



# Fordypningsoppgave

VMT724 Miljøarbeid og tverrprofesjonalitet

Tilrettelegging for fysisk aktivitet hos mennesker med utviklingshemming

Ann Kristin Holten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 41

Molde, 10.05.2016



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: May Østby

## 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: 07.05.16

Antall ord: 10 634

## Sammendrag

Overvekt og fedme betegnes som en epidemi over hele verden. Spesielt grupper med lav sosioøkonomisk status er rammet, deriblant mennesker med utviklingshemming. Spesielt jenter med lett grad av utviklingshemming har høyere risiko for å utvikle fedme og livsstilsrelaterte sykdommer enn andre grupper i befolkningen. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i ei jente som har utviklet overvekt, men ikke fedme og som har et sterkt ønske om å leve et sunnere liv med mer fysisk aktivitet. Fokuset for arbeidet har vært empowerment/ myndiggjøring av henne, og å forsøke å gi henne støtte i å kunne ta ansvar for sin egen helsesituasjon i fremtiden.

Overweight and obesity are compared with an epidemic throughout the world. This is especially a huge problem in groups with low socio-economic status, people with intellectual disabilities being one of these groups. Women with a mild intellectual disability have a larger risk of developing obesity and lifestyle-related diseases than other groups in the population. In this thesis I work closely with a young woman who is overweight, but not obese and who has a strong wish to live a healthier life with more physical activity. The focus of our work together has been to empower her, and to give her the support and strength she needs to be able to take responsibility for her own health in the future.

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>2</b>
<b>3.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>4</b>
3.1	Utviklingshemming .....	4
3.2	Kosthold, overvekt og fedme .....	4
3.3	Fysisk aktivitet .....	6
3.4	Fritidstilbud for mennesker med utviklingshemming .....	7
3.5	Motivasjon.....	7
3.6	Mulighet til å ta egne valg .....	8
3.7	Selvbestemmelse .....	9
3.8	Empowerment .....	10
3.9	Relasjoner .....	11
3.10	Kommunikasjon.....	13
<b>4.0</b>	<b>Empiri .....</b>	<b>14</b>
<b>5.0</b>	<b>Klinisk- pedagogisk tilnærming.....</b>	<b>15</b>
<b>6.0</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>17</b>
<b>7.0</b>	<b>Konklusjon og forslag til tiltak .....</b>	<b>24</b>
<b>8.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>25</b>
	<b>Litteratur.....</b>	<b>27</b>
	<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>31</b>
	<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>32</b>
	<b>Vedlegg 3.....</b>	<b>33</b>
	<b>Selvvalgt pensum.....</b>	<b>34</b>

## 1.0 Innledning

Jeg har jobbet med mennesker med utviklingshemming siden slutten av 1990- tallet. I denne perioden opplever jeg at det har skjedd mye i tjenestetilbudet til denne gruppen. Min opplevelse er at det har blitt et større fokus på fagkompetanse og utdannede tjenesteytere, og at begreper som selvbestemmelse har fått større plass. Det har også i denne perioden vokst opp en ny generasjon mennesker med utviklingshemming, som aldri har bodd på institusjon, de har gått på sine nærskoler og har hatt en oppvekst på lik linje med de fleste andre på sin alder. Disse ungdommene er nå unge voksne, og flytter for seg selv. De vil møte mange av de samme utfordringene som andre ungdommer møter.

En av disse utfordringene er knyttet til livsstil, kosthold og fysisk aktivitet. I følge Helsedirektoratet (2010) er overvekt og fedme en av de viktigste helseutfordringene på verdensbasis. WHO (2016) peker på fedme blant barn og unge som fremtidens største trussel mot helsen. Fedmeepidemien er nå så kraftig at den har potensial til å bremse den økende levealderen vi har vært vitne til de siste årene. De fleste barn som sliter med overvekt blir også overvektige voksne.

Det er sett en høyere forekomst av fedme hos mennesker med utviklingshemming enn i befolkningen generelt. Som hos alle andre fører overvekt og fedme hos mennesker med utviklingshemming til økt helserisiko, forkortet livslengde, til mulig sosial isolasjon og vanskeligheter med å utføre dagligdagse oppgaver (Helsedirektoratet, 2015).

Helse- og omsorgstjenesteloven av 2010 slår fast at helsepersonell skal drive forebyggende arbeid i forhold til mennesker med utviklingshemming, slik at de kan opprettholde en god helse og forebygge sykdom og skade. Dette vil innebære at behovet for ernæring, kosthold og fysisk aktivitet må tilpasses den enkeltes ønsker og behov.

Jeg opplever videre at sosialfaglig arbeid i dag i mindre grad er preget av empowermentperspektivet. Da jeg tok min utdanning som sosionom på slutten av 1990-tallet var det stort fokus på dette i utdanningen, og vi ble formet inn i en tenkemåte som innebar empowermenttenkning på alle nivå. Både på individnivå, men spesielt på system og gruppe nivå. Gjennom 2000- tallet og innføringen av New Public Management-tankegangen i velferdssystemene opplever jeg at fokuset er større på mikronivå og på tjenesteproduksjon. Fokuset ligger på den individuelle brukeren og dennes rettigheter.

Dette kan kanskje skyldes både de administrative rammene rundt arbeidet og de yrkesmessige og metodiske innfallsvinklene tjenesteyterne bruker i arbeidet. Det kan videre kanskje skyldes det verdisettet som er i omløp på den aktuelle arbeidsplassen eller i samfunnet generelt.

På min arbeidsplass har vi flere beboere som har overvekt. Dette er et tema som stadig blir diskutert og som vi er opptatt av. Når det gjelder vekt, kosthold og fysisk aktivitet så er det noe de fleste har meninger om. Disse meningene er ofte basert på den enkeltes subjektive opplevelser og vurderinger, noe som kan føre til diskusjoner og uenigheter i hvilke tiltak som bør iverksettes i forhold til den enkelte beboer. En av beboerne har selv over lengre tid uttrykt et ønske om å gå ned i vekt, og vi har snakket om dette flere ganger. Jeg har fortalt henne om videreutdanningen jeg tar, og oppgaven jeg skal skrive. Vi har sammen blitt enige om at jeg skal ta utgangspunkt i hennes situasjon når jeg skriver denne oppgaven.

I denne oppgaven ønsker jeg derfor å belyse følgende problemstilling;

*Hvordan kan tjenesteytere gjennom fokus på empowerment, og vektlegging av interesser og ressurser hos den enkelte legge til rette for en fysisk aktiv livsstil hos mennesker med lett utviklingshemming?*

## **2.0 Metode**

Jeg har utført litteratursøk i ulike databaser. Jeg har søkt i Oria, PubMed, Helsebiblioteket og Google scholar, i tillegg til å bruke Google og Kvasir. Søkeordene jeg har brukt er følgende: *Utviklingshemming, utviklingshemmet, overvekt, fedme, fysisk aktivitet, intellectual disabeled, intellectual disability, obesity, overweight, physical activity og empowerment.*

Når det gjelder kosthold, overvekt og fedme hos denne gruppen fant jeg lite forskning gjort i Norge. Jeg fant imidlertid flere forskningsartikler fra USA og England om dette temaet. De fleste dreide seg om spesifikke diagnoser som Down syndrom og Prader Willi syndrom, og/ eller diagnosene moderat/ alvorlig utviklingshemming. Jeg fant lite forskning på diagnosen lett utviklingshemming uten andre tilleggsdiagnoser. Når det gjelder temaet fysisk aktivitet var bildet annerledes. Da klarte jeg ikke i mine søk å finne relevant



forskning fra USA eller England. Siden ingen av disse landene har en velferdsstat slik som vi kjenner den her i Norge, og tjenestene til mennesker med utviklingshemming er organisert på en noe annerledes måte fant jeg det også vanskelig å sammenligne direkte i forhold til min problemstilling. Jeg fant imidlertid flere forskningsprosjekter/ forprosjekter her i Norge. Blant annet har Stiftelsen SOR hatt et prosjekt om «Mat og trivsel», og det ble her utviklet ett e- læringskurs om kosthold og fysisk aktivitet for mennesker med utviklingshemming, og ett kurs for deres tjenesteytere (samordningsraadet.no, 2016). Dette kurset ble utviklet av Karde, som også har laget flere opplæringsfilmer for utviklingshemmede om hvordan en kan lage god og sunn mat (karde.no, 2016). Når det gjelder empowerment finnes det svært mye forskning på temaet, også med fokus på mennesker med utviklingshemming.

Det vitenskapelige ståstedet i oppgaven er fenomenologisk, altså at vi lever i en verden som har mening og betydning for oss. Jeg er spesielt opptatt av kroppsfenomenologiens tanker om at vi mennesker ikke kan forstås som tenkende og intensjonelle vesen løsrevet fra kroppen. Kroppen er vårt sentrum for erfaring og erkjennelse. Innenfor denne tankegangen vil man bort fra en tingliggjøring og intellektualisering av kroppen, levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring og kroppen er en kilde til kunnskap. Kroppsfenomenologien gir grunnlag for å oppvurdere kroppslig og praktisk kunnskap, og gir videre grunnlag for å fremheve betydningen av førstehåndserfaringer (Thornquist, 2002). Jeg ser denne vitenskapsteoretiske retningen i sammenheng med empowermenttankegangen, og dennes fokus på kraften og ressursene i hvert enkelt menneske. Oppgaven er derfor skrevet med et sterkt fokus på empowerment. Jeg har med bakgrunn i dette valgt å ha et nært samarbeid med personen det gjelder, og har kommet frem til tiltakene sammen med henne.

Jeg har i oppgaven benyttet to ulike egenregistreringskjema (vedlegg 1 og 2), et for mat/snacks og et for fysisk aktivitet/ trening. Jeg har også benyttet meg av strukturerte samtaler som har hatt en intervjuform (vedlegg 3). Spørsmålene er inspirert av spørreskjemaene til "Fritid med bistand" (fritidforalle.no, 2016). Jeg har også benyttet et såkalt "mirakelspørsmål", som er hentet fra arbeidsmetoden løsningsfokusert tilnærming innen sosialt arbeid (Haaland, 2005).

