



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for mer bevegelsesglede og matglede for å øke livskvaliteten hos mennesker med Down syndrom?
How can the social educator arrange for more movement and food enjoyment to increase the quality of life of people with Down syndrome?

Camilla Sandøy Ringstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 27.05.2020



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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 betrakte som fusk 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 URKUND, 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"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Inger Helen Solheim

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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)?
(Båndleggingsavtale må fylles ut)

ja nei

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 27.05.2020

Sammendrag

Formålet med oppgaven er å belyse hvordan vernepleieren kan tilrettelegge for økt bevegelsesglede og matglede for å øke livskvaliteten til mennesker med Down syndrom. Metoden jeg har brukt er litteraturstudie og for å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i teori som handler om blant annet overvekt, livskvalitet, vernepleierens kompetanse, makt/avmakt og stigma. Dette har jeg knyttet opp mot mennesker med utviklingshemming generelt og mennesker med Down syndrom spesielt. Selvbestemmelse, brukermedvirkning, motivasjon, kommunikasjon og etiske betraktninger utgjør store deler av oppgaven og er en vesentlig del av drøftingen.

Antall ord: 9 621

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet i forbindelse med avslutningen av bachelorstudiet i vernepleie ved Høgskolen i Molde, våren 2020. Skriveprosessen har vært krevende og omfattende, men den har også vært spennende og lærerik. Jeg vil rette en stor takk til de som har hjulpet meg på min vei. Takk til veileder Inger Helen Solheim for konstruktive tilbakemeldinger og hjelp til å sortere tankene og få de på rett plass. Jeg ønsker også å takke mine nærmeste, som har heiet på meg hele veien, med oppmuntringer og korrekturlesing i en hektisk slutfase.

Kristiansund, mai 2020 Camilla Sandøy Ringstad

... at man, naar det i Sandhet skal lykkes en at føre et
Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa
passe paa at finde han der, hvor han er, og begynde der.
Dette er Hemmeligheden i all Hjælpekunst.

Søren Kierkegaard (1812-1855)

Innhold

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Avgrensning og problemstilling..... | 3 |
| 2.0 | Metode | 4 |
| 2.1 | Presentasjon av metode..... | 4 |
| 2.2 | Litteratursøk..... | 4 |
| 2.3 | Kildekritikk..... | 5 |
| 2.4 | Forforståelse..... | 6 |
| 3.0 | Teori | 7 |
| 3.1 | Utviklingshemming..... | 7 |
| 3.2 | Down syndrom..... | 7 |
| 3.3 | Tilleggsdiagnoser og kjennetrekke..... | 8 |
| 3.4 | Livskvalitet..... | 9 |
| 3.5 | Livsstil og livsstilssykdommer..... | 10 |
| 3.6 | Definisjoner av overvekt..... | 10 |
| 3.7 | Overvekt hos mennesker med Down syndrom..... | 11 |
| 3.8 | Makt/avmakt..... | 11 |
| 3.9 | Stigma..... | 12 |
| 4.0 | Drøfting | 13 |
| 4.1 | Miljøterapeutiske virkemidler/målrettet miljøarbeid..... | 18 |
| 4.2 | Selvbestemmelse og Empowerment..... | 22 |
| 4.3 | Fysisk aktivitet..... | 25 |
| 4.4 | Kosthold..... | 29 |
| 5.0 | Konklusjon | 31 |
| 6.0 | Refleksjon | 32 |
| | Litteraturliste | 33 |

1.0 Innledning

I dagens samfunn er det et stadig økende fokus på helse, kropp og en sunn livsstil. Gjennom sosiale medier og reklame blir nordmenn stadig påminnet viktigheten av å ha et sunt kosthold, drive med fysisk aktivitet og ha en slank kropp. En tynn og veltrent kropp gir økt sosial status og er sammenfallende med dagens skjønnhetsideal. Malterud og Ulriksen (2010) har gjennomført en studie av medieoppslag i norske aviser, hvor fedme ble forklart ut fra estetikk og det å være overvektig ble sett på som motsatt av det å være attraktiv (Christiansen, Karlsen og Larsen 2017). Normalitetskravet møter oss i mange sammenhenger og vi alle blir konfrontert med det kroppslige idealbildet, som er svært normgivende. Undersøkelser viser at både gutter og jenter til stadighet er misfornøyd med hvor mye de veier (Dalland 2010).

Overvekt er et stadig økende problem både i Norge og i resten av verden. Vektøkningen er urovekkende høy i hele befolkningen, men spesielt høy i lavere sosioøkonomiske grupper. Overvekt gir betydelig økt risiko for en rekke sykdommer og tilstander, eksempelvis diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft. Parallelt med økende antall mennesker med overvekt, sees en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen. Flere hevder at verden står ovenfor en global epidemi av overvekt som kan få store konsekvenser for den helse relaterte livskvaliteten. Overvekt og fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet (Helsedirektoratet 2011). Overvekt og fedme har blitt en av vår tids største helseutfordringer og cirka 23% av alle nordmenn over 18 år har fedme.

Forekomsten av fedme i Norge er høyere enn gjennomsnittet for europeiske land, i motsetning til de øvrige nordiske landene. Norge er et av landene i Europa som har hatt størst økning av fedme de siste årene og ifølge flere norske undersøkelser har antallet mennesker med fedme doblet seg siden årtusenskiftet (Wasskog m.fl. 2019).

Wasskog m.fl. (2019) konstaterer at overvekt og fedme vil utgjøre en av de aller største helseutfordringene i Norge de kommende årene, og enda mer alvorlig er det at de menneskene som lider av fedme representerer en pasientgruppe som per i dag har få behandlingsmuligheter og at de ofte er gjenstand for stigmatisering. Overvekt er et stadig økende problem hos befolkningen generelt, men hos mennesker med utviklingshemming spesielt. Mennesker med utviklingshemming har større risiko enn resten av befolkningen for utvikling av overvekt og fedme (Prasher 1995; Spanos, Melville og Hanky 2013; Nordstrøm 2015).

Prasher (1995) avdekte i starten på 1990-tallet at overvekt og fedme var nært knyttet til mennesker med Down syndrom som bodde i familiehjemmet, mens Nordstrøm (2015) bekrefter gjennom nyere studier at de som bor i egen bolig har mer overvekt enn de som bor med familie. Forekomst av overvekt og fedme blant mennesker med Down syndrom sees på som et nasjonalt helseproblem og bør vies mer oppmerksomhet.

1.1 Avgrensning og problemstilling

Fokus i denne oppgaven avgrenses til å omfatte mennesker med utviklingshemming som bor i egen bolig, ettersom dette er en sentral målgruppe for vernepleierens yrkesutøvelse. Oppgaven avgrenses videre til voksne mennesker med Down syndrom, med lett og moderat utviklingshemming. Dette med tanke på funksjonsnivå og kognitiv fungering, med mulighet for å forstå konsekvenser av egne handlinger. Tvang og makt er et svært relevant tema i denne forbindelsen, men med tanke på oppgavens omfang, er ikke dette i hovedfokus. Oppgaven vil derfor ikke ta for seg aspektet tvang og makt i forbindelse med tvangstiltak i forhold til Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9. Loven presiserer at før bruk av tvang og makt, skal andre løsninger være forsøkt (Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 9). Det er disse alternative løsningene som er i fokus i denne besvarelsen.

I denne oppgaven har jeg valgt å utelukke ordet «psykisk», da psykisk utviklingshemming i seg selv ikke er noe psykiatrisk lidelse (Snoek og Engedal 2008), samt at Norsk forening for psykisk utviklingshemmede har endret navn til Norsk forening for utviklingshemmede (Eknes 2011). Jeg velger også å omtale de som mennesker med utviklingshemming, i stedet for utviklingshemmede, da det er et sensitivt begrep.

I begrepene bevegelsesglede og matglede legger jeg betydningen av å tilrettelegge for et sunt kosthold og fysisk aktivitet som oppleves meningsfullt og til glede for den enkelte, som fremmer opplevelse av selvfølelse, mestring og motivasjon. Oppgaven har fokus på å problematisere de ulike aspektene rundt det å påvirke mennesker med utviklingshemming og kognitive utfordringer til livsstilsendring, samt belyse mulige etiske dilemmaer.

På bakgrunn av dette er problemstillingen som følger:

«Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for mer bevegelsesglede og matglede for å øke livskvaliteten hos mennesker med Down syndrom?»

2.0 Metode

2.1 Presentasjon av metode

Metoden som er benyttet i denne oppgaven er litteraturstudie. Målet med litteratursøk er å danne et bilde av hva som allerede er skrevet på område man har valgt å undersøke og finne litteratur som best mulig belyser den aktuelle problemstillingen (Dalland 2007).

