



Fordypningsoppgave

VHM724 Miljøarbeid og tverrprofesjonalitet

**Ernæringsarbeid for personer med utviklingshemming
- hvordan gi bistand til endring/ Nutritionwork for
people with intellectual disabilities - how can we
support change**

Mali Raknes Slemmen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 21.05.2022



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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:

Veileder: Emmy Elisabeth Langøy

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

Dato: 23.05.2022

Antall ord: 8288

Forord

Denne fordypningsoppgaven søker å finne litteratur som kan belyse arbeidet som skal til når en som kommunal tjenesteyter møter behov for endring i kosthold hos voksne personer med lett til moderat utviklingshemming. Tematikken er vid og omfavner flere aspekter som ikke nødvendigvis omtales videre. Jeg har valgt å sette søkelys på utviklingshemmede uten andre spesielle somatiske plager eller helseutfordringer. Likevel er det med en god del litteratur som omhandler overvekt hos utviklingshemmede. Det kan synes som behandling av overvekt er det fagfeltet som er best studert hos denne gruppen per nå innenfor ernæring. Den profesjonelle tjenesteyter er noe jeg mener er viktig å trekke frem.

Tjenestene har i lang tid vært preget av ufaglært arbeidskraft. Gjennom rapporten «På lik linje – Ingen tid å miste» som er utgitt av FO og NAKU kartlegger de kompetansenivået hos de som arbeider med tjenester for personer med utviklingshemming. Her fant de at 33,20% av ansatte ikke har en formell utdanning. (FO og NAKU 2020)

Jeg har videre valgt å belyse lovverket som omhandler bruk av tvang og makt blant personer med utviklingshemming -som bør kjennes av alle som arbeider med mennesker med kognitive nedsettelse. I 2021 kom det ut en ny nasjonal veileder fra Helsedirektoratet «Gode helse og omsorgstjenester for personer med utviklingshemming». I denne veilederen er det beskrevet hvilke krav det settes til kommunens arbeid og tilbud til personer med utviklingshemming. Det er med bakgrunn i veilederen og mitt eget arbeid i kommunal sektor som ernæringsveileder jeg ønsker å fordype meg i dette emnet.

Oppgaven er strukturert etter IMRAD og etter at mine funn er beskrevet nærmere i resultatdelen vil jeg diskutere funn opp mot annen litteratur i et forsøk på å finne sammenhenger og eventuelt finne behov for videre forskning på feltet.

Sammendrag

Hvilke utfordringer møter kommunal tjenesteyter når det gis bistand til voksne personer med utviklingshemming som har behov for endring av matvaner og eller livsstil knyttet til ernæringsmessige utfordringer? Dette ble den mest konkrete problemstillingen sett i lys av et meget stort fagfelt med mulighet for å romme mye mer enn denne oppgaven har gjort. Metode: Litteratursøk i databasene Oria og Google Scholar. Noe litteratur ble funnet via annen litteratur, samt bøker.

Resultat: Det finnes noe litteratur om kosthold blant personer med utviklingshemming og metoder for endring av kosthold, dietter og implementering av kunnskap. Metodene varierer, men man kan se at det som går igjen er diskusjon av tjenestemottakers kunnskap, mangel på tilpasset informasjon og mangel på tilrettelegging for den enkelte. Jeg fant litteratur som indikerer at tjenesteyter må ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse innenfor ernæring. I tillegg bør tjenesteyter inneha en viss kompetanse for læringsteori og arbeid med atferdsendring. I all hovedsak fungerer samme metoder på utviklingshemmede som normalbefolkningen, men materiell og informasjon må tilrettelegges og tilpasses.

Selvbestemmelse kan være utfordrende å opprettholde i ernæringsarbeid med utviklingshemmede og er svært viktig å ta hensyn til av juridiske og etiske årsaker.

Konklusjon: Det er behov for mer kunnskap og forskning rundt fagfeltet. Det er behov for mer og tilrettelagt materiell for både tjenestemottaker og tjenesteyter. Selvbestemmelse og autonomi og etiske vurderinger er sentrale tema som alltid må ligge til grunn når man arbeider med personer med utviklingshemming.

Nøkkelord: Utviklingshemming, kosthold, tjenesteyter, tvang og makt.

Summary

What are the obstacles community care givers can face when supporting adults with intellectual disabilities that are in need of change in diet and/or lifestyle because of nutritional challenges?

Method: a search was made in the database Oria and Google Scholar. Some literature was found through other literature and in books.

Result: There are literature to be found concerning diet and foodwork among people with intellectual disabilities with focus on change in diet and implementation of knowledge around food and lifestyle. The methods vary but the repeating issue in discussions are the lack of knowledge concerning health in this group of people. There is also missing adjusted information for this group and enough individual accessible material. I found literature that indicates professional care givers must have a certain competence within nutrition and foodwork. They also need knowledge towards learning theory and how to work on behavioral change. All in all – the same methods that work for people without intellectual disabilities will work for people with intellectual disabilities but the material and information must be presented with an individual approach. Self – sufficiency can be challenging to support when working with nutritional work in people with intellectual disabilities. It is very important to support autonomy- not only because of the legal issues but also the ethics.

Conclusion: There are need for further studies and knowledge when concerning nutrition in people with intellectual disabilities. There are need for more adapted material referring to food and health training for this group. Self-sufficiency, autonomy and ethics must always be considered when working with people with intellectual disabilities.

Innhold

1.0	Bakgrunn	1
1.1	Utviklingshemming i Norge	4
1.2	Den profesjonelle tjenesteyteren	4
1.3	Selvbestemmelse – brukermedvirkning	6
2.0	Problemstilling	8
3.0	Metode.....	9
3.1	Databaser for søk.....	10
3.2	Bokkapittel	10
4.0	Resultat	11
4.1	Resultat - litteratursøk	11
4.2	Kosthold hos personer med utviklingshemming	12
4.3	Intervensjoner rettet mot personer med utviklingshemming.....	13
4.4	Ernæringsarbeid for personer med utviklingshemming- Tjenesteyters rolle	17
4.5	Motivasjon til endring -Bokkapittel	18
5.0	Diskusjon.....	19
5.1	Styrker og svakheter	19
5.2	Kunnskaps-økning hos tjenesteyter	20
5.3	Det store bildet – er det for stort?.....	21
5.4	Kartlegging av kosthold	22
5.5	Tilrettelegging	24
6.0	Konklusjon.....	26
7.0	Referanser	27

1.0 Bakgrunn

I 2021 publiserte Helsedirektoratet en ny veileder basert på lover og sterke føringer for kommunenes arbeid med utviklingshemmede. «Gode helse og omsorgstjenester for personer med utviklingshemming» (Helsedirektoratet 2021). Innholdet er inndelt i flere kapitler og omfatter flere aspekter av bistand kommunene yter til denne gruppen. Veilederen beskriver også hvilket lovpålagt ansvar kommunene har ovenfor personer med utviklingshemming når det gjelder ernæring og ligger under kapittel «Habilitering og bistand i dagliglivet». Det er ikke ukjent at denne gruppen har større utfordringer når det gjelder livsstilsrelaterte helseutfordringer enn befolkningen ellers (Nordstrøm og Kolset 2019). Årsakene er mange og sammensatte og selv om det finnes enkelte diagnoser med fellestrekk så må hver enkelt vurderes individuelt ved kartlegging av eventuelle helseutfordringer knyttet til kosthold og ernæring. Det man kan si personer med utviklingshemming har til felles er en reduksjon i kognitive evner, samt diagnosen utviklingshemmet. Kittelsaa forteller at antall utviklingshemmete i Norge kan variere og diagnosekriteriene har variert over tid, men at de personene som mottar trygdeytelser og hjelpetiltak over tid fordi de er registrert som utviklingshemmet ligger til grunn for offentlige tall (Kittelsaa 2011). Noen personer med utviklingshemming har diagnoser eller syndromer som gjør matregulering utfordrende. Prader-Willis og Down syndrom er relativt kjente syndrom som ofte fører til overspising og overvekt (Frambu.no 2022) I tillegg er personer med utviklingshemming en sårbar gruppe når det gjelder utvikling av psykiske lidelser. Trine Lise Bakken beskriver at forskning i nyere tid viser til en høyere prevalens av psykiske lidelser hos utviklingshemmete enn resten av normalbefolkningen (Bakken 2020) Av disse personene er det flere som bruker medikamenter som kan ha vektøkning eller påvirkning på matinntak som bivirkning. Man kan si at grad av utviklingshemming, fysisk funksjonsnivå og forståelse for helse kan påvirke risiko for ernæringsrelaterte utfordringer (Nordstrøm & Kolset, 2019). Denne oppgaven omhandler i hovedsak personer med lett til moderat utviklingshemming.

