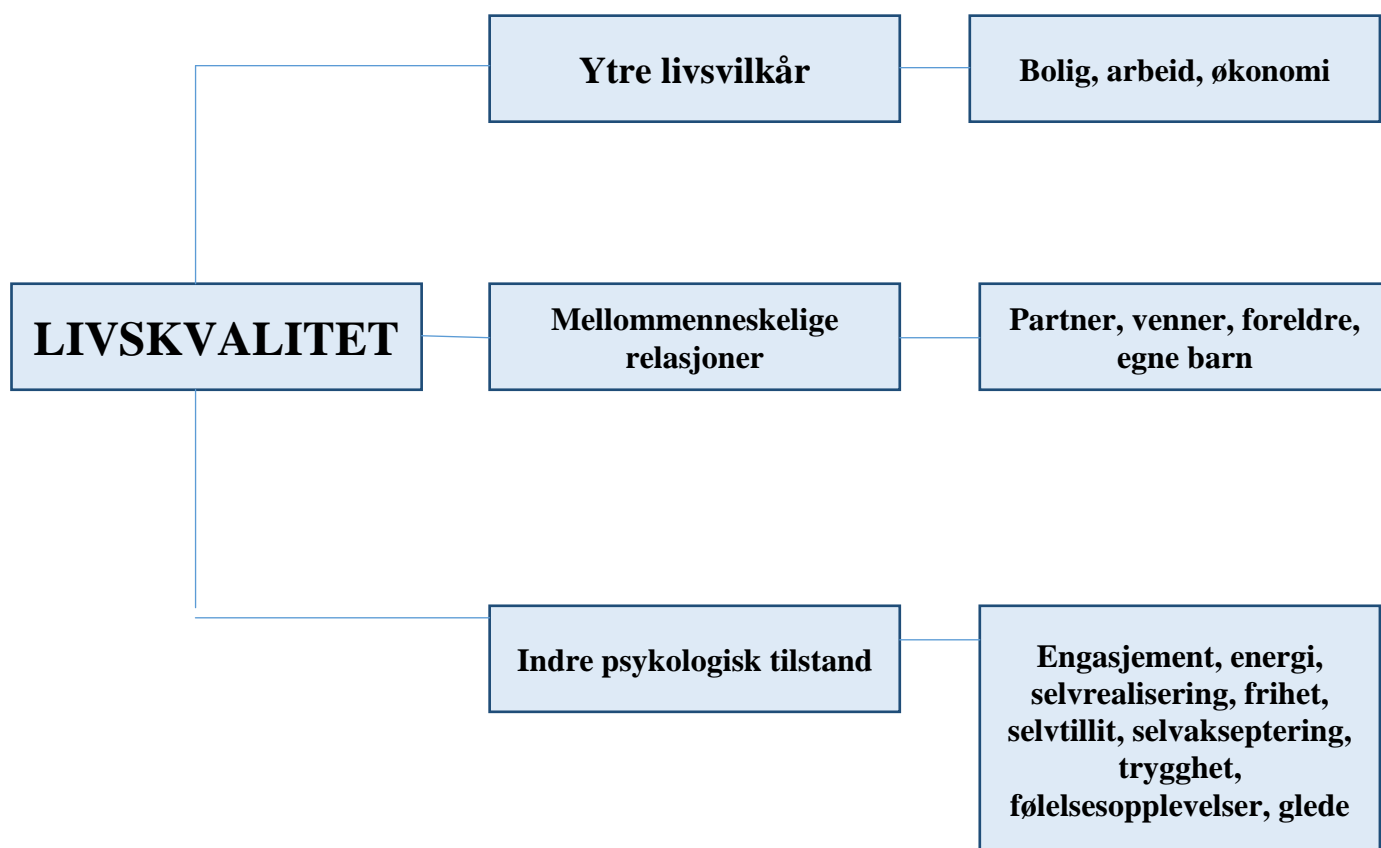
Velferdsteknologi fokuserer på å utnytte de mulighetene teknologi gir. Ut ifra brukerbehov kan velferdsteknologi deles i fire hovedkategorier: trygghets- og sikkerhetsteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt og teknologi for behandling og pleie (NOU 2011:11). Dette kan være hjelpemidler, forbruksgoder, boliginnretningsløsninger, undervisningsredskap, arbeidsredskap og mye mer (NAKU 2014). En bryter kan være et eksempel på hjelpemiddel (se vedlegg 3), som skal gi følelser av mestring, påvirkning og deltakelse. Lillestølen (2001) i sitt idehefte *Brytere- hjelpemidler for mestring, påvirkning og deltakelse*, hevder at det er fullt mulig i dags dato å finne fram til brytere for nesten enhver motorikk, fra det mest fjærlette trykk til mer grovmotoriske handlinger med arm eller hånd (Lillestølen 2001). Bruk av bryterne er enkelt og brukervennlig, der i hovedsak alt som går på strøm eller batteri, kan bryterstyres.