2.2 Litteratursøk

I uke ti gjennomførte jeg litteratursøk i Svemed, Medline og Norart med bistand fra bibliotekar. Jeg brukte søkeordene utviklingshemming og Down syndrom, og satte de i sammenheng med søkeordene overvekt, fedme, vernepleie og forebygging. På engelsk brukte jeg søkeordene mental retardation, intellectual disability og Down syndrome og satt de i sammenheng med søkeordene social educator, overweight og obesity. Jeg gjorde også søk med forkortede søkeord med trunkeringstegn (*) som utviklingshem*, forebygg*, Down*, mental* retard*, intellectual disab*, social educat* og obes*. Ved å bruke trunkering kan man søke på flere former av ett ord og øke antallet treff i litteratursøket. Litteratursøket med bibliotekar resulterte i få og lite relevante artikler. Artiklene som er brukt i oppgaven er fanget opp på bakgrunn av søk på enkeltord slik som Down syndrom/Down syndrome og overvekt/overweight i søkemotoren Oria. Mange av artiklene konstaterer forekomst av overvekt, men jeg hadde problemer med å finne artikler som beskriver vernepleierens rolle i denne sammenhengen, samt artikler som sier noe om mennesker med utviklingshemming sin opplevelse av overvekt. I tillegg til litteratursøk i databaser har jeg gått gjennom pensumlistene fra alle tre studieårene for å finne relevant pensum og artikler fra artikkelsamlingene som kunne brukes i min besvarelse.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk defineres som de metodene som brukes for å fastslå at en kilde er sann, gjennom en kritisk holdning til kildematerialet man velger å benytte (Dalland 2007). En vesentlig del av kildekritikken består av å vurdere kildens reliabilitet (pålitelighet) og validitet (relevans og gyldighet).

Når det kommer til reliabilitet har jeg reflektert over hvilket opphav kilden jeg har funnet stammer fra, blant annet ved å ha et kritisk blikk på hvem det er som har skrevet teksten. Jeg har i størst mulig grad benyttet kilder fra fagbøker, forskningsartikler og doktorgrader.

Validiteten har jeg vurdert ved å se på hvilket årstall kildene er skrevet i, og forsøkt å finne ut om det er kommet noe nyere teori som belyser tema. I følge Dalland (2007) er det gunstig å belyse hvorvidt kildene man velger å benytte er tilstrekkelig oppdatert i lys av dagens situasjon, på bakgrunn av at fagfeltet vokser raskt. Relevansen er vurdert gjennom refleksjoner over hvorvidt kildene jeg har valgt best mulig kan belyse min problemstilling.

Jeg har hovedsakelig forsøkt å benytte meg av primærkilder der det har vært mulig. Når jeg har kommet over rapporter og artikler, har jeg forsøkt å finne primærkilden selv, heller enn å referere sekundærkilden sin forståelse av primærkilden. Når vi leser hender det at vi blir spesielt interessert i noe forfatteren refererer til og da bør man oppsøke den opprinnelige kilden. Det hender likevel at enkelte forfattere ikke er særlig tilgjengelige og som regel bare leses i andres verk (Dalland 2007).

2.4 Forforståelse

Alt en opplever og mottar av inntrykk, fortolkes ut fra ens forforståelse og fordommer, dermed kan det som i utgangspunktet blir sett på som objektiv kunnskap, ende med å bli personlige fortolkninger av en mulig ytre verden. Gjennom de erfaringene vi selv har gjort oss i løpet av livet, overfører vi ukritisk fortolkninger fra vår egen kjente verden, til andres (Aadland 2011). Forforståelse er nødvendig for å tolke en situasjon eller hendelse, slik at man får en ny forforståelse, som igjen kan brukes i nye situasjoner, slik fungerer en hermeneutisk sirkel (Brodtkorb og Rugkåsa 2009). Aadland (2011) skriver at vi alle har en personlig hermeneutisk sirkelspiral, som skrur seg videre gjennom hele livet i en uendelig veksling mellom tolkning og forforståelse, refleksjon og opplevelser, teori og praksis. Vi er aldri den samme fra én dag til den neste, nettopp fordi tilværelsen er uendelig rik på erfaringstolkninger. Fedme blir ofte forstått som selvforskyldt og blir ofte tolket som et resultat av manglende selvkontroll, dovenskap og fråsing (Stunkard, Faith og Allison 2003; Christiansen, Karlsen og Larsen 2017). I samfunnet sosialiseres vi inn i negative forståelser rundt overvekt og hva som defineres som en men eller mindre pen kropp (Cramer og Steinwert 1998; Staffieri 1967; Christiansen, Karlsen og Larsen 2017).

Ellingsen (2014) presiserer at dersom vi ikke er våre for-dommer bevisst, blir de våre endelige bedømmelser. Det er liten tvil om at vår forforståelse noen ganger forhindrer oss i å ta den andres perspektiv. Dersom man låser seg fast i sine fordommer, kan man være med å skape eller opprettholde stigma, kategorisering og diskriminering. Å ha forforståelse av personer og situasjoner er nærmest uunngåelig, men gjennom en kritisk forskerholdning kan man nullstille seg så godt som mulig og dermed være åpen for flere muligheter, før man begynner å utvikle sine egne forestillinger om det ene eller det andre (Aadland 2011).

Når det kommer til min egen forforståelse når det gjelder overvekt hos mennesker med utviklingshemming, har jeg nok tidligere sett på overvekten som en egenskap hos individet. At overvekten skyldes lite aktivitet, usunne vaner og manglende selvdisiplin. Jeg har dermed forsøkt å finne teori som motstrider mine gamle forforståelser, ved å se på faktorer i miljøet, heller enn egenskapsforklaringer ved det enkelte individ.

3.0 Teori

3.1 Utviklingshemming

Helsedirektoratet (2018) skriver at psykisk utviklingshemming defineres i ICD-10 som en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå. Tilstanden skal ha manifestert seg før fylte 18 år og kjennetegnes ved hemming av ferdigheter i utviklingsperioden. Dette gjelder både kognitive, motoriske, språklige og sosiale ferdigheter. Verdens helseorganisasjon (WHO ICD-10) deler mennesker med utviklingshemming inn i fire kategorier, lett, moderat, alvorlig og dyp. Mennesker med lett grad av utviklingshemming (IQ 70-55) kan ofte bo for seg selv og ha arbeid, men kan ha behov for bistand til for eksempel styring av økonomi. Mennesker med moderat grad av utviklingshemming (IQ 54-40) kan ofte utføre enkelt arbeid, men vil trenge bistand og tilsyn når det kommer til sosiale og daglige aktiviteter, samt styring av økonomi (Bøckmann 2008).

3.2 Down syndrom

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for mennesker med ulike tilstander og de kan ha svært forskjellige funksjonsforstyrrelser. Kromosomfeil utgjør en stor andel av de genetiske årsakene til utviklingshemming og det mest kjente kromosomavviket er Down syndrom. Mennesker med Down syndrom har et ekstra kromosom, de har tre i stedet for to av kromosom 21. Årsaken til dette er en ufullstendig kjønnsdeling (Eknes 2011).

Down syndrom gir varierende nevropsykologiske og nevrobiologiske utslag, dette kan føre til motoriske dysfunksjoner, kognitive svekkelser og språkvansker. Det er store individuelle forskjeller i ferdigheter og evnenivå og hvert individ har sin egenart påvirket av både arv og miljø (Larsen og Wigaard 2009). Day m.fl. (2005) har gjort en større amerikansk undersøkelse som viser at 68,8% av mennesker med Down syndrom har lett eller moderat grad av utviklingshemming (Larsen og Wigaard 2009).

3.3 Tilleggsdiagnoser og kjennetrek

Downs syndrom fører til spesielle fysiske kjennetegn som kortvoksthet, rundt ansikt, mandelformede øyne, kort hals, korte og brede hender og føtter, samt nedsatt muskeltonus (Eknes 2011).

Bevegelsesferdighetene hos personer med Downs syndrom er varierende, men gjennomgående har de avvikende og forsinket bevegelsesutvikling, ofte i form av hypotoni (lav muskelspenning) og hypermobile ledd. Dette påvirker utviklingen av motoriske ferdigheter og postural kontroll, som igjen påvirker bevegelseevnen og hemmer utfoldelse og fysisk aktivitet. Mennesker med Down syndrom har ofte tilleggsdiagnoser og andre kroppslige utfordringer (Eknes 2011).

Hasle m.fl. (2000) presiserer at mennesker med Down syndrom ikke har mer kreft enn befolkningen for øvrig, men at de er mer utsatt for enkelte krefttyper, som leukemi hos barn og testikkelkreft hos menn. Mennesker med Down syndrom har en overhyppighet av autoimmune sykdommer, som hypotyreose (høyt stoffskifte) og cøliaki (glutenallergi). Ett av tre barn som fødes med Down syndrom har hjertefeil, forekomsten av epilepsi øker med alderen og de har en genetisk disposisjon for å utvikle tidlig Alzheimers sykdom (Larsen og Wigaard 2009).

Mennesker med Down syndrom har en biologisk klokke som tikker raskere enn hos befolkningen forøvrig, noe som fører til en aldringsprosess som starter 20-30 år tidligere enn normalt. Allerede fra 35-40 års alder bør en ha fokus på aldersrelaterte sykdommer og mulig funksjonsfall. Det er derfor svært viktig å sørge for gode rutiner i forhold til oppfølging av helse (Larsen og Wigaard 2009).

3.4 Livskvalitet

Rustøen (2001) definerer livskvalitet som en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områdene i livet som er viktig for den enkelte (Eknes og Løkke 2009).

Livskvalitet er et bredt begrep som kan være vanskelig å definere, da definisjonene varierer i de ulike fagmiljøene. Når livskvalitet for mennesker med utviklingshemming skal belyses, er det viktig at både følelsesmessige tilstander og tankemessige vurderinger legges til grunn. Livskvalitet er subjektivt og det er viktig for forståelsen av definisjonen gir rom for at vi alle kan ha forskjellige oppfatninger av hva som er god livskvalitet (Ibid.).