## **3.0 Teori**

I dette kapittelet har jeg lagt vekt på å finne ulike teoretiske begreper som begrunner mine valg underveis. Jeg har derfor valgt å nevne blant annet kosthold, overvekt, fysisk aktivitet, motivasjon, kommunikasjon, relasjon og empowerment. Hovedvekten ligger på fysisk aktivitet, motivasjon, relasjon og empowerment da dette har vært hovedfokuset mitt i arbeidet med dette prosjektet og denne oppgaven.

### **3.1 *Utviklingshemming***

”Utviklingshemming er en forsinket eller mangelfull utvikling av evner eller funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser” (WHO, 2011).

Utviklingshemming er altså en medisinsk diagnose i henhold til ICD-10, men utviklingshemming er ikke i seg selv en sykdom eller definert medisinsk tilstand.

Utviklingshemming er en diagnose som bygger på atferds- og funksjonsbeskrivelser hvor disse kriteriene må være oppfylt: evnenivået må være betydelig svekket, sosial modenhet og evne til å klare seg selv i dagliglivet må være betydelig svekket og funksjonsvanskene må ha oppstått før fylte 18 år. Evnenivå er vanligvis basert på IQ- mål, hvor utviklingshemming er definert til en IQ- skår på under 70 (Ellingsen, 2014). Siden utviklingshemming er en administrativ samlebetegnelse for personer med medfødte eller ervervede kognisjonsvansker, vil det være stor variasjon i grad av kognitiv fungering, væremåte og behov innenfor gruppen. Det er også store variasjoner i årsakene til at utviklingshemmingen har oppstått (Mæhle, Eknes og Houge, 2011).

### **3.2 *Kosthold, overvekt og fedme***

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen, den samme utviklingen ser vi globalt. Parallelt med dette ser man en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen.

Mange mener at vi nå står ovenfor en global epidemi, som vil kunne ha dramatiske konsekvenser. Fedme er en risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer. Sykelig fedme er en alvorlig kronisk sykdom som også representerer risiko for flere ulike somatiske og psykiske tilleggslidelser. Denne vektøkningen generelt i befolkningen har sammensatte årsaker. Både strukturelle endringer i samfunnet og personlige preferanser har ført til redusert fysisk aktivitet og endret kosthold (Helsedirektoratet, 2010). Siden

overvekt og fedme gir betydelig økt risiko for en rekke uønskede sykdommer og tilstander, må forebyggende tiltak som økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold prioriteres for å snu den uheldige vektutviklingen. Det er et stort behov for verktøy i helsetjenesten for hvordan man kan forebygge, utrede og behandle overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010).

Både undervektige og personer med fedme har økt dødelighet i forhold til normalvektige. I seg selv er ikke overvekt en sykdom, men fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet. Fedme øker risikoen for en rekke kroniske lidelser, blant annet hjerteinnfart, flere kreftformer og type 2- diabetes. Den viktigste årsaken til økt dødelighet og sykdomsutvikling ved overvekt, er ikke vekten som sådan, men fysisk inaktivitet. Mens økt overvekt ofte fører til fysisk inaktivitet, kan vektrelatert sykdomsrisiko reduseres betraktelig hos personer som er i god fysisk form (Helsedirektoratet, 2010).

Mennesker har ulik individuell sårbarhet for utvikling av overvekt og fedme. Arv og genetikk kan bidra til at noen er mer utsatt enn andre, og svært mange faktorer kan bidra til at appetittreguleringen kommer ut av balanse. Forutsetningene er derfor ikke likt fordelt når det gjelder å møte de nevnte strukturelle endringene i dagens samfunn, med redusert hverdagsaktivitet og mer energitett kosthold. For noen mennesker er det en klart større utfordring enn for andre å forebygge helseskadelig vektøkning, og forskning viser en klar sammenheng mellom utvikling av overvekt og sosioøkonomiske forhold (Helsedirektoratet, 2010).

Forskning viser at mennesker med utviklingshemming har større risiko for å utvikle overvekt og fedme enn "normalbefolkningen" (Melville, Boyle, Miller, Macmillian, Penpraze, Pert, Spanos, Matthews, Robinson, Murray og Hankey, 2014). Flere studier viser at kjønn og grad av utviklingshemming er en viktig faktor når det gjelder utvikling av overvekt og fedme hos denne gruppen. Langt flere kvinner enn menn utvikler overvekt og/eller fedme, og mennesker med lett til moderat grad av utviklingshemming har større risiko enn mennesker med alvorlig til dyp grad av utviklingshemming. Dette er uavhengig av etnisitet og alder (Stancliffe, Lakin, Larson, Engler, Bershady, Taub, Fortune, Ticha, 2011).

### **3.3 Fysisk aktivitet**

Man har enda ikke gode nok data til å kunne fastslå om det er endringer i energiforbruket eller energiinntaket i befolkningen som har forårsaket økningen i fedme i senere år, men trolig er det en kombinasjon av begge forhold. Vektøkning er en følge av at energiinntaket er større enn energiforbruket. Samtidig viser erfaring at det for de fleste er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først har blitt overvektig. Forebygging av overvekt er derfor av stor betydning. Tiltak som kan påvirke mat- og aktivitetsvaner er svært viktig (Helsedirektoratet, 2015).

De fleste mennesker med overvekt og fedme har lav fysisk hverdagsaktivitet. Økt fysisk aktivitet er derfor et viktig bidrag ved forebygging og behandling av overvekt og fedme. Fysisk aktivitet har også mange gunstige helseeffekter i tillegg til vekttapet, og kan også gi bedre psykisk velvære (Helsedirektoratet, 2010). Verdens helseorganisasjons anbefalinger når det gjelder fysisk aktivitet for voksne mennesker er minimum 150 minutter moderat intensitet eller 75 minutter intens fysisk aktivitet per uke, hvorav det meste skal være kondisjonstrening. I Norge viser undersøkelser at 80 % av den voksne befolkningen ikke er fysisk aktiv på minimumsnivået. Dette skyldes først og fremst at hverdagsaktiviteten har gått ned (Denison, 2013).

Forebygging av overvekt er et samfunnsansvar, i den forstand at samfunnet må legge til rette for at de riktige valgene er de enkle valgene. Da Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 ble Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) innført samtidig. Folkehelseloven er en del av Samhandlingsreformen og er et rettslig virkemiddel som regulerer kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet. § 4-7 fastslår at *”kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.”* Målene i Folkehelseloven gjelder for alle kommunens innbyggere, også de med fysiske funksjonsnedsettelse og /eller utviklingshemming.

Men fysisk aktivitet og bevegelse handler om mer enn bare å forebygge overvekt og fedme. Aktivitet og bevegelse kan bidra til at en blir fortrolig med kroppens signaler, og

blir kjent med og trygg på egne grenser, slik at en ikke overskrider egen tålegrense. Bevegelse er grunnleggende for hvordan personen opplever og oppfatter seg selv og omgivelsene (Moe, 2009). Dersom oppmerksomheten rettes mot utseende og kroppen som en ting man kan kontrollere vektlegges kroppen som objekt. Det bør legges til rette for fysisk aktivitet eller bevegelse som fremmer kroppen som subjekt, dette kan styrkes gjennom fysiske aktiviteter som hjelper personen til å få kontakt med seg selv (Moe, 2009).

### ***3.4 Fritidstilbud for mennesker med utviklingshemming***

Et av målene i Ansvarsreformen var at mennesker med utviklingshemming skulle gis et kultur og fritidstilbud som var likeverdig med tilbudet til befolkningen for øvrig. Det ble nå en kommunal oppgave å sørge for at de utviklingshemmede fikk et tilrettelagt kultur- og fritidstilbud både i offentlig regi og i regi av frivillige lag og organisasjoner, og mennesker med utviklingshemming skulle så langt som mulig gis et integrert fritidstilbud. Kommunen skulle også informere de utviklingshemmede om fritidstilbudet, og informere lag og organisasjoner om hvordan de kunne tilrettelegge sine tilbud og aktiviteter slik at de utviklingshemmede fikk benytte seg av dem (Bufdir, 2013). Undersøkelser viser at dette ikke alltid er realiteten, og at hovedansvaret for å ta initiativ for å tilrettelegge aktivitetstilbud for utviklingshemmede ofte faller på foreldre og frivillige (Olafsen, 2014). Selv om det er politiske føringer på dette feltet oppleves dette som lite forpliktende for kommunene.

Livsstil og levevaner påvirker helsesituasjonen til personer med utviklingshemming på samme måte som hos andre. Amerikansk og europeisk forskning viser høyere forekomst av undervekt, overvekt og feilernæring hos utviklingshemmede enn i øvrige befolkning. Utviklingshemmede trenger ofte ekstra stimulering og tilrettelegging for fysisk aktivitet og sunt kosthold (Bufdir, 2013). Undersøkelser viser at det å inneha en identitet som en aktiv person er assosiert med fysisk aktivitet. Videre har tilgjengelige aktiviteter i nærmiljøet høyest korrelasjon med fysisk aktivitet, men tilgang til funksjonelt utstyr, tilpassede anlegg og god informasjon har også betydning (Elnan, 2010).