3.4 Hva er livskvalitet?

Livskvalitet er et bredt begrep og varierer i de ulike fagmiljøene. Det finnes ingen felles definisjon, men på en kompleks måte omhandler personens fysiske og psykologiske helse, grad av selvstendighet, sosiale relasjoner, individuell tro, tilgang på tilfredstillende og mulighet til å innvirke på sine omgivelser (Eknes og Løkke 2009). Videre viser Eknes og Løkke (2009) til forskjellige kilder som definerer livskvalitet på følgende måte:

«Individets opplevelse av seg selv og sin situasjon i en gitt kultur og i et gitt verdisystem og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av» (Eknes og Løkke 2009). Rustøen (2001) legger større vekt på det affektive, der vi kan være forskjellige og oppfatter derfor på forskjellige måte det som er viktige livsområder: «En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktige for en» (Eknes og Løkke 2009). En annen definisjon av livskvalitet inkluderer både emosjonelle og kognitive aspekter.

Livskvalitet («quality of live») mange snakker om, men ingen helt vet hva det betyr. Det fanger den enkeltes subjektive opplevelse, derfor blir det vanskelig å etablere generelle kriterier. Holm m.fl.(1999) utviklet følgende modell:



Askheim (2011:73).

Med andre ord kan livskvaliteten bety en subjektiv opplevelse av velvære, lykke, glede og kjærighet. Det som gir mening i livet for mange. Verken Solum (1993) eller Stangvik (1987) gir en entydig definisjon av livskvalitet, selv om de sammen utviklet en tillemning av normaliseringstenkningen, der livskvalitet ble satt som det fremste målet for arbeidet (Askheim 2011). Den første er opptatt av hvordan enkeltindividet «har det» og opplever sitt eget liv i forhold til seg selv og omgivelsene. Han splitter livskvalitet i fire dimensjoner: sosial deltakelse, verdsetting, mestring og frigjøring. Stangvik (1987), legger derimot til grunn livskvalitet som er forstått som tilpasning til sosialt verdsatte livsformer, som subjektivt verdsatt livsform og som helse i vid forstand (Askheim 2011).

4.0 DRØFTING

I dette kapittel skal jeg drøfte teori opp mot min problemstilling: **Hvordan legge til rette hverdagsaktiviteter til multifunksjonshemmede, for å erstatte passivitet med aktivitet og bidra med dette til økt livskvalitet?**

Målet for habiliteringsarbeid er at til tross for mange funksjonsnedsettelse og omfattende hjelpebehov skal multifunksjonshemmede ha en aktiv hverdag og oppnå med dette så høy livskvalitet som mulig. Derfor tar jeg utgangspunktet i livskvalitet.

4.1 *Aktivitet, livskvalitet og multifunksjonshemming*

Ut ifra teori er livskvalitet et vidt og relativt begrep som er avhengig av individet og den situasjon en befinner seg i. Jeg assosierer livskvalitet med glede og trivsel først og fremst. For meg er det viktig å oppleve «det gode livet» og at livet er «herlig». Hva kan det bety for mennesker med begrenset livsutfoldelse, motorikk og behov for full assistanse i alle daglige gjøremål?

Jeg tenker at skal man skape et godt livsmiljø for multifunksjonshemmede, som fremmer opplevelsen av høy livskvalitet, blir det viktig å tilrettelegge for en god kommunikasjon og mestring, samt inkludering via deltagelse. Det er i møte med andre mennesker vi speiler oss og henter bekreftelse og tilhørighet, der tilhørighet åpner for deltakelse i sosialt felleskap og gir grunnlag for inkludering (Ellingsen 2014). Jeg kan tenke meg at det å bli sett og forstått av omsorgspersoner og personer som står oss nær kan være viktig for multifunksjonshemmede. Livskvalitet for dem kan handle om å finne mål, et ønske om å skape seg selv, sin egen identitet og å utvikle seg selv ut ifra egne forutsetninger.

For profesjonene handler dermed ikke livskvalitetstilnærmingen om å definere hva som er livskvalitet, eller innholdsbestemme det gode liv, men om å medvirke til å skape betingelser som er nødvendige for at enkelte selv skal bli i stand til å skape seg et godt liv (Askheim 2011:83).

For at multifunksjonshemmede skal oppleve interesse og glede av aktuelle aktiviteter bør vedkommende sine interesser kartlegges. Interessekartlegging kan gjennomføres på forskjellige måter. Dette kan være utfordrende på grunn av målgruppens manglende verbale uttrykk, derfor er samarbeid med nærepersoner veldig viktig i kartleggingen.

