

«Vi må jo få kose oss litt»,

**-om motivasjon for en sunn livsstil hos voksne
personer med utviklingshemning**

Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Stine Skorpen

Februar/2017

Antall ord:19019

1. Opplysninger om oppgaven

<i>Forfatter</i>	Stine Skorpen
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Steffen Torp
<i>Innleveringsdato</i>	15.februar 2017
<i>Oppgavens tittel</i>	«Vi må jo få kose oss litt», -om motivasjon for en sunn livsstil hos voksne personer med utviklingshemning
<i>Antall ord</i>	19019
<i>Søkeord</i>	Livsstil, helse, motivasjon, voksne personer med utviklingshemning, kosthold, fysisk aktivitet

2. Sammendrag

Overvekt er vanlig blant voksne personer med lett- til moderat grad av utviklingshemning. Personer med utviklingshemning ser nødvendigvis ikke sammenhengen mellom den maten de spiser og egen helse. I tillegg kan ansatte i bofellesskap mangle nødvendig kunnskap innen kosthold og fysisk aktivitet. Undersøkelser viser at tjenesteytere kan ha problemer med å vite hva som kan motivere til endring av vaner og hvilke muligheter de har til å påvirke livsstilsendringer hos personer med utviklingshemning.

Hovedmålet med denne masteroppgaven er å undersøke hva som må til for å opprettholde motivasjon for en sunn livsstil hos voksne personer med utviklingshemning.

Forskningsspørsmålene som blir studert inkluderer:

- 1) Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?
- 2) Hvilke tiltak benytter tjenesteytere og personer med utviklingshemning når de skal motivere seg eller andre til en sunn livsstil?
- 3) Kan tilrettelagt informasjonsteknologi benyttes for å motivere personer med utviklingshemning til livsstilsendringer? Hvis ja, på hvilken måte?

Dette er en kvalitativ undersøkelse. Fokusgruppeintervjuer er benyttet til datainnsamling, et med fire personer med lett grad av utviklingshemning og et med syv erfarne tjenesteytere som arbeider med voksne personer med utviklingshemning. Datanalysen er inspirert av Malterud (2011) sin tekstkondenseringsmetode.

Denne undersøkelsen finner at både personer med utviklingshemning og tjenesteytere er enige om at tiltak må tilpasses den enkeltes preferanser. Tjenesteytere må "knekke koden" for den enkelte, og kunnskap om å leve sunt er nødvendig som en felles plattform. Rutiner som blir et behov er en annen nøkkel til suksess for begge gruppene. Tjenesteytere trenger motivasjon for å motivere andre, og noen ganger må de bli minnet om sin posisjon som rollemodeller. Informantene er positive til ny teknologi, og mener at spillteknologi er artig og kan gi mestringsfølelse. Pris, brukervennlighet og teknologivegring er barrierer som hindrer bruk av teknologi.

Konklusjon: Vi vet at voksne personer med utviklingshemning er utsatt for livsstilsykdommer og at det i Norge ikke finnes noen nasjonale planer for å forebygge denne problemstillingen. Vi trenger helsefremmende strategier spisset mot de ulike helseutfordringer personer med funksjonsnedsettelse/utviklingshemning står overfor.

3. Abstract

Obesity is common among adults with mild to moderate form of intellectual disability (ID). People with ID do not necessarily correlate the food they eat and their health condition. In addition, care providers in the communities lack necessary knowledge in diet/nutrition and physical activity. Studies show that care providers may have trouble knowing what might motivate the change of habits and the opportunities they have to influence lifestyle changes for people with ID.

The main objective of this thesis is to investigate what it takes to maintain motivation for a healthy lifestyle for adults with ID.

Research questions that are being studied include:

- 1) Where do people with ID and their care providers look for health and - lifestyle information?
- 2) What kind of interventions do care providers and people with ID use when they will motivate themselves or others for a healthy lifestyle?
- 3) Can facilitated Information Technology be used to motivate people with ID for lifestyle changes? If yes, in what way?

Method: Qualitative study. Two semi-structured focus groups were conducted, one with a group of four people with mild ID and another with a group of seven caregivers with extensive experience. Interviews were analyzed thematically using systematic text condensation.

Results: It seems that people with ID as well as care providers agree that actions must be tailored to each individual's preferences. Care providers have to "crack the code" for each individual, and knowledge about healthy living is required as a joint platform. Routines that become necessary represent another key to success for both groups. Caregivers require motivation in order to motivate others, and sometimes they must be reminded of their positions as role models. Technology can be a motivator, but only a few things are adaptable, easy to use, or economically possible for people with ID to obtain.

Conclusion: We know that adults with ID are prone to lifestyle diseases and that Norway has no national plans to prevent this problem. We need health promotion strategies pursued against the various health challenges persons with ID faces.

Key words: health promotion, adult people with intellectual disabilities, motivation, lifestyle changes, healthy diet, physical activity

4. Forord

Fire år på masterutdanning i helsefremmende arbeid er over. Det har vært en lærerik og spennende prosess, og nå er det godt å være ferdig. Jeg vil takke mine informanter som deltok i fokusgruppeintervjuene og Lene Kristiansen, min kollega som deltok som observatør og medhjelper. Jeg vil takke veileder Steffen Torp for all god hjelp og konstruktive innspill i skriveprosessen og Vigdis Knutsen for korrekturlesing av oppgaven. Jeg vil også takke min arbeidsplass, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, for at jeg fikk anledning til å ta dette studiet og min fagsjef Ellen Melbye Langballe for at hun har gitt meg arbeidstid til å fullføre masteroppgaven. Og til sist vil jeg takke alle mine gode venner som har støttet meg og gitt meg inspirasjon til å fullføre dette studiet.

Februar 2017, Stine Skorpen

Innholdsfortegnelse

1.1 Innledning og bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	6
1.3 Forskningsspørsmål	6
2.1 Teorigrunnlag.....	7
2.2 Helsebegrepet.....	7
2.3 Verdigrunnlaget i helsefremmende arbeid	7
2.4 Sosialøkologisk metateori	8
2.5 Empowermentmodellen i helsefremmende arbeid.....	9
2.6 Banduras Sosial- kognitiv teori.....	12
3.1 Metode.....	15
3.2 Kvalitativ metode	15
3.3 Metodevalg.....	16
3.3.1 Fokusgruppeintervju.....	16
3.3.2 Om å intervju usedvanlige informanter	16
3.4 Datainnsamling.....	18
3.5 Utvalg.....	18
3.5.1 Fokusgruppe1, personer med utviklingshemning	19
3.5.2 Fokusgruppe 2, tjenesteytere	19
3.5. ennomføring av fokusgruppeintervjuer	20
3.5.1Fokusgruppe 1, personer med utviklingshemning.....	20
3.5.2 Fokusgruppeintervju 2, tjenesteytere.....	20
3.6 Dataanalyse.....	21
3.7 Etikk.....	22
4.1 Presentasjon av funn og drøfting	24
4.2 Forskningsspørsmål 1:Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?	26
4.2.1 Lærer om helse og livsstil gjennom relasjoner.....	26
4.2.2 Lærer om helse og livsstil via internett og tv	29
4.3 Forskningsspørsmål 2: Hvilke tiltak benytter tjenesteytere og personer med utviklingshemning når de skal motivere seg eller andre til en sunn livsstil?	30
4.3.1 Felles plattform av kunnskap og holdninger til livsstil.....	32
4.3.2 Lystbetont informasjon om livsstil.....	33
4.3.3 Faste rutiner skaper et behov som på sikt kan blir en indre motivasjon.....	34
4.3.4 Registrering og premiering for ønsket atferd.....	36
4.3.5 Ha gode rollemodeller blant personalet og blant de med utviklingshemning.....	38
4.3.6 Finne frem til motivasjonsfaktorer hos den enkelte.....	40