Grad av utviklingshemming legges til grunn når hjelpebehov skal kartlegges for den enkelte. Fokus på selvbestemmelse, brukermedvirkning og rettsikkerheten ved bruk av tvang og makt står sentralt (Ohnstad 2009). Bosituasjon eller boforhold varierer også hos personer med utviklingshemming. Mange bor i egne leiligheter med en personalbase i nærheten –eller i såkalte samlokaliserte boliger, andre bor gjerne i bofelleskap hvor de

deler et fellesareal i tillegg til egne rom eller leiligheter. Disse bofellesskapene har mottatt kritikk i senere tid da de øker i omfang og man ser en uheldig utvikling som går mot institusjonspreget boform. Reformen i 1991-1996 ble satt i verk for å avvikle den tids institusjonalisering av utviklingshemmete for å gi de mulighet til å velge mer normale boforhold - normaliseringspolitikken (Askheim 2020) Askheim skriver videre at i 1994 var det i snitt 3,8 personer i bokollektivene mens i dag er antallet doblet.

Selvbestemmelse i et helseperspektiv byr på flere utfordringer og ikke minst etiske vurderinger eller refleksjoner for tjenesteytere som gir bistand til personer med utviklingshemming. En kognitiv nedsettelse som personer med utviklingshemming har vil kunne gi begrensninger i evne til å vurdere egen helse og evne til å forstå sammenhenger og konsekvenser av egen livsstil og valg i dagliglivet (Eknes og Løkke 2009)

Utviklingshemmede har rett til helsehjelp på lik linje med normalbefolkningen. For at de skal kunne ta imot denne muligheten er de avhengige av tilrettelegging og støtte.

Informasjon må gis på en tilpasset måte for den enkelte slik at det blir forstått best mulig.

Naku ga i 2007 ut en rapport som sier at personer med utviklingshemming ofte faller utenom ordinær helsehjelp og at de ikke gis nødvendig helsemessig oppfølging. (NAKU 2007). Som Eknes og Løkke sier i boken sin er det uetisk å ikke gjøre noe når man har avdekket et behov for endring i helsearbeidet til den enkelte tjenestemottaker på tross av at denne uttrykker tilfredshet med eget liv (Eknes og Løkke 2009).

En oppsummering kan si oss at:

- vi vet utviklingshemmede har økt risiko for ernæringsrelaterte helseutfordringer
- Vi vet at kognitive nedsettelse gjør det vanskelig å forstå egen helse
- Vi vet at bistand må til av etiske årsaker så vel som helsemessige
- Vi vet kommunene er lovpålagt å yte bistand til de som trenger det
- Vi vet at det skal legges til rette for god ernæring for personer med utviklingshemming
- Vi vet at selvbestemmelse er viktig og brukermedvirkning står sentralt og må ses i lys av etiske vurderinger og loven om bruk av tvang og makt.

Hva vi derimot ikke vet er hvordan? Hvordan yte bistand til denne gruppen som har behov for endring når det gjelder ernæring og kostholds relatert problematikk? Gruppen av tjenestemottakere er langt fra homogen selv om denne oppgaven begrenses til personer med mild til moderat utviklingshemming. Kan det likevel finnes fellesnevnerne i dette

endringsarbeidet? Hva sier litteraturen om fagfeltet, og hvilke studier kan vise resultater som hjelper oss å bedre forstå utfordringer knyttet til å bistå denne gruppen mennesker. Hvilke metoder eller fremgangsmåter er mest hensiktsmessige eller effektive når det gjelder å motivere til endring i kosthold hos denne gruppen? Er det andre ting å ta i betraktning enn ellers i normalbefolkningen? Den nye veilederen sier også at kommunen skal sørge for kompetanse hos tjenesteytere når det gjelder ernæring. Den sier ikke noe om hvordan, eller hvilken kompetanse som kreves. Dette håper jeg å finne noe svar på -eller finne noe i denne litteraturstudien som kan si noe om hva som egentlig kreves for å iverksette et vellykket endringsarbeid når det gjelder ernæring hos personer med utviklingshemming.

1.1 Utviklingshemming i Norge

Diagnosen utviklingshemming defineres som en kognitiv nedsettelse hvor personen må fylle tre kriterier for å få diagnosen- som egentlig har benevnelsen psykisk utviklingshemming i kodeverket ICD-10. Man må ha en IQ på <70, det må være en begrensning i sosial modenhet og tilpasningsevne -som innebærer vansker med språk, motorikk og generelle evner innen daglige gjøremål. Denne begrensningen vurderes etter forskjellige skjema og intervjuer med personen og pårørende/foreldre. I tillegg må tilstanden vise seg før fylte 18 år. (NAKU 2021) Graden av utviklingshemming kan variere og man skiller normalt dette inn i lett, moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemming. Hvordan utviklingshemmingen arter seg kan ha store variasjoner fra person til person når det kommer til det sosiale, emosjonelle eller kognitive (Ellingsen, 2014)

World Health Organisation anslår at prevalensen av mennesker med utviklingshemming i verden ligger på 1-3% av verdens befolkning. I stortingsmelding ST.Nr. 45(2012-2013) står det at 1,5% av Norges befolkning har en utviklingshemming.

Helsedirektoratet har utgitt en rapport som omhandler diagnostisering og utredning av utviklingshemming i Norge. Alle landets kommuner rapporterer inn årlig tall på antall individer i kommunen med utviklingshemming. I 2018 var dette tallet på 18 289. Personer mellom 16 og 18 år er ikke tatt med her og heller ikke personer med Down syndrom. Dette gir en andel på 0,46% av befolkningen. Man antar at det forekommer en underrapportering og mangel på utredning av personer med utviklingshemming (Helsedirektoratet -Utredning og diagnostisering av utviklingshemming 2019).

1.2 Den profesjonelle tjenesteyteren

«Kommunen skal legge til rette for god ernæring for personer med utviklingshemming» står det i den nye veilederen (Helsedirektoratet 2021). Dette pålegger kommunen og dens ansatte et stort ansvar og det kreves at tjenesteytere er i stand til å utføre arbeidet som skal til for å møte dette kravet. Å arbeide systematisk i ernæringsarbeidet krever en god og tydelig ledelse og ansatte med faglig kompetanse. Brask, Østby og Ødegård skriver om den profesjonelle hjelperen og trekker blant annet frem evnen til kritisk refleksjon som en avgjørende kompetanse i forhold til profesjonalitet hos en tjenesteyter. De beskriver kritisk

refleksjon som evnen til å gå faglig i dybden – hva ligger til grunn for avgjørelser og bestemmelser, hvordan er tjenesteyterens perspektiver til egen praksis som hjelper (Brask, Østby og Ødegård 2021). I ernæringsarbeidet må tjenesteyter ta ansvarsrollen i situasjoner hvor det kreves at endring må til. Utøvelse av denne rollen skal være på en faglig og ikke minst juridisk forsvarlig måte. Etske betraktninger og refleksjoner er ofte påkrevd når man må gripe inn i en annens liv og konsekvenser av å ikke gripe inn skal alltid vurderes (Brask, Østby og Ødegård 2021). Ansvarsrollen kan sies å være inntatt de gangene en som tjenesteyter griper inn og tar en form for styring uten den samme inviterende praksisen en finner mer av i partnerrollen. Partnerrollen beskrives som en praksis med mer anerkjennelse enn korrigering og er en mer inviterende praksis. Dialog og evne til relasjonsbygging er viktig kompetanse for tjenesteytere som skal hjelpe personer med utviklingshemming. Ettersom mange med utviklingshemming har kommunikative utfordringer kan en vernepleiers kompetanse innen bruk av ASK – Alternativ og supplerende kommunikasjon være svært viktig. (Brask, Østby, & Ødegård, 2016) At personen med utviklingshemming blir gitt mulighet å uttrykke seg kan være avgjørende for at en endringsprosess skal tre i kraft eller lykkes. Rekruttering av fagutdannede til arbeid med utviklingshemmede er et tidsaktuelt tema og det kan synes vanskelig å dekke behovet for fagkompetanse i tjenestene. Regjeringen ga i 2016 ut en rapport som sier at:

Statusgjennomgangen viser at lav kompetanse i tjenesteapparatet er en gjennomgående utfordring. Det er mange ufaglærte som jobber i tjenestene til utviklingshemmede. Noen ansatte vil derfor ha behov for grunnleggende opplæring, mens andre har behov for videre- og etterutdanning i særskilte tema. Manglende kompetanse bidrar til at utviklingshemmede ikke får likeverdige tjenester innenfor ulike samfunnsområder. (NOU 2016:17 2016).