4.2 Yrkesutøvere og holdninger

Fröhlich (2001) mener at i arbeid med sterkt funksjonshemmede kreves det spesielle forberedelse:

- Nøyaktige observasjoner av atferd og aktivitet som krever særlig skolert oppmerksomhet
- Vurdere utviklingsbehovet, spesielt i valg av metode hvordan man skal gå fram og hvordan man skal samhandle
- En realistisk målsetting for pedagogisk og terapeutisk framgangsmåte
- Utvikling av kvalifikasjonene. «Håndarbeid» i form av håndgrep, former for berøring, intensitet, varighet, egne bevegelser, stimulering av bevegelser, kan man bare lære av å øve seg under oppsyn av andre
- Grunnleggende omsorg og pleie
- Ferdigheter til å lage eget støtte- materiell for god praksis (Fröhlich 2001)

På grunn av sterkt nedsatt kommunikasjonsevne, vet vi ikke hva den multifunksjonshemmede føler og hvordan han/hun har det. Denne tvilen og usikkerheten gjør at yrkesutøver kan være i tvil om eget arbeid. Dette kan oppleves som nederlag og en kan kjenne seg skyldbetyngt og dermed får en følelser av å være mislykket. Over tid kan dette føles som en belastning, der yrkesutøvere «gir opp», blir passive i samhandling med multifunksjonshemmede.

For at mennesker med multifunksjonshemming skal oppleve utvikling, læring og livsutfoldelse med deres forutsetninger, henger det sammen med hva slags holdninger, kunnskap og handlingskompetanse nærpersionene og fagfolk har (Horgen, Slåtta og Gjermestad 2010). Utgangspunkt i profesjonelt arbeid er å skape dialog mellom hjelper og hjelpetrengende. Kunsten er å være delaktig-aktør i den andres liv og ikke ha en paternalistisk eller maternalistisk (paternalismens kvinnelige motstykke) tilnæringsmåte. Paternalisme kjennetegner maktbruk, kontroll, formynderi og dominans (Skau 2011). Både paternalisme og maternalisme fører til en umyndiggjøring av andre og dermed står i motsetning til likeverd og autonomi. Dette kan være utfordrende i forhold til samhandling med mennesker som ikke har evner til å uttrykke seg på en tydelig måte. Mange avgjørelser i løpet av dagen er det derfor personale som tar på vegne av brukeren. Det kan være både praktisk og en kan spare mye tid og energi på å forklare brukeren hele situasjon og sammenhengen, for mange med dyp utviklingshemming greier ikke å forstå

sammenhengen likevel og derfor greier de ikke å stå i mot: snarvei – passivitet - enkelt løsning - «en hvilepute».

«En hvilepute» beskriver her samhandling der personale tar avgjørelser overfor multifunksjonshemmede selv, uten å legge til rette for brukerens selvbestemmelsesrett. En paternalistisk tenkning. «En hvilepute» beskriver her samhandling, der personale tenker «praktisk», som ikke liker å gjøre arbeidsdagen sin mer avviklet og komplisert enn det trengs. «En hvilepute»-tilnærming menes her personale som sørger for at brukeren får dekket sine grunnleggende fysiologiske behov og ikke noe mer enn det. De «glemmer» at i følge Maslow (1943) har alle mennesker fem grunnleggende behov: 1) fysiologiske behov (sult, tørst); 2) sikkerhetsbehov (både fysisk og følelsesmessig); 3) sosiale behov (vennskap, tilhørighet i sosiale grupper og følelsesmessige bånd til andre mennesker); 4) behov for annerkjennelse(status og prestisje); 5) behov for selvrealisering, som handler om hvorvidt den enkelte får utnyttet evnene sine og realisert sitt potensial (Jacobsen og Thorsvik 2011). «Et sentralt poeng for Maslow er at vi mennesker aldri går tom for behov (Steiro og Torgersen 2011:17).

En ”hvilepute”- tilnærming har jeg observert i fordypningspraksis. Der tre kvinnelige personale satt i et lite rom og strikket. Det var en god stemning i rommet og de snakket mye sammen blant annet om hva de hadde gjort i helga m.m. Bare av og til snudde den enkelte hodet mot den multifunksjonshemmede mannen i trettiåra, som satt i en rullestol snudd mot en hvit vegg og sa: «Nå koser vi oss, ikke sant ‘Jens’?»(Jens-et fiktivt navn). Hvem kosa seg, og hvem sitt aktivitetstilbud er dette? Er brukerperspektiv ivaretatt i en slik situasjon? Brukerperspektiv handler om å søke for å forstå hvordan andre opplever sin verden, der brukerorientert fagperson ivaretar den andres autonomi og interesser (Røkenes og Hanssen 2012). I mange tilfeller er det opp til personale om brukeren blir passiv objekt eller aktiv subjekt. Derfor må yrkesetikk legges til grunn i samhandlingen mellom yrkesutøvere og multifunksjonshemmede.