4.3.7 Nærmiljøet er tilrettelagt for en sunn livsstil	43
4.3 Forskningsspørsmål 3: Kan tilrettelagt informasjonsteknologi benyttes for å motivere personer med utviklingshemning til livsstilsendringer? Hvis ja, på hvilken måte?	45
4.3.1 teknologi er artig.....	45
4.3.2 Velferdsteknologi kan motivere til endret atferd	46
4.3.3 et er mange barrierer for å bruke ny teknologi i motivasjonsarbeid	47
5.1 Avslutning	50
5.2 Oppsummering	50
5.3 Metodiske og etiske refleksjoner	51
5.4 Konklusjon og videre forskning	54
Referanser:	56
Vedleggoversikt	61
Vedlegg 1: Invitasjon til personer med utviklingshemning om å være med i et forskningsprosjekt.....	62
Vedlegg 2: Invitasjon til tjenesteytere om å være med i et forskningsprosjekt.....	65
Vedlegg 3: Samtykkeskjema for personer med utviklingshemning.....	68
Vedlegg 4: Samtykkeskjema for tjenesteytere	69
Vedlegg 5: Temaguide, personer med utviklingshemning	70
Vedlegg 6: Temaguide, tjenesteytere.....	73

1.0 Innledning og bakgrunn

Med voksne og eldre personer med utviklingshemning menes personer fra 18 år og oppover som har en medfødt eller tidlig ervervet kognitiv svikt. Det å være utviklingshemmet innebærer en rekke ulike tilstander eller diagnoser hvor felles kjennetegn er at evnen til å lære og til å klare seg i samfunnet er mer eller mindre redusert. I Norge benyttes det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (2017) for å fastsette den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemning. Utenom i diagnosesystemet brukes begrepet personer eller mennesker med funksjonsnedsettelse/utviklingshemning (Norsk Forbund for Utviklingshemmede, 2017). Det estimeres at cirka 75.000 personer i Norge har en utviklingshemning. Cirka 50 000 av disse har en lett grad av utviklingshemning og lever uten en diagnose. Antallet som er diagnostisert og registrert, og som mottar tjenester i norske kommuner er langt lavere, cirka 24 000 personer, hvor av cirka 18.500 er over 16 år (Meld. St. 45 (2012-2013), 2013).

Undersøkelser av voksne og eldre personer med utviklingshemning viser at mange har en høyere sykkelighet sammenlignet med befolkningen generelt. De kan slite med flere kroniske lidelser, de er utsatt for livsstilsykdommer og ikke minst så opplever de ulikhet i tilgang til helsetjenester (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2007; Davis, Proulx & van Schroyen Lantman-de Valk, 2014; Scott & Havercamp, 2016; NOU 2016:17, 2016).

Hos mange personer med utviklingshemning starter aldringsprosessen tidlig i livet, og flere får sine liv preget av senkomplikasjoner på grunn av medikamentbruk eller andre plager som kunne ha vært unngått ved en bedre helseoppfølging. På tross av en for dårlig helseoppfølging (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2007), vil flere personer med utviklingshemning i dag oppleve å bli gamle sammenlignet med generasjonen før dem, da levekårene er blitt bedre. Nyere studier viser at forventet levealder vil fortsette å øke de neste 30 årene (Sandberg, Ahlström, & Kristensson, 2015).

«Personer med utviklingshemning» blir brukt som et begrep eller en betegnelse for en gruppe mennesker i samfunnet. «De er forskjellige, faktisk mer forskjellige en normalt-fungerende mennesker, fordi en kognitiv svikt kan ha meget ulike utslag hos den enkelte (Meyer & Gjørnum, 2010, s.197). Vi må slutte å snakke om personer med utviklingshemning som en gruppe, men begynne å forholde oss til hvert enkelt individ og deres diagnosespesifikke utfordringer sies det i rapporten *Godt kosthold er god omsorg* (Juul, 2016).

Folkehelseinstituttet (2015) kan rapportere om at stadig flere av oss passerer grensen for det som WHO definerer som overvekt og fedme, og at det er sosio-økonomiske forskjeller i fedmeutviklingen i landet. De med lavest utdanning og de som tjener minst er de som har mest overvektproblemer (Folkehelseinstituttet, 2015). En survey på kosthold og ernæringsstatus hos 282 personer med utviklingshemning på Vestlandet viste at bare 30 % var innenfor normalvektområdet (Hove, 2004). De med lett grad av utviklingshemning hadde en økt risiko for fedme, og de med alvorlig til sterk grad av utviklingshemning hadde en økt risiko for både under – og overvekt (Hove, 2004). Nyere forskning viser også at mange personer med utviklingshemning er overvektige og at svært få oppfyller de nordiske anbefalingene innen fysisk aktivitet og de har et lavt inntak av frukt og grønnsaker (Nordstrøm, Hansen, Paus & Kolset, 2013). Andre land har rapportert om lignende funn i en årrekke (Emerson, 2005; Hsieh, Rimmer, & Heller, 2013; McCarron et al., 2013).

I motsetning til både Sverige og Danmark har ikke norske myndigheter noe fokus på eller noen nasjonale føringer for hvordan en skal forebygge livsstilssykdommer blant personer med utviklingshemning. Våre nordiske naboer har utført nasjonale kartlegginger av helsetilstanden til personer med utviklingshemning og har laget forslag på strategier for å fremme helse og minske ulikhet i helse i forhold til denne gruppen (Folkhälsomyndigheten, 2016; Statens Institut for Folkesundhet, 2014).

I rapporten *Godt kosthold er god omsorg* (Juul, 2016) sies det at det er et stort behov for bevisstgjøring i forhold til kosthold hos både ansatte og beboere. Personer med utviklingshemning ser nødvendigvis ikke sammenhengen mellom den maten de spiser og egen helse, og de ansatte mangler kunnskaper innen ernæring og gode verktøy for å kartlegge ernæringsstatus hos beboere. En annen ting som ligger bak behovet til Tromsø kommune for å utvikle et ernæringskurs til sine ansatte, var at de ansatte hadde problemer med å vite hva som kan motivere til endring av matvaner og hvilke muligheter de har til å påvirke denne prosessen (Juul, 2016).

I denne masteroppgaven vil jeg benevne de som jobber med personer med utviklingshemning som tjenesteytere. Tjenesteytere kan være vernepleiere, miljø-arbeidere/terapeuter, helsefagarbeidere og ufaglært personell og de jobber ofte i bofelleskap eller samlokaliserte boliger. I disse boligene bor det personer med moderat til alvorlig grad av utviklingshemning, gjennomsnittlig åtte personer i hvert bofelleskap (Söderström & Tøssebro, 2011).

Frey, Buchanan & Sandt (2005) sier at mulighetene for personer med utviklingshemning til å bli integrert i samfunnet, til å bli produktive og uavhengige borgere, er betinget av deres evne til å opprettholde en god fysisk og psykisk helse og det er direkte relatert til deres fysiske aktivitetsvaner. I helse rapporten fra Nasjonal kompetansemiljø om utviklingshemning, NAKU (2007, s. 36) står det at; « personer med utviklingshemning har generelt svært lite tilgang til tilrettelagt informasjon, og når det gjelder helse og livsstil, er situasjonen svært mangelfull. Mange har liten eller ingen kunnskap om sykdommer, symptomer på ulike sykdommer, eller tiltak for å kurere sykdom. Det samme gjelder kunnskap om hygiene og ernæring. Mange har liten eller ingen kunnskap om kroppen, om seksualitet og samliv og så videre».

En artikkel viser at personer med utviklingshemning, i motsetning til befolkningen generelt, har en helsefremmende effekt av rolige gåturer (Lante, Reece, & Walkley, 2010). Grunnen til dette er trolig en kombinasjon av genetik og en sedat livsførsel i utgangspunktet. Personer med Downs syndrom (DS) for eksempel, har et lavere stoffskifte og en redusert muskeltonus sammenlignet med andre uten DS (Malt et al., 2013). Dette er et budskap som bør komme bedre frem til de som jobber med personer med utviklingshemning og det er kanskje ikke de store endringene som må til, men de små som likevel kan utgjøre en stor forskjell (Temple & Walkley, 2007).

Det har vært mangel på tilrettelagt informasjonsmateriell for personer med utviklingshemning som omhandler helse og livsstil, og mange studier viser at pasientopplæringsprogrammer innen kosthold og fysisk aktivitet ikke fungerer som forventet for målgruppen (Scott & Havercamp, 2016). Scott & Havercamp (2016) diskuterer grunner for at personer med utviklingshemning har en dårligere helsetilstand enn befolkningen generelt, og de foreslår at det kan komme av en kombinasjon av manglende helseinformasjonsforståelse (Health Literacy) sammen med en manglende evne eller ferdigheter til å iverksette endringer i livstil. Lav helseinformasjonsforståelse er en prediktor for helseutfall i befolkningen generelt (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014).