McGregor (1972) hevder at mennesket er grunnleggende motivert, vi motiverer ikke mennesket, det er motivert. Motivasjonen er der, men den må gis vekstvilkår. Det er derfor viktig at utfordringene er tilpasset den enkeltes forutsetninger, for å vekke den indre motivasjonen, som handler om at selve aktiviteten er drivkraften. Ytre motivasjon handler om motivasjon utenfor personen selv, for eksempel tilbakemelding av andre. Helse- og sosialarbeidere må hele tiden vurdere om ambisjonene er for høye, eller om støtten har vært for liten og legge til rette for størst mulig grad av indre motivasjon (Dalland 2010).

Campell m.fl. (1976) fremhever at et hovedproblem når det kommer til definisjon av begrepet livskvalitet er at begrepet er uklart, vanskelig å definere og operasjonalisere. Ulike tilnærminger gir livskvalitet ulikt innhold, noe som gjør det til et vagt begrep, som mange snakker om, men ingen helt vet hva er (Askheim 2003). Begrepet er nært knyttet til den enkeltes subjektive opplevelse av hva som er godt og det blir derfor vanskelig å definere hva god livskvalitet innebærer (Ibid.). Næss (1979) viser likevel til at livskvalitet ofte blir knyttet til mennesket som aktivt, til gode menneskelige relasjoner, en grunnstemning av glede og et positivt selvbilde (Askheim 2003).

3.5 Livsstil og livsstilssykdommer

Dødeligheten i Norge har gått ned, og den forventede levealderen har økt, på bakgrunn av blant annet den medisinske utviklingen og forbedret livsstil. Helsetilstanden til den enkelte bestemmes av en rekke miljø- og livsstilsfaktorer, som for eksempel ernæring, kosthold, og fysisk aktivitet. Livsstil og helsetilstand er et resultat av individuelle valg, men henger også sammen med samfunnsforhold, som enkeltindividet ikke alltid har påvirkningsmulighet overfor. Myndighetenes mål for bedring av den generelle folkehelsen, har lett for å komme i konflikt med idealet om enkeltindividets frihet og selvbestemmelse (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2013). Livsstilssykdommer er sykdommer som henger sammen med måten man lever på, hva man drikker og spiser, og om man er aktiv eller inaktiv spiller derfor en stor rolle (Ellingsen 2014).

3.6 Definisjoner av overvekt

Den tradisjonelle definisjonen på overvekt defineres på bakgrunn av Body Mass Index (BMI), som beregnes ut fra kroppsvekten delt på kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m^2). BMI lavere enn 18,5 vurderes som undervekt, mens BMI over 25 regnes som overvekt, og BMI over 30 regnes som fedme. Det blir likevel poengtert at BMI ikke alltid er til å stole på, da det ikke skiller mellom muskelmasse og fett (Statistisk sentralbyrå). Dermed kan mennesker med høy muskelmasse bli definert som overvektige på bakgrunn av BMI-måling, uten at dette har rot i virkeligheten.

3.7 Overvekt hos mennesker med Down syndrom

Mennesker med Down syndrom forbrenner kalorier på lik linje med alle andre, men det er likevel en overhyppighet av overvekt. Bevegelsesutviklingen henger ofte sammen med graden av utviklingshemming og den generelle helsetilstanden (Larsen og Wigaard 2009). Prasher og Janicki (2002) viser til en undersøkelse som viser at mellom 45-56% av mennesker med Down syndrom har overvekt. Trolig skyldes dette lavere fysisk aktivitet og større inntak av kalorier enn det som forbrennes, slik som hos de fleste overvektige mennesker (Larsen og Wigaard 2009). Nordstrøm (2015) viser til at mennesker med Down syndrom har økt risiko for overvekt og fedme på bakgrunn av redusert metabolsk nivå, økt risiko for hypotyreose og redusert fysisk aktivitet.

3.8 Makt/avmakt

Weber (1922) definerer makt som «et eller flere menneskers sjansje til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Brodtkorb og Rugkåsa 2009). Webers klassiske definisjon av makt er ikke bare relevant for enhver mellommenneskelig relasjon, men den er også verdinøytral i den forstand at makt ikke trenger å være utøvd for å være tilstede. I kraft av å være profesjonsutøver kan man med loven i hånden, foreta alvorlige inngrep i menneskers liv, gjennom utøvelse av makt. Makt kan brukes for å hjelpe, men kan også føre til skade (Skau 2003). Helgesen (2011) viser til at det i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker skal tilstrebes mer samarbeid og likeverd enn tidligere, men at maktfordelingen fortsatt er asymmetrisk. Det er derfor helt avgjørende at tjenesteyters makt kommuniseres og utnyttes til tjenestemottakers beste, og at den ikke er med å forsterke avmakten som ligger til grunn når et menneske er avhengig av hjelp fra andre. Mathiesen (1982) definerer avmakt som det å være i en situasjon der en ikke ser noen midler, muligheter eller utvei til å endre sin situasjon eller det å motsette seg den andre partens viljeutøvelse (Brodtkorb og Rugkåsa 2009).

3.9 Stigma

Goffmann (1975) omtaler at stigma er det som skjer i samspillet mellom avviker og den normale. Det er først i møte med andre at en avviker kan bli påført et stigma. Det handler med andre ord mer om relasjoner og kommunikasjon mellom mennesker, enn om karakteristikken hos den som blir stemplet og stigmatisert. Stigma brukes for å betegne en egenskap hos en enkeltperson eller en gruppe, som er i dyp miskreditt hos andre. Goffmann (1975) skiller mellom tre ulike former for stigma, et kroppslig stigma, et karaktermessig stigma og slektsbetinget stigma, slik som etnisk opprinnelse, religiøs overbevisning eller nasjonal tilhørighet.

Mennesker med utviklingshemming har vært en stigmatisert gruppe i langt tid. Når det gjelder utviklingen av mennesker med utviklingshemming sine levekår og mulighet for deltakelse, har denne vært langt fra lineær. Fram til 1800-tallet ble mennesker med utviklingshemming sett på med pessimisme og frykt. Mennesker med utviklingshemming har vært utsatt for en massiv utestengning fra det vanlige samfunnet, blant annet gjennom fysisk internering i totale institusjoner (Goffmann 1961:Ellingsen 2014). Men det er ikke kun den fysiske utestengingen som har hindret deres deltakelse, det er selve kategoriseringen av mennesker med utviklingshemming som er den primære kilden til utestengingen og utsorteringen. Mennesker med utviklingshemming har lenge blitt betraktet som en ensartet gruppe, både i tjenesteapparatet, lovverket og i politikken. Stemplingen som et menneske med utviklingshemming førte ofte til bestemte forestillinger og responser som var mer eller mindre uavhengig av funksjonsnedsettelsens omfang og art. Mennesker med utviklingshemming utløser ikke like sterke reaksjoner i dag, som for noen tiår siden, men er fortsatt en svært stigmatisert og sosialt belastende kategori (Sandvin:Ellingsen 2014).

4.0 Drøfting

Med et stadig økende fokus på helse, kropp og sunn livsstil legger samfunnet opp til hva som defineres som dagens skjønnhetsideal. Staten kommer med anbefalinger til sunt kosthold og fysisk aktivitet gjennom oppfordringer fra folkehelseinstituttet og helsedirektoratet. Wasskog m.fl. (2019) viser til at overvekt og fedme er assosiert med en rekke helseutfordringer og mennesker med overvekt møter på utfordringer knyttet til diskriminering og stigmatisering i samfunnet. Dagens samfunn er preget av oppfatninger om at overvekt er selvforskyldt og at det er individets eget ansvar å gå ned i vekt. Puhl og Heuer (2009) peker på at det finnes stigmatisering av mennesker med overvekt knyttet til arbeidsmarkedet, utdanningssektoren, media, familien og i helsevesenet. Mennesker med overvekt og fedme settes i et negativt søkelys i media gjennom fremstillinger som «late», «uansvarlige» og «stygge» (Wasskog m.fl. 2019).

Solheim (2013) viser til at både normalvektige og overvektige har en oppfatning av at overvektige er blitt en gruppe mennesker som er utsatt for stigmatisering fra samfunnet og som får gjentatte signaler om at de ikke passer inn eller er ønsket i det «normale» samfunnet. Vestens syn på overvekt og verdier knyttet til helse og kroppens indre og ytre kvaliteter har snevre rammer. De som ikke passer inn i de såkalte rammene, blir påminnet og bevisstgjort dette på ulike vis.

Christiansen, Karlsen og Larsen (2017) viser til forhold knyttet til stigmatisering av individer med sykkelig overvekt i Norge. Det omhandler blant annet hvordan den enkelte opplever fordommene i møte med helsepersonell. Mennesker med overvekt og fedme har ofte begrenset entusiasme knyttet til møte med profesjonelle, da de i liten grad opplevde å bli møtt uten fordommer. De opplevde at helsepersonell møtte de med en fastlagt norm på hva de burde og ikke burde gjøre, de ble ansett som en homogen gruppe uten å ta hensyn til at overvektige mennesker er forskjellige. Brukerperspektivet synes å være fraværende ifølge deltakernes egne erfaringer.