Å opprettholde en yrkesetikk som er bygd på respekt og menneskeverd er tydelige mål for utdanningene og profesjonene, og som krever en helt spesiell vilje og innsats når idealet skal settes ut i praksis hver eneste dag (Ellingsen 2014:175)

Barnes (2003) hevder at «vi er alle gjensidig avhengige av andre, og fullstendig uavhengig livsstil er umulig» (Kassah og Kassah 2009:65). Funksjonshemmede er avhengig av profesjonelle omsorgspersoner for å utføre sine hverdagsaktiviteter, mens profesjonelle omsorgspersoner er avhengig av funksjonshemmede for å ha en jobb å gå til, for å få lønn og for å opprettholde sin livskvalitet. Avhengigheten her er profesjonelt konstruert, det vil si at relasjon mellom profesjonell-klient medfører asymmetrisk maktrelasjon, med den ene sin plikt og den andre sin rettighet. Der maktfordeling ofte favoriserer den profesjonelle.

Med makt menes her ikke nødvendigvis press, vold, dominans, hegemoni, tvang, autoritet, men også mulighet til å påtvinge andre sin egen vilje (Garsjø 2006). Makt kan forstås som en intensjon og evne til å realisere sine egne mål man har satt seg, der innflytelse og kontroll oppfattes som synonymmer. Om du har noe, andre vil ha – har du makt. Den som har makt, er i stand til å ivareta sine interesser ved bruk av sine ressurser og egenskaper. Jeg kan tolke det slik at helse- og sosialarbeidere har makten med seg i rollen som hjelper.

Som helse- og sosialarbeidere har vi et spesielt etisk medmenneskelig ansvar for svake grupper i samfunnet og for klienter som har den svakeste posisjonen i hjelpeapparatet. Vi trenger derfor å forstå når og hvordan vi benytter makt og kontroll, og vi trenger å utvikle gode etiske grenser for denne maktutøvelsen i praksis (Norvoll 2007:89).

Bourdieu (1996) hevder at en sentral form for makt i samfunnet vårt er *kulturell* og *symbolsk* makt (Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa 2007). Symbolene som språk, skilt, klær, væremåter, verdier er viktig fordi de legger rammer for virkelighetsforståelse, identitet og samhandling. Språk og kommunikasjon mellom mennesker er også maktutøvelse. Vi kan påvirke virkeligheten gjennom den framstillingen man gir av den. Gjennom fagspråket vårt kan multifunksjonshemmede framstilles som passive objekter eller som aktive subjekter. Ved å bruke uttrykk som for eksempel «frakte», eller «levere» signaliserer vi at denne personen betraktes som «ting» eller «gods», som kan bidra til dehumanisering.

Avmakt oppstår i møte med maktutøvelse, der andre motkrefter er sterkere enn en selv (Garsjø 2006). En avmektig stilling kan oppleves svært nedverdiggende og angstprovoserende, der aggresjon og frykt oppstår. Avmakten forsterkes i avhengighetssituasjoner på grunn av svekkelse ved sykdom eller funksjonshemming.

Mennesker med multifunksjonshemming har svært begrenset mulighet for å realisere selvbestemmelse på grunn av manglende ferdighetene. Den verbale kommunikasjonen i samhandling blir ofte misforstått eller ignorert av støtteapparatet. Wehmeyer (1996) hevder at «selvbestemmelse er til stede når atferden er autonom, selvregulerende, psykologisk myndiggjørende og selvrealiserende (Kassah og Kassah 2009). Selvbestemmelse handler om å fatte egne beslutninger som handler om vedkommende sitt liv, valgmuligheter og evnen til å ta selvstendige valg.

Wehmeyer (1998) påpeker at en person kan handle selvbestemt ved uavhengig å utføre en aktivitet, eller vedkommende kan søke hjelp fra andre og styre den hjelpen som blir gitt (Kassah og Kassah 2009:70-71)

Alle bør ha mulighet til selvbestemmelse, selv om den ikke alltid er reelt mulig å realisere alene. Gode holdninger, støtte i omgivelsene og en dypere forståelse behøves hos støtteapparatet. Når multifunksjonshemmede nonverbale uttrykk blir misforstått, kan dette føre til begrenset selvbestemmelse.

Frohlich (2001) hevder at arbeid med multifunksjonshemmede kan være skremmende, anstrengende og kan føre til en belastning. Derfor er det viktig å skape et godt klima på arbeidsplassen, der mørke tankene får komme frem. Han kommer med noen grunnregler for fagutøvelsen: unngå isolert og isolerende arbeid; snakk sammen og drøft vansker; snakk åpent; vis toleranse overfor «rare» former for forkjærlighet og aversjon hos fagfeller; arbeid videre med egen utvikling; vær villig selv å kreve profesjonell hjelp; støtt fagfeller i «vonde faser», og vis dem forståelse; ikke gå fullstendig opp i arbeidet. Det er viktig å ikke øke arbeidsmengden stadig mer for å styrke følelsen av eget verd. Dette kan føre til sammenbrudd, spesielt hos mange dypt engasjerte medarbeidere med etisk ansvarsfølelse.