### ***3.5 Motivasjon***

En forutsetning for bevegelse og fysisk aktivitet vil være motivasjon. Dette innebærer både personenes egen motivasjon og hjelperens motivasjon. En skiller gjerne mellom ytre og indre motivasjon, hvor indre motivasjon er at personen utfører aktiviteten for aktivitetens skyld, da den er forsterkende nok i seg selv. Ytre motivasjon er når personen utfører en

aktivitet for å oppnå en ”belønning”. Indre motivasjon kan også kalles prestasjonsmotivasjon. Her vil det alltid finnes to krefter: lysten til å lykkes og angsten for å mislykkes. Lystbetonte aktiviteter som gir opplevelser og er meningsfylte vil være viktige motivasjonsfaktorer. Aktivitetene bør gi allsidig bevegelseserfaring og være utfordrende, samtidig som de også gir mestringsfølelse (Rise og Viken, 2009)

Siden ”nybegynnermosjonisten” ikke har tidligere erfaringer eller opplevelser å støtte seg til kreves det i begynnelsen gjerne ytre forsterkning i form av for eksempel vektnedgang eller positive tilbakemeldinger fra familie og venner. I denne fasen handler det om å gjenta atferden så ofte som mulig ved hjelp av disse forsterkerne utenfra. Etter hvert får personen flere og flere positive opplevelser, og disse opplevelsene innlemmes i motivasjonen. Betydningen av de ytre faktorene blir da gjerne mindre, og motivasjonen endres fra å være ytreregulert til å være indreregulert atferd. Såkalt indreregulert atferd reflekteres i større grad en internalisert motivasjon hvor vanene etableres som en del av ens egen identitet som en fysisk aktiv person (Wester, Wahlgren, Wedman og Ommundsen, 2008).

Det er flere faktorer som påvirker motivasjon for fysisk aktivitet. Dette er blant annet sosial påvirkning i form av støtte, hjelp og rollemodeller, sosialisering og tidligere erfaringer, sosial bakgrunn og kultur, muligheter og ferdigheter (Ommundsen og Aadland, 2009)

### ***3.6 Mulighet til å ta egne valg***

For å kunne ta egne valg i livet må utviklingshemmede selv inneha et visst kunnskaps- og ferdighetsgrunnlag. Dette gjelder i livet generelt, og også i forhold til spørsmål knyttet til kost og ernæring. Det er lite av de generelle opplysningskampanjene om dette temaet som er beregnet på denne gruppen. Man kan kanskje dermed anta at mange utviklingshemmede mangler kunnskap om betydningen av kosthold, ernæring og fysisk aktivitet (Haugenes, 2011). Om kunnskap fører til endring i livsførsel er imidlertid et åpent spørsmål, dette gjelder også for mennesker uten utviklingshemming. Det er en ting å vite hva som er sunt å spise, noe helt annet å klare å gjennomføre det i praksis. Nytteverdien av kunnskapen er imidlertid klar, det faktisk å kunne velge har betydning for den enkelte, til forskjell fra å ikke kjenne alternativene (Haugenes, 2011).

Mennesker med utviklingshemming er i stor grad prisgitt støttepersoner i sin hverdag, og disse støttepersonene påvirker deres livsførsel. Disse støttepersonene vil i stor grad være kommunalt ansatte tjenesteytere. Tjenesteyternes kompetanse vil ha stor betydning for den enkeltes liv og livsførsel (Skau, 2005). Det kan være utfordrende å veilede andre i forhold til kosthold og ernæring. Denne type veiledning kan fort bli moraliserende, og den enkelte tjenesteyters etiske og juridiske kompetanse blir viktig. Veiledning forutsetter også god kunnskap om temaet, og det forutsetter kunnskap om de utfordringene mennesker med utviklingshemming ofte har for å kunne forstå abstrakte fenomener (Haugenes, 2011).

### **3.7 Selvbestemmelse**

Frihet og selvbestemmelse er viktig for alle mennesker. Selvbestemmelse kan forstås som en del av menneskerettighetene, og som det som gir grunnlag for ethvert menneskes personlige utvikling og utviklingen av en egen identitet. I følge Ellingsen (2005) handler selvbestemmelse om i hvilken grad en har evne til å ta valg, og i denne forbindelse vektlegges intellektuelle ferdigheter og evne til å se hvilke konsekvenser valgene får. Skjeve maktforhold gjør tvang og manipulering mulig, noe som begrenser menneskets frihet. Manipulering kan beskrives som et slags lureri som påvirker vår evne til å ta beslutninger. Dette kan føre til at vi får mindre mulighet til å bruke de evnene vi har til selvbestemmelse, og dermed mindre faktisk selvbestemmelse. Hjelpere kan komme til å rettferdiggjøre valg på vegne av andre ved å si at det er til det beste for dem, fordi det kan være enklere å bestemme selv enn å rette seg etter brukerens ønsker (Salthe, 2009).

Dersom man som hjelper skal etterleve prinsippet om at alle mennesker har full autonomi krever dette at mennesker får bruke sine autonomievner, selv om de velger å gjøre noe som på alle måter er dumt og uheldig (Askheim og Starrin, 2007). Noen ganger vil ikke dette være etisk forsvarlig, og hjelperne må hjelpe brukeren å ta andre valg. Ved å appellere til folks ønsker og idèer lar de seg påvirke, og slik kan man hjelpe med å utvikle beslutningsevne. Samtidig kan en utviklingshemming begrense denne muligheten. Det betyr likevel ikke at manipulering og tvang er de eneste gjenværende mulighetene (Salthe, 2009). Ved å tilegne seg kjennskap til personen det gjelder kan hjelperen gripe og skape situasjoner hvor brukeren kan få øvelse i å ta egne valg og beslutninger. Opplæring og trening i medvirkning og selvbestemmelse vil kunne få betydning for brukerens utvikling av selvstendighet og selvrealisering (Lunde, 2009).

Retten til selvbestemmelse knyttes i vår vestlige kulturkrets til individet, ikke til familien eller gruppen. Selvbestemmelse er noe vi tildeles individuelt ut fra hva vi viser oss modne til å kunne ta ansvar for, og etter fylte 18 år er selvbestemmelsesrett noe vi tilkjennes formelt i kraft av alder. Samtidig opplever mange at de gjennom hele livet blir vurdert ut i fra om de har kvalifikasjoner for å bruke denne retten (Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005). De aller fleste voksne mennesker i Norge tar for gitt at de har rett til å bestemme selv. Motstanden møter vi først når vi treffer utradisjonelle eller det mange vil oppfatte som ufornuftige valg. Dersom valget avviker i tilstrekkelig grad fra det som blir forventet dukker gjerne spørsmålet om personene er tilregnelig opp. Har vedkommende forutsetninger for å treffe disse valgene, og forstår de konsekvensene av sine egne valg? Når det stilles spørsmål ved retten til selvbestemmelse er det med andre ord evnen til å bedømme som betviles (Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005). De erfaringene vi har med oss har stor betydning. Det stadig ikke å få mulighet til å bestemme selv gir erfaringer som tilsier at vi ikke kan bruke denne retten. Det å kunne bruke retten til å bestemme selv gir oss erfaringer i å utøve selvbestemmelse. Dette vil være viktig læring for fremtidige situasjoner der selvbestemmelse skal utøves. Av og til kan man se at retten til selvbestemmelse krenkes eller betviles. Noen ganger skjer dette ut fra hva som vurderes som nødvendig, og har støtte i lovverk som for eksempel Helse- og omsorgstjenestelova kap. 9 (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2015). Andre ganger fratras imidlertid mennesker retten til å bestemme selv, uten at det er basert på formelle juridiske prosesser, men er basert på andre menneskers fordommer, mangel på respekt eller et ønske om å beskytte. Noen av disse begrunnelsene kan nok synes både fornuftige og forståelige, men det betyr imidlertid ikke at de er riktige eller hensiktsmessige (Selboe, Bollingmo og Ellingsen, 2005).

### ***3.8 Empowerment***

Ved siden av begrepet selvbestemmelse er empowerment hyppig brukt innenfor helse og sosialfagene. Begrepet fikk for alvor betydning på 1970- tallet som et bærende begrep når det gjaldt nye strategier innenfor områder som folkehelse og sosialt arbeid. Det har etter hvert blitt et begrep som benyttes innenfor de fleste sektorer som arbeider med mennesker. Et viktig begrep innenfor denne tradisjonen er bevisstgjøring. For at de ”undertrykte” skal bli i stand til å frigjøre seg, må de først bli klar over hvordan denne undertrykkingen egentlig arter seg. Innenfor empowermenttradisjonen har kollektivet vært det sentrale utgangspunktet for bevisstgjøring og handling. Når marginaliserte grupper står samlet kan



de komme ut av avmakten de er i, og danne en motmakt som utfordrer maktutøvelsen de utsettes for (Askheim og Starrin, 2007). På norsk brukes ofte begrepet myndiggjøring eller bemyndigelse.

Empowermentbegrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon, og å betrakte dem som aktører som selv vet best "hvor skoen trykker". Innenfor denne tenkningen har man et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Et poeng er å endre fagpersonens rolle fra å være en styrende ekspert til å være en likeverdig samtalepartner. Brukerkunnskap og fagkunnskap skal likestilles, og fagpersonen skal være orientert mot brukerens ressurser, ikke mot problemer eller mangler (Askheim og Starrin, 2007). Empowerment dreier seg, i likhet med brukermedvirkning, om maktoverføring fra fagfolk til brukere av hjelpetjenester. Disse begrepene opererer delvis side om side og er rettet mot de samme områdene, å styrke brukernes innflytelse på utforming av eget hjelpetilbud. Empowermentbegrepet har historisk sett hatt et litt annet anvendelsesområde enn brukermedvirkning, og har vært del av en større politisk bevegelse. De senere årene har empowermenttankegangen gått mer og mer over til å gjøre seg gjeldene på mikronivå (Rønning, 2007).

Empowermentbegrepet står i motsetning til paternalismen. Den paternalistiske tankegangen antar at mennesker i sin alminnelighet, og utsatte mennesker i særdeleshet ikke selv er i stand til å vite hva som er best for dem. Det er derfor opp til en "ekspert" å bestemme dette. Denne tankemåten har en flere tusen år gammel historie, og preger fortsatt samfunnet vårt i dag. I empowermenttenkningen betones de horisontale relasjonene mellom mennesker. Man ser mennesker som likeverdige og betydningen av å stå side om side i kampen for menneskeverd og respekt vektlegges (Askheim og Starrin, 2007).