Mennesker med overvekt opplever å bli stigmatisert både av samfunnet og av helsepersonell. Som vernepleier blir det dermed viktig å reflektere over sine egne holdninger og fordommer knyttet til overvekt. Helsedirektoratet (2011) poengterer viktigheten av at samarbeidet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker skal bygge på respekt og at målet er å flytte fokus fra skam til mestring.

Mennesker med Down syndrom kan havne under både kroppslig og karakteriserende stigma, på bakgrunn av sin(e) diagnose(r) og spesielle kjennetrekke. Goffmann (1975) viser til stigma som en måte å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer, lidelser og problemer. Han hevder videre at stigmatisering i disse tilfellene kan få store konsekvenser for selvoppfattelsen og det sosiale livet til den enkelte. Den stigmatiserte personen vil oppfatte seg selv på en negativ måte, fordi andre trekker seg unna fordi man blir oppfattet som annerledes. Dette kan føre til dårlig selvbilde, ensomhet og sosial isolasjon.

Mennesker med utviklingshemming utgjør en marginalisert gruppe mennesker. Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2013) viser til marginalisering som det å være plassert i samfunnets ytterkant, men uten å være ekskludert. Dermed har man en form for tilhørighet i samfunnet, om enn svakere enn de fleste. Anders Gustavsson hevder at det ikke er noen tvil om at mennesker med utviklingshemming fortsatt har en stigmatisert identitet (Ellingsen 2014). Mennesker med både utviklingshemming og overvekt vil dermed bli dobbelt stigmatisert, både som utviklingshemmet og som overvektig. Gjennom sosial kontroll vil samfunnet presse stigmatiserte mennesker til å være konforme. Hvorvidt mennesker med Down syndrom kjenner på dette samfunnsskapte presset er usikkert, men det er nærliggende å tro at de kjenner på et viss press i likhet med andre marginaliserte grupper. Solheim (2013) skriver at ensidig fokusering på sunnhet, trening, kropp og helse som kilde til det gode liv, kan i seg selv være skadelig og skape forverring i helsetilstand.

Bodde og Seos (2009) viser til forskning som hevder at mennesker med utviklingshemming har høyere risiko enn resten av befolkningen når det kommer til utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer på bakgrunn av fysisk inaktivitet og overvekt (Ellingsen 2014). Robertson m.fl. (2000) viser til at fysisk inaktivitet alene er den største årsaken til den høye raten av sykkelighet og dødelighet blant mennesker med utviklingshemming (Ellingsen 2014). NOU (2016) viser til en studie fra Nederland som konstaterer at mennesker med utviklingshemming har en økt risiko for moderat til alvorlig overvekt. En norsk studie fra 2003 som undersøkte under- og overvekt hos 282 mennesker med utviklingshemming på Vestlandet viser til at mennesker med lett og moderat grad av utviklingshemming har økt forekomst av overvekt (Ibid.).

Flere nasjonale og internasjonale studier dokumenterer økt forekomst av overvekt og fedme hos mennesker med utviklingshemming, blant annet bekrefter en nyere norsk doktoravhandling at dette er tilfelle for mennesker med Down syndrom (NOU 2016). Bodde og Seos (2009) viser også til en undersøkelse hvor de fulgte 123 mennesker med Downs syndrom i perioden 1998 til 2006, hvor de fant ut at de som hadde høyt kolesterol hadde dobbelt så stor risiko for å utvikle demens (Ellingsen 2014).

Mennesker med utviklingshemming har generelt dårligere fysisk og psykisk helse enn resten av befolkningen. Den høye sykdomsrisikoen og helsetilstanden har sammenheng med diagnoserelaterte sykdommer og livsstilssykdommer. Down syndrom er et syndrom hvor utviklingshemmingen opptrer på grunn av en bakenforliggende diagnose som forårsaker både somatisk og intellektuell funksjonsnedsettelse (NOU 2016).

Norges offentlige utredninger (NOU 2016) kom i 2016 med en rapport «På lik linje», som inneholder åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Rapporten ser på dagens situasjon for mennesker med utviklingshemming og om denne er i tråd med grunnleggende rettigheter og politiske målsettinger. Grunnleggende rettigheter knyttes til menneskerettighetene.

FN sine konvensjoner legger til grunn at alle mennesker har lik verdi og at samfunnet har en plikt til å anerkjenne det menneskelige mangfold og sikre at alle får lik tilgang til de rettigheter som danner grunnlaget for et verdig liv. En av målsettingene gjelder helse- og omsorgshjelp for voksne. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter pålegger staten å anerkjenne retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, samt å jobbe forebyggende for å beskytte befolkningens helse. Tjenestene skal utformes med utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, samt nå personer som i for liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot de med størst behov (NOU 2016).

Den skandinaviske normaliseringstradisjonen springer ut fra kritikken av de store sentralinstitusjonene for mennesker med utviklingshemming. Den legger vekt på at mennesker med utviklingshemming som borgere i samfunnet har rett til samme levekår og livssituasjon som befolkningen for øvrig (Askheim 2003). Bank-Mikkelsen (1971) poengterer at medborgerskap eksisterer for alle samfunnsborgere uavhengig av nivå av intelligens og kognitive evner, og at dette skal være med å avkategorisere mennesker med utviklingshemming som en homogen gruppe (Askheim 2003). Tiltak og tjenester skal ikke rettes mot mennesker med utviklingshemming som kategori, de har på lik linje som alle andre rett til individuell tilrettelegging som innebærer rett til å få den hjelpen de har behov for fra det offentlige velferdsapparatet (Ibid.).

Forebygging av overvekt er et samfunnsansvar, hvor samfunnet må legge forholdene til rette slik at det blir enkelt for en hver å ta sunne og enkle valg. Primærhelsetjenesten skal utføre en individrettet forebygging med fokus på personer som foruten overvekt, har vektrelaterte risikotilstander eller tilleggslidelser. Mennesker med vektproblemer må få tilbud om strukturert oppfølging tilpasset individuelle behov, slik at behandlingen blir individualisert og målrettet (Helsedirektoratet 2011).

Årsak til overvekt er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Overvekt skyldes manglende daglig fysisk aktivitet og et uheldig kosthold. Forebyggende tiltak for overvekt er dermed økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold (Helsedirektoratet 2011). Calders m.fl. (2011), Boland m.fl. (2008) og Buckley (2007) viser alle til at det finnes en rekke nyere forskning som viser positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og sunt kosthold, også når det kommer til mennesker med utviklingshemming (Ellingsen 2014). Til tross for at genetiske og biologiske forhold er vesentlig når det kommer til sårbarhet for overvekt, er det viktig å merke seg det Helsedirektoratet (2011) presiserer, nemlig at det er miljø og levevaner som avgjør om mennesker faktisk utvikler overvekt. For det er nemlig ikke genene som har endret seg de siste årene, men miljøet (Ibid.) Det blir derfor ikke riktig å forklare overvekten som en egenskap ved individet, men man må se på miljøet og ytre faktorer rundt tjenestemottaker for å forstå bakgrunnen for overvekten.

4.1 Miljøterapeutiske virkemidler/målrettet miljøarbeid

En av vernepleierens mest sentrale oppgaver er miljøarbeid, som handler om en faglig tilnærming for å påvirke både individuelle forutsetninger og rammebetingelser i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos målgruppen (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Målrettet miljøarbeid kan sees i lys av GAP-modellen, som har som mål å bedre funksjon og mestring, deltakelse og selvstendighet gjennom bedre tilpasning mellom personens forutsetninger og ulike situasjoner krav. Enten ved å utvikle individets forutsetninger eller forhold i situasjonen som kan minke det såkalte «gapet» (Owren og Linde 2011).

Vernepleiere går også under tittelen miljøterapeut. En miljøterapeut utøver en profesjonell praksis som innebærer en terapeutisk virksomhet og tilrettelegging av miljøet. Når man samhandler med mennesker med utviklingshemming innebærer dette fagkunnskap om kognitiv funksjonsnedsettelse og miljøtilrettelegging som tar hensyn til de kognitive og emosjonelle behovene tjenestemottaker kan ha. Det miljøterapeutiske perspektivet innehar et krav om å ivareta alle faglige, juridiske og etiske hensyn, hvor samfunnspolitiske og ideologiske føringer nedfelles (Ellingsen 2014).

Brask, Østby og Ødegård (2016) skriver at vernepleieren er unik på bakgrunn av sin målgruppekompetanse og breddekompetanse. Målgruppekompetansen springer ut fra vernepleierens mangeårige erfaring fra samarbeid med mennesker med funksjonshemninger, med vekt på utfordringer knyttet til mennesker med utviklingshemming. Vernepleierens breddekompetansen består av den spesielle kombinasjonen av helse- og sosialkompetanse som vernepleieren innehar. Balderidge og Andrasik (2010) viser til at 99% av alle mennesker med utviklingshemming har somatiske lidelser (Brask, Østby og Ødegård). Mennesker med Down syndrom har en overhyppighet av tilleggsproblematikk, de har ofte tilleggsdiagnoser og andre kroppslige utfordringer, slik som hypotoni, hypermobile ledd, hypothyreose, hjertefeil og epilepsi.