4.3 Kan aktiv bruk av musikk øke livskvalitet?

Imitasjon

Johansson (2010) i sin artikkel «Kroppslig samspill i musikkterapi» viser til Cox (2010) som hevder at «Gjennom gjensidig imitasjon kan vi fostre gjensidig forståelse» (Stenseth 2010:25). Der imitasjon forstås som form for empati som er fundamental for det å være et menneske. Når vi imiterer tar vi utgangspunkt i brukerens verden, det vil si hvordan brukeren gir uttrykk for det han/hun kan eller gjør. Når vi imiterer kan vi gi bekræftelse til brukeren at vi har oppfattet uttrykket og at dette gir en meningsfull ytring i samhandlingen. En kan imitere i et musikalsk samspill for eksempel med rytmer eller melodiske vendinger men også brukerens bevegelser, kroppsholdning, ansiktsuttrykk og berøringer. Imitasjon kan noen ganger føre til overraskelser, der brukeren kan vise nysgjerrighet for hva som kommer til å skje, eller kan vise glede og kan livne til i samspillet.

Et annet aspekt ved å imitere er at brukeren kan erfare, påvirke og styre omgivelser gjennom egen handling. Her viser Johanssen (2010) til Ruud (2001) og Rye (2007): «Evne til å påvirke er en viktig side ved motivasjon, utvikling og helse» (Stenseth 2010:27). Dette kan være mål i seg selv, der kan vi stimulere multifunksjonshemmede til økt motorisk egenaktivitet gjennom bevisst å bygge på gleden av å få andre til å gjøre noe.

Jeg har erfart å imitere i fordypningspraksis. Den multifunksjonshemmede jeg fikk oppnådd kontakt med via imitasjon, brukte intensive øyebryn. Når jeg begynte å løfte mine øyebryn for å gi uttrykk for interesse/overraskelse, ble hans bevegelser ennå mer intensive. Jeg så økende interesse og nysgjerrighet for samspill. Til slutt begynte brukeren å bruke sin munnmotorikk og «gode» lyder for å gi uttrykk for glede.

Inntoning

I samspillet med mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse, bør vi møte dem der de er, og samtidig møter vi de kroppslige uttrykkene. Inntoning dreier seg om å møte brukeren tilpasset brukerens energinivå, stemning, affekter eller følelsesuttrykk. Her forsøker musikkterapeuten å uttrykke samme intensitetsnivå musikalsk som brukeren uttrykker kroppslig. Til og med små kroppsdeler som øyebryn kan uttrykke en hel rekke med følelser i kombinasjon med andre ansiktsdeler som munn, øye og panne. Alt dette kan

formidle emosjonelt innhold. Johansson (2010) framhever at «Regulering av fysiske aspekter som muskeltonus, trøtthet, eller epileptisk aktivitet kan være en viktig del av innstillingene» (Stenseth 2010:30).

Etablering av felles rytme

Det å etablere en felles rytme i samspill med mennesker med multifunksjonshemming, kan være utgangspunkt for opplevelsen av å gjøre noe sammen. Lorentzen (2001) hevder at «Felles aktiviteter er så viktige fordi det er i slike aktiviteter at vi deltar i utformingen og utviklingen av samspill hvor vi føler oss mest hjemme» (Eggen 2010:56). For å etablere tempo og rytme behøves det bruk av tid. Grunnrytmen kan for eksempel være brukerens pust, eller gynging av overkroppen. Berøring kan brukes også i etablering av felles rytme som for eksempel å klemme takten, eller stryke gjentatte ganger, klappe rytmen på brukerens skulder eller trampe takten. Her igjen kan brukeren få følelsen av at han/hun er en del av felleskapet.

Turgivende signal

Et turgivende signal er et signal som skal oppfordre brukeren til å komme med sin ytring i samspillet (Johansson 2010). Musikkterapeuten gir et signal at han/hun er ferdig med sin del og venter på respons fra brukeren via musikalske signaler som: pause eller musikken stoppes opp på en ledende akkord. Små variasjoner i for eksempel dynamikk, melodi og tempo kan være viktig for å skape en viss spenning i samhandlingen. Dette kan opprettholde brukerens interesse og motivasjon for deltakelse (Johansson 2010).

Da jeg var i fordypningspraksis, deltok jeg i musikkterapitimen sammen med fire personer med dyp og alvorlig utviklingshemming. Det var en uforglemmelig opplevelse. Personer som er passive og tilbaketrukket i løpet av dagen, «våkner» og deltar aktivt i den musikalske dialogen med musikkterapeuten. På den annen side kan mye sanseintrykk og intensiv bruk av energi, føre til kognitiv overbelastning, som igjen kan føre til funksjonsfall og aggressiv væremåte (Bakken og Wigaard 2015). Brukeren kan fort bli veldig sliten og trenger hvile. Det er nemlig derfor gode rutiner og balanse mellom aktivitet og avslapping bør være til stedet.