Når det gjelder utviklingshemmede kan det være mye forlangt at de skal ta ansvar for egen helse. Manglende vurderingsevne, manglende impulskontroll og medikamenter og andre tilstander som kan forstyrre metabolisme og hormonbalanse er blant utfordringene som kan vanskeliggjøre evnen til eget ansvar. Da er det tjenesteyters ansvar å sørge for individets rett til god helse, men også rett til selvbestemmelse. Det kreves kompetanse på flere plan for å arbeide systematisk med loven og etikken på et bevisst nivå. Et hjelpemiddel kan være å ta i bruk Individuell Plan (IP). IP er en rettighet man har som mottaker av «langvarige og koordinerte» tjenester i kommunal regi og finnes i Helse og omsorgstjenesteloven, §7- 1. Planen skal opprettes sammen med tjenestemottaker og skal

inneholde tiltak og mål som skal følges opp og eventuelt endres ved behov. Planen sikrer at alle som arbeider for individet arbeider mot felles mål og tjenestemottakers interesse. Helse og omsorgstjenesteloven regulerer i hovedsak kommunens plikter og ansvar mens i pasient- og brukerrettighetsloven finnes det mer om de individuelle rettighetene (Ohnstad, 2009).

1.3 Selvbestemmelse – brukervedvirkning

Kassah og Kassah (Kassah & Kassah, 2009) skriver at uavhengighet er en sentral verdi og må dels være til stede for å kunne ha selvbestemmelse og frihet i eget liv. Det blir antatt at utviklingshemmede har behov for uavhengighet, frihet og selvbestemmelse for å ha et fullverdig meningsfullt liv. Graden av uavhengighet måles i hvor stor del av oppgaver den utviklingshemmede kan gjøre selv. På en annen side kan en tenke at utviklingshemmede selv kanskje måler uavhengighet for seg i hvor mye de selv kan bestemme i eget liv i stedet for å gjøre alle ting selv (Kassah og Kassah 2009) Selvbestemmelse er et annet begrep som ofte blir brukt når det diskuteres livskvalitet hos personer med utviklingshemming. Det forklares på mange måter og omfatter det å ha evner, holdninger og initiativ til å ta egne valg på en selvstendig måte – uten ytre press eller manipulering av andre. Det går litt over i autonomi som ofte forklares som regulering av egen atferd, altså hvordan personen kan bruke egne preferanser og egne interesser for å velge eventuelle aktiviteter eller handlinger (Kassah og Kassah 2009). Alle disse begrepene brukes som nevnt i litteraturen når livskvalitet for utviklingshemmede diskuteres. Det største fokuset på disse begrepene kom etter den såkalte HVPU-reformen som tok plass fra sent -80 tall og inn i 1990 årene. Reformen handlet om avvikling av datidens institusjonalisering av utviklingshemmede og innføring av kommunal omsorg. Det nye kommunale ansvaret skulle gi økt mulighet for tilpasning av tjenester for den enkelte og flere individuelt tilpassede boliger. (Kittelsaa 2011) Stikkord her var normalisering og integrering. Man ønsket at utviklingshemmede skulle bo mest mulig som normalbefolkningen og ta større del i bestemmelser i eget liv. Tøssebro gjorde en undersøkelse om utviklingshemmedes levekår etter reformen og ga ut i 1996 en evalueringsrapport som blant annet fortalte at selvbestemmelsen hadde økt med tanke på innkjøp av mat og klær. I 2001 hadde Tøssebro og Lundby evaluert levekår på ny og fant denne gangen en stagnasjon i utviklingen (Kittelsaa 2011). I 2021 kom det igjen ut en rapport fra Tøssebro og Wendelborg som omhandlet utviklingshemmedes bosituasjon 2021. Denne finner også at dominerende bosituasjon for utviklingshemmede er bofellesskap. (Tøssebro, et al. 2021) I snitt hadde

bofellesskapene i 1994 et antall på 3,8 beboere mens i 2019 var antallet doblet (Askheim 2020) Askheim skriver at det derfor fryktes at ideologien bak reformen går i feil retning og politikken styrer mot en re- institusjonalisering. En utfordring i bofellesskapene kan være manglende rom for individuell tilrettelegging. De ansatte i Asheims undersøkelse ga uttrykk for at de føler bofellesskapene bærer mer preg av institusjon enn privat hjem. For å bevare den enkeltes integritet og rett til medvirkning og ikke minst nødvendig helsehjelp er det avgjørende å kjenne til lovverket. Helse og omsorgstjenestelovens kapittel 9- Bruk av tvang og makt ovenfor personer med utviklingshemming. *Som bruk av tvang og makt regnes alle tiltak personen motsetter seg, eller tiltak som vurderes så inngripende at de uansett må regnes som bruk av tvang og makt.* (Ohnstad 2009). Dette begrenser hva en tjenesteyter kan gjøre i de tilfellene hvor man ser at tjenestemottaker har behov for endring i kosthold. Man ser på tvang og makt som subjektive og objektive forhold. Subjektivt ser man på reaksjoner hos tjenestemottaker og her er det åpenbart at man må kjenne vedkommende for å kunne eventuelt fortolke reaksjoner eller benytte hjelpemidler for kommunikasjon om nødvendig. Objektive forhold kan være mer utfordrende å forstå, men menes i loven med inngripen eller tiltak som en person normalt ville motsatt seg. Det kan for eksempel være å låse inne mat, alarmer på dør ut, hindre bruk av komfyr dersom dette er for å hindre tjenestemottaker i å lage seg mat. En tjenestemottaker kan ikke samtykke til tiltak som etter en helhetlig vurdering er å betrakte som bruk av tvang og makt. (Nordstrøm og Kolset 2019).

2.0 Problemstilling

Dersom kommunene skal yte tjenester som beskrevet i den nye veilederen fra Helsedirektoratet vil man som tjenesteyter møte flere utfordringer som jeg nevner innledningsvis. Dette er bakgrunnen for min problemstilling:

Hvilke utfordringer møter kommunal tjenesteyter når det gis bistand til voksne personer med utviklingshemming som har behov for endring av matvaner og eller livsstil knyttet til ernæringsmessige utfordringer?

3.0 Metode

For å besvare min problemstilling har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur og forskning på et spesifikt tema eller fagfelt. For å bringe vitenskapen videre er det nødvendig å avdekke allerede eksisterende kunnskap for å vite hva man vet, og hva man ikke vet. Man kan si at en litteraturgjennomgang er en nødvendig øvelse i ethvert forskningsprosjekt (Persson 2021). Denne oppgaven er systematisert etter 6S-modellen fra Perssons bok og består av: *Spørre, søke, sortere, syntetisere, skrive og systematisere*. Mye av forskningen innen ernæring og kostholds arbeid som presenteres i resultatdelen kan ikke vise til spesifikke metodetradisjoner. Mange studier innen medisin og helsefag vil derfor ofte kalles pragmatiske og i disse studiene brukes gjerne empiriske data fra semistrukturerte intervjuer eller fokusgrupper (Malterud 2017). Arbeidet består i å finne litteratur som omhandler utviklingshemmede som mottar bistand i forhold til livsstil og ernæring og hvordan dette eventuelt kan settes i system. For at ikke oppgaven skal bli for stor har jeg valgt å begrense den til voksne personer med mild til moderat utviklingshemming. Jeg ønsker ikke å fokusere spesielt på overvekt blant utviklingshemmede, men vektendring er målbart og blir derfor en naturlig del av materialet. Litteraturen jeg benytter er studier og artikler funnet via databaser samt bøker og annet fagstoff jeg mener er relevant for oppgaven og hjelper meg å gi svar på det jeg spør om. I de følgende underkapitler vil det redegjøres for hvilke databaser som er benyttet, søkeord og søkestrategi, andre kilder for aktuelt materiale samt bøker. For å danne et mest mulig korrekt grunnlag for denne oppgaven valgte jeg å dele inn søksgrunnlaget i 3 deler. Styrker og svakheter diskuteres under punkt 5.1.

- Hvordan er kostholdet blant utviklingshemmede i dag? Er det grunnlag for å kunne si at denne gruppen har behov for ytterligere bistand og ikke minst økt behov for forskning når det gjelder kosthold og bistand?
- Hvilke intervensjoner er benyttet og hvordan har disse intervensjonene bidratt til mer kunnskap om metoder– eller faktorer som påvirker endringsarbeid?
- Hvilken rolle har tjenesteyter i dette arbeidet – Legge til rette for godt kosthold hos tjenestemottaker?

3.1 Databaser for søk

Det ble utført flere søk i flere databaser, men hovedsøk ble utført i Oria og Google scholar. Utfordringen lå i å finne aktuell litteratur som omhandler tema og kan være med å belyse problemstillingen. Søkeord var «disability, mental, intellectual, adults, nutrition» samt «healthy lifestyle, care, healthcare, nutritionist og dietary». Ekskluderte søk med innhold av «children, Women og Covid» Dette på bakgrunn av at de førte til veldig store treff med artikler som ikke var relevante for min oppgave. Søket ble også gjort til artikler eller utgivelser av nyere tid slik at jeg satt igjen med 81 resultater. En gjennomgang av overskrifter ekskluderte flere og jeg satt igjen med 14 aktuelle treff.