Det har manglet forskning som viser hva som fungerer når en ønsker å øke bevisstheten hos personer med utviklingshemning om at livsstil vil kunne påvirke helse og sykdommer på sikt. De siste årene har det kommet undersøkelser som viser at mange personer med utviklingshemning har kunnskap om hva som er sunn mat og gode mosjonsvaner, men problemet er å omsette kunnskap og forståelse til handlinger som kan føre til varige

livsstilsendringer (Caton et al., 2012; Kuijken, Naaldenberg, Sanden, & Valk, 2016). For de med kognitiv svikt er det vanskelig å forstå at hvis en ikke endrer livsstil, så er det en stor sannsynlighet for at man kan utvikle livsstilssykdommer på sikt. Mange personer med utviklingshemning lever i nuet, og de trenger hjelp fra sine nærpå personer (venner, tjenesteytere, familie) til å finne frem og fokusere og oppmuntre for de kortsiktige gevinstene av atferdsendringer, de små steg i riktig retning sier Mæland (2005, s. 106).

Scott og Havercamp (2016) har utført en review-undersøkelse hvor forskere har sett grundig på effekten av ti ulike helseintervensjonsprogrammer for personer med utviklingshemning innen kosthold og mosjonsvaner. Dette forskningsfeltet er relativt nytt, og de fleste artiklene er publisert de siste fem årene. Intervensjonene er utprøvd på personer med lett grad av utviklingshemning. Forfatterne av denne review-undersøkelsen konkluderer med at de dessverre ikke kan legge frem en gullstandard for et helseintervensjonsprogram som fungerer. De sier at det trenges mer forskning, og at helseintervensjonsprogrammer fremover må tilpasses og bli mer meningsfulle for personer med mer alvorlig grad av utviklingshemning også. Intervensjonsprogrammer må forsøke å balansere spenningsfeltet som er mellom retten til å bestemme selv og hva som er en helsefremmende livsstil. Likevel trekker Scott og Havercamp (2016) fram to intervensjonsprogrammer som holder en høyere standard enn de andre både design- og resultatmessig og som kunne rapportere om signifikante endringer i helseatferd ved evaluering. Det er et program som heter Health Matters Program fra USA (Heller, Hsieh, & Rimmer, 2004) og fra Sverige en tre-komponent intervensjon basert på sosial kognitiv teori (Bergström, Hagströmer, Hagberg, & Elinder, 2013). Den sistnevnte inkluderer oppnevning av en helseambassadør i hvert bofellesskap som deltar på nettverksmøter, en studiesirkel for tjenesteytere og et helsekurs av ti ganger for personer med utviklingshemning.

Filosofien bak Health Matters Programmet er at personer med utviklingshemning skal bemyndiges, få økt empowerment, til å ta ansvar for sin egen helse ved hjelp fra sitt eget nærmiljønettverk der de bor. Personer med nedsatt funksjonsevne har rett til å få utdanning og tjenester som fremmer deres helse. Programmet sier at folk kan bidra til egen trivsel ved å få mer kunnskap om egen helse og helseressurser ved å bli aktive deltakere i helsefremmende aktiviteter basert på behov og individuelle livsstilpreferanser. Personer med utviklingshemning trenger støtte fra omsorgspersoner og økt tilgang til helsetjenester og helsefremmende aktiviteter, og det vil forbedre deres helsetilstand og øke deres mulighet for samfunnsengasjement (Health Matters Program, 2017).

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) har et pågående arbeid i Norge hvor de ser på «pasientopplæring innen helse og livstil» for personer med utviklingshemning. De har ikke funnet noe nasjonal forskning innen dette temaet, men de har utført en nasjonal kartlegging og de har vært i kontakt med miljøer som har gjennomført ulike opplæringstiltak. De fleste tiltakene har vært gruppebasert og bestått av samlinger fra to til ti gangers varighet. Ingen av kursene er evaluert systematisk, men jeg har fått låne fra prosjektleder Johannesen (Pasientopplæring for personer med utviklingshemning, Gardermoen 27. oktober 2016) et sitat fra en kursholder som kan gi noen signaler for føringer:

«Vår erfaring med dette kursprosjektet tilsier at dette har hatt positiv innvirkning i forhold til at deltakerne har fått mer kunnskap og innsikt i å ta vare på egen helse. Dette kan bidra til at deltakerne kan få et mer bevisst forhold til å bli «aktør i eget liv». Når det gjelder helsefremmende arbeid for personer med utviklingshemning er det av stor betydning at hjemmemiljøet har en aktiv rolle. Nærpersoner må bidra til at brukerne får en positiv mestringsforventning, skape motivasjon hos brukeren og tiltro til egen evne til å foreta endringer. Samarbeid med nærmiljøet er en forutsetning for at brukerne skal kunne nyttiggjøre seg et slikt opplæringstilbud.»

Denne uttalelsen sammenfaller godt med prinsipper og verdier i det amerikanske helseintervensjonsprogrammet Health Matters Program nevnt over.

I 2016 lanserte Karde AS to gratis e-læringskurs innen livsstil som heter Mat og trivsel (Karde AS, 2016). Et kurs er for tjenesteytere og et kurs er tilrettelagt for at personer med utviklingshemning skal kunne ta det sammen med en nærpersion. Disse kursene er ikke evaluert ennå.

Personer med utviklingshemning som bor i bofellesskap er ofte prisgitt de tilbudene som finnes i deres kommune. I kapittel 15 om Fritid i På lik linje (NOU 2016:17, 2016) oppsummeres det at personer med utviklingshemning har et begrenset sosialt nettverk og få nære venner, de er i høyrisikozonen for å utvikle livsstilssykdommer og de har mer fritid enn andre. Det tilsier at fritidsaktiviteter er særlig viktig for deres livskvalitet. Det er en kommunal oppgave å sørge for at personer med utviklingshemning får ett tilrettelagt kultur – og fritidstilbud på lokalt nivå (NOU 2016:17, 2016).

Av ulike grunner opplever personer med utviklingshemning færre tilbud og vanskeligere tilgang til aktiviteter som er tiltenkt hele befolkningen. Det kan være fysiske, organisatoriske og menneskelige hindringer. Nordstrøm (2014) setter fokus på at organiseringen rundt personer med utviklingshemning som bor i bofellesskap ikke fungerer til det beste for hver

enkelt person. Organisering av tjenestene, de ansatte og lovverk setter rammer for hva som er mulig og ikke. Dette er med å gi personer med utviklingshemning mindre mulighet til et sunt og aktivt liv. Undersøkelser viser at bofelleskap ikke er organisert optimalt til å gi personer med utviklingshemning tilstrekkelig mulighet til å delta i aktivitetstilbud innen fysisk aktivitet (Söderstöm & Tøssebro, 2011).

Motivasjon kan defineres som drivkraften som får oss til å utføre bestemte handlinger og aktiviteter. Vi har to typer motivasjon. Den indre motivasjonen er ikke viljestyrt, den kommer av for eksempel følelsen av mestring eller velbehag ved å utføre en aktivitet. Den ytre motivasjon kommer av forventningen om en belønning (forsterker) i etterkant av å ha utført en handling eller aktivitet (Ryan & Deci, 2002). I rapporten Godt kosthold er god omsorg (Juil, 2016) sies det at tjenesteyterne er usikre på hva de kan gjøre for å motivere personer med utviklingshemning til å opprettholde en sunn livsstil. Etter søk i ulike databaser finner jeg lite forskning som omhandler temaet. Jeg ønsker derfor å undersøke hva personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere gjør av tiltak for å få og opprettholde motivasjon for en sunn livsstil.

1.1 Problemstilling

Hva må til for å opprettholde motivasjon for en sunn livsstil hos voksne personer med utviklingshemning?

1.2 Forskningsspørsmål

1: Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?

2: Hvilke tiltak benytter tjenesteytere og personer med utviklingshemning når de skal motivere seg eller andre til en sunn livsstil?

3: Kan tilrettelagt informasjonsteknologi benyttes for å motivere personer med utviklingshemning til livsstilsendringer? Hvis ja, på hvilken måte?

2.0 Teorigrunnlag

2.1 Helsebegrepet

Synet på helse har endret seg opp gjennom tidene. Tidligere definerte WHO (1948) helse som fullstendig fysisk, mentalt og sosial velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom. Med Ottawa charteret (WHO, 1986) introduseres et nytt og mer positivt syn på helse. Helse kan sees på som en ressurs i dagliglivet som gir motstand mot sykdom. Helse er ikke noe en har, men en tilstand som påvirkes av sosiale relasjoner og av omgivelsene hvor mennesker arbeider og bor.