Aldringsprosessen starter 20-30 år tidligere hos mennesker med Down syndrom, noe som gjør det svært viktig å ha fokus på gode rutiner og oppfølging når det kommer til helse. Vernepleierens målgruppekompetanse og breddekompetanse blir derfor svært relevant i arbeid med mennesker med Down syndrom.

Ellingsen (2014) viser til at kunnskap om helse, ivaretagelse av egen helse, helsefremmende forhold, oppdagelse av helsesvikt og riktig oppfølging og behandling er grunnlaget i helsefremmende miljøarbeid. Som vernepleier er det viktig å se forbindelsene mellom daglig aktivitet, livsstil, kosthold og helse. Helsefremmende miljøarbeid innebærer å avklare helsefremmende og helsehemmende faktorer i miljøet, med utgangspunkt i den enkeltes tjenestetilbud og spesifikke situasjon. Gjennom å være en støttespiller, informator, hjelper, veileder, rådgiver, tilrettelegger og koordinator, kan vernepleieren i samarbeid med tjenestemottaker, finne det som fremmer best mulig helse og et innhold i hverdagen som de enkelte ønsker seg (Ellingsen 2014:207). God helse er et relasjonelt helsebegrep og handler om overskudd i forhold til hverdagens krav. Dårlig helse kan føre til dårligere livskvalitet og færre handlingsmuligheter, som kan resultere i ubehag, kroniske smerter, funksjonshemming, sosial isolasjon og utfordringer med å gjennomføre praktiske oppgaver i hverdagen (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2013:65f).

For å tydeliggjøre rolleforventningene til vernepleieren har Brask, Østby og Ødegård (2016) valgt å dele vernepleierens roller inn i fire kjerne roller. Disse rollene blir delt inn i det de velger å kalle partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen. Partnerrollen innehar et sterkt dialogisk perspektiv, med vekt på reel dialog, som gjør begge parter tydelig for hverandre og som bidrar til å skape gjensidig anerkjennelse. Balderidge og Andrasik (2010) retter oppmerksomheten mot kommunikasjonsutfordringer hos mennesker med kognitiv svikt, hvor en vil være avhengig av å tolke både verbale og nonverbale signal for å fange opp tjenestemottakers behov og interesser (Brask Østby og Ødegård 2016). Her blir vernepleierens tilpassede kommunikasjon innen alternativ og supplerende kommunikasjon avgjørende for å se muligheter i stedet for hindringer når det kommer til kommunikasjon og mulighet for brukervedvirkning (Ibid.). På grunn av anatomiske og motoriske utfordringer har mennesker med Down syndrom ofte utydelig tale og nedsatt artikulasjon. Mange med Down syndrom har syns- og hørselsutfordringer og benytter derfor alternativ kommunikasjon i form av bilder, symboler og tegn til tale (Larsen og Wigaard 2009).

Jobling (2001) viser til at det i liten grad er tilstrebet å tilpasse informasjon om betydningen av et sunt kosthold, mosjon og andre aspekter ved det å leve sunt for mennesker med utviklingshemming (Ellingsen 2014). Dette fører til at mennesker med utviklingshemming går glipp av viktig informasjon, men også muligheten til å spille en aktiv rolle når det kommer til ivaretagelsen av egen helse, samt bevissthet rundt valg av livsstil (Ibid.). Dette stemmer overens med Larsen og Wigaard (2009) som påpeker behovet for en målrettet innsats overfor mennesker med utviklingshemming, pårørende og andre omsorgsgivere når det kommer til opplæring om hva som fremmer god helse. Profesjonell kompetanse handler ofte om evne til å forstå og tolke kommunikasjon, også når uttrykkene utspiller seg som vanskelig å skjønne og forstå (Askheim 2003).

FO (2013) viser til at tverrfaglighet er et sentralt tema for vernepleieren, på bakgrunn av kompetansen på tvers av helse- og sosialfag, samt bredden i behov hos målgruppen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Brobyggerrollen er en av vernepleierens fire kjerne roller og utspiller seg som den samhandlende vernepleieren på systemnivå (Ibid.). Som vernepleier i et tverrprofesjonelt samarbeid er det viktig å se muligheter, men også sine egne begrensninger. Når det kommer til samarbeid med mennesker med Down syndrom i forhold til utfordringer rundt overvekt og fedme, vil det være naturlig å samarbeide med andre, eksempelvis fastlege, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og ergoterapeut. Selv om vernepleieren kan komme til kort på enkelte områder, er det ofte vernepleieren som har den daglige kontakten med tjenestemottaker og dermed innehar en stor påvirkningskraft når det kommer til for eksempel livsstilsendring. Livsstilsendring kan kreve at vernepleieren stimulerer til atferdsendring.

Rotatori og Fox (1985) viser til en intervensjon som hadde som mål å forandre spisevaner, aktivitetsnivå og selvforsterkende mønster hos deltakerne gjennom å gradvis introdusere de for nye atferdsteknikker. Disse teknikkene bestod av syv hovedtrinn: 1.) Øke bevisstheten rundt sin egen vekt 2.) kontrollere frekvensen av mat mellom måltidene 3.) kontrollere triggerer som leder til overspising 4.) adoptere en sunn og balansert diett 5.) selvkontroll av overspising 6.) øke fysisk aktivitet 7.) spise lavkalori mat (Spanos, Melville og Hanky 2013).

Gjennom anvendt atferdsanalyse kan man kartlegge foranledninger og konsekvenser av atferd. Atferdsanalysen kan avdekke foranledninger for overspising, slik at man kan prøve å unngå at tjenestemottaker havner i situasjoner som fører til overspising. Atferdsanalyse kan i følge Lorenzten (2003) avlære uheldige atferdsmønstre og erstatte dem med mer hensiktsmessige væremåter. Gjennom å avdekke forsterkningsbetingelser lar atferd seg endre i ulike retninger (ibid.). Effekten av å forsterke en atferd eller handling er å øke sannsynligheten for at den vil forekomme igjen (Horne og Øyen 2005). For at ønsket atferd skal gjentas, er det viktig at den oppleves positiv for den enkelte tjenestemottaker. Gjennom positive opplevelser ut fra dette teoretiske perspektivet, kan positiv forsterkning være en viktig faktor for endring og motivasjonsarbeid. Eksempelvis kan det å avdekke positive forsterkere hos mennesker med Down syndrom, øke sannsynligheten for å opprettholde et sunt kosthold eller gjennomføre ønskede aktiviteter.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §9-5 presiserer at «andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd» før tiltak settes i verk. For å hindre bruk av tvang, er det viktig å tilrettelegge miljøer der folk trives, har selvbestemmelse, får spillerom, støtte og passelig med utfordringer (Owren og Linde 2011). Det finnes forskjellige typer lettere inngrep som ikke reguleres av kapittel 9, selv om tjenestemottaker gir uttrykk for motstand eller motvilje mot tiltakene. Dette innebærer alminnelige oppfordringer, slik som å gi beskjed, overtale, muntlig veiledning, forklaringer, motiveringsarbeid og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). I begrepet «andre løsninger» kan vi trekke inn Owren og Linde (2011) sin inviterende og insisterende praksis. En modell som er delt inn i fire, fra å la seg styre, inviterende praksis, insisterende praksis, til bruk av tvang. Å la seg styre innebærer å være tjenestemottakers armer og ben, slik som for eksempel en brukerstyrt personlig assistent. Inviterende praksis innebærer at tjenestemottaker tar initiativ utover det som tjenestemottaker formidler at han eller hun vil, ønsker eller foretrekker, men invitasjonen skal kunne avslås. Insisterende praksis innebærer det samme som inviterende praksis, men tjenestemottaker lar seg ikke styre eller begrense av tjenestemottakers tilbakemeldinger. Eksempelvis kan man spørre tjenestemottaker om når han eller hun ønsker å hente posten, gå til butikken eller gjøre en aktivitet i stedet for å stille lukkede spørsmål der det er større sjanse for at tjenestemottaker avslår.

4.2 Selvbestemmelse og Empowerment

Empowerment oversettes ofte til myndiggjøring og handler om å sette noen i stand til å ivareta sin myndighet, selvbestemmelse og rettigheter (Askheim 2003). Selvbestemmelse knyttes ofte til brukermedvirkning, men det er en vesentlig forskjell på innflytelsen når det kommer til medvirkning versus det å bestemme selv (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket, blant annet gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Kapittel 3 – rett til medvirkning og informasjon.

Vernepleieren har gjennom lovverk plikt til å tilpasse informasjonen til den enkelte brukes individuelle forutsetninger, slik som alder, modenhet og erfaring. Denne informasjonsplikten fordrer også en vurdering over hvorvidt informasjonen er forstått. Vernepleierens kompetanse innenfor kommunikasjon blir derfor svært viktig når det kommer til utfordringer som begrepsforståelse, læring og abstraksjon (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

For vernepleieren er det vesentlig å gi den enkelte tjenestemottaker best mulig hjelp og støtte ut fra egne forutsetninger gjennom vektlegging av brukermedvirkning. Men brukermedvirkning og selvbestemmelse utfordres særskilt i møte med tjenestemottakere med kognitive funksjonsnedsettelse. Tjenestemottakers rett til selvbestemmelse og brukermedvirkning er ikke alltid uproblematisk. Tjenestemottaker selvbestemmelse kan komme i konflikt både med tjenestemottakers faglige skjønn og samfunnets verdier. Når tjenesteytere griper inn til beste for tjenestemottaker, uten at det finnes noe samtykke fra tjenestemottakers side, blir dette regnet som paternalisme. Paternalisme er ikke nødvendigvis kun negativt ladet, da det å ikke gripe inn, noen ganger også kan sees som ansvarsfraskrivelse fra tjenestemottakers side dersom tjenestemottaker står i fare for å skade seg selv eller andre (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Brukermedvirkning og selvbestemmelse utfordres særskilt i møte med tjenestemottakere med kognitive funksjonsnedsettelse (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Det at en person ikke mestrer selvbestemmelse på enkelte områder, betyr ikke at personen ikke mestrer selvbestemmelse i seg selv. Det blir dermed vernepleierens oppgave å se hvor selvbestemmelsen kan implementeres og respekteres.