### **3.9 Relasjoner**

Den danske filosofen Knud E. Løgstrup betegner den relasjonelle dimensjonen ved livet som et grunnvilkår for etikken. Den relasjonelle dimensjonen innebærer at vi utøver innflytelse på, og er gjensidig avhengig av hverandre. Livet leves ikke i isolasjon og uavhengighet, men i avhengighet av hverandre. Han mente videre at relasjonen aldri blir nøytral i moralsk mening, våre liv vil alltid være preget av at vi har makt over hverandre. I relasjonen har vi makt til å fremme eller hemme den andres livsutfoldelse (Eide, 2011).

Løgstrup henspiller på at mellommenneskelige relasjoner kan forstås som maktreasjoner, og at det har avgjørende betydning for den enkelte hvordan denne makten vi har over hverandre håndteres (Lorentzen, 2011).

Det finnes to grunnleggende ulike beskrivelser av relasjoner, nemlig symmetrisk relasjon og asymmetrisk relasjon. I en symmetrisk relasjon vektlegges likhet og likeverdighet, noe som ofte kan innebære sammenligning og konkurranse. En symmetrisk relasjon kan derfor oppleves som utviklende og spennende, eller som svært slitsom. I en asymmetrisk relasjon vektlegges imidlertid ulikhet, og deltakerne vil utfylle hverandre. Den ene parten vil ofte bli ansett som den sterke, mens den andre vil oppfattes som den underkastede. Slike relasjoner forutsetter gjensidighet for å fortsette, en gjensidighet som ikke vil forandre seg før en av partene begynner å legge vekt på noe annet. Forandring hos en part vil føre til endring også hos den andre. Det er sjelden en relasjon kan beskrives som enten symmetrisk eller asymmetrisk, det vil som regel være en blanding av begge, en parallell relasjon (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009).

Relasjonen har blitt betegnet som sosialt arbeids sjel, men den kan ikke bygges på ord alene. Den bygges på en dynamisk interaksjon av følelser, holdninger og de verdier vi representerer, slik de kommer til uttrykk i stemmeleie, kroppsholdning, blick og ord. Et kjennetegn ved en relasjon mellom en bruker og en hjelper er en prosess over tid hvor hyppighet, varighet og stabilitet i kontakten bidrar til at hjelperen blir ”en betydningsfull annen”. Relasjonen kan bidra til å bryte ned ubehaget med å måtte ty til andre mennesker i maktposisjon for å få hjelp, og den kan åpne for at brukeren selv kan omforme deler av livet sitt (Kokkin, 2005). For å kunne bygge en relasjon med brukeren trenger hjelperen dennes tillit og respekt. Dette kan ikke tas for gitt idet en hjelperelasjon blir opprettet, den profesjonelle må vinne brukerens tillit. Hjelperens respekt for brukeren legger grunnlaget for brukerens tillit til hjelperen. I stedet for at hjelperen ensidig spør seg ”hvilken bistand ser jeg at denne brukeren trenger”, må hjelperen også spørre ”hva mener denne personen hun trenger bistand til”. Ved å spørre på denne måten vil hjelperen både vise brukeren respekt, men vil samtidig skaffe seg et bedre grunnlag for å innrette sin beredskap med tanke på nettopp *denne* personen. Et hjelper- bruker forhold vil alltid være asymmetrisk. Det avgjørende for utviklingen av forholdet vil være hvordan hjelperen utøver sin definisjonsmakt (Edvardsen og Holthe, 2013).

Vi kan si at det i hovedsak er to måter å bli kjent med andre mennesker, og å lære å forstå dem på. Den ene måten er som observatør, hvor vi inntar en posisjon utenfor handlingene og studerer dem, og sånn forsøker å danne oss et bilde av dem, forstå dem og finne mening i det de gjør. Den andre måten er som medspiller i samhandling og felles aktiviteter. Relasjonell kompetanse tilegner vi oss i samhandling og samvær med andre, og erverves ofte i kontekster som er relativt fri for roller. Jeg er her som meg, og du er her som deg. Lorentzen sier at relasjonell kompetanse handler om hvordan vi oppfører oss og handler for at den andre skal oppleve å kunne være seg selv mest mulig fritt, umiddelbart og spontant, uten å støte på begrensninger. Mennesker med utviklingshemming trenger i tillegg til den andres engasjement som seg selv at tjenesteyterne også innehar en høy grad av faglig forståelse av hver enkelt brukers tilstand og hva dette innebærer i forhold til samhandling og kommunikasjon (Lorentzen, 2009).

### **3.10 Kommunikasjon**

I kommunikasjonsteoretisk sammenheng beskrives ofte to kommunikasjonsnivåer, digital og analog kommunikasjon. Digital kommunikasjon dreier seg om forståelsen som blir utvekslet, og er det som foregår når vi snakker sammen. En digital prosess foregår når vi forstår eller gir fenomener mening. Digital kommunikasjon går alltid parallelt med analog kommunikasjon. Den analoge kommunikasjonen er gjennom kroppsspråk, gester og tonefall med på å skape kontekst for det digitale budskapet. Den analoge kommunikasjonen henvender seg alltid til relasjonen og sier noe om hvordan relasjonen skal forstås (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2009). Som tjenesteytere vil vi måtte ha gode kommunikative ferdigheter. Når vi kommuniserer med brukere kommuniserer vi som profesjonelle hjelpere, ikke som privatpersoner. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler for å kunne forstå brukeren som person, slik at vi kan yte bedre hjelp og støtte, og at vi kan stimulere den andres utvikling på best mulig måte.

Kommunikasjon kan forstås som en dialog, bestående av initiativer og responser, og kommunikasjonsferdigheter kan deles inn i responderende og initierende ferdigheter. Initierende ferdigheter vil være å stille spørsmål, forklare og gi informasjon. Responderende ferdigheter innebærer et svar på det den andre uttrykker, og gir tilbakemeldinger på det som allerede er kommunisert, både verbalt og nonverbalt. En god respons vil rette seg mot det sentrale i den andres budskap, og det er dette som er et særtrekk ved profesjonell kommunikasjon. Vi responderer på det den andre trenger å bli

møtt på. Å respondere på det sentrale innebærer å se den andre, og dette vil skape et godt grunnlag for å skape trygghet, tillit og en god relasjon. Dialog er en måte å bygge og ivareta relasjoner på, men dette forutsetter at vi snakker på en slik måte at den vi snakker til forstår hva vi sier og inviteres til å svare på våre innspill. Slik kan man legge det relasjonelle grunnlaget for en god arbeidsallianse. I profesjonell kommunikasjon er det viktig at informasjonsmengden tilpasses formålet med kommunikasjonen, og at man tar i betraktning den andres evner til å ta imot og bearbeide den informasjonen som gis. Hjelperens evne til å lytte og forstå den andre er avgjørende for å yte god hjelp og for å motivere for å bidra til forandring og utvikling (Eide og Eide, 2004).

## 4.0 Empiri

Hanne er ei ung jente med lett psykisk utviklingshemming. Hun har relativt nylig flyttet fra foreldrehjemmet og inn i egen leilighet i en kommunal samlokalisering av leiligheter for mennesker med utviklingshemming. Hanne er ei blid og sosial jente, som liker å være sammen med andre. Hun har få venner på hjemstedet, men bruker hyppig sosiale media for å holde kontakt med venner over hele landet. Hanne er glad i god mat og drikke, og har selv ansvar for kosthold og matlaging. Hun behersker stell av leilighet på egen hånd, med litt veiledning fra tjenesteyterne. Hanne har de siste årene utviklet overvekt, og har per i dag en KMI (kroppsmasseindeks) på 29,2. Hun er selv klar over at hun veier for mye, og ønsker gjerne å gå ned i vekt. Hun er motivert for å trene og leve sunt, men synes det kan være vanskelig å få det til. Tjenesteyterne opplever Hanne som lite selvgående, og at hun har lett for å gi opp. Hun finner stadig på unnskyldninger for å slutte med aktiviteter dersom hun ikke får det helt til. Hun har stort behov for oppmuntring og ros. Hanne ønsker selv å gå ned i vekt da hun skal til sydligere strøk i sommerferien og ønsker å gå i bikini. Hun skal også på klassetreff neste år, og ønsker da å kunne ha på seg en pen kjole som har blitt for liten.

Hanne deler tjenesteytere med andre beboere, alle har et lavere funksjonsnivå enn henne. I samtaler med Hanne kommer det frem at hun synes det kan være vanskelig å be tjenesteyterne være med på trening, tur osv. Hun beskriver at de ofte har det travelt, og at det er mye de andre beboerne trenger hjelp til. Hanne uttrykker at hun vet at hun er mer selvstendig, og ikke trenger så mye bistand som de andre. Hun uttrykker videre at hun allikevel gjerne ønsker kontakt med tjenesteyterne, og synes det er hyggelig å være sammen med dem. Hun sier videre at dette gjelder ”de fleste, men ikke alle.” Hanne

beskriver tydelig at det er noen hun liker godt, mens andre hun ikke har så god kontakt med. De hun liker godt, er de som er hyggelige, blide og som tuller litt med henne. Hanne sier hun liker at folk er greie, men at de må være ærlige med henne. Hun liker ikke folk som ikke sier direkte hva de mener, da kan hun føle seg usikker og dum.

Når det er arrangementer, som diskotek og annet, er også mat en viktig del av det. På slike arrangementer blir det stort sett servert pølser, brus og snacks. Min opplevelse er at det har blitt like viktig å dra på diskotek for å spise, som for å danse og snakke med andre. Hanne bekrefter langt på vei mine tanker rundt dette i samtaler rundt tema. Hun forbinder sosiale arrangement, både med familie og venner med mat man skal kose seg med. Kombinert med en inaktiv livsstil fører dette til vektøkning over tid. I samtaler med Hanne uttrykker hun at hun forstår dette, men at hun ikke klarer å takke nei til god mat.