2.2 Verdigrunnlaget i helsefremmende arbeid

Den første internasjonale konferansen som omhandlet og la verdigrunnlaget for helsefremmende arbeid (HP) ble avholdt i Ottawa i 1986 og kalles Ottawa charteret (WHO, 1986). Charteret definerer HP som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre deres helse» (WHO, 1986, s.1). Helse er en menneskerett (FN verdenserklæring for menneskerettigheter, 1948) og god helse er en forutsetning for å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv (WHO, 1986). Ottawa Charteret (WHO, 1986, s. 3-4) beskriver fem innsatsområder for helsefremmende arbeid. Det er å bygge opp en helsefremmende politikk, å skape et støttende miljø for helse og utvikling, å styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen fremtid, å utvikle personlige ferdigheter som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen og å reorientere helsetjenesten i helsefremmende retning.

Det finnes ulike strategier innen forebyggende og helsefremmende arbeid. En kan jobbe saks-spesifikt med individer som har en atferd som kan føre til sykdom. En kan jobbe mer målgruppeorientert, mot utsatte grupper i samfunnet, eller en kan jobbe med settinger. WHO introduserte begrepet settinger for helse for første gang i Ottawa Charteret (WHO, 1986). En setting er: “The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing” (WHO, 1998, s. 19).

Når en vil jobbe med settinger i helsefremmende arbeide har en to ulike metoder. En kan jobbe «i» en setting og en kan jobbe «med» en settingstilnærming (Torp, 2015). Når en benytter en setting, som for eksempel et bofellesskap for personer med utviklingshemning for å gi helseinformasjon, jobber en i en setting. En settingstilnærming kan være et mer omfattende arbeid med sektorovergripende og tverrfaglig tilnærming til helse. En jobber med

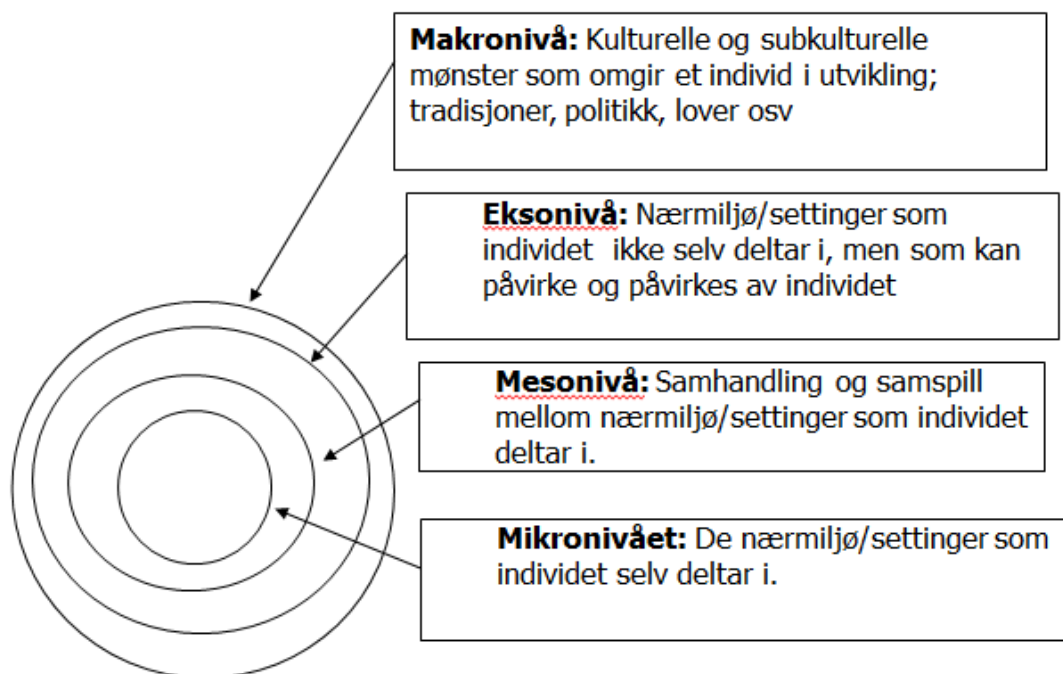
tilrettelegging og forbedringer i samfunnet som kan påvirke helsen, og en jobber med å sette folk i stand til å bedre ta vare på og opprettholde egen helse ved å gjøre riktige helsevalg (Green & Tones, 2010; Torp, 2015)).

Fundamentet til en settingstilnærming er at helse skapes og opprettholdes i relasjon mellom mennesker og omgivelser. Samfunnet påvirkes av forhold mellom folk og mellom folk og økonomiske, politiske og strukturelle faktorer. Denne økologiske settingstilnærmingstanken fører meg over til Bronfenbrenners (1979) metateori som beskriver dynamikken mellom ulike samfunnsnivå i et sosialøkologisk perspektiv.

2.3 Sosialøkologisk metateori

Bronfenbrenners (1979) metateori kan brukes når en skal jobbe med nærmiljø og settinger i helsefremmende arbeid (Rønningen, 2003). Metateorien kommer i tillegg til og ikke i stedet for andre teorier. Den kan beskrive samhandlingen mellom settinger og de ulike nivåene i en setting, se figur 1. Måten vi oppfører oss på blir hele tiden påvirket av omgivelsene våre og andres holdninger til vår atferd har stor betydning. Teorien beskriver hvordan mennesker og miljø utvikles og endres som et resultat av gjensidige påvirkningsprosesser.

Figur 1: Modell av Bronfenbrenners (1979) sosialøkologiske forståelse



Hentet fra (Rønningen, 2003)

Mikronivået beskriver de påvirkningene som befinner seg nærmest individet og som individet kjenner gjennom en lengre tids relasjon eller bekjentskap og som stadig er tilgjengelige for kontakt. Eksempler på aktuelle settinger kan være familie, venner, skole og idrettslag.

Mesonivået beskriver samhandling og samspill mellom individ i mikronivået og faktorer i ulike nærmiljøsettinger. Eksempler på det kan være skole- hjemssamarbeid, venners deltakelse i idrettslag og venners relasjoner til andre venner.

Eksonivået beskriver faktorer som individet ikke har direkte kontakt med, men som likevel har en påvirkning på individet indirekte. Eksempler kan være politi, media, politikere, domstoler, frivillige organisasjoner og interessegrupper som individet ikke deltar i selv.

Makronivået beskriver faktorer som ofte er abstrakte og innebærer en felles forståelse av samfunn og kultur blant medlemmene i samme kultur. Eksempler kan være verdier, normer og ideologier.

Bronfenbrenners modell er med på å synliggjøre betydningen av tverrfaglig samarbeid og viktigheten av brukermedvirkning og samarbeid mellom leg og lærd når en skal jobbe med settinger og målet er å få til atferdsendringer. Det holder ikke å jobbe bare med individet, en må arbeide parallelt med individets nærpersioner og strukturelle forhold som kan være med å legge forholdene til rette for at det riktige valget skal være det enkle valget å ta. Varierte helsepedagogiske opplegg for befolkningen, sammen med gode folkehelseiltak i en kommune kan være med å legge forholdene til rette for dem som bor der. Dette fører over til den neste teorien, eller en modell innen HP, som omhandler hvordan en kan gjøre individ og lokalsamfunn bedre rustet til å oppnå bedre helse. I *På lik linje* (NOU 2016:17, 2016) presiseres det at særlig eldre personer med utviklingshemning er utsatt for helseproblemer og at de ikke får nødvendig behandling. Forebyggende og helsefremmende tiltak må iverksettes, og i et arbeid med livstilendring som et forebyggende tiltak for personer med utviklingshemning, kan modellen under være et forslag på hvordan en helsefremmende tilnærming hvor både individ og omgivelser er inkludert kan benyttes.

2.4 Empowermentmodellen i helsefremmende arbeid

Begrepet empowerment blir ofte oversatt til bemyndigelse på norsk. Stang (2003) diskuterer at ordet bemyndigelse kanskje ikke er godt nok dekkende for hva det engelske begrepet empowerment innebærer. Derfor benytter jeg ordet empowerment i denne oppgaven. Det

finnes flere ulike definisjoner på hva empowerment er. Jeg benytter en definisjon som Stang (2003) har oversatt fra Rappaport (1984, s.3): «empowerment er en prosess, og er den måten som mennesker, organisasjoner og lokalsamfunn (communities) oppnår mestring over livet på.»