I Oria ble det foretatt et søk som følger: «Intellectual AND disability AND diet NOT children» i tittelsøk. Alle felt: «Intervention AND food NOT covid». Dette resulterte i 18 treff. Det ble kun beholdt fagfellevurderte artikler. Artikkelen som til slutt er tatt med i resultatdelen og ligger til grunn for oppgaven er kvalitetssikret gjennom Malteruds sjekkliste for kritisk lesning av kvalitative studier. (Malterud, 2017) Selv om ikke alle artikler eller all litteratur kan krysses av på samtlige punkter i sjekklisten er denne et verdifullt verktøy når det gjelder å vurdere kvalitet og innhold. (Malterud, 2017)

Det ble også gjort et såkalt «snøballsøk» (ref). I artikkelen «Dont Mention the diet!» (Martin et al.2020) ble det referert til en artikkel av Anne E. Roll,2017. «Health promotion for people with intellectual disabilities. A concept analysis». Denne var såpass aktuell at jeg valgte å ta den med som et av funnene.

3.2 Bokkapittel

God mat for kropp og helse. (Nordstrøm og Kolset,2019). Kapittel: Helsepsykologi: Motivasjon til å endre vaner.

4.0 Resultat

Resultatene presenteres i en liste i punkt 4.1. Kort beskrivelse av relevante hovedfunn presenteres nærmere i punkt 4.2.

4.1 Resultat - litteratursøk

Resultatene er nummererte

1. Diet quality among people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. (Gast, et al. 2021)
2. Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community (Adolfsson, Mattson Sydner, et al. 2008)
3. Comparing the effectiveness of a multi-component weight loss intervention in adults with and without intellectual disabilities. (Spano, Hankey & Melville 2013)
4. The effectiveness of nutrition and activity programmes for young adults with intellectual disabilities. (Yilmaz, et al. 2014)
5. Changes in energy intake and diet quality during an 18-month weight management randomized controlled trial in adults with intellectual and developmental disabilities (Ptomey, et al. 2018)
6. A multi component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomized controlled trial (Bergström, et al. 2013)
7. Don't mention the diet! A health promotion initiative to support healthy diet and lifestyle decision -making by people with intellectual disability (Martin, et al. 2021)
8. Physical activity and nutrition health promotion interventions: What is working for people with intellectual disabilities? (Heller, et al. 2011)
9. Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: A systematic review of the evidence (Spanos, Melville og Hankey, Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence 2013)

10. Health promotion for people with intellectual disabilities- a concept analysis (Roll 2017)
11. Foodwork among people with intellectual disabilities and dietary implications depending on staff involvement (Adolfsson, Fjellström, et al. 2012)
12. Implementation of a program to support direct support professionals to promote a healthy lifestyle for people with moderate to profound intellectual disabilities (Overwijk, et al. 2021)
13. Helsepsykologi: Motivasjon til å endre vaner (Nordstrøm og Kolset 2019)

4.2 Kosthold hos personer med utviklingshemming

1. Gast et al. ga ut denne undersøkelsen som var en del av en større randomisert kontrollert studie i Nederland- hvor de via spørreskjema ønsket å kartlegge kostholdsvaner blant voksne personer med mild utviklingshemming (151 personer). Kontrollgruppe (169 personer) ble brukt hvor personene ikke hadde utviklingshemming. Gruppen med utviklingshemming hadde dårligere kosthold enn kontrollgruppen. De hadde også høyere BMI (Body Mass Index)- som sto i samsvar med kostholdet. Kvinner hadde noe bedre kosthold enn menn i denne undersøkelsen. Personer med utviklingshemming hadde høyere inntak av sukker, prosessert mat og generelt høyere inntak av usunne matvarer enn kontrollgruppen. Inntak av alkohol var lavere hos gruppen med utviklingshemming, samt inntak av nøtter og fisk. Personene med utviklingshemming bodde i egne boliger med personale eller mottok tjenester minst 5 ganger i uken. I 33% av tilfellene var det tjenesteyter som bestemte menyen, men 47,3% opplyste om at menyen ble bestemt av tjenestemottaker sammen med tjenesteyter.
2. Adolfsson et al. ønsket å se på hvordan kostholdet var hos personer med utviklingshemming som bodde i kommunal bolig med bistand fra tjenesteytere bosatt i Sverige. Det ble benyttet en 3-dagers kostregistrering hvor de registrerte alt personene i undersøkelsen spiste og drakk i tillegg til fysisk aktivitet. De benyttet NNR (Nordic Nutrition Recommendations) for sammenligningsgrunnlag. Inntak av frukt og grønt var veldig lavt. Daglig inntak av fiber var også lavere enn anbefalingene. Matvarer som stod for største del av energiinntaket hos denne

gruppen var meieriprodukter, kjøttprodukter, brød og søt bakst. Også i denne studien ble det observert et lavt inntak av alkohol. Mye av energiinntaket kom fra spising mellom måltidene, i snitt 26% av daglig energiinntak. Det ble observert en jevn måltidsrytme med for det meste faste måltider. Inntaket generelt var lavt på frukt og grønnsaker, men i snitt var inntaket av grønnsaker høyere enn inntak av frukt noe som står i kontrast til normalbefolkningen. De fant lavere inntak av retinol, B1 og B2 hos personer som foretrakk brus til måltider fremfor melk. (Adolfsson, Mattson Sydner, Fjellström, Lewin, & Andersson, 2008)

4.3 Intervensjoner rettet mot personer med utviklingshemming

3. Spanos et al. gjorde en undersøkelse i Glasgow hvor de benyttet tallmateriale fra et vektreduksjonsprogram for personer med utviklingshemming og overvekt (TAKE5) hvor de sammenliknet resultatene fra personer med utviklingshemming mot en gruppe uten utviklingshemming som tidligere hadde deltatt i et vektreduksjonsprogram for personer uten utviklingshemming med overvekt. Deltakerne hadde reduksjon i vekt og BMI. Det var ingen signifikant forskjell i vekttap hos gruppene. Personene med utviklingshemming gjennomgikk programmet en til en – ikke i gruppe slik som personene uten utviklingshemming. Forfatterne diskuterer at det er mest gunstig for utviklingshemmede å motta slike kurs i en tilsvarende en til en- sammenheng. Det var signifikant høyere deltakelse hos personene med utviklingshemming – i programmet for personer uten utviklingshemming var det flere som ikke fullførte programmet. TAKE 5 er et program som varer i 16 uker. Kursene ble holdt i deltakernes bolig gjerne med tjenesteyter til stede. Kursene var tilrettelagt hver enkelt deltaker og de benyttet blant annet snakkematter, bilder og modeller av mat. Presentasjonene ble utformet av en profesjonell med erfaring innen kommunikasjon med personer med utviklingshemming. Denne sammenligningen som ble gjort på to grupper som hadde gjennomført forskjellige intervensjoner eller program, men noen likheter var det i disse programmene. Begge gruppene fikk en kalorireduert beskrevet diett, begge gruppene fikk råd om å øke daglig fysisk aktivitet med 45-60 min i 5 dager per uke. Begge mottok atferds orienterte teknikker for endring i kosthold- og aktivitetsmønster (Spanos et al.2013)