Som helsepersonell er vernepleieren pliktig til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven 1999). Det kan stilles spørsmålstegn rundt om det å la tjenestemottaker opprettholde eller videreutvikle en usunn livsstil er verken faglig forsvarlig eller særlig omsorgsfullt. På tross av kunnskap om alle helseutfordringene rundt overvekt og fedme, så kan det være utfordrende å avgjøre hvilke tilfeller som utgjør fare for liv og helse og hvor det vil være riktig å gripe inn. I Hvilken grad vil forebygging og behandling av overvekt falle under kategorien nødvendig helsehjelp?

Som profesjonell handler det ikke om å definere hva som er livskvalitet, eller hva som er det gode liv, men om å medvirke til at den enkelte tjenestemottaker selv skal bli i stand til å skape seg et godt liv. Dette gjennomføres ved å kartlegge hva tjenestemottaker er tilfreds med, samt han eller hennes drømmer, ønsker og forestillinger om det gode liv. Gjennom dialog og kommunikativt samspill blir det mulig å fange den enkeltes forståelse og oppfatning om hva som ligger i det gode liv. Uten dialog og samspill, oppheves støtterelasjonen og den profesjonelle står i fare for å utøve pedagogisk formynderi (Askheim 2003).

Aadland (2011) retter oppmerksomheten mot at det lenge har vært en løpende debatt når det kommer til tjenesteyters såkalte ekspertstatus. Denne ekspertrollen er nært knyttet til makt, med tanke på innflytelsen man har i andres liv og kan komme i sterk kontrast med alle de vakre forestillingene om brukerorientering, likestilling og medbestemmelse. Ideologisk makt blir utviklet og legitimert gjennom vitenskap og gis til den som kan definere sannheten for andre. En slik kunnskapsbasert makt kommer til syne når en person hevder hvordan noe bør eller skal være på bakgrunn av kunnskapstolkninger (Ibid.) En av utfordringene en vernepleier kan møte på i møte med mennesker med kognitive utfordringer og overvekt er hvorvidt man som profesjonell innehar definisjonsmakt over hva som er og ikke er god livskvalitet eller «det gode liv».

Til tross for at god livskvalitet vanskelig lar seg definere, er definisjonen av en sunn livsstil ikke like subjektivt. Samfunnet legger føringer for hva som blir sett på som sunt og usunt, samt at Helsedirektoratet kommer med fordringer. Vi er vel alle enige om at pizza, pølse og brus ikke helt faller innenfor grensen for sunt, uansett hvor mye vi skulle ønske det?

Hva som er gode vaner, og i hvilken grad tjenestemottaker ønsker dem eller velger å følge dem, er avhengig av en rekke forhold. Vernepleieren står i fare for å havne i det faglige skjønnets normative problem. Det faglige skjønnnet må utøves innen rammen av en norm, men denne normen kan bli normativ. Det er skjønnnet og den faglige resoneringen som bør avgjøre i hvilken grad en norm bør følges. Eksempelvis blir ikke noe normativ bare fordi det handler om å velge det sunne alternativet, det kan være like normativ å velge usunne matvarer, som cola og potetgull hver gang en person skal kose seg (Ellingsen 2014).

Som vernepleier havner man ofte i situasjoner som betraktes som etiske dilemmaer. I samarbeid med mennesker med Down syndrom og overvekt, kan man stå i fare for å måtte vurdere hva som skal komme først av tjenestemottaker helse eller rett til selvbestemmelse. I etiske dilemmaer er det ofte flere vanskelige hensyn man skal veie. Konsekvensene av overvekt og fedme må veies opp mot den avmakten tjenestemottaker eventuelt vil føle på ved å frata han eller henne retten til selvbestemmelse. For vernepleieren blir det viktig å tilrettelegge på best mulig måte, uten å overkjøre tjenestemottaker, ved å ta utgangspunkt i tjenestemottaker forutsetninger og interesser. Til tross for at man skal vektlegge selvbestemmelse i størst mulig grad, bør ikke selvbestemmelsen bli noe hvilepute for tjenesteutøvere. Det at tjenestemottaker ønsker å oppholde seg hjemme, hvile eller slappe av, kan av og til være behagelig for tjenesteutøver, som slipper å dra ut av boligen og være med på diverse aktiviteter og aksepteres på bakgrunn av at det var tjenestemottaker eget ønske. Ønsket fra tjenestemottakers side kan komme av manglende alternativ eller at tjenestemottaker ikke har fått tilrettelagt informasjon om andre muligheter.

Vernepleierens yrkesutøvelse innebærer å jobbe for å realisere individuelle mål og behov hos tjenestemottaker, samfunnsmessige mål, samt profesjonenes mål. I møte mellom vernepleier og mennesker med utviklingshemming er det viktig å være bevisst på om målene er tjenestemottakers egne mål, eller om de stammer fra samfunnet eller profesjonenes mål. Målene kan være sammenfallende, sprikende og noen ganger motstridende. I anstrengelsen for å oppnå mål, kan man stå i fare for å utøve en paternalistisk praksis. Det er en forutsetning at målene er forankret hos den enkelte tjenestemottaker for at de skal ha legitimitet for profesjonell praksis (Ellingsen 2014).

4.3 Fysisk aktivitet

Når det kommer til fysisk aktivitet anbefaler Helsedirektoratet (2011) minst 30 minutter med daglig moderat fysisk aktivitet for å få bedre helse. Aktiviteter bør ha en rolig start med fokus på hverdagsaktivitet for å øke sjansen for at man fortsetter å være fysisk aktiv over tid. Majoriteten av mennesker med overvekt har lav fysisk hverdagsaktivitet, noe som medfører økt morbiditet og mortalitet. Fysisk aktivitet er vesentlig i forebygging og behandling av overvekt og gir mange gunstige helseeffekter, samt kan gi bedre psykologisk velvære (Ibid.). Folkehelseinstituttet (2018) skriver i sin rapport «Sykdomsbyrden i Norge 2016» at rundt en tredel av alle dødsfall kan tilskrives risikofaktorgruppen som omtales som «atferdsfaktorer» og at to av de største risikofaktorene i denne gruppa er usunt kosthold og lav fysisk aktivitet.

Nordstrøm (2015) avdekker i sin doktorhandling at mennesker med utviklingshemming har lavere grad av fysisk aktivitet enn befolkningen for øvrig. Studien viste også at overvekt har en negativ påvirkningskraft når det kommer til fysisk kapasitet og mulighet for en aktiv samfunnsdeltakelse.

Söderström og Tøssebro (2011) oppsummerer noen hovedtrender i utviklingen av levekår og tjenester for mennesker med utviklingshemming etter ansvarsreformen og understreker den politiske viktigheten av å inneha kunnskap om levekårene til sårbare grupper. Når det kommer til fritid og aktivitet øker andelen av mennesker med utviklingshemming som ikke har noen dagaktivitet jevnt og flere og flere kommunale tiltak dreies fra produksjon over mot aktivisering eller ingenting. Målet med aktivisering og dagtilbud er først og fremst normalisering, det å gi dagen struktur, bidra til en aktiv hverdag og forhindre at mennesker med utviklingshemming støtes ut i passive løsninger, som for eksempel uførestønad (ibid.). Er det dermed nærliggende å tro at det er dagens sparetiltak i kommunene som er med å reduserer aktivitetstilbudet til mennesker med utviklingshemming? Nordlund, Thronsen og Linde (2015) påpeker at sparetiltak kan være med å begrense mennesker med utviklingshemming sitt valg av fritidsaktiviteter.

Messent m.fl. (1999) har undersøkt utfordringer og barrierer knyttet til en sunnere livsstil, og konkluderer med at mennesker med middels og moderat grad av utviklingshemming opplever barrierer knyttet til det å delta i fysiske aktiviteter. Barrierene viser seg som begrensninger i tilgangen til områder for slik aktivitet, samt for lav personaldekning til å gjennomføre aktivitetene og uklare ansvarsforhold (Ellingsen 2014).

Bø m.fl. (2010) viser til at mennesker med funksjonshemming har dårligere levekår, lavere inntekt, lavere utdanning og deltar mindre i organisasjons- og fritidsaktiviteter enn resten av befolkningen (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2013). Söderström og Tøssebro (2011) viser til undersøkelser hvor personale har vurdert fritiden til mennesker med utviklingshemming, hvorav 33% av personale i 2010 svarer at fritiden er ensformig eller lite variert. Undersøkelsen sier ingenting om hvorfor en så stor andel av personale vurderer fritiden til mennesker med utviklingshemming som såpas ensformig og lite variert.