Green & Tones (2010) har utviklet en empowermodell innen helsefremmende arbeid inspirert etter verdier fra Ottawa Charteret (WHO, 1986). Nøkkelen til HP er i følge Green & Tones det å gjøre folk i stand til å ta kontroll over deres egne liv, ved å øke deres evne til å ta de riktige valg og til å stå imot krefter i samfunnet som jobber mot helse. Jeg har tatt utgangspunkt i Green & Tones (2010) sin empowermentmodell i HP og gjort noen redigeringer for at modellen skal kunne illustrere hvordan tjenesteytere kan arbeide med settingen «bofellesskap for personer med utviklingshemning» når målet er å endre livsstil for å oppnå en god helse for dem som bor der, se figur 2.

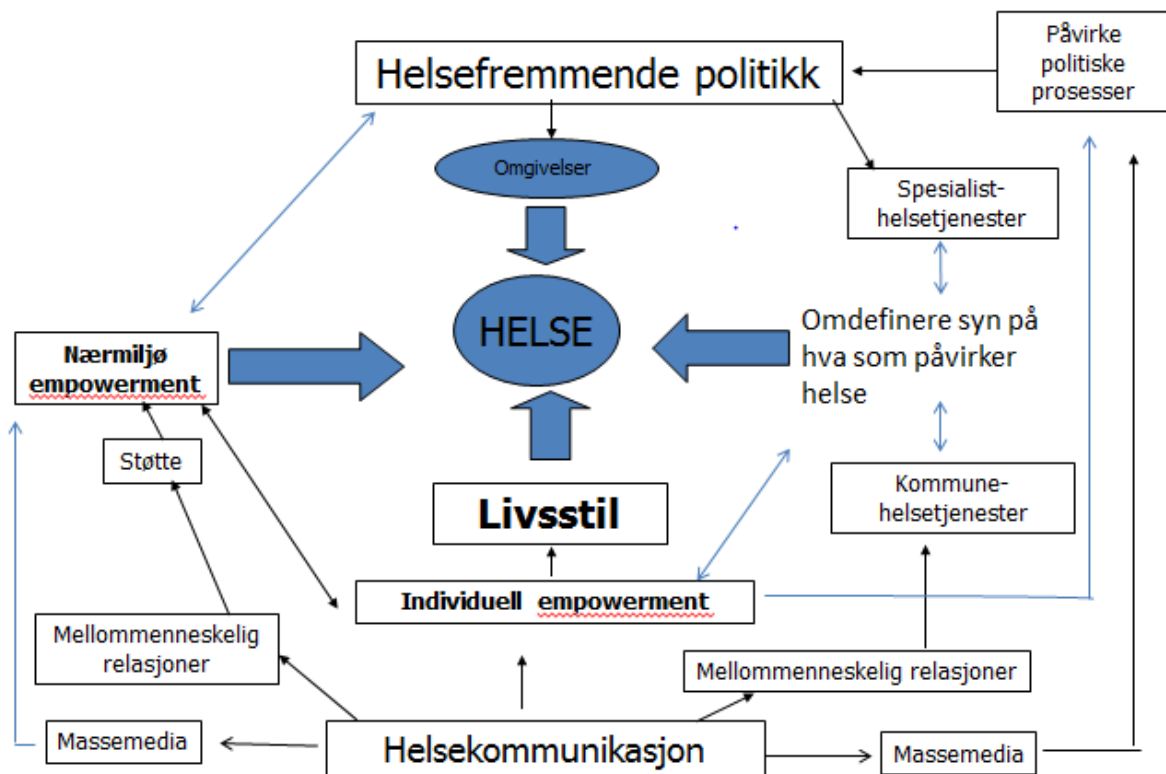
Jeg har tatt utgangspunkt i at helse påvirkes av samspillet mellom helsepedagogikk og helsepolitikk. Green & Tones (2010) benytter ordet helsepedagogikk i sin empowermentmodell. «Helsepedagogikk defineres som en hvilken som helst planlagt aktivitet som er designet for å produsere læring om helse og sykdom» (Green & Tones, 2010, s. 28). Pedagogikk handler om læring, mens helsepedagogikk rommer enda en dimensjon, den inkluderer også livsstilveiledning i følge Sletteland (2014). «Helsepedagogikk er et fagområde som integrerer både pedagogiske, sosialfaglige og helsefaglige emner» (Sletteland, 2014, s.88)

Jeg ønsker å benytte begrepet helsekommunikasjon isteden, da helsepedagogikk er et felt innen helsekommunikasjon. I følge Sletteland (2014) er helsekommunikasjon et relativt nytt fagfelt og begrep. Det ble etablert i 1989, og mange har etter det definert begrepet på sin måte. Schiavo (2007, s.7) har definert helsekommunikasjon som: «Helsekommunikasjon er en mangefasettert og multi-disiplinær tilnærming for å nå ulikt publikum med helseinformasjon. Målet er å støtte individer, påvirke og engasjere lokalsamfunn, helsepersonell, spesialgrupper i befolkningen, politikere og det offentlige for å mestre, innføre, vedta eller opprettholde en atferd, praksis eller strategier som vil forbedre helseutfall» (egen oversettelse).

Helsekommunikasjon må tilrettelegges individuelt etter målgruppens helsekommunikasjonsforståelse. For grupper med lav helseinformasjonsforståelse anbefales det å benytte et hverdagslig språk, gjerne supplert med bilder og animasjoner (Williams, Davis, Parker, & Weiss, 2002).

Green & Tones (2010) sier at all politikk skal inneholde potensielle helsetiltak, direkte eller indirekte. Helsefremmende politikk skal tilrettelegge forholdene for alle i samfunnet slik at det sunne valget skal være det enkle valget.

Figur 2: En revidert empowermentmodell av Green & Tones (2010, s. 47)



Figur 2 viser samspillet mellom de ulike komponentene som er med å påvirke hverandre gjensidig. Modellen viser at en må jobbe parallelt på individnivå, på lokalsamfunnsnivå og på systemnivå. Miljøet påvirker individene med helse-determinanter som kan virke for eller i mot helse. God helsekommunikasjon er med å øke helsekompetansen til å ta avgjørelser innen livsstil for dem som bor eller jobber i et bofellesskap. Økt kompetanse innen livsstil hos individene påvirker også nærmiljøet. Nærmiljøet kan tilrettelegges eller endres for å legge forholdene til rette for å ta mer riktige helsevalg. Individ med økt helsekompetanse kan være med å påvirke helsepolitiske beslutninger. Det kan skje via brukermedvirkning, det vil si at individene i settingen kan delta i politiske prosesser ved å påvirke beslutninger angående dem

selv, gruppen de representerer eller nærmiljøet. Modellen viser også hvordan massemedia påvirker en rekke forhold. Det å få omtale rundt et forhold som ikke fungerer godt nok, er med og synliggjøre problematikken for politikere og beslutningstagere. Modellen beskriver ikke konkrete tiltak for å endre livsstilsvaner, men teoretiske komponenter som må vurderes når en skal jobbe helsefremmende for å påvirke valg av livsstil for å oppnå god helse.

Problemstillingen i denne oppgaven er hvordan en kan hjelpe voksne personer med utviklingshemning med å få eller opprettholde motivasjon for en sunn livsstil. Jeg tror at et sosial kognitivt perspektiv kan benyttes for å forklare hvordan en kan jobbe med både ytre og indre motivasjon i forhold til målgruppen. Jeg velger å benytte Bandura sin sosial- kognitive teori for å forklare hva som kan føre til atferdsendring hos mennesker, da teoriene hans ofte benyttes innen helsefremmende arbeid (Bandura, 1998; Mæland, 2005; Sørensen & Graff-Iversen, 2001; Torp, 2005).

2.5 Banduras Sosial- kognitiv teori

Bandura sine teorier er videreutviklet fra klassiske læringsteorier. Klassisk læringsteori kjennetegnes av et fokus på straff eller belønning (forsterkninger) som motivasjon i atferdsendringsprosessen (Skinner, 1953). Forsterkninger gir en ytre motivasjon og det er ikke aktiviteten som er drivkraften, men gevinsten. Så når gevinsten uteblir forsvinner motivasjonen.