Hanne får tilbud om å være med på tur sammen med en annen beboer. Dette er en svært overvektig dame, med synsproblemer som bare kan gå tur i godt tilrettelagt løype. Hanne uttrykker at det kan være kjedelig å gå på tur sammen med henne, men at det kommer litt an på hvem av tjenesteyterne som er sammen med dem. I en travel hverdag har jeg ikke kunnet pålegge mine kollegaer å registrere hvorvidt Hanne blir invitert med på tur, og om hun takker ja eller nei. I samtaler med Hanne sier hun at ingen har invitert henne til å gå tur alene med dem, dette stemmer også med mine observasjoner. En viktig faktor her har vært at det har vært underbemannet på grunn av sykdom. Jeg har over flere uker forsøkt å observere hvor mange av tjenesteyterne som inviterer Hanne med på tur alene, men har ingen observasjoner på dette. På grunn av sykdom og diverse andre årsaker har det i denne perioden ofte vært underbemannet.

## **5.0 Klinisk- pedagogisk tilnærming**

Tema for dette prosjektet og oppgaven har blitt til i samarbeid med Hanne. Vi har det siste året hatt fokus på kosthold og fysisk aktivitet for alle beboerne i samlokaliseringen, og da jeg har observert at Hanne over tid har hatt en vektøkning var det naturlig å ta utgangspunkt i hennes ønsker og behov i forhold til dette. Arbeidet ble startet med en samtale med Hanne hvor jeg fortalte om videreutdanningen min, og om oppgaven som jeg skulle skrive. Jeg fortalte at jeg har observert at hun har hatt en vektøkning, og spurte om jeg kunne ha dette som tema for oppgaven min. Hanne svarte ja med en gang, og på

spørsmål om hun kunne tenke seg å hjelpe meg/ delta i denne prosessen var hun svært positiv.

I oppstarten av arbeidet med denne oppgaven hadde jeg bestemt meg for å konsentrere meg mest om kosthold, og så ha en liten del om fysisk aktivitet. Dette fordi alle undersøkelser viser at kosthold er det som har mest effekt på vektnedgang. For å kunne iverksette tiltak i forhold til noe er det vesentlig at man har en forståelse av hva problemområdet dreier seg om og hvor stort omfanget er. Jeg utarbeidet derfor registreringskjema (se vedlegg 1) i forhold til inntak av snacks, godterier og brus, for sammen med Hanne å kunne kartlegge hva vi eventuelt kunne ta tak i. Hanne uttrykte etter noen dager at hun ikke ønsket å registrere lenger. Hun sa da at hun spiser mindre godterier, og at hun hadde gått ned litt i vekt siden vi snakket sist. Her kan registreringseffekten selvfølgelig spille inn, altså at frekvensen av det man registrer blir påvirket av selve registreringen. Det at Hanne skulle skrive ned alt hun spiste kan selvfølgelig ha ført til at hun spiste mindre, kanskje spesielt av mer usunne matvarer. En årsak til at hun ikke ønsket å registrere dette lengre kan også ha vært at hun følte ubehag i å registrere mat, spesielt usunn mat, da det ble tydeliggjort at hun kanskje spiser mer av det enn hun var klar over, eller ønsket å innse.

Hanne var mer opptatt av fysisk aktivitet, og hvordan hun kan være mer aktiv.

Hovedfokuset mitt i denne oppgaven har vært empowermenttenkningen, og det har vært et vesentlig poeng for meg å gjøre dette prosjektet i samarbeid med Hanne. Jeg gikk derfor bort fra fokuset på kosthold, og vi valgte å fokusere på temaet fysisk aktivitet. Vi utarbeidet sammen et registreringskjema (se vedlegg 2), hvor Hanne selv i to uker registrerte hva hun gjorde av fysisk aktivitet både på aktivitetssenteret, jobb og fritid. Registreringene viste at hun hadde vært på aktivitetssenteret eller annen jobb hver dag, og at hun her jobbet jevnt og trutt hele dagen med ulike ting som skogsarbeid, gårdsarbeid og i butikk. Hanne uttrykte selv at hun føler seg ”passe sliten” etter arbeidsdagene.

Registreringene viste videre at hun hadde lite faste aktiviteter på fritiden. Hun var på klatring en ettermiddag i uka, og hadde vært på svømming. Hun hadde hatt to turer på treningssenteret sammen med mor, og hadde vært på en liten fjelltur også sammen med mor. Samlet viste altså registreringene at i løpet av 14 dager hadde hun klatret to ganger, svømt en gang, trent på studio to ganger og vært på en tur. Videre registreringer utover

disse 14 dagene viste at dette er representativt for Hannes fysiske aktivitetsnivå. Samlet registrering viste at Hanne i løpet av en uke var i fysisk aktivitet i en slik grad at hun svettet/ ble andpusten (altså moderat intensitet) i ca 75 minutter. Dette er bare halvparten av de offisielle anbefalingene på 150 minutter. Hanne syntes selv dette var lite.

Registreringene viste videre lite systematikk i aktivitetene hennes, og hun er avhengig av at mor er med henne på treningssenteret. Mor jobber turnus, og er en aktiv dame som ikke alltid har mulighet til å bli med når Hanne ønsker å dra. Hanne er en jente som kognitivt sett fungerer opp i mot normalområdet på mange områder. Hun har klare, tydelige meninger om hva hun ønsker bistand til. Jeg har i dette prosjektet derfor valgt å følge hennes ønsker og forslag, og hun har i stor grad medvirket til tiltakets form og innhold. Dette har vært et samarbeidsprosjekt mellom meg som tjenesteyter og henne som bruker.

I tillegg til selvregistrering av aktiviteter har vi hatt faste samtaler en gang i uka over en periode på 3 uker. Vi snakker stort sett sammen hver dag, men jeg valgte å ha egne samtaler hvor vi kun diskuterte dette prosjektet. Disse samtalerne bar et lett preg av intervjuform, hvor jeg hadde formulert noen åpne spørsmål på forhånd som vi gikk gjennom (se vedlegg 3). Et av spørsmålene var et såkalt "mirakelspørsmål". Dette spørsmålet stilte jeg i alle samtaler. I første samtale var det vanskelig for Hanne å svare, og jeg var usikker på om hun forsto spørsmålet. I siste samtale gav hun et tydelig svar som ble avgjørende for hvilke tiltak vi har skissert. Jeg vurderer at det er fordi hun har hatt fokus på dette i disse ukene, og har tenkt nøye gjennom det. Hanne trenger erfaringsvis litt tid på spørsmål som handler om hennes ønsker og følelser. Etter at jeg hadde samlet alle svarene og registreringene, hadde vi en avsluttende samtale om prosjektet hvor vi ble enige om hvilke tiltak vi skulle forsøke å få iverksatt. Denne samtalen ble en dialog, hvor vi begge kom med forslag til tiltak, hvordan vi kan forsøke å iverksette dem og hva som kan være praktisk mulig å få til.

## **6.0 Drøfting**

Overvekt og fedme er et stort folkehelseproblem i den norske befolkningen. Forskning viser at sosioøkonomisk status har stor betydning for hvem som utvikler overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan ha mange og sammensatte årsaker. Lavt kunnskapsnivå i forhold til hva som er sunn og næringsrik mat kan være en årsak. Det finnes et hav av kostholdsråd og såkalte «ernæringseksperter» der ute, og det kan være vanskelig å orientere seg. Man bør inneha et visst nivå av grunnkunnskap om kosthold for

å kunne sile ut informasjon som er nyttig, fra det som ikke er det. Jeg ser at dette kan være utfordrende for Hanne. Hun leser aviser på nett hver dag, og får med seg alle artikler om slanking, trening og trendene rundt dette. Hun kommer ofte med tanker rundt dette, og det er vanskelig for henne å ha et kritisk blikk til det hun leser. Hun mener at det som står i avisen er sant, og når rådene varierer så mye blir dette veldig forvirrende å skulle følge. Det kan da være utfordrende for tjenesteyterne å skulle veilede henne, både fordi kunnskapsnivået her også er varierende, og fordi vi kan risikere å ”trå henne for nært” og at hun opplever å bli belært, noe hun overhodet ikke setter pris på.

Økonomi virker å være en viktig årsak til et dårlig sammensatt kosthold. Frukt og grønnsaker er relativt dyrt hvis man sammenligner med varer som kjeks, godterier og lignende. Fisk er også dyrere enn bearbejdede matvarer som kjøttdeig og pølser. Hanne er uføretrygdet, og er veldig klar over sin egen situasjon. Hun er flink til å spare, og lever stort sett et økonomisk sparsommelig liv. Hun har med seg gode verdier hjemmefra når det gjelder sparing og ødsler aldri med pengene sine. Når det gjelder mat og kosthold kan dette bli en motsigelse. For at hun skal leve billig, må hun kanskje kjøpe mat som ikke er så sunn. Kombinasjonen dårlig økonomi og lavt kunnskapsnivå viser seg å føre til en økt risiko for overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2015). Dette vil gjelde for flere utsatte grupper, hvor mennesker med utviklingshemming er en av dem. Det er imidlertid stor helsemessig forskjell på å være overvektig og å ha fedme. Med fedme øker risikoen for en rekke livsstilssykdommer. Overvekt i seg selv medfører ikke den samme risikoen. Overvekt kan imidlertid føre med seg økt risiko for en inaktiv livsstil, noe som igjen øker risikoen for på sikt å utvikle fedme (Helsedirektoratet, 2010). Sånn sett er ikke vekt i seg selv en god nok måleenhet for helse og livsstil. En person kan være overvektig, men fortsatt sunn rent helsemessig dersom man spiser riktig og er fysisk aktiv. For å få oversikt over en persons livsstil vil det derfor være relevant å kartlegge både vekt, kosthold og fysisk aktivitet da dette ofte er tett sammenvevd i hverandre.