4.4 Kan aktiv bruk av velferdsteknologi øke livskvalitet?

«Alene er velferdsteknologi bare teknologi, men dersom det settes i en sammenheng kan det bli en del av målrettet miljøarbeid» (Linde 2015:26). Utgangspunktet for bruk av velferdsteknologi er brukerens ønsker og behov. Hva er viktig for han/henne? Er det viktig å snu seg i sengen midt på natta? Eller er det viktig å slå på musikk, eller delta aktivt i bakingen? Hva om brukeren får mulighet til å si ifra med et trykk på knappen, om at han/hun ønsker å være alene en stund. Velferdsteknologi åpner muligheter for påvirkning, mestring og gevinstrealisering.

4.4.1 Brytere – en aktiv brukermedvirkning

Tekniske hjelpemidler (som brytere er) og tilrettelegging, har en relasjonell plass mellom den enkelte person og omgivelsene, og er med på å lage bro over dette gapet (se vedlegg 1). Det finnes flere relevante modeller om hjelpemidler og tilrettelegging, men alle er opptatt av relasjoner mellom person, omgivelser, aktivitet og teknologi/objekt (Ness 2011). Moser (2006) hevder at mennesket har flere indre subjektivitetsposisjoner som beveger seg mellom, der subjektet demonstrerer også handlekraft – det å være aktør (Ness 2011). En aktør er noe vi blir i relasjoner med omgivelsene, det handler om å ta initiativ og handle.

Lillestølen (2001) i sitt ideheftet *Brytere-hjelpemidler for mestring, påvirkning og deltakelse*, hevder at når mennesker med dyp og alvorlig utviklingshemming får mulighet for aktiv medvirkning, trer de tydeligere fram som handledende individer. Denne muligheten ligger i teknologien. Den kan gi reel valgmulighet, øke deltakelsen i hverdagen og styrke brukermedvirkningen. Et vesentlig moment er mestringsopplevelse og følelser av hjelpuavhengighet. Mange kan ha glede av å bidra i en arbeidsprosess, bryterstyring kan åpne for denne muligheten. «Det å få mulighet til å styre tilgangen på noe man liker er av stor betydning for et hvert menneskes livskvalitet og utviklingsmuligheter» (Lillestølen 2001).

5.0 AVSLUTNING

5.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvilken betydning aktivitet kan ha for å øke livskvaliteten hos mennesker med multifunksjonshemming. Gjennom bruk av litteraturstudiet har jeg tilegnet meg mye kunnskap og økt min forståelse om mennesker med diagnosen dyp utviklingshemming samt omfattende hjelpebehov. Jeg har sett på aktivitet, deltakelse, musikkterapi, velferdsteknologi, og deres påvirkning på den enkelte sin livskvalitet. Videre brukte jeg mine erfaringer og teori, og drøftet de opp mot hverandre i lys av min problemstilling: **Hvordan legge til rette hverdagsaktiviteter til multifunksjonshemmede, for å erstatte passivitet med aktivitet og bidra med dette til økt livskvalitet?**

5.2 Konklusjon

For at multifunksjonshemmede skal oppleve en aktiv og meningsfull hverdag, skal hans/hennes interesse og behov kartlegges. Hvordan livet til multifunksjonshemmede er, henger nøye sammen med miljøet de lever i og hva slags holdninger, kunnskap og ideologiske strømninger nærpersonene har. Vernepleierens yrkesutøvelse er basert på humanistiske og demokratiske verdier, der yrkesetikk legges til grunn i møter med menneskers behov og bidrar til at de får brukt sine ressurser.

Ut ifra hva min litteraturstudie viser, kan aktivitet ha positiv effekt for deltakelse og påvirkning. Ved bruk av musikk som aktivitetsform, viser litteraturen at denne typen aktivitet kan bidra til at brukeren kan erfar, påvirke og styre omgivelser gjennom egen handling. Musikalsk dialog kan opprettholde brukerens interesser og motivasjon for kommunikasjon, deltakelse, samt følelser av å være en del av fellesskapet, som kan bidra til økt livskvalitet. Litteraturen jeg har valgt å bruke rundt velferdsteknologi, viser at aktiv bruk av brytere kan gi reele valgmuligheter, øke deltakelse i hverdagen og styrke brukermedvirkning.

5.3 Refleksjon

Jeg har gjennom arbeidet med denne oppgaven økt min forståelse i forhold til mennesker med multifunksjonshemming og deres muligheter til aktivitet. Til tross for mange funksjonsnedsettelse, skal en vernepleier først og fremst ha fokus på ressurser hos hver enkelt. Det dreier seg om å ha evner til å tenke annerledes. Ved siden av begrensninger, se muligheter som absolutt er der. Tjenesteytere skal kunne legge til rette og skal kunne gi en mulighet til multifunksjonshemmede for at de får utvikle sitt potensiale, for bak de kroppslige funksjonshemmingene finnes det et menneske.