4. Yilmaz et al. gjorde en semi-eksperimentell studie i Tyrkia hvor de ville se på effekten av et kostholds og aktivitetsprogram for unge voksne med utviklingshemming. Programmet hadde en varighet på 8 uker og hadde som mål å gi økt kunnskap om ernæring og kosthold samt fysisk aktivitet for denne gruppen. Alle deltakerne hadde BMI innenfor normalområdet (19,9 – 24,9). Forskerne benyttet spørreskjema om kosthold og ernæring før og etter opplæringsprogrammet. Det var signifikant økning i korrekte svar etter opplæring. Deltakerne hadde tjenesteytere som bisto i det daglige. Dette programmet baserte seg på opplæring av deltakerne slik at de var bedre rustet til å gjøre sunne valg for seg selv dersom det var det de ønsket. Opplæringen fant sted der hvor deltakerne gikk på skole/dagtilbud. Et opplæringsprogram var rettet mot deltakerne mens et annet direkte til familie eller tjenesteytere. Opplæringen ble gitt deltakerne i små grupper på 3-5 personer og varte mellom 25-30 minutter. Det ble benyttet fargerike illustrasjoner i denne undervisningen som ble avholdt av en fast person for å opprettholde mest mulig kontinuitet og likhet i undervisningsmetoden (Yilmaz, Sari, Serin, Kisa, & Aydin, 2014)
5. Ptomey et al. ønsket å sammenligne endring i energi inntak og endring i kosthold gjennom to ulike dietter. Voksne personer med utviklingshemming tok del i denne 18mnd lange randomiserte kontrollerte studien. Selve vekttaps perioden varte i 6 mnd. mens de resterende 12 mnd. ble benyttet for vektstabiliseringsperiode. Forsøkspersonene ble delt i to grupper hvor den ene gruppen fulgte de amerikanske retningslinjene i forhold til ernæring og kosthold mens den andre gruppen deltok i såkalt «enhanced Stop Light Diet». Assistert 3-dagers kostregistrering ble gjennomført ved baseline, samt 6 og 18 mnd. og dannet resultatgrunnlaget for studien. Gruppen som fulgte eSLD hadde en signifikant nedgang i energiinntak ved 6 og 18 mnd. Bortsett fra det var det ingen forskjell mellom gruppene i forhold til kvalitet på kostholdet. De så kun en endring når de tok hensyn til demografiske forhold. (Ptomey, et al., 2018)
6. Bergström et al. ønsket å forbedre kosthold og fysisk aktivitet hos voksne personer med utviklingshemming bosatt i Sverige. Intervensjonen ble gjennomført i boligene og inkluderte både tjenestemottaker og tjenesteyter. De delte intervensjonen inn i 3 hoveddeler hvor en del bestod av utnevning av en «helse ambassadør» i boligen som jevnlig deltok på møter i nettverket og hadde ansvar for kursing av sine kolleger og øke kompetansen innad i sin enhet eller bolig. Den

neste delen bestod av iverksetting av en studiering for tjenesteytere. Den tredje delen av intervensjonen bestod av et helse-kurs for tjenestemottakere. 129 av 130 deltakere gjennomførte. Samlet sett fant de en signifikant økning i fysisk aktivitet i form av økt antall skritt og en positiv effekt på arbeidsrutiner og det generelle helsearbeidet i boligene. De målte ingen effekt på deltakernes BMI, ingen endring i egen oppfattelse av livskvalitet eller effekt på kvalitet på kosthold. Midjemål gikk noe ned, men ikke signifikant endring. De fant en litt større positiv effekt i boligene hvor tjenestemottakerne hadde mer bistand fra tjenesteyter, spesielt på økt fysisk aktivitet. (Bergström, Hagströmer, Hagberg, & Elinder, 2013)

7. Martin et al. ønsket å se på hvordan økt deltakelse av personer med utviklingshemming i selve utviklingen av metoder og programmer kan påvirke utfallet når det gjelder opplæring i ernæring og sunn livsstil for denne gruppen. 8 voksne personer med mild og moderat utviklingshemming ble tatt med som co-produsenter av et opplæringsprogram. De deltok med innspill på hva de hadde behov for å vite mer om når det gjelder kosthold og helse og hvordan de best kunne motta denne informasjonen. Resultatet viste at individene som gjennomførte det 8mnd lange programmet satte pris på at det var personsentrert og hadde en interaktiv tilnærming. De ble rustet med kunnskap tilstrekkelig for å kunne gjøre egne valg om hvorvidt de ønsket å ha en sunn livsstil eller ikke. Det ble avdekket en grunnleggende kunnskapsmangel hos de utviklingshemmede i forhold til kroppen helhetlig sett og indre organer og funksjoner. Utdanningen av individene ble utført tilpasset hver enkeltes evne for læring. Dette var ikke en intervensjon- men en metode for å utvikle en intervensjon eller opplæringsprogram i helse for utviklingshemmede. Selvbestemmelse er en svært viktig faktor og forfatterne viser her en metode for å inkludere selvbestemmelse i metodeutvikling. (Martin, et al., 2021)
8. Heller et al. har sett på hva som fungerer for personer med utviklingshemming når det gjelder intervensjoner i forhold til fysisk aktivitet og ernæring og gjort en sonderende litteraturstudie. Jeg har forsøkt å se nærmere på ernæringsfunnene i denne studien. 5 av studiene de undersøkte hadde ernæring som komponent. Største utfall her var endring i BMI hos deltakerne og vekttap hos de som var overvektige. Intervensjonene som hadde tydeligst resultat i forhold til vekttap hos de med overvekt/fedme var intervensjoner som inkluderte ernæring og fysisk aktivitet i samme opplæringsprogram samt hjemmebesøk. Kun rådgivning ga ikke resultater.

Andre utfall var deltakernes økte kunnskap om livsstil/ernæring. De ser et behov for å utvikle, implementere og vedlikeholde programmene og fordelene med intervensjonene over tid. Forfatterne påpeker også betydning av tjenesteyteres motivasjon til å promotere god helse og fysisk aktivitet. (Heller, McCubbin, Drum, & Peterson, 2011)

9. Spanos et al. har foretatt en litteraturstudie hvor de har gjennomgått funn i studier som er utført på personer med utviklingshemming og overvekt. De endte med 22 studier som oppfylte deres kriterier. De beskriver at kun en studie sa noe om kunnskapsnivå hos den som hjalp tjenestemottaker gjennom studien. De har inndelt studien i komponenter hvor jeg har valgt å sette søkelys på atferdsendring og atferdsendring i tillegg til fysisk aktivitet samt kosthold/ernæringsfokus. Funn: Ingen av disse studiene som omhandler atferdsendring kunne vise til statistisk signifikant vekttap i området 5-10%. En studie hadde signifikant forskjell mellom en gruppe som fikk bistand fra foreldre mot en gruppe som ikke hadde det. Gruppen med foreldreinvolvering hadde større vekttap. På sikt etter tre – seks mnd. oppfølging var vekten gått opp igjen hos de fleste. Atferd og fysisk aktivitet. Igjen – flere av disse studiene manglet også informasjon om kunnskapsnivå til de som forela intervensjonene. Kun to intervensjoner omhandlet kosthold og ernæring. En av studiene kunne vise til ganske stort vekttap hos deltakerne, men dette var fra 1988 og det forelå ikke mer informasjon enn at deltakerne fikk en lavkaloridiett på 1000-1100 kcal i 9 mnd. på institusjon. Den andre studien kunne også vise til vekttap og ga informasjon og opplæring individuelt jevnlig gjennom 12 mnd. 3 studier omhandlet kosthold i tillegg til fysisk aktivitet. Alle kunne vise til vekttap hos deltakerne med noe forskjellig tilnærming. Fra personlig tilpasset diett til måltidserstatte i form av drikke.
10. Anne E. Roll gjorde en litteraturstudie hvor målet var å finne hvilke konsepter som ble benyttet i helsefremmende arbeid for personer med utviklingshemming. Hun fant fire aspekter det var fokusert på: Sunn livsstil, fremme økt kunnskap om helse, involvere tjenesteytere og et personsentrert fokus. Forfatteren trekker også frem viktigheten av det å styrke individets mulighet til å ha kontroll over egen helse – at dette er nøkkelen til helsearbeid. Samtidig er dette en utfordring for personer med utviklingshemming som ofte er avhengig av tjenester i varierende grad. Hun påpeker også viktigheten av at informasjon til mennesker med utviklingshemming blir gitt presist, tydelig og tilpasset kognitiv forståelse. (Roll, 2017)

4.4 Ernæringsarbeid for personer med utviklingshemming-

Tjenesteyters rolle

11. Adolfsson et al. ønsket å se på hvordan ernæringsarbeidet for personer med utviklingshemming foregår. De delte arbeidsmetodene inn i 4 metoder: a) selvstendig matlaging b) matlaging i samarbeid med tjenesteyter c) Matlaging med tjenesteyter som styrende part d) Matlaging utført helt av tjenesteyter
De fant at utviklingshemmede i realiteten er svært avhengige av tjenesteyter og dennes kunnskap om kosthold og matlaging. Graden av hjelpebehov varierer med grad av utviklingshemming. De fant at i gruppen a) ble det bare brukt 7% ferske råvarer- men 59% ferdigretter. b) 53% ferske råvarer -20% ferdigretter. c) 60% ferske råvarer – 7% ferdigretter d) 53% friske råvarer – 25% ferdigretter. De som lagde mat selvstendig, brukte 34% frukt og grønnsaker i maten sin mens de som lagde mat sammen med tjenesteyter brukte hele 73% frukt og grønnsaker.
Kartleggingen ble foretatt ved observasjoner og metoden ga forskeren mulighet til et mer personlig forhold til deltakerne og en økt forståelse for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, men også interaksjoner tjenestemottakere imellom. Forfatterne diskuterer også normaliseringspolitikken og hvordan det kan se ut som en re-institusjonalisering i enkelte boenheter. I kollektiv lignende boliger der flere personer bor sammen og spiser sammen, arbeider tjenesteyterne på en slik måte at det ikke alltid legges til rette for individuelle behov- men måltider tilpasses gruppen. (Adolfsson, Fjellström, Lewin, & Sydner, 2012)
12. Overwijk et al. ønsket å se på effekten et opplæringsprogram for tjenesteytere kunne ha på kostholdet til personer med utviklingshemming. Fire boenheter og/eller dagsenter ble inkludert. Kurset som var teori-basert ble gitt som e-læring i tillegg til tre gruppemøter. I etterkant skulle den nye kunnskapen til tjenesteyterne implementeres i arbeidshverdagen med personer med utviklingshemming.
Tjenesteyterne fikk lære om kosthold og ernæring, fysisk aktivitet tilpasset personer med utviklingshemming i tillegg til kunnskap om atferdsendring og teknikker. Denne studien omhandlet personer med moderat til alvorlig utviklingshemming slik at resultatene som retter seg direkte mot disse er ikke nødvendigvis relevant for min oppgave, men programmet ga tjenesteytere økt

kunnskap og forståelse for ernæringsarbeidet i boligene med personer med utviklingshemming. Programmet ga positiv endring for mottaker og tjenesteyter. Data var spørreskjema, intervju, oppgaver, kostregistreringer som ble benyttet i forkant og i etterkant.