Hanne ønsket ikke å fortsette kartlegging i forhold til kosthold, men uttrykte et klart ønske om at vi skulle fokusere på hennes aktivitetsnivå. Hun er overvektig, men har ikke utviklet fedme. Hun har ingen kjente sykdommer/ plager som kan relateres til hennes vekt. Uten hennes medvirkning var det heller ikke mulig å fortsette kartlegging i forhold til dette, og jeg valgte derfor å fokusere på fysisk aktivitet i dette arbeidet. En av årsakene til valgene jeg har tatt er at empowermentarbeidet på det velferdspolitiske område finner sted innenfor



rammen av et asymmetrisk forhold, der fagpersonen befinner seg i en maktposisjon i forhold til den som skal hjelpes ut av maktesløsheten (Askheim og Starrin, 2007). Vi som tjenesteytere skal representere både forvaltningen vi er en del av, og brukerne. I et empowermentperspektiv må en som fagperson være villig til å gi fra seg noe av sin makt og autoritet, og dette kan kanskje også være en årsak til at dette perspektivet ikke får mer fokus og oppmerksomhet (Askheim og Starrin, 2007). Vi må være villige til å akseptere at vi ikke er eksperter, og at vi ikke sitter på de riktige løsningene. Ved å jobbe etter denne modellen må vi være villige til å inngå i partnerskap med den vi skal hjelpe, og la den personen styre retningen for livet sitt. I en bruker- hjelper relasjon vil det alltid være slik at hjelperen har mer makt enn brukeren. Dersom empowerment brukes til å gi tilbake en rett personen egentlig har men som har blitt fratatt henne, utfordrer dette grunntanken i empowermentbegrepet. Det skjeve maktforholdet hvor den ene parten myndiggjør den andre går på tvers av selve grunntanken i empowerment om likeverd i relasjonen.

Et tema som ofte diskuteres når det gjelder mennesker med utviklingshemming er hva de kognitivt sett er i stand til å forstå, og om de evner å se konsekvensene av sine egne valg. Min opplevelse er at det fortsatt eksisterer en paternalistisk tankegang i hjelpeapparatet generelt, og i tjenestene til utviklingshemmede spesielt. Tjenesteyterne er opptatt av å levere gode tjenester, og å ivareta brukerne på best mulig måte. Jeg opplever at disse ønskene noen ganger kan havne på kollisjonskurs med begreper som selvbestemmelse og empowerment. Selv om en ønsker det beste for andre, og bare mener godt kan dette føre til at det tas avgjørelser «over hodet» på den det gjelder. Hanne bor i samlokaliserte boliger sammen med mennesker som har et betydelig større hjelpebehov enn det hun har.

Tjenesteyterne som er ansatt der har ikke jobbet med mennesker med lett utviklingshemming tidligere. Det å tenke at Hanne selv er i stand til å ta mange avgjørelser for seg selv er nok en uvant tanke for mange. Når man i mange år har jobbet med mennesker med store kognitive vansker og lite språk kan nok det påvirke måten man jobber på, og perspektivet man har. I forhold til Hanne kan nok dette medføre at hun blir møtt med en holdning om at tjenesteyterne har bestemt seg for hva hun skal/ bør gjøre, og så forsøker de å overtale henne til å gjøre det de ønsker. Dette i stedet for å ha en helt åpen holdning ovenfor Hanne, og være undrende til hva hun tenker og føler.

Evnen til å ta egne valg, og ta valg som er til det beste for en selv er noe som må øves på, og som man blir bedre og bedre på etter hvert (Salthe, 2009). Dette er noe vi alle sammen

lærer i løpet av barndommen og ungdomstida, og vi vil ha bedre og bedre grunnlag for å ta beslutninger ettersom vi blir eldre, mer moden og har øvd oss en stund. Dette gjelder også for mennesker med utviklingshemming. Selv om de har en kognitiv funksjonsnedsettelse vil de fortsatt være i stand til å lære gjennom hele livet, slik som alle andre. Menneskets hjerne er ikke statisk, men elastisk, og har mulighet for utvikling og læring helt frem til livets slutt. Mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse vil ha et annet utviklingsforløp, og kanskje annet potensial men jeg mener det er viktig aldri å slippe tanken på at alle kan lære og utvikle seg, og at det er en del av det levde livet. I et kroppsfenomenologisk perspektiv er det viktig å ta med den kroppslige erfaringskompetansen vi alle sitter med. Læring, erfaring og forståelse sitter ikke bare i intellektet men også i kroppen. Dette er viktig å ta med seg når en skal vurdere menneskers mulighet for å forstå og vurdere situasjoner som oppstår og valg som skal tas. Hanne kan noen ganger oppleves som usikker og ber ofte om råd. Dette kan brukes som en god lærings situasjon for Hanne, hvor tjenesteyterne gjennom måten de veileder henne på kan gi henne muligheten til å bli mer og mer selvstendig. Hanne er fortsatt en ung jente, og at hun ber om råd er helt naturlig. Det er imidlertid viktig at tjenesteyterne ikke lærer henne å bli avhengig av andre videre i livet, men hjelper henne å øve på å bli mer og mer selvstendig. Dette vil på sikt både øke hennes evne til selvbestemmelse, og hennes opplevde kontroll over sitt eget liv.

En livsstilsendring vil være avhengig av motivasjon. Undersøkelser (Wester et al, 2008) viser at de fleste mennesker i begynnelsen av en slik prosess er avhengig av ytre forsterkere. Hva disse forsterkerne skal være vil være ulikt fra person til person. I den første fasen handler det om å få nok forsterkere til at den ønskede atferden gjentas hyppig, før treningsatferden blir internalisert som en del av personens identitet (Wester et al, 2008). Hanne er i stor grad i stand til å forstå konsekvensene av valgene hun tar, og målet med vårt arbeid har vært å skape et miljø for fysisk aktivitet som i seg selv oppleves som så positivt, at det blir treningen i seg selv som blir forsterkeren. For å få til dette er det helt avgjørende at vi finner aktiviteter som gir Hanne en følelse av mestring og glede (Wester et al, 2008). I oppstarten av et slikt prosjekt er det som nevnt tidligere viktig at man finner forsterkere som kan opprettholde treningsatferden. For Hannes del kan en differensiering av forsterkere kanskje være hensiktsmessig. Altså at vi finner forsterkere som ligger frem i tid, samtidig som vi i oppstartsfasen har hyppigere forsterkere til den ønskede atferden er etablert. Hanne skal til sydligere strøk i slutten av sommerferien, og ønsker gjerne å kunne gå i bikini og samtidig føle seg vel. Hun skal også på et klassetreff neste vår, hvor hun har

lyst til å ha på seg en elegant lang kjole. Dette er målsettinger frem i tid som kan være oppnåelige for henne, og som kan brukes som motivasjonsfaktorer underveis. En forsterker som vil kunne ha god effekt på Hannes treningsatferd vil være "egentid" sammen med tjenesteytere, både tid hvor man er aktiv men ikke minst avtaler om tid utenom trening/aktivitet. Et eksempel kan være å gå på tur, og så ha en stund sammen på kvelden hvor man for eksempel spiller kort. Undersøkelser (Ommundsen og Aadland, 2009) viser at blant annet sosial påvirkning i form av støtte og rollemodeller har stor betydning i utviklingen av en identitet som en fysisk aktiv person. Tjenesteyterne bør derfor ha stort fokus på dette området.

Fysisk aktivitet og bevegelse handler ikke bare om hvordan kroppen ser ut, vektnedgang og fremgang i prestasjoner. Det handler også om at vi er i kroppen vår hele tiden, og det er den vi opplever og sanser verden med. Ved å ha et bevisst forhold til sin egen kropp står man bedre rustet til å møte verden med alle dens utfordringer (Moe, 2009). Hanne er ei ung jente, med drømmer om kjæreste, reiser og så videre slik som de fleste andre på hennes alder. Hun vil imidlertid møte andre utfordringer enn de fleste andre jevnaldrende, noen av dem vil kanskje kunne oppleves som vanskelige og såre. For at Hanne skal være i stand til å kjenne på sine egne grenser, både i forhold til nærhet, andre mennesker og så videre er det viktig at hun får et bevisst forhold til sin egen kropp og lærer seg selv og sine egne grenser å kjenne. For å utvikle en god selvfølelse, og å føle tilhørighet i egen kropp og som en del av verden er det viktig at Hanne ikke bare behandler kroppen som et objekt som skal styres og kontrolleres, men som et subjekt som hun opplever verden gjennom (Moe, 2009). Dette er også viktig at tjenesteyterne har kunnskap om, slik at de er i stand til å legge til rette for dette.

Kommunen er ansvarlig for forebyggende helsearbeid for alle innbyggerne, også de med ulike funksjonsnedsettelse. Kommunen vår er en liten utkantkommune, og fritidstilbudet er av den grunn noe begrenset. Det finnes et idrettslag som gjør en formidabel innsats for barn og unge, dette er drevet av frivillige i stor grad foreldre og foresatte. Så vidt meg bekjent har det aldri vært vurdert å lage et opplegg som er direkte rettet mot utviklingshemmede. Dette vil si at det i stor grad vil være opp til Hanne selv, og oss som tjenesteytere å finne frem til aktuelle aktiviteter. I perioder har Hanne, som nevnt, vært ivrig på treningsstudio sammen med mor noe hun har likt godt.