Bandura utviklet først en sosial- kognitiv læringsteori hvor han beskriver hvordan mennesker kan lære en gitt atferd ved å observere og imitere andres adferd (Bandura, 1986). Han mener at siden mennesker klarer å huske hva de har sett og opplevd tidligere, kan en lære av egne og andres feil, en modellæring. Det vil si at tidligere utførte handlinger vil være med å påvirke fremtidig atferd samtidig som en blir påvirket av egne tanker og følelser ved at en er i stand til å observere andre og utnytte deres erfaringer. Støtte og oppmuntring fra det sosiale miljøet (konteksten) individet befinner seg har også stor betydning i følge Bandura (1986).

Bandura videreutvikler sin sosial- kognitiv læringsteori ved å introdusere teorien om «self-efficacy» (mestringsforventning) (Bandura, 1997). Se figur nr. 3. En positiv mestringsforventning betyr at en tror at en selv er i stand til å gjennomføre en aktuell handling. Bandura mener at en slik positiv mestringsforventning må være til stede for å få til en atferdsendring. I følge Bandura er mestringsforventningene av større betydning enn resultatforventningene. Det hjelper ikke å tro at trening fører til bedre kondisjon og styrke

(resultatforventning), dersom en ikke tror at man i sin livssituasjon klarer å gjennomføre et treningsopplegg (mestringsforventninger) (Bandura, 1997).

Den viktigste faktor som påvirker individers mestringsforventning er tidligere gode erfaringer av at en handling har blitt gjennomført med et positivt resultat. Figur 3 illustrer de ulike faktorene som påvirker hverandre i self-efficacy teorien. Den viser også hvordan rollemodeller, sosial støtte og fysiologisk støtte er av betydning i denne atferdsteorien.

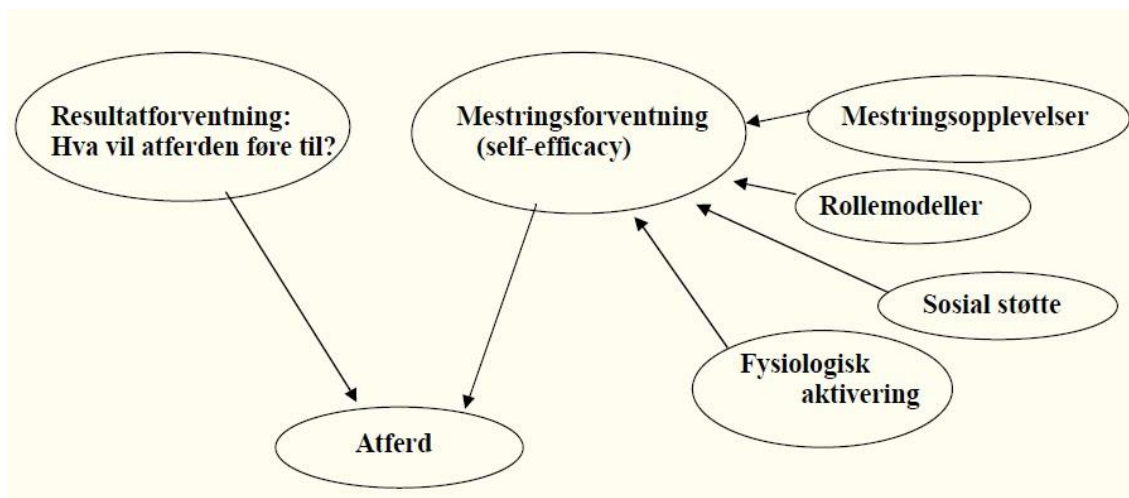
Med sosial støtte menes verbal påvirkning av individet. Det kan være informasjon som kan appellere til vedkommende forståelse av hvor viktig det er med atferdsendring eller positiv verbal støtte som skryt og oppmuntrende kommentarer om at en er flink.

Rollemodeller er med å påvirke atferden. I følge Bandura sin modellering imiterer vi andre vi ser opp til, og når vi ser at andre kan få til en handling, kan det være med å styrke vår mestringsforventning om at også vi kan utføre den samme handlingen.

Banduras teori omfatter også den følelsesmessige komponenten i all atferdsendring kalt fysiologisk aktivering. For å kunne hjelpe andre til å endre atferd må en analysere individets livsforhold, både tanker og følelser og samtidig analysere miljøet de lever i før en kan igangsette tiltak.

Når tjenesteytere skal hjelpe personer med utviklingshemning med å motivere seg for atferdsendring, er det viktig å ta dem med i planleggingsprosessen for å kartlegge tidligere gode mestringsopplevelser, mulige rollemodeller, hva som trengs av verbal oppmuntring eller premiering for ønsket atferd. Dette vil bli drøftet mer i oppgavens diskusjonsdel.

Figur 3: Mestringsforventning (self-efficacy) i atferdsteori



Figuren er hentet fra (Sørensen & Graff- Iversen, 2001)

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

I studier av mennesker forutsettes et deltagerperspektiv sier Skjervheim (1996) i sitt berømte essey *Deltakar og Tilskodar*. Der kritiserer han positivismen med sin objektivisme som benyttes i den naturvitenskapelige metode. Når en skal forske på menneskelige fenomener holder det ikke å observere fenomenene, en må delta i prosessen og ta den andres mening opp til ettertanke og diskusjon. Intervju som samfunnsvitenskapelig forskningsmetode egner seg godt til å studere menneskelige fenomener, da det åpner for deltagerperspektivet som Skjervheim snakker om (Ellingsen, 2010).

Tilnærmingen til forskningsfeltet i denne studien er hermeneutisk. Hermeneutikk betyr fortolkningslære og dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning av en tekst (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Jeg skal fortolke og beskrive mine informanternes utsagn fra virkeligheten slik den fortøner seg for dem. Jeg tror ikke det er mulig å avdekke en objektiv virkelighet, men at virkeligheten blir tolket gjennom subjektive meninger og at den kulturelle og sosiale konteksten er betydningsfull når en skal tolke og analysere andres meningsytringer.

Et viktig begrep i hermeneutikken er *forforståelse*. Vår forståelseshorisont omfatter våre oppfatninger, erfaringer og forventninger som vil være med å prege forskningen (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Kunsten er å ikke ha fordommer, ferdige kategorier eller teorier, men å la informantene komme med sine ytringer og presentere sin livsverden for forskeren. Faren er at vi kan feiltolke og misforstå, vi kan overse eller undervurdere viktig informasjon (Ellingsen, 2010). Samtidig vil ens forforståelse endres underveis mens en jobber med analysen av den transkriberte teksten. Dette kalles den hermeneutiske spiral eller sirkel og er et viktig fortolkningsprinsipp for endring av ens egen forforståelse (Thornquist, 2007).

Informanternes utsagn må fortolkes og relateres til eksisterende teorier for å gi mening (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Hvert enkelt individ er enestående og er med å påvirke resultatet.

Jeg har valgt å forske i min egen kultur, det vil si i feltet hvor jeg har mitt daglige arbeid. Det medfører at jeg har en rekke oppfatninger av «virkeligheten der ute» som vil være med å prege dette arbeidet.

3.2 Metodevalg

3.2.1 Fokusgruppeintervju

Jeg har valgt å benytte fokusgruppeintervju som metode for å samle inn data. Johannessen, Tuftes & Christoffersen (2010) sier at en fokusgruppe kan også kalles en gruppesamtale. I følge dem gjennomføres fokusgruppeintervjuet ofte i grupper av 6-12 deltagere, det legges hovedsakelig vekt på den verbale samhandlingen i gruppen, og temaene formidles av en moderator.

Jeg har hentet kunnskap om fokusgrupper fra Halkier (2010) som sier at det er kombinasjonen av gruppeinteraksjon og forskerbestemt emnefokus som er kjennetegnet på en fokusgruppe. Halkier (2010) støtter seg på forskning fra den britiske sosiologen David Morgan som er en av de mest siterte fokusgrufforskere i litteraturen. Fokusgruppens styrke som metode for datainnsamling ligger i å undersøke personers erfaringer, meninger, ønsker og bekymringer og holdninger til ulike temaer. I fokusgruppediskusjoner blir uttalelser utfordret, de kan bli utvidet, utviklet videre, diskutert og satt spørsmåltegn ved. Meninger blir konstruert sammen i gruppen og holdninger blir formet der og da i stedet for at man kommer med ferdige synspunkter (Halkier, 2010).