4.5 Motivasjon til endring -Bokkapittel

13. Nordstrøm og Kolset belyser temaet «Helsepsykologi – Motivasjon til å endre vaner» i boka God mat for kropp og helse. De beskriver ulike deler av helsepsykologien og gir eksempler på teknikker eller metoder som kan benyttes i arbeid med endring hos personer med lett til moderat utviklingshemming. De beskriver kort KAT (Kognitiv atferds orientert terapi), motiverende intervju, teorien om planlagt atferd (TPB) i tillegg til 3 metodeeksempler på atferds psykologisk læringsteori. Forfatterne belyser motivasjon – hva er det og hvordan henger motivasjon sammen med holdninger. Hvordan dette i praksis fungerer i arbeid med personer med kognitive nedsettelse. Det kommer frem at dersom endringsarbeid skal lykkes må det være kunnskap hos tjenesteyter. Det må være samkjørte holdninger i en eventuell personalgruppe og enighet om metode. De oppsummerer kapitlet med å si at folkehelsearbeidets mål er å øke menneskers kunnskap, interesse, evne og mulighet til å ta vare på seg selv.

5.0 Diskusjon

Jeg vil forsøke å diskutere funnene fra litteraturen opp imot noen av de temaene jeg presenterte i resultatdelen. Disse var kosthold hos personer med utviklingshemming, tjenesteytere og hvilken rolle denne har i endringsarbeid, intervensjoner og metoder som har vært benyttet for endring hos personer med utviklingshemming. For å ikke gjenta meg selv for mye vil dette flyte noe over i hverandre. Det viser seg vanskelig å skille temaene helt fra hverandre da de vil påvirke hverandre på mange måter.

5.1 Styrker og svakheter

En begrensning i denne oppgaven ligger allerede i metodedelen eller i søkene. Når man søker etter «utviklingshemmet» brukes flere varianter av ordet og jeg har valgt disability. Jeg har også søkt spesifikt etter litteratur som omhandler voksne personer med utviklingshemming og dette kan også ha gitt en begrensning i antall treff. Jeg fant mye litteratur, men mye som i tillegg til mine søkeord omhandlet andre aldersgrupper, spesifikke syndromer, somatisk sykdom, overvekts problematikk og følgesykdommer/tilstander og artikler og studier som har foregått utenfor Europa/land som jeg tenker ikke riktig kan sammenlignes med Norge. Når denne oppgaven ble påbegynt visste jeg ikke nøyaktig hvilken retning den ville ta. I etterkant ser jeg at det ville være andre artikler jeg svært gjerne kunne tenke meg å se nærmere på som omhandler denne oppgaven. Det er likevel ikke sikkert at flere artikler ville endret noe på resultatet i stor grad.

En av styrkene til denne oppgaven er at litteraturen omhandler flere aspekter i ernæringsarbeidet rettet mot voksne personer med utviklingshemming. Arbeid med ernæring er et komplekst og sammensatt arbeide og krever kunnskap hos tjenesteytere, men også evne og mulighet for tverrprofesjonelt samarbeid i mange tilfeller. Jeg har sett på litteratur som omhandler metoder for innhenting av informasjon, kartlegging av kosthold og hvordan sette dette i system. Hvilke kartleggingsmetoder som fungerer, styrker og svakheter hos metodene. Videre har jeg sett på litteratur som tar for seg ulike tilnæringer for endring hos personer med utviklingshemming når det gjelder kosthold og livsstil. Ingen av studiene jeg har valgt å ta med i resultatdelen benytter samme intervensjon eller samme prosedyre. Det kan nok være en svakhet fordi jeg ikke kan si at en metode er bedre enn en annen. Det man derimot ser til felles for disse ulike studiene er behovet personer med utviklingshemming har for økt kunnskap. Det diskuteres også viktigheten av tjenesteyters

rolle i arbeid med ernæring. Som en samarbeidspartner kanskje i det daglige matlagingsarbeidet, men kanskje har denne en mer ansvarlig rolle når tjenestemottaker skal delta på for eksempel kurs og opplæringsprogrammer. Spanos et al fant at det var høyere deltakelse hos utviklingshemmede enn normalbefolkningen i programmene. Kan dette være et resultat av ansvar tjenesteyter har ved å følge opp avtaler som tjenestemottaker har gjort? Yilmaz et al. påpeker at i mer utviklede land er det gjort mer forskning og arbeid på dette området, men i Tyrkia fant de ingen forskning relatert til opplæring i helse eller trening for personer med utviklingshemming. Denne studien kan kanskje sies å ikke være relevant for en oppgave som dette på grunn av geografiske forhold, men jeg mener det sier litt om prioritering av denne gruppen mennesker verden over. I tillegg er det en god ide å benytte spørreskjema for å kartlegge kunnskap en person har om et gitt tema – som i dette tilfellet ernæring. Slike spørreskjema kan tilrettelegges på mange måter og kan hjelpe oss i kartleggingsarbeidet for personer med utviklingshemming.

Mennesker med utviklingshemming er i høyere risiko enn normalbefolkningen når det gjelder å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer og overvekt (Rimmer, Rowland og Yamaki 2007; Heller et al.2011; Gast et al.; Yilmaz et al.2014; Ptomey et al.; Bergström et al.2013). Gruppen er overrepresentert når det gjelder overvekt og inaktivitet. Dette var også en forforståelse jeg hadde med meg inn i oppgaven. I mitt arbeid med utviklingshemmede har jeg flere ganger opplevd at dette er noe «alle vet». Årsakene derimot, finnes det utallige forklaringer på fra en tjenesteyters ståsted. Dette har også vært en av drivkreftene mine for å gå inn i denne tematikken. At alle vet at utviklingshemmede har store utfordringer når det gjelder kosthold – samlet sett, men ingen har gitt meg et klart svar på hva vi kan gjøre med det, eller stilt spørsmålet- hvorfor er det sånn? Studiene som tar for seg programmer og intervensjoner for å forbedre kosthold og fysisk aktivitet har flere fellestrekk når det gjelder resultater. De fleste/alle kan vise til forbedring av kunnskap hos deltakerne og forbedring i eventuell BMI målinger.

5.2 Kunnskaps-økning hos tjenesteyter

Et fellestrekk som går igjen i studiene som har vært brukt i resultatdelen er at kunnskapen hos tjenesteyterne er av betydning. Kun én studie ønsket å se på hvordan økt kunnskap hos tjenesteytere kunne bidra til sunnere livsstil hos tjenestemottakerne. (Overwijk, et al., 2021). Hvorfor er ikke kunnskap om kosthold og ernæring et krav for personer som arbeider med mennesker med utviklingshemming? Kan det skyldes at vi alle har en viss

kunnskap og forståelse for hva som er sunt kosthold og riktig mat? Kan det være at mange mener at «jeg vet hva som er sunt»? Studiene og litteraturen sier noe om hvor avhengig tjenestemottaker er av tjenesteyters kunnskap og bistand. Den nasjonale veilederen som denne oppgaven innledes med sier også at kommunen skal sørge for tilstrekkelig kompetanse hos tjenesteytere når det gjelder ernæring. Basert på min oppfatning og forståelse etter å ha lest omfattende litteratur i fagfeltet mener jeg kommunene burde innføre obligatoriske kurs i kosthold og ernæring for alle som arbeider med tjenester til personer med utviklingshemming. Slik ville man kunne sørge for en grunnleggende nødvendig kunnskap om kosthold og ernæring hos tjenesteyter.