Hanne uttrykker selv at det er enkelte av tjenesteyterne hun trives bedre sammen med enn andre. Dette merkes også av tjenesteyterne. Noen ganger er hun ivrig på å gå tur, være med på felles aktiviteter og er positiv og blid. Andre ganger trekker hun seg tilbake, og ligger på sofaen hele ettermiddagen. Noen dager i uka har hun hatt relativt hardt fysisk arbeid på aktivitetssenteret, og det kan derfor være forståelig at hun ønsker å slappe av. Andre ganger kan det muligens være et uttrykk for at hun ikke ønsker å være sammen med tjenesteyterne. Det å bli godt kjent med et annet menneske, og å bygge en god og trygg relasjon til dem kan være krevende. Mennesker med hjelpebehov er ofte omgitt av svært mange hjelpere i løpet av en uke, og gjennom et år kan mange ha vært innom (Lorentzen, 2006). I vår kommune har tjenestene for mennesker med utviklingshemming vært preget av relativt stor «turn-over», ansatte har sluttet eller bare vært innom en kortere periode mens de studerer eller lignende. Det er også vikarer innom i ferieavvikling, og sykmeldingsprosenten har vært høy. Dette har imidlertid blitt tatt tak i det siste året, og det er nå en stabil gruppe rundt henne. Jeg vurderer likevel at Hanne bærer preg av å ha hatt mange mennesker og forholdt seg til de siste årene. Hun bruker lang tid på å bli trygg på tjenesteytere, og de må gi mye av seg selv før hun synes hun kjenner dem. Det å bygge en relasjon går begge veier. Spesielt når mennesker har hjelpere rundt seg store deler av livet er dette viktig å huske på. Det kan være slitsomt hele tiden å skulle bli kjent med, og gi av seg selv og sine tanker, følelser og behov til nye mennesker. Når vi skal drive endrings- og utviklingsarbeid bør vi gjøre dette gjennom påvirkning innenfor felles aktiviteter, i motsetning til ytre ordnede tiltak. Dersom vi involverer oss med andre mennesker i samspill og samhandling vil vi se virkeligheten og hverdagen slik de ser den, med sin personlige historie og ulike måter å oppleve å forstå den på (Lorentzen, 2009). På den måten kan Hanne føle seg ”sett”, og at tjenesteyterne vurderer henne og hennes meninger som verdifulle i seg selv. Tjenesteyterne må også akseptere at det kan ta tid å bygge en relasjon til Hanne.

En utfordring for Hanne er å ”komme i gang”. Hun oppfattes som noe passiv, og liker å slappe av og kose seg med god mat. Som mange mennesker som sliter med vektproblemer finner Hanne lett unnskyldninger for å kose seg, eller hvorfor hun ikke har fått trent noe i dag. Hun kan lett ha holdningen at ”jeg kan gjøre det i morgen i stedet for”. Hanne har lite nettverk rundt seg. Hun faller på mange måter mellom to stoler, da hennes utviklingshemming gjør det vanskelig å få sosial aksept i ungdomsmiljøet på hjemmeplassen, samtidig som de andre utviklingshemmede har et betydelig lavere funksjonsnivå enn henne

og hun derfor finner det vanskelig å identifisere seg med dem. Hun har et svært nært forhold til familien sin, men søstrene bor et stykke unna og har sine egne liv. Foreldrene stiller opp for Hanne på en svært god måte, men i samtaler med Hanne tolker jeg henne dit hen at hun ønsker å løsrive seg mer fra dem og ikke være så avhengig av dem som hun har vært. Dette er en naturlig prosess tjenesteyterne bør støtte Hanne i. Som nevnt har ikke mor mulighet til å ha faste treningsavtaler med Hanne. I samtaler med Hanne forteller hun at hun liker å gå på treningsstudio, men at hun synes det er ubehagelig å gå dit alene. Hun blir av og til usikker på hvordan hun skal bruke de ulike apparatene, og hun føler at hun ser "dum" ut. Hun synes også at alle de andre jentene er så pene og tynne, og er redd for at de skal le av henne. Hanne har nok noen tidligere negative opplevelser med jevnaldrende jenter som fortsatt sitter i henne, og hun kan lett bli usikker rundt dem hun ikke kjenner. Tjenesteyterne er hennes sosiale nettverk utenom familien i hverdagen. Hanne har tydelig knyttet seg til flere av tjenesteyterne i samlokaliseringen. Hun snakker mye om dem, virker svært glad for å se dem når de kommer på jobb, og kommer ofte til "Basen" for å prate, spille kort og lignende. Hun har også ovenfor enkelte åpnet seg opp i forhold til hvordan hun har det i forhold til gutter, kjærester, fremtidsdrømmer og så videre. Jeg tenker at dette er et tegn på at vi over tid har klart å bygge en trygg relasjon til henne, hvor hun stoler på oss og oppfatter at vi er oppriktig interessert i hennes liv. Dette er svært positivt. Denne relasjonen kan bygges videre på slik at Hanne kan nå sitt mål om en sunnere livsstil med mer trening og vektnedgang.

For å holde oppe motivasjonen på sikt til å leve et fysisk aktivt liv er det viktig at man finner aktiviteter man trives med (Wester et al, 2008). Hanne trives med å være fysisk aktiv, men sier selv at hun liker å prate med noen mens hun holder på. Hun liker derfor å gå tur. Hun bor i en kommune som er svært godt tilrettelagt for turer i skogen og på fjellet, hvor man selv kan variere hvor krevende terreng man skal gå i. Kommunen har også turposter i Friluftsrådets konkurranse "Stikk ut". En av Hannes naboer er svært aktiv her, og tok i fjor nesten alle postene i kommunen. Hanne kunne tenke seg å være med her, og målet vil da være å ta flere poster enn naboen. Å gå på fjellet vil for Hanne ha flere positive effekter. Hun får være ute, noe hun er veldig glad i, samtidig som hun får trent de fleste store muskelgruppene i kroppen. Å gå tur sammen med noen er også sosialt, og man kan snakke sammen på en annen måte enn når man er på Aktivitetssenteret eller hjemme.

Forskning viser at jenter med lett utviklingshemming er mer utsatt for å utvikle overvekt og fedme enn andre, selv om dette ikke er noe som kan knyttes til diagnosen i seg selv (Stancliffe et al, 2011). Det kan selvfølgelig være mange ulike faktorer inn i dette, men for Hanne sin del vurderer jeg at årsaken til hennes overvekt er den passive livsstilen hun lever, kombinert med at hun har et lite sosialt nettverk og blir sittende mye inne og kose seg med mat. Selv om Hanne ønsker vektnedgang, og dette er hennes primære mål med trening og økt fysisk aktivitet er det viktig at tjenesteyterne har et bevisst forhold til hvordan de kommuniserer med henne rundt disse temaene. Det vil i en slik prosess kunne være fare for at hun utvikler et unormalt forhold til mat og trening, og det er svært viktig at tjenesteyterne er oppmerksomme på dette.

Det å være fysisk aktiv kan ha stor betydning for Hannes psykiske helse. Dette kan igjen føre til lettere og bedre humør, mer overskudd og høyere motivasjon til å fortsette med den fysiske aktiviteten. Det kan også medføre motivasjon til å endre kosthold, slik at hun får mer energi til å være i fysisk aktivitet. Det å være i fysisk aktivitet sammen med andre er viktig for Hanne, og det kan være en arena for å bygge gode relasjoner til alle tjenesteyterne. På sikt kan det også tenkes å være en vei inn til og også bli kjent med andre mennesker, slik at hun kan opprette et nettverk av venner og bekjente med samme interesser som hennes selv.

## **7.0 Konklusjon og forslag til tiltak**

Når det gjelder tiltak i forhold til fysisk aktivitet og vektreduksjon finnes det svært mange muligheter, og svært ulike løsninger på problemstillingen. Det viktigste for meg i denne prosessen har vært at jeg hele tiden har hatt et samarbeid med Hanne, og at vi sammen har diskutert oss frem til hva som kan være eventuelle løsninger/ tiltak. Vi har hele tiden hatt fokuset på Hannes ønsker og hennes ressurser. Vi har samtidig forsøkt å være realistiske med hensyn til hva som vil være mulig å få til i forhold til kommuneøkonomi, og hvilket vedtak hun har i forhold til personalressurser. Vi har med bakgrunn i dette kommet frem til tre ulike tiltak vi har tro på at vil være viktige bidragsytere til at Hanne får en fysisk aktiv livsstil. Tiltakene er som følger;

1. Tjenesteyterne får et personalkort på treningssenteret i kommunen, og Hanne og tjenesteyter har avtale om å gå dit en fast dag i uka.
2. Delta på Stikk Ut, og ta flest mulig av postene i kommunen.

### 3. Fjelltur, skogstur eller sykkelstur sammen med tjenesteytere en gang i uka.

Alle disse tiltakene innebærer at Hanne er sammen med tjenesteytere. Vi har hatt flere samtaler om at hun kanskje på sikt kan ha som mål å gjennomføre noen av disse tiltakene alene, men det vil være et svært langsiktig mål som vil gå over flere år. For å få til en varig livsstilsendring er det viktig å fortsette med trening og fysisk aktivitet, også i perioder hvor motivasjonen kan være lavere. Det er viktig at tjenesteyterne oppmuntrer Hanne underveis, og sammen med henne stadig finner nye målsettinger hun kan sette seg slik at hun kan holde på motivasjonen. Her kan man differensiere forsterkerne i ulike perioder. I begynnelsen kan det være viktig å ha hyppigere forsterkere. Dette kan for eksempel være vektskjema, ha en konkret månedsplan hvor vi skriver opp hvilke turmål vi skal ta for så å krysse dem ut, eller det kan være en "handedag" på slutten av måneden hvor vi planlegger bytur for å kjøpe noen nye, fine klesplagg. Større mål på sikt kan være ulike sosiale arrangement hun ønsker å delta på, eller større turer hun har lyst til å dra på, for eksempel "hytte-til-hytte" tur i Jotunheimen. Her vil det være opp til Hanne og tjenesteyterne hva de kommer frem til, det viktigste er at forsterkerne er attraktive nok for Hanne til å opprettholde treningen og den fysiske aktiviteten. Etter hvert som Hanne internaliserer treningsatferden som en naturlig del av sitt repertoar vil man kunne senke graden av forsterkere tilsvarende.

Som ved iverksetting av alle tiltak vil det være viktig å evaluere underveis, og å sette seg nye delmål. Dette vil være avgjørende for at både Hanne og tjenesteyterne holder fokus på oppgaven vi har gitt oss selv, nemlig å medvirke til en fysisk aktiv livsstil. Hvordan tiltakene konkret skal evalueres må Hanne og tjenesteyterne bli enige om når tiltakene iverksettes.

## 8.0 Avslutning

Dette prosjektet har gjennomgått mange endringer underveis, og det vi står igjen med er noe helt annet enn det jeg antok skulle bli resultatet da jeg startet arbeidet med denne oppgaven. Slik må det nødvendigvis være når man skal samarbeide så tett med et annet menneske om å finne tiltak, og bistå i beslutninger som påvirker deres liv. Hovedtema for meg i hele denne perioden har vært å holde fast ved empowermenttenkningen, og gjennom samtaler og veiledning forsøke å la Hanne ta egne avgjørelser og bestemmelser for hvordan hun ser for seg at det vil være mulig for henne å oppnå målene hun setter seg.