6.0 LITTERATURLISTE

Pensum

Aadland, Einar (2012). «Og eg ser på deg...». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter (2011). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. 1. utg., 7. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eknes, Jarle (red.) (2003). *Utviklingshemming og psykisk helse*. 3. opplag. Oslo: Universitetsforlaget

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.) (2009). *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget

Garsjø, Olav (2006). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2011). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3.utg., 5.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Horgen, Turid, Knut Slåtta, Anita Gjermestad (red) (2010). *Multifunksjonshemming. Livsutfoldelse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik (2011). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Kassah, Alexander Kwesi og Bente Lilljan Lind Kassah (2009). *Funksjonshemming. Sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2010). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2. utg, 3. opplag. Oslo: Universitetsforlaget

Norvoll, Reidun (2007). *Makt og avmakt*. I: Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2007). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 1.utg., 5 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.) (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget

Selvvalgt litteratur

Andreassen, Elin, Terje Dalen, Sissel Grodås, Jo Mellestuen og Leif Olav Ringeli (2014) Forstå og bli forstått. Kognisjon og kommunikasjon hos personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. På internett:

http://naku.no/sites/default/files/Faghefte_%20forstot%20og%20bli%20forstott.pdf (lest 03.05.16)

Bakken, Trine Lise og Elisabeth Wigaard (2015). Sensoriske dysfunksjoner og kognitiv overbelastning hos mennesker med utviklingshemming. SOR-Rapport

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2008). *LOV-2008-06-20-42: Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)*

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/1-kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>. (lest 19.04.16)

Ellingsen, Karl Elling (red) (2014). *Utviklingshemming og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Fröhlich Andreas (2001). *Basal stimulering for mennesker med multifunksjonshemming*. Oslo: Pensumtjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*

Lie, Ivar (1996). *Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lillestølen, Svein (2001). *Brytere. Hjelpemidler for mestring, påvirkning og deltakelse*. I: Statlige spesialpedagogisk tjeneste (2001). På internett: <http://www.statped.no/globalassets/publikasjoner/brytere.pdf>. (lest 20.04.16)

Linde, Sølvi (2015). *Målrettet miljøarbeid og velferdsteknologi. Om brukermedvirkning, mestring, rettsikkerhet, gevinstrealisering og spennendearbeidsplasser*. I: SOR-Rapport, februar 2015

Melgård, Torhild (2003). *Utviklingshemming*. I: Eknes, Jarle (red.) (2003). *Utviklingshemming og psykisk helse*. 3 opplag. Oslo: Universitetsforlaget

Nationalkompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU (2014). På internett: <http://naku.no/node/5573> (lest 20.04.16)

Nationalkompetansemiljø om utviklingshemming – NAKU (2009). *Forløpsgruppe multifunksjonshemmede barn*. På internett: <http://naku.no/sites/default/files/files/Forl%C3%B8psgruppe%20multifunksjonshemmede.pdf> (lest 02.05.16)

Ness, Nils Erik (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse - et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Statlig spesialpedagogisk tjeneste (Statped) (2011). På internett: www.statped.no (lest 08.03.16)

Steiro, Trygve Jacobsen og Glenn-Egil Torgersen (2011) *Bedre motivasjon. Praktisk tilnærming for å skape drivkraft hos deg og andre*. 1 utg., 1. opplag. Stjørdal: Læringsforlaget

Stortingsmelding nr. 23, 1977-78. På internett:

https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/asd/stmeld/19961997/st-meld-nr-34_1996-97/2/id191144/. (lest 21.04.16)

Svartdal, Frode (2006). *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. 2.utg., 2.opplag. Bergen: Fagbokforlaget

<http://www.dictionary.com/browse/multiple> (lest 28.03.16)

Tetzchner, Stephen von, Finn Hesselberg og Helle Schjørbeck (red.) (2008). *Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. 2. utg., 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