Man ser i litteraturen at økt kunnskap om sunn mat og helsebringende livsstil kan hjelpe denne gruppen. Implementering av programmer for å øke kunnskap hos personer med utviklingshemming om sunn livsstil må ses på som viktig, og fokuset på dette håper jeg bare blir større. Det er svært sannsynlig at økt kunnskap hos denne gruppen vil kunne bidra til mindre livsstilsrelaterte utfordringer, sykdommer og kostholds relaterte tilstander og dermed kanskje en økonomisk gevinst eller innsparing for samfunnet. Martin et al. skrev i sin studie at de avdekket en brist i de utviklingshemmedes kunnskap om kroppen og kroppens indre funksjoner. (Martin, et al., 2021) Dette kan man også koble til nedsatt kognitiv fungering og man burde kanskje ha mer fokus på dette i fremtiden. Hvordan skal du klare å ta gode valg for deg selv om du ikke er helt sikker på årsaken? Mange tjenestemottakere får kanskje høre fra tjenesteyter at «sjokolade ikke er bra for deg» «grønnsaker er sunt for kroppen» - men hvorfor er det slik og hva skjer i kroppen vår? Personer med lett eller moderat utviklingshemming har en lavere kognitiv fungering enn normalbefolkningen. Personer med lett utviklingshemming har generelt større selvbestemmelse enn personer med moderat utviklingshemming. (Eknes & Løkke, 2009) For å klare å benytte selvbestemmelse og stå for egne valg må vi ha kunnskap eller kompetanse i bunn, hvis vi ikke har dette vil avgjørelser være basert på impuls, andres forventninger eller hva man har fått beskjed om.

5.3 Det store bildet – er det for stort?

Å studere hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig når det gjelder bistand til utviklingshemmede er som denne oppgaven også viser- svært sammensatt. Det er så mange faktorer som påvirker hverandre på samtidig flere måter – slik at en av begrensningene for denne oppgaven ble å spisse problemformuleringen tilstrekkelig – samtidig som det er viktig å få frem nettopp dette med flere faktorer – hvordan hele

prosessen er avhengig av kommune – ledelse i bolig- kunnskap hos tjenesteyter- kunnskap hos tjenestemottaker – beslutningskompetanse og støtte – grad av utviklingshemming – alt henger sammen og man ser kanskje et økt behov for tverrprofesjonelt samarbeid. Vi finner mye om Individuell plan i lovverket både når det gjelder kommunens plikter og ansvar men også tjenestemottakers individuelle rettigheter. Min erfaring er at Individuell plan ikke benyttes på den måten det er tenkt. Tanken er god men hvorfor stopper det opp? Kunne en større bevisstgjøring av en Ips muligheter åpne opp for økt bruk? Igjen dukker det opp spørsmål som peker mot en kunnskapsmangel eller en svikt i systemet.

Utviklingshemmede består som tidligere nevnt av en kompleks heterogen gruppe. Hva som er den enkeltes utfordring når det gjelder ernæring, bør kartlegges individuelt. Her er ansvaret hos tjenesteyter samt fastlege. Hvordan kan disse tjenestemottakerne som har behov for hjelp utenom daglig bistand fanges opp? Den nye veilederen fra Helsedirektoratet sier at kommunen skal identifisere personer med økt behov for ernæringsmessig bistand og eventuelt innhente bistand fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal kommunen sørge for kunnskap hos tjenesteytere slik at disse er i stand til nettopp å identifisere personers ulike behov -samt søke videre hjelp. Hvordan denne jobben skal gjøres er ikke videre forklart slik at det nok er opp til hver enkelt kommune å løse dette kravet. Jeg fant ikke nevnt i mine resultater at det kunne være hensiktsmessig at boliger i en kommune burde være tilknyttet en egen ernæringsfysiolog- men dette tenker jeg kan være et forebyggende tiltak i kommunene. Denne kunne hatt et overordnet ansvar for å sørge for faglig kompetanse, kurs og også bistand ved behov for kostkartlegging. Hver kommune kunne også oppnevne et eget helseteam hvor en kunne samle tjenesteytere med aktuell faglig kompetanse og eller interesse for feltet. Slik kunne man kanskje bidra til en lavere terskel for å be om bistand dersom man arbeider med tjenestemottaker med noen utfordringer knyttet til kosthold og aktivitet. Et team innad i tjenesten for utviklingshemmede kan være en gunstig måte å bli kjent med og nyttiggjøre seg av de ulike kompetansene og faglige ressursene som finnes rundt i forskjellige boliger. Det er en mulighet for at bruk av IP ville økt dersom man hadde økt fokus på tverrprofesjonelt samarbeid i kommunens helsetjenester.

5.4 Kartlegging av kosthold

For å identifisere tjenestemottaker med behov for ernæringsmessig bistand må man i mange tilfeller starte med en kartlegging av kostholdet til vedkommende. For de som har overvekt eller høy BMI kan det være lettere å fremstå som tjenestemottaker med behov for

hjelp og tilrettelegging av livsstil ettersom dette er synlig. Dersom en tjenestemottaker er i fare for feil- eller underernæring kan dette være mer utfordrende å fange opp uten en god kartlegging av kosthold. Personer med mild til moderat utviklingshemming er i risiko for overvekt (34,4-43,9%) mens de med alvorlig til dyp utviklingshemming er i høyere risiko for undervekt eller underernæring (10,1%) (Gast, et al. 2021). Dette kan ha sammenheng med at personer med mild til moderat utviklingshemming i større grad bestemmer selv hva og når de vil spise mens personer med alvorlig og dyp utviklingshemming er mer avhengig av tjenesteyter for å spise.

Adolfsson et al. foretok en mindre studie i Sverige hvor de så på kosthold hos 32 beboere med utviklingshemming som bor i kommunale boliger med bistand. De brukte en 3-dagers kostregistrering hvor tjenesteytere hjalp med å fylle ut og eventuelt veie matrester. Noen ganger måtte de vurdere hva som var spist etter skjønn. Styrken ligger i at tjenesteyterne følger med og kan registrere fortløpende hva tjenestemottaker spiser og drikker. Svakheten i metoden er i de tilfellene hvor tjenestemottaker spiser eller drikker alene eller uten tjenesteyter til stede. For mennesker med mild til moderat utviklingshemming vil det være naturlig å ha noe tid alene i egen leilighet og dermed kan det bli vanskelig å registrere alt nøyaktig. Det ligger også en utfordring i å spørre tjenestemottaker hva denne har spist og drukket, den kognitive nedsettelsen og egen oppfattelsesevne kan påvirke resultatet.

Forfatterne beskriver også at normaliserings -ideen som fører til mer selvstendighet og selvbestemmelse hos personer med utviklingshemming også fører til mer selvbestemmelse i forhold til matinntak. Denne tråden tas opp igjen i en annen studie av Adolfsson med en annen innfallsvinkel til politikken hvor de ser at kollektivene kan nærme seg en re-institusjonalisering hvor det ikke legges like godt til rette for individet, men kostholdet baseres på gruppa i fellesskap. Dette kan være i strid med reformen fra -90 tallet og idealet om normalisering. Forfatterne fant at kostholdet generelt var bedre i disse kollektivene hvor tjenesteytere bestemte noe mer enn der hvor personen lagde all mat selv. Det kan jo se ut som det er hensiktsmessig å bo sammen i kollektiv med felles hjelp eller bistand, men hva da med selvbestemmelse, autonomi, individuell tilrettelegging og deltakelse i eget liv? (Adolfsson, Mattson Sydner, Fjellström, Lewin, & Andersson, 2008; Adolfsson, Fjellström, Lewin, & Sydner, 2012) Gast et al. foretok en lignende studie og kartla kostholdet til personer med mild utviklingshemming samt «borderline» altså IQ<85. I likhet med Adolfsson fant de at gruppen hadde lavt inntak av frukt og grønnsaker og var i risiko for mangelfull ernæring. Forfatterne diskuterer også mulighetene for at personer med lavere kognitiv fungering har behov for beslutningsstøtte for å kunne ta riktige valg

når det gjelder ernæring. Usunn mat er ofte raskere og billigere (Gast, et al., 2021). Jeg kan også se behov for mer kunnskap og ikke minst søkelys på boform -selvbestemmelse-kosthold. Hvor mange personer med utviklingshemming kan velge selv hvor de ønsker å bo og hvem de ønsker å dele bolig med? Hvor mange blir plasserte av pårørende i god tro og hvor mange har ikke et reelt valg av boligform i sin hjemkommune?