3.2.2 Om å intervju usedvanlige informanter

Jeg har valgt å beskrive noen utfordringer en må vurdere når personer med utviklingshemning skal intervjues, før jeg beskriver selve datainnsamlingen i de neste kapitlene. «Å intervju mennesker med en utviklingshemning er en prosess i å våge å tenke utenom mønstrene vi er opplært i, og å stole på egen forskerintuisjon, nettopp fordi denne typen informanter utfordrer forskerens evne til å relatere, kommunisere og tyde og tolke den andres uttrykk» (Gjærum, 2010, s. 140). Gjærum (2010) har introdusert begrepet usedvanlige informanter om personer med utviklingshemning i boken om metodologiske utfordringer når informanter har utviklingshemning.

Thorsen (2005) sier at før en har møtt den enkelte informant med utviklingshemning, er det vanskelig å definere om vedkommende sitt ordforråd eller evne til å tenke abstrakt egner seg til å delta i et fokusgruppeintervju.

Gjærum (2010) anbefaler metodetriangulering når en skal intervju usedvanlige informanter. Hun anbefaler både intervju og observasjon som tilsammen kan være en god kombinasjon for å innhente gode nok data.

Flere forskere har påpekt betydningen av å kjenne personen med utviklingshemning godt, den livssituasjonen vedkommende lever i og å forstå betydningen av den sosiale sammenhengen samtalen foregår i for å få til vellykkede intervju med personer med utviklingshemning (Folkestad, 2003; Kittelsaa, 2008). Ellingsen (2010) skriver at likevel er det ingen av forskerne som sier at det er en absolutt forutsetning, men at det er en fordel.

En annen utfordring er om moderators kommunikasjonsferdigheter er gode nok til å lede et fokusgruppeintervju med personer med utviklingshemning. En kan vurdere å benytte en annen person som moderator enn forskeren selv (Meyer & Gjærum, 2010).

Om informantene vil forstå spørsmålene er også en utfordring. Ellingsen (2010) og Meyer & Gjærum (2010) anbefaler åpne spørsmål i kvalitative intervjuer med personer med utviklingshemning, men det viktigste er å stille spørsmålene slik at informantene forstår spørsmålet slik det er ment å forstås.

Det vil alltid være asymmetri, ulikt maktforhold mellom moderator og informanter og en fare for at informantene svarer det de tror at den som spør ønsker å høre (Meyer & Gjærum, 2010). Ellingsen (2010) sier også at i tillegg til intervju-effekten, bør en tenke på at mange personer med utviklingshemning kan ha en læringshistorie som innebærer autoritetstro og underlegenhet, slik at de anstrenger seg ekstra for å gi de svarene de tror at intervjueren vil høre.

En ekstra utfordring i forhold til å intervju personer med utviklingshemning er at de kan ha en nedsatt språkfunksjon. En kan få ett- og toordsetninger som kan være vanskelig å tolke, men en må være bevisst på konteksten de blir sagt i. Og det er viktig å spørre igjen om en har oppfattet riktig det informanten sa (Meyer & Gjærum, 2010).

En siste utfordring kan være å få flyten i en fokusgruppediskusjon med personer med utviklingshemning. Hvis en har nedsatt språkfunksjon kan det by på problemer og en kan forvente at et fokusgruppeintervju kan bli mer som et gruppeintervju, hvor moderatoren må aktivt improvisere, motivere og drive diskusjonen (Meyer & Gjærum, 2010).

Meyer & Gjærum (2010) oppsummerer at flere forskere har funnet ut at fokusgruppeintervju av personer med utviklingshemning er en lite brukt, men en hensiktsmessig metode å benytte knyttet til å få informasjon om hverdagslivets problemstillinger i et lokalsamfunn.

3.3 Datainnsamling

Jeg valgte å intervjuer voksne personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere i to adskilte fokusgruppeintervjuer. Jeg er interessert i informantenes kunnskap om seg selv og deres forståelse av virkeligheten slik den fortøner seg for dem. Problemstilling i denne oppgaven kan ikke løses uten informantenes stemme. Jeg kunne valgt å spørre bare tjenesteytere (proxyinformanter) om hva de tror at personer med utviklingshemning mener om de ulike temaene i spørsmålsguiden, men da hadde jeg kun fått proxyinformasjon, det vil si annenhands informasjon. Jeg har ikke brukt observasjonsstudier i tillegg til fokusgrupper slik som noen forskere anbefaler (Gjærum, 2010), men en kollega var med på begge fokusgruppeintervjuene som observatør og hennes skriftlige tilbakemeldinger er med i analysen.

Jeg utviklet to temaguides basert på forskningsspørsmålene, en til hver fokusgruppe. Se vedlegg 4 og 5. Jeg spurte om de samme tingene, men spørsmålene til fokusgruppen med utviklingshemning var tilrettelagt for dem. Jeg brukte et annet språk og jeg hadde med konkrete. Med konkrete menes at jeg hadde med bøker, aktivitetsklokke, Ipad, smarttelefon og lignende ting som jeg viste frem mens jeg snakket om tingene. Dette var for å sikre meg at de skjønnte hva jeg snakket om, da personer med utviklingshemning har en begrenset mulighet i ulik grad for abstrakt tenkning (Wigaard & Larsen, 2014).

Begge fokusgruppeintervjuene ble utført på «nøytral grunn», det vil si i lokaler hvor ingen av informantene verken bodde eller arbeidet. Jeg valgte lokaler til tjenesteyterne, mens de med utviklingshemning bestemte lokalet hvor de ville møte meg. Intervjuene ble utført i relativt små rom hvor det var lite bilder eller utsmykninger på veggene som kunne stjele fokus. Det ble servert mat og kaffe i forkant til de med utviklingshemning og tjenesteyterne fikk kaffe og te og litt frukt som stod på bordet. Informantene valgte selv hvor de ville sitte rundt bordet under intervjuet. Råd for fokusgruppemøtene med personer med utviklingshemning har jeg hentet fra Meyer & Gjærum (2010).

3.4 Utvalg

Jeg valgte relativt homogene deltagere til mine fokusgrupper. Med det mener jeg at informantene var homogene ved at de enten arbeidet med den samme målgruppen (erfarne tjenesteytere som arbeider med voksne og eldre personer med utviklingshemning) eller at de tilhørte den samme gruppen i samfunnet (voksne personer med lett grad av

utviklingshemning). Det var et strategisk valg fra min side da jeg ønsket at deltagerne ville føle seg trygge i diskusjoner sammen med andre de lett kunne identifisere seg med. Ingen av informantene med utviklingshemning bodde i bofellesskap, men jeg hadde en forhåpning om at de kunne si noe på vegne av venner og bekjente som bor i bofellesskap.

3.4.1 Fokusgruppe1, personer med utviklingshemning

Jeg valgte å inkludere informantene med så høy kognitiv funksjon at de kunne forstå tematikken og spørsmålene som ble stilt, og at de hadde evnen til å formulere individuelle svar. Informanter med utviklingshemning ble kontaktet i en fritidsklubb. Jeg kontaktet først klubbens leder og fortalte hva jeg skulle forske på og sa litt om hvilken type informanter jeg søkte. Jeg fikk noen forslag på personer jeg kunne spørre og jeg oppsøkte klubben og la frem mitt ærend. På klubbkvelden fikk jeg muntlig samtykke fra tre informanter og telefonnummer til en mulig fjerde deltager som jeg kontaktet dagen etter. Informantene avgjorde at vi ikke skulle være mer enn fire personer i en slik diskusjonsgruppe. Tre av dem hadde erfaring fra deltagelse i et brukerforum fra før, så de hadde erfaring med at det ikke var bra å være for mange i en slik gruppe.

Jeg fikk med to menn, en på 56 år og en på 58 år. De bodde begge for seg selv og var i fast arbeid. Jeg fikk også med to kvinner, en på 33 år og en på 54 år. De bodde også for seg selv og begge kvinnene var i fast arbeid.

3.4.2 Fokusgruppe 2, tjenesteytere

Tjenesteyterne ble rekruttert fra et fagnettverk for personell som jobber med eldre personer med utviklingshemning. De jobbet i ulike samlokaliserte boliger hvor det bor voksne og eldre personer med mild til moderat grad av utviklingshemning i ulike kommuner i et middels stort fylke i landet. Jeg oppsøkte dem på et nettverksmøte og la frem mitt ærend. Jeg fikk muntlig og skriftlig samtykke fra fem informanter. I etterkant sendte jeg ut invitasjonsskriv til femten av tjenesteytere på mail i det samme nettverket (hvor de fem som allerede hadde samtykket var inkludert). Da fikk jeg med tre informanter til. Syv informanter deltok på fokusgruppeintervjuet og alle samtykket skriftlig til deltagelse.