Dette har vært både givende og utfordrende, og jeg har som fagperson lært svært mye av dette arbeidet. Den viktigste lærdommen jeg sitter igjen med etter dette arbeidet er at dersom man er villig til å bruke tid, og å gi slipp på mange av sine egne forforståelser av virkeligheten, så kan empowerment, eller myndiggjøring, være en nyttig arbeidsmetode når man arbeider med livsstilsendring hos mennesker med lett utviklingshemming.



## LITTERATUR:

Askheim, O.P. og Starrin, B. (red.) (2007): *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011) : *Grenselaus fritid. Om å inkludere barn og unge med funksjonsnedsettingar i fritidsaktivitetar*. Oslo: Departementene.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2013): *Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming*. Oslo: BUFDIR

Commision on Ending Childhood Obesity (2016): *Report of the Commision on Ending Childhood Obesity*. Genevè: World Health Organization

Denison, Eva (2013): *Kunnskapsbasert folkehelse- eksempel fysisk aktivitet*. Norsk epidemiologi 2013; 23 (2): 181-185

Edvardsen, E. og Holthe, H. (2013): *Klientens stemme- hjelperens blick*. Oslo: Universitetsforlaget

Eide, T. og Eide, H.(2004): *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, Solveig Botnen (2011): *Relasjoner som kilde og tema i etikken: Knud E. Løgstrup* kapittel 6 i Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I., Aasland, D.G., (2011): *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget

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

Ellingsen, K.E., Bollingmo, L.,og Selboe, A. (2005): *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Elnan, Ingrid (2010): *Idrett for alle? Studie av funksjonshemmedes idrettsdeltakelse og fysiske aktivitet*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

fritidforalle.no/fritidmedbistand (informasjon hentet 26.04.2016)

Haaland, Kirsti R. (2005): *LØFT og narrativer i profesjonelle samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J.A. (2009): *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2010): *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015): *Utviklingen i norsk kosthold*. Oslo: Helsedirektoratet.

karde.no (hentet 07.05.16)

Kokkin, Judy (2005): *Profesjonelt sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lorentzen, Per (2006): *Slik som man ser noen. Faglighet og etikk i arbeid med utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget

Lorentzen, Per (2011): *Ansvar og etikk i miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov om Folkehelsearbeid, av 01.01.2012. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, av 01.10.2015. Helse- og omsorgsdepartementet

Lunde, Edith Victoria (2009): *Perspektiver på helse og habilitering* kapittel 1 i Eknes, J og Løkke, J.A.(red.) (2009): *Utviklingshemning og habilitering, innspill til habiliteringsprosessen* Oslo: Universitetsforlaget

Løset, G.K. og Veenstra, M. (2015): *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene*. Nova rapport nr 6/15. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

Melvill, C.A., Boyle, S., Miller, S., Macmillan, S., Penpranze, V., Pert, C., Spanos, D., Matthews, L., Robinson, N., Murray, H. og Hankey, C.R. (2011). *An open study of the effectiveness of a multi- component weight- loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity*. British Journal of Nutrition (2011), 105: 1553-1562

Moe, Siri (2009): *Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse* Fysioterapeuten (2009), 4: 17-21

Mæhle, I., Eknes, J. og Houge, G. (2011): *Utviklingshemning. Årsaker og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget

Haugenes, Marit (prosjektleder HINT) (2011): *"Lettere når jeg er aktiv"- betydningen kosthold og fysisk aktivitet har for god helse og livskvalitet hos mennesker med utviklingshemming 2008-2010*. Oslo: Norsk forbund for utviklingshemmede.

Olafsen, Lone Grønli (2014): *Aktivitetstilbud for utviklingshemmede: Erfaringer ved tilrettelegging og utbytte ved gjennomføring*. Master i idrettsvitenskap. Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Ommundsen, Y. og Aadland, A.A. (2009): *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive- og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Oslo: Helsedirektoratet

Rise, K. og Viken, Å. (2009): *Fysisk aktivitet, kropp og bevegelse* kapittel 7 i Eknes, J. og Løkke, J.A. (red.) (2009) *"Utviklingshemning og rehabilitering, innspill i rehabiliteringsprosessen* Oslo: Universitetsforlaget

Rønning, Rolf (2007): *Brukermedvirkning og empowerment- gammel vin på nye flasker?* kapittel 3 i Askheim, O.P. og Starrin, B.(red.) (2007): *Empowerment i teori og praksis* Oslo: Gyldendal Akademisk

Salthe, Gunnar (2009): *Negativ frihet og evne til selvbestemmelse* kapittel 14 i Eknes, J og Løkke, J.A. (red.) (2009): *Utviklingshemning og rehabilitering, innspill i rehabiliteringsprosessen* Oslo: Universitetsforlaget

samordningsradet.no (hentet 07.05.16)

Selboe, A., Bollingsmo, L.og Ellingsen K.E. (red) (2005): *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Skau, Greta M. (2005): *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen akademiske

Stancliffe, R.J., Lakin, K., Larson, S., Engler, J., Bershadsky, J., Taub, S., Fortune, J.og Ticha, R. (2011) : *Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/ developmental disability services in 20 U.S. states*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2011, 6: 401-418.

Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I. og Ommundsen, Y.(2008): *Å bli fysisk aktiv*. Kapittel 6 i Roald Bahr (red.) (2008): *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

WHO (2022), norsk utgave Sosial og helsedirektoratet (2011): *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Thornquist, Eline (2002): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

## Vedlegg 1

Her skriver du inn det du har spist av de ulike tingene, og hvor mye du har spist ☺

	Smågodt, sjokolade, potetgull eller kjeks jeg har spist i dag	Ferdigmat jeg har varmet i mikroen jeg har spist i dag	Iste eller brus jeg har drukket i dag
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

## Vedlegg 2

Her skriver du hva du gjør av fysisk aktivitet som du svette eller blir sliten av, også trening.

	Hva jeg har gjort på jobb i dag	Hvor jeg har gått på tur, og hvor lang tid jeg brukte	Vært på klatring, svømming eller treningssenter, og hvor lenge jeg var der
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

### **Vedlegg 3**

Hva tenker du på når du sier trening og fysisk aktivitet?

Hva betyr dette for deg?

Hva tror du skal til for at du skal bli mer fysisk aktiv?

Hva liker du å gjøre på når du trener?

Hva skal til for at du skal begynne å trene fast?

Hvorfor er det viktig for deg å bli mer aktiv?

Hva vil du personalet skal gjøre for å hjelpe deg?

Om et år så våkner du, og så vet du at nå er du en fysisk aktiv person. Hvordan vet du det?

Hva merker du er forskjellen fra i dag?

## Selvvalgt pensum, 750 sider

Askheim, O.P. og Starrin, B. (2007): *"Empowerment i teori og praksis"* Oslo: Universitetsforlaget. Kap. 1,2,3,4,5 og 6. (71 sider)

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011): *Grenselaus fritid. Om å inkludere barn og unge med funksjonsnedsettingar i fritidsaktivitetar.* Oslo: Departementene (30 sider)

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013): *Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming.* Oslo: Departementene. Kap 7-10 (47 sider)

Blick, R. N., Saad, A.E, Goreczny, A.J, Roman, K.L, Sorensen, C.H. (2015): *Effects of declared levels of physical activity on quality of life of individuals with intellectual disabilities.* Reserch in Developmental Disabilities 37 (2015), s. 223-229. (7 sider)

Edwardsen, E. og Holthe, H. (2013): *Klientens stemme, hjelperens blikk.* Oslo: Universitetsforlaget. Innledning, kap. 1,5 og 8 (56 sider)

Elnan, Ingrid (2010): *Idrett for alle? Studie av funksjonshemmedes idrettsdeltakelse og fysiske aktivitet.* Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. (26 sider)

Denison, Eva (2013): *"Kunnskapsbasert folkehelse- eksempel fysisk aktivitet"*. Norsk Epidemiologi 2013; 23 (2): 181-185 (5 sider)

Helsedirektoratet (2010): *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten.* Oslo: Helsedirektoratet (86 sider)

Helsedirektoratet (2015): *Utviklingen i norsk kosthold.* Oslo: Helsedirektoratet (52 sider)

Lorentzen, Per (2011): *Ansvar og etikk i miljøarbeid.* Oslo: Universitetsforlaget. kap 2-7 (96 sider)



Lorentzen, Per (2006): *Slik som man ser noen*. Oslo: Universitetsforlaget. kap 1 og 2 (101 sider)

Melville, C.A., Boyle, S., Miller, S., Macmillan, S. Penpranze, V., Pert, C., Spanos, D., Matthews, L., Robinson, N., Murray, H. & Hankey, C.R. (2011): *An open study of the effectiveness of a multi- component weight- loss intervention for adults with intellectual disability and obesity*. British Journal of Nutrition, 2011, 105, s. 1553-1562. (9 sider)

Moe, Siri (2009): *Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse*. Fysioterapeuten nr 4/2009 s. 17-21. (5 sider)

NFU Nord- Trøndelag (2011): *"Lettere når jeg er aktiv"- betydningen kosthold og fysisk aktivitet i dagliglivet har for god helse og livskvalitet hos mennesker med utviklingshemming 2008-2010. Sluttrapport*. Norsk forbund for utviklingshemmede. (35 sider)

Roald Bahr (red.) (2008): *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Kap. 1,2,6,7 og 8 (89 sider)

Stancliffe, R.J., Lakin, K., Larson, S., Engler, J., Bershadsky, J., Taub, S., Fortune, J., Ticha, R. (2011): *Overweight and obesity among adults with intellectual disabilities who use intellectual disability/ developmental disability services in 20 U.S. states*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities 2011, 6: 401-418. (17 sider)