5.5 Tilrettelegging

Et annet tema som diskuteres i litteraturen er hvor viktig den individuelle kartleggingen er – hvilke læremetoder som passer den enkeltes kognitive nedsettelse og forståelse. Ikke minst en forståelse for hvordan læring kan skje hos personer med utviklingshemming. Det kan være sentralt at de som arbeider med personer med kognitive svekkelser har en grunnleggende kunnskap om læringsteori (Nordstrøm & Kolset, 2019). Kommunikasjon er et nøkkelord og det snakkes mye om å tilby tilrettelagt informasjon om helse til denne gruppen og at det per i dag ikke er utarbeidet tilstrekkelig materiell. Resultatene viser at flere av forskerne diskuterer mangelfull tilrettelegging av helseinformasjon og informasjon om kosthold og ernæring for personer med utviklingshemming. Ellingsen sier noe om den relasjonelle modellen i boka *Utviklingshemming og deltakelse* (Ellingsen 2014). Modellen eller grunntanken kalles også GAP-modellen og handler om at funksjonshemming oppstår mellom individets forutsetninger (eller -begrensede) forutsetninger og samfunnets krav og forventninger. Det er et rom eller gap mellom disse punktene som sier noe om behovet for tilrettelegging. Er det individet som må endres eller er det samfunnets krav? Og man kan kanskje omformulere samfunnets krav til samfunnets metoder og tilbud.

Dersom vi igjen trekker frem normaliseringspolitikken – ideal tanken om at utviklingshemmede skal få bistand tilpasset sitt behov for å leve mest mulig selvstendig og mest mulig likt normalbefolkningen må fokuset være på økt kunnskap som tilsvarer tilpasset kunnskap. Mulighet og rom for å få denne kunnskapen tilpasset individets behov kan være avgjørende. Her kommer det avansert kommunepolitikk inn i bildet, og det er en utfordring med tilgjengelige boliger, personale, ressursbehov og økonomi.

I tjenestene må vi ha tjenesteytere med tilstrekkelig faglig kompetanse for å gi tjenestemottaker støtte og riktig veiledning i kosthold og ernæringsspørsmål. Det er behov for tjenesteytere som har grunnleggende kjennskap til utviklingshemming og utfordringer som ofte kommer i følge med det å ha en kognitiv nedsettelse. Tjenesteytere må ha god kjennskap til lovverket og til de nasjonale kostrådene.

Utfordringene har vært adressert i flere år og selv om det kan virke som ernæringsarbeidet rettet mot utviklingshemmede går i riktig retning er det fortsatt behov for mer forskning og mer kunnskap i fagfeltet.

6.0 Konklusjon

Ernæringsarbeid for personer med utviklingshemming er svært sammensatt og har behov for mer forskning. Vi trenger mer kunnskap om opplæring og implementering av kunnskap hos denne gruppen-når skal man begynne å ha fokus på kosthold og ernæring i utviklingshemmedes livsløp? Hvordan påvirker bo-formen de ulike sidene ved kostholds arbeid? Selv om jeg sitter igjen med en forståelse om at kunnskaps-økning hos tjenestemottaker og tjenesteyter er en slags hovedkonklusjon har jeg fortsatt mange spørsmål rundt dette komplekse fagfeltet.

7.0 Referanser

- Adolfsson, Päivi, Christina Fjellström, Barbro Lewin, og Ylva Mattson Sydner. 2012. «Foodwork among people with intellectual disabilities and dietary implications depending on staff involvement.» *Scandinavian Journal of Disability research*, 3: 40-55.
- Adolfsson, Päivi, Ylva Mattson Sydner, Christina Fjellström, Barbro Lewin, og Agneta Andersson. 2008. «Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community.» *Food and nutrition research*, 20 11.
- Askheim, Ole Petter. 2020. «Brukermedvirkning - fra politikk til praksis. Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå?» *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1 3: 170-186.
- Bakken, Trine Lise. 2020. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bergström, Helena, Maria Hagströmer, Jan Hagberg, og Liselotte Schäfer Elinder. 2013. «a multi-component universalintervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomized controlled trial.» *Research in developmental disabilities*, 10 7: 3847-3857.
- Brask, Ole David, May Østby, og Atle Ødegård. 2021. *Den profesjonelle hjelperrollen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- . 2016. *Vernepleierens kjerneroller - en refleksjonsmodell*. Bergen : Fagbokforlaget.
- Eknes, Jarle, og Jon Arne Løkke. 2009. *Utviklingshemning og Habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, Karl Elling. 2014. *Utviklingshemning og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- FO og NAKU.2020.På lik linje- Ingen tid å miste.Oslo; Fellesorganisasjonen. Funnet 05 2022.
<https://www.fo.no/getfile.php/1330664-1598358898/Filer/rapport%20komp%20i%20tjenester%20til%20utviklingshemmede.pdf>.
- Frambu.no. 2022. *Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser*. 25 4. Funnet 4 25, 2022.
<https://frambu.no/diagnose/prader-willis-syndrom/>.
- Gast, David A.A., Gabriela L.C. de Wit, Amber van Hoof, Jeanne H.M. de Vries, Bert van Hemert, Robert Didden, og Erik J. Giltay. 2021. «Diet quality among people with disabilities and borderline intellectual functioning.» *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 7 1: 488-494.
- Heller, Tamar, Jeffrey A. McCubbin, Charles Drum, og Jana Peterson. 2011. «Physical activity and nutrition health promotion interventions: What is working for people with intellectual disabilities?» *Intellectual and developmental disabilities*, 1 2, 49-1. utg.: 26-36.
- Helsedirektoratet. 2021. «Helsedirektoratet.no.» *Helsedirektoratet.no/veiledere/*. Funnet mars 23, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet#kommunen-skal-legge-til-rette-for-god-ernaering-for-personer-med-utviklingshemming>.

- Kassah, Alexander Kwesi, og Bente Liljan Lind Kassah. 2009. *Funksjonshemming - sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- kittelsaa, Anna M. 2011. *Vanlig eller utviklingshemmet? Selvførståelse og andres forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, Anne-Marie, Sile Divane, Sandra Twomey, Lucia O`Neill, Joseph McCarthy, Caroline Egan , Caroline Dalton , og Maria Caples. 2021. «Don`t mention the diet! A health promotion initiative to support healthy diet and lifestyle decision -making by people with intellectual disability.» *Br J Learn Disabil.*, 13 3: 475-481.
- NAKU. 2007. *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*. Helse og sosialdepartementet (oppdrag), Trondheim: Naku - Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming.
- NAKU. 2021. *Naku.no*. 8 2. Funnet 5 5, 2022. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10#main-content>.
- Nordstrøm, Marianne, og Svein Olav Kolset. 2019. *God mat for kropp og helse - Ernæringsarbeid for mennesker med utviklingshemming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- NOU 2016:17. 2016. *På lik linje -åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne og likestillingsdepartementet.
- Ohnstad, Bente. 2009. *Juss for helse- og sosialarbeidere. En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Overwijk, A, T.I.M. Hilgenkamp, C.P. Van der Schans, W.P. Krijnen, K. Vlot-van Anroij, A.A.J. Van der Putten, og A. Waninge. 2021. «Implementation of a program to support direct support professionals to promote a healthy lifestyle for people with moderate to profound intellectual disabilities.» *BMC Health services research*, 2 1. doi:doi.org/10.1186/s12913-021-07389-x.
- Persson, Mats. 2021. *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ptomey, Lauren T., F.L. Steger, J Lee, D.K. Sullivan, J.R. Goetz, J.J. Honas, R.A. Washburn, C.A. Gibson, og J.E. Donnelly. 2018. «Changes in energy intake and diet quality during an 18-month weight management randomized controlled trial in adults with intellectual and developmental disabilities.» *J Acad Nutr Diet*, 01 6: 1087-1096.
- Rimmer, James H., Jennifer L. Rowland, og Kiyoshi Yamaki. 2007. «Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: Adressing the needs of an underserved population.» *Journal of adolescent health*, 24 4: 224-229.
- Roll, Anne E. 2017. «Health promotion for people with intellectual disabilities - A concept analysis.» *Scandinavian Journal of caring sciences*, 22 1: 2017.
- Spanos, Dimitrios, Catherine Ruth Hankey, og Craig Andrew Melville. 2013. «Comparing the effectiveness of a multi-component weight loss intervention in adults with and without intellectual disabilities.» *Journal of human nutrition and dietetics*, 27. utg.: 22-29.

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

Tøssebro, Jan, Christian Wendelborg, Ingrid H. Hermstad, Anna Kittelsaa, Melina Røe, og Sigrid Wik. 2021. *Utviklingshemmetes bosituasjon 2021*. samfunnsforskning, Trondheim: NTNU samfunnsforskning.

Yilmaz, Medine, Hatice Yildirim Sari, Elif Serin, Sezer Seckin Kisa, og Özgür Aydın. 2014. «The effectiveness of nutrition and activity programmes for young adults with intellectual disabilities.» *International journal of caring science*, 5: 449-459.