Eknes og Løkke (2009) hevder at alle drar nytte av systematisk fysisk aktivitet når denne tilpasses den enkeltes bevegelsesevne. De mener at mennesker som beveger seg lite, har mye å hente på å øke aktivitetsnivået, da dette gir en økende helsegevinst.

Helsedirektoratet (2011) sine anbefalinger om fysisk aktivitet er utarbeidet med tanke på normalbefolkningen og ikke spesifikt til mennesker med utviklingshemming. Når det kommer til anbefalingene om intensitet og regelmessighet, kan dette være utfordrede for mennesker med utviklingshemming på bakgrunn av manglende forståelse av hensikt og motivasjon (Eknes og Løkke 2009). Det er derfor en forutsetning at nærpåsoner har forståelse og kunnskap rundt viktigheten av fysisk aktivitet og dermed tar initiativ, legger til rette og motiverer til fysisk aktivitet, på bakgrunn av bevegelsesevner og interesser (Ibid.). Mennesker med Down syndrom har en overhyppighet av tilleggsproblematikk som man må være oppmerksom på når det kommer til krav om fysisk aktivitet. Aktivitetene må tilrettelegges etter en enkeltes bevegelsesressurser, interesser og helse.

Mennesker med Down syndrom har ofte en kombinasjon av slapphet i leddbåndene og lav muskeltonus, som kan føre til defekter i bevegelsesorganer og skjelett, men de skal ikke hindres i å delta i sportslige aktiviteter av den grunn (Larsen og Wigaard 2009). Leshin (2006) anbefaler likevel at man bør være forsiktig med aktiviteter som ridning og hopping på trampoline (Larsen og Wigaard 2009). I tillegg til kroppslige utfordringer knyttet til diagnosen, kan mennesker med Down syndrom og overvekt også ha utfordringer med slitasje i vekt bærende ledd, som ankel, kne og hofte på bakgrunn av overvekten. Svømming og sykling vil dermed være gode aktiviteter som ikke belaster leddene i så stor grad (Helsedirektoratet 2011).

Den største helseeffekten ligger i å stimulere de menneskene som ikke utøver noen form for fysisk aktivitet, til å starte med litt aktivitet. Det kan innebære å gå trapper framfor å ta heis, gå i stedet for å kjøre bil, eller lufte hunden. Det er som regel tungt for overvektige å komme i gang, men mange vil oppleve helsegevinsten av fysisk aktivitet som så positive at de ønsker å fortsette med det (Helsedirektoratet 2011). Som vernepleier innebærer dette å finne aktiviteter som stimulerer den indre motivasjonen, der det er aktiviteten i seg selv om er motivasjon til å gjennomføre. Er tjenestemottaker glad i dyr, kan det kanskje være mulig å låne en hund for å gå tur, eventuelt gå til et sted hvor man kan møte andre dyr eller oppsøke en besøksgård, stall eller lignende. Setter tjenestemottakeren pris på en fisketur, kan man ta med fiskestang, pakke sekken og gå for å komme fram til et sted å fiske.

Tjenesteyter har en utfordring i å finne lystbetonte og meningsfulle aktiviteter, som også gir tjenestemottaker mestringsglede. Dette vil være med på å fremme deltakelse og gjøre tjenestemottaker aktiv i eget liv. I hverdagslivet er det mange gode bevegelsesaktiviteter å hente (Eknes og Løkke 2009). For å øke hverdagsaktiviteten er det vesentlig at vernepleieren jobber med «hendene på ryggen», slik at tjenestemottaker tar del i mest mulig på egen hånd. Eksempelvis i stell, påkledning, matlaging, handling og husarbeid.

For å lykkes med å fortsette med fysisk aktivitet over tid, er det helt avgjørende at selve aktiviteten er lystbetont, slik at sjansen for at tjenestemottaker fortsetter er større. Det er derfor viktig å tilby et bredt spekter av aktiviteter, slik at tjenestemottaker kan finne en aktivitet han eller hun har glede av. Aktiviteten må være gjennomførbar, slik at tjenestemottaker kan lykkes, da dette øker mestringsfølelsen. Mengden av fysisk aktivitet kan dermed økes gradvis (Helsedirektoratet 2011).

Gjennom hjelpemiddelsentralen finnes det mange gode hjelpemidler som bidrar til å øke aktivitetsnivået til tjenestemottakeren. Man kan eksempelvis søke om sykkel med og uten el-motor. Denne kan tilpasses tjenestemottakers behov, om tjenestemottaker ønsker å sykle alene eller tandem sammen med andre. Det finnes også andre hjelpemiddel som kan bidra til at mennesker med funksjonsnedsettelse kan ta del i ulike aktiviteter uten å møte på barrierer.

Når det kommer til valg av aktiviteter er disse påvirket av både individuelle og samfunnsmessige forhold. De individuelle forholdene omfatter tjenestemottakers funksjonsnivå, livsstil, familie, nettverk og hvilke holdninger han eller hun har til fysisk aktivitet. De samfunnsmessige forholdene handler om strukturelle forhold, slik som fremkommelighet, politiske forhold, som tilgang på aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemming, samt økonomiske og kulturelle forhold (Eknes og Løkke 2009:93).

For å styrke motivasjonen til mennesker som skal gjennom en endringsprosess, må tjenesteyter selv ha tro på prosjektet og tillitt til at tjenestemottaker kan mestre de utfordringene som dukker opp. Det er viktig å etablere en felles forståelse og ha realistiske mål. Tjenestemottaker bør sette opp egne mål, som må formuleres som delmål, hvor man jobber mot varige endringer som til slutt blir en vane (Helsedirektoratet 2011). Ved å ta i bruk vernepleierens arbeidsmodell kan vernepleieren, i samarbeid med tjenestemottaker komme fram til realistiske og gjennomførbare mål, gjennom kartlegging, målvalg, tiltak og evaluering.

4.4 Kosthold

Ernæringsvanene til den norske befolkningen er endret i retning av økte porsjoner, mer energitette måltider og såkalt «snacks». En undersøkelse fra 2006 viser at den norske befolkning bruker mer penger på sukkervarer og leskedrikker, enn på frukt og grønt. Nordmenn spiser for lite frukt og grønnsaker, mens inntaket av søtsaker, brus, potetgull og chips er høyere enn ønskelig (Helsedirektoratet 2011). Dagens kosthold er blitt bedre og magrere, med mer frukt og grønnsaker, men mange har fortsatt et uheldig kosthold med for mye sukker, fett og salt (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2013). Kosthold har stor betydning i forebygging av overvekt og er en naturlig del av behandlingen. Kosten skal oppleves smakfull, være variert og ta vare på kulturelle verdier (Helsedirektoratet 2011).

Når det kommer til kosthold avdekker Nordstrøm (2015) at mennesker med utviklingshemming spiser mindre frukt, grønnsaker og fisk enn det som er anbefalt for den norske befolkningen. Studien viser også at mennesker med utviklingshemming som selv får være med å bestemme kostholdet, har et større forbruk av ferdigmat og brus enn andre mennesker med utviklingshemming. De som bor i egen bolig, deltar mer i matrelaterte bestemmelser og forberedelser enn mennesker med utviklingshemming som bor hos foreldre eller slektninger. Hun beskriver videre at bruken av ferdigmat kan sees på som et tveegget sverd, da dette kan være med på å gjøre tjenestemottaker mer selvstendig, på bakgrunn av at flere klarer å lage mat på egen hånd, men øker risikoen for overvekt. Ferdigmaten inneholder store mengder fett og salt, og har lite fiber og grønnsaker. Kaloriinnholdet er som regel ikke justert i forhold til energibehovet for mennesker med Down syndrom og enkelte kan ha utfordringer med å vurdere porsjoner.

Studier viser at mennesker med utviklingshemming tar sunnere valg i matveien om de får kunnskap om ernæring (Nordstrøm 2015). Det blir dermed vernepleieren sin oppgave å tilrettelegge informasjon for økt kunnskap om ernæring. Helsedirektoratet (2011) anbefaler å føre en matdagbok for bevisstgjøring og kartlegging av kostholdvaner.

Hva som er årsaken til at mennesker med utviklingshemming spiser mindre fisk, frukt og grønnsaker enn det som er anbefalt for befolkningen er uvisst, men Nordstrøm (2015) peker på selvbestemmelsen som en viktig faktor. Det ser ut for at økt selvbestemmelse gir økt forbruk av usunne matvarer. Spørsmålet blir dermed hvor ansvaret for overvekten ligger? Er det tjenestemottaker som skal stå til ansvar for egen overvekt på bakgrunn av egne valg, eller er det vernepleierens ansvar å gripe inn for å sikre god helse relatert livskvalitet på bakgrunn av plikt til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp?

I følge normalitetsprinsippet, skal mennesker med utviklingshemming ha mulighet til å ta «dumme valg» slik som resten av befolkningen. Det er vel ingen som stopper oss i køa på Rema og foreslår at vi legger vekk frossen pizzaen og heller kjøper inn til wok? Hvor skal da grensen gå mellom selvbestemmelse og ansvarsfraskrivelse? Dette blir trolig en vurdering ut fra hvor samtykkekompetent tjenestemottaker er, samt hvor stor helse risiko tjenestemottakers valg i matveien utgjør når det kommer til fare for liv og helse.