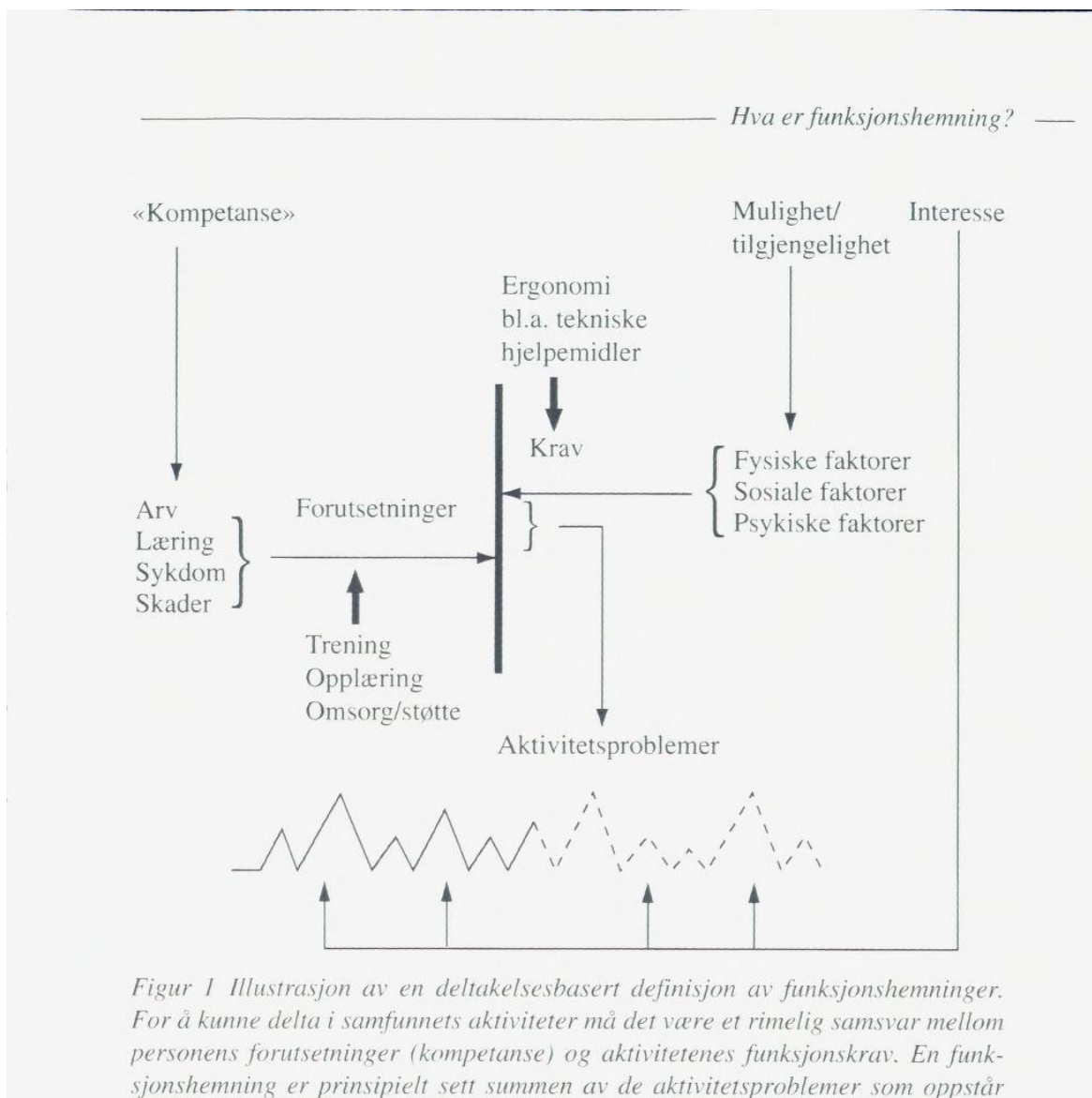
Tøssebro, Jan (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget

Ursin, Espen og Knut Slåtta (2010). *Støttmateriell for god praksis. Teamabasert arbeid for å skape materiell som bidrar til forbedret livskvalitet for mennesker med omfattende funksjonsnedsettelse*. Oslo: Voksenopplæring Nydalen og Torshov kompetansesenter. I: Statped Skriftserie nr. 85

Wekre, Lena Lande og Kjersti Vardeberg (red.) (2004). *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget

World Health Organization (2008). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. 1.utg., 13 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: Ivar Lie (1989) sin modell av relasjonell forståelse av funksjonshemming



Lie (1996)

Vedlegg 2: Aktivitetsanalyse av aktivitetsoppgave

Ulike aspekter av aktivitetsoppgaven	Analyse: Vurder grad av lav eller høy kompleksitet
Meningsfull og viktig Ønsker brukeren selv å utføre denne aktiviteten?	
Ferdigheter Beskriv graden av ferdigheter involvert i aktivitetsoppgaven: Motoriske, kognitive eller sosiale ferdigheter	
Type aktivitetsoppgave Er dette en enkelt oppgave, sammensatt oppgave eller vedvarende oppgave?	
Omgivelser Er omgivelsene hvor aktiviteten utføres stasjonær, variabel stasjonær, eller i bevegelse?	
Objektmanipulering Er objektmanipulering fraværende eller tilstedet? Hva er grad av kompleksitet?	
Lukket eller åpen oppgave Er dette en luket, variabel, konstant bevegelig eller åpen aktivitetsoppgave?	
Krav til generalisering eller overføring? Kreves det at aktiviteten utføres i nye situasjoner eller steder?	
Inngår aktiviteten i daglig rutine eller vane? Kan den automatiseres?	

(Ness 2011: 116)

Vedlegg 3: Eksempler og forslag til elektriske apparater som kan kobles til bryterstyring

(Ursin og Slåtta 2010)