Uten å trække på selvbestemmelsen, kan vernepleieren uansett motivere og oppfordre tjenestemottaker til å ta gode valg i matveien. Ved å gjøre sunn mat lett tilgjengelig blir det lettere for tjenestemottaker å velge sunn mat. Eksempelvis kan man sette fram frukt og grønnsaker eller skjære det i biter/skiver. I stedet for godteri og brus, kan vernepleieren oppfordre tjenestemottaker til å velge sunnere alternativ. Det kan kanskje gi like stor glede å spise popcorn og drikke smoothie? Det finnes utrolig mange varianter av saft og brus med null kalorier og uten tilsatt sukker, dette kan med fordel velges over sukkerholdig drikke. Dersom tjenestemottaker er glad i ferdigmat som pizza, hamburger og lignende, er det mulig å lage sunnere varianter av dette, uten at det nødvendigvis går på bekostning av smaken. Eksempelvis kan pizzabunnen bestå av grovere melsorter som inneholder mer fiber, ved glutenallergi kan man benytte blomkål eller søtpotet som pizzabunn. Pizzafyll kan bestå av rent kjøtt, som karbonadedeig og kan velge magrere ostesorter til topping.

Når det gjelder kosthold anbefaler Helsedirektoratet et kosthold med økt inntak av frukt, grønnsaker og grove kornprodukter. De anbefaler et redusert inntak av mettet fett fra meieri- og kjøttprodukter, men heller ty til fettkilder fra olje, nøtter og fet fisk. Det er gunstig å kutte matvarer som inneholder mye energi og lite nyttige næringsstoffer, slik som boller, kjeks, is og kaker. Økt tilgjengelighet på slike matvarer bidrar til økt inntak og kan være forbundet med ubevisst spising eller sosiale sammenkomster. For mange mennesker med overvekt, kan det å redusere energitette og lite nyttige matvarer være nok til å oppnå energireduksjon. Det anbefales å ha faste måltidsrytmer, fem om dagen når det kommer til frukt og grønnsaker og at man holder søtsaker og snacks til en dag i uken (Ibid.).

5.0 Konklusjon

Mennesker med Down Syndrom har høyere risiko for å utvikle overvekt enn normalbefolkningen og overvekt kan føre til ytterligere helseproblemer og stigmatisering. Sunt kosthold og fysisk aktivitet gir gunstige helseeffekter, men det trenger ikke å være ensbetydende med god livskvalitet. Hva som defineres som god livskvalitet er subjektivt og må defineres av den enkelte tjenestemottaker. Gjennom målrettet miljøarbeid og helsefremmende miljøarbeid kan vernepleieren påvirke både individuelle forutsetninger og rammebetingelser i retning av økt livskvalitet og mestringsevne hos mennesker med Down syndrom. Med fokus på brukermedvirkning kan vernepleieren sammen med tjenestemottaker kartlegge ønsker og interesser for å finne realistiske mål når det kommer til kosthold og aktiviteter. På bakgrunn av vernepleierens helse- og sosialfaglige kompetanse, er vernepleieren rustet til å møte tjenestemottakers komplekse behov og ta hensyn til tjenestemottakers kognitive og fysiske forutsetninger. Gjennom tilrettelagt informasjon kan vernepleieren øke tjenestemottakers kunnskap rundt fysisk aktivitet og ernæring, og hvilke helseeffekter det gir, slik at tjenestemottaker har mulighet til å få en større forståelse om konsekvensene av sine valg.

Vernepleieren må gi motivasjonen hos den enkelte tjenestemottaker gode vekstvilkår og stimulere til mest mulig indre motivasjon. Det skal legges vekt på selvbestemmelse uten at dette blir en hvilepute eller fører til ansvarsfraskrivelse fra tjenesteyter sin side. Etske dilemmaer kan oppstå og vernepleieren må reflektere over hvem sine mål som skal oppnås. Selvbestemmelse kan komme i konflikt med tjenestemottaker helse og vernepleierens plikt til å utøve forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Tjenesteyter har makt til å hjelpe, men tjenesteyters makt kan fort føre til tjenestemottakers opplevelse av avmakt. Vernepleieren bør unngå den såkalte «ekspertrollen» og heller tre inn i partnerrollen med økt fokus på dialog og spille den andre god. Gjennom inviterende praksis, oppmuntring og alternative løsninger unngår vernepleieren bruk av tvang og makt. Videre må kosthold og valg av aktiviteter tilrettelegges etter den enkelte tjenestemottakers ønsker og behov.

6.0 Refleksjon

Bacheloroppgaven har vært krevende og omfattende, men den har også vært spennende og lærerik. Det har vært utfordrende å begrense seg når det kommer til besvarelse av problemstillingen. Skulle jeg skrevet oppgaven på nytt ville jeg muligens tatt for meg enten kun bevegelsesglede eller matglede og fokusert enda mer på tjenestemottakers selvfølelse, mestring og motivasjon i tilknytning til kosthold eller fysisk aktivitet. På bakgrunn av at livskvalitet er såpas subjektivt opplevde jeg det som noe utfordrende og definere hva vernepleieren kan gjøre for å øke livskvaliteten til den enkelte tjenestemottaker. Formålet med oppgaven er å belyse vernepleierens kompetanse og hvordan denne kompetansen, i samarbeid tjenestemottaker, kan føre til livsstilsendring og økt livskvalitet. En del av teorien kan innledningsvis sees fra et medisinsk perspektiv, men jeg har utelukkende prøvd å unngå dette i drøftingen.

Litteratursøkene og artiklene jeg benytter i oppgaven består av kvantitative metoder, da det var lite kvalitative metoder å oppdrive. Det kunne vært interessant å sett nærmere på mennesker med Down syndrom sin opplevelse av å være utviklingshemmet og overvektig og hvordan de møter sanksjoner i samfunnet. I hvilken grad de kjenner et press til å være konform eller om de ønsker å leve et såkalt «usunt liv» på tross av konsekvensene.

Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller – En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2009. *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøckmann, Sissel. 2008. *Utviklingshemming og sorg*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav. 2010. *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eknes, Jarle. 2011. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, Jarle og Jon A. Løkke. 2009. *Utviklingshemming og Habilitering – Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Unniversitetsforlaget.
- Ellingsen, Karl Elling. 2014. *Utviklingshemming og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, Erving. 1975. *Stigma - Om avvigerens sociale identitet*. Copenhagen: Nordisk Forlag AS.
- Halvorsen, Knut, Steinar Stjernø og Einar Øverbye. 2013. *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner: lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Helsedirektoratet. 2011. *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne – Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet. 2018. *Om Psykisk utviklingshemming*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming> Lest 24. februar 2020.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Kapittel 9 – Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.*

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgs#KAPITTEL_9 Lest 22.mai 2020.

Helsepersonelloven. 1999. *Kapittel 2 – Krav til helsepersonells yrkesutøvelse.*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell> 22.mai 2020.

Horne, Hans og Bjarne Øyen. 2005. *Målrettet miljøarbeid – Anvendt atferdsanalyse.* Oslo: G.R.D Forlag.

Larsen, Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard. 2009. *Utviklingshemming og aldring.* Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Lorentzen, Per. 2003. *Fra tilskuer til deltaker – Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede.* Oslo: Universitetsforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell.* Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis: Sosialfaglige perspektiver.* Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Kapittel 3 – Rett til medvirkning og informasjon.*

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 Lest 22.mai 2020.

Skau, Greta Marie. 2003. *Mellom makt og hjelp.* Oslo: Universitetsforlaget.

Snoek og Engedal. 2008. *Psykisk – Kunnskap, forståelse, utfordringer.* Oslo: Akribeforlag.

Söderström, Sylvia og Jan Tøssebro. 2011. *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede.*

Trondheim: NTNU samfunnsforskning.

Statistisk sentralbyrå. *Overvekt.*

<https://www.ssb.no/ajax/ordforklaring?key=270465&sprak=no> Lest 22.mai 2020.

Selvvalgt pensum

Christiansen, Wenche Skeivoll, Tor-Ivar Karlsen og Inger Beate Larsen. 2017. *Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt*. (18 sider)

Folkehelseinstituttet. 2018. *Sykdomsbyrden i Norge 2016*.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf> Lest 22.mai 2020. (35 sider).

Nordstrøm. 2015. *Obesity, lifestyle and cardiovascular risk in Down syndrome, Prader-Willi syndrome and Williams syndrome*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo. (12 sider)

NOU 2016:17. 2016. *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Kapittel 11, 20 sider).

Solheim, Inger Helen. 2013. *Identitet, kropp og hverdagsliv - I et folkelig perspektiv*. Doktoravhandling. Karlstad Universitet. (Kapittel 1 og 7, 53 sider)

Spanos, Dimitrios, Andrew Melville Craig, og Catherine Ruth Hankey. 2013. "Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence". *Nutrition Journal*.12:132. (10 sider)

Prasher, V. P. 1995. *Overweight and obesity amongst Down's syndrome adults*. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 39 (Pt 5), 437. (5 sider)

Wasskog, Aleksander Aamo, Lars Hallvard Lind, Anders Myklebust, Linn Karina Stormo og Erland Skogli. 2019. *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*. Oslo: Menon Economics. (47 sider)