Fokusgruppedeltagerne hadde en gjennomsnittlig ansiennitet på femten år i boligen der de arbeider i dag. Korteste ansiennitet var syv år og to hadde jobbet i tjuefem år på samme arbeidsplass.

Invitasjon til fokusgruppeintervjuer ble sendt den 18.april 2016 som brev i posten med frankert svarkonvolutt inni til alle informantene. Vedlegg nummer 1 og 2.

3.5. Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

3.5.1 Fokusgruppe 1, personer med utviklingshemning

Jeg hadde med en kollega som var observator og medhjelper. Hun har lang erfaring med å jobbe med personer med utviklingshemning. Hun skulle observere og notere refleksjoner underveis fra fokusgruppen. Vi ble møtt av informantene som ventet på oss da vi ankom i riktig tid på avtalt sted den 31. mai 2016 for å ha fokusgruppeintervju.

Før fokusgruppeintervjuet spiste vi middag sammen, drakk kaffe, pratet og ble litt bedre kjent med hverandre. Vi snakket om hyggelige ting som sommerferie og lignende. Etter kaffen forflyttet vi oss til et eget rom hvor fokusgruppeintervjuet ble gjennomført. Deltagerne var konsentrert og preget av alvor i situasjonen i starten, men når vi kom i gang gikk praten lettere. Jeg hadde i forkant forklart både muntlig og skriftlig gangen i et fokusgruppeintervju. (Vedlegg 1) Jeg gjentok før vi begynte at jeg ville stille et spørsmål, og at de skulle diskutere seg imellom det jeg hadde spurt om. Dette fungerte av og til, men ofte så svarte de på spørsmålene ved å henvende seg til meg og ikke til de andre i gruppen. De to kvinnene var flinke til å diskutere seg imellom. De tok nesten alltid ordet først også, de to mennene svarte når jeg henvendte meg direkte til dem. Intervjuet tok en time og seks minutter.

3.5.2 Fokusgruppeintervju 2, tjenesteytere

Fokusgruppeintervju av tjenesteytere ble gjennomført den 1. juni 2016 på min arbeidsplass. Vi drakk kaffe og spiste frukt mens vi ventet på at alle var på plass og de siste samtykkeskjemaene ble underskrevet. Jeg hadde med en kollega som noterte sine observasjoner og refleksjoner under fokusgruppeintervjuet. Jeg hadde informert om hvordan et fokusgruppeintervju gjennomføres i invitasjonsskrivet, og den informasjonen ble gjentatt før oppstart. (Vedlegg 2) Tjenesteytere var vant til å diskutere sammen fra fagnettverket de alle tilhørte. Fokusgruppeintervjuet tok en time og ni minutter.

3.6 Dataanalyse

Det ble gjort lydopptak av begge fokusgruppeintervjuene. Begge intervjuene ble transkribert av meg.

Målet med analysen var å fortolke og sammenfatte datamaterialet fra de transkriberte tekstene til funn representert via kategorier som kunne diskuteres opp mot eksisterende teorier for å gi mening. En analyse innebærer abstraksjon og generalisering av et tekstmateriale, og i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for mine analyser.

I min analyse har jeg vært inspirert av Malterud (2011) sin tekstkondenseringsmetode som er modifisert etter Giorgi sin firetrinns metode. I følge Malterud (2011) kan vi bruke den enkelte deltagers historie til å få kunnskap som gjelder for flere, enten ved å lese historiene på tvers og gjenfortelle de gjennomgående trekkene, eller ved å løfte frem fenomener fra enkelte deltagere som kan lære oss noe om andre.

Den første fasen i analysen var å lese igjennom den transkriberte teksten fra fokusgruppeintervjuene flere ganger for å finne helhetsbildet. De første kommentarene ble notert i margen på papirutgaven og sitater som jeg fant ga umiddelbar mening ble markert. Jeg kom etter hvert frem til ni temaer, etter den første intuitive prosessen i datagjennomlesningen. I fase to av analyseringsprosessen inspirert av Malterud (2011) ble alle de meningsbærende enhetene klippet ut av originalmanuskriptet og sortert etter temaene og limt på store ark der de hørte inn. Jeg lagde egne ark for hver fokusgruppe, det vil si to av hver etter temaene. Jeg lette etter nyanser og ulikheter i utsagnene. Malterud (2011) forslår å skrive ut meningsenhetene i setninger i «jeg-form», da meningen kan komme bedre frem og det kan være lettere å komme i gang med kodingen. Eksempel på hvordan jeg gjorde det vises i tabell 1. Jeg reduserte de meningsbærende enhetene i koder for å få bedre oversikt over datamaterialet. I fase tre sorterte jeg materialet ved å sammenfatte meningsinnholdet i underkategorier og hovedkategorier. Dette kaller Malterud (2011) for en meningsfortetting. Analysen resulterte i tolv ulike kategorier som blir presentert sammen med underkategorier i tabell 2. Kategoriene og underkategoriene ble sortert inn i tabellen etter hvor de besvarte mine tre forskningsspørsmål. I den fjerde fasen i Malterud (2011) sin tekstkondenseringsmetode skal funnene diskuteres og drøftes sammen med eksisterende teori. Det blir gjort i kapitlet som heter presentasjon av funn og drøftinger.

Tabell 1:Analyseprosessen illustrert med et eksempel

Tema: Hvor henter personer med utviklingshemning informasjon om helse og livsstil				
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
«Jeg leser på nettet og søker på forskjellige steder»	Jeg bruker internett som informasjonskanal	Internett	Selvstendig informasjonssøk	Informasjon om helse og livsstil hentes via internett eller tv
«Jeg har jo lært om kost via jobb»	Jeg lærer av kollegaer på jobb	Kollegaer	Læring gjennom samvær med kollegaer, venner og familie	Kunnskap om helse og livstil læres via relasjoner
«Søstera mi og jeg pleier å handle inn og lage mat sammen etterpå»	Jeg lærer av mine nærpersoner	Familie		
«Jeg går på Grete Roede kurs»	Jeg lærer om kost og aktivitet ved å delta på et kurs	Instruktører (rollemodeller)		

3.7 Etikk

Sammen med min veileder vurderte vi prosjektet til ikke å være søknadspliktig hos NSD.

Testen på nettsiden til NSD ga det samme svaret. For å være helt sikker kontaktet jeg NSD og fikk snakke med en rådgiver våren 2016. Vedkommende bekreftet at siden jeg ikke skulle spørre om personsensitive data var det ikke nødvendig å melde inn dette studentprosjektet.

I følge Engelstad, Grenness, Kalleberg & Malnes (2011) er ikke forskningsetikk noen særegen form for etikk. Jeg har benyttet de forskningsetiske retningslinjene som er utarbeidet av *De nasjonale forskningsetiske komiteene, retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (2016).

Alle informanter mottok skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet i forkant for å forsikre meg om at alle har skjønnet hva de skal være med på. De er informert om at de når som helst og uten noen konsekvenser kan trekke seg ut av prosjektet. Alle informantene er informert om at alle data om dem vil være anonyme. Lydfiler, transkribert tekst og analyser vil bli oppbevart på et sikkert område på min pc til prosjektet avsluttes og dataene slettes.

Alle informantene har samtykkekompetanse, og de har skrevet under på en samtykkeerklæring. (Vedlegg 3 og 4) Hadde jeg valgt informanter med moderat- eller alvorlig grad av utviklingshemning, hadde sjansen for at de ikke hadde forstått vilkårene for deltagelse i en studie vært større.

Å unngå skade og respektere privatliv er et grunnleggende hensyn å ta. Jeg har tatt hensyn til informantenes ønsker om alt fra antall deltagere i fokusgruppen, til hvor og når på dagen vi kunne møtes.

Jeg har benyttet sitater fra den transkriberte teksten i denne oppgaven. Jeg har omskrevet utsagn fra informantene som kunne identifisere personer eller steder. Sitatene fra den transkriberte teksten har også blitt omskrevet til et mer lesbart språk uten at innholdet har blitt endret.

Lydopptakene ble slettet etter transkribering.

Informantene med utviklingshemning ga uttrykk for at de syntes det var flott å få være med i et forskningsprosjekt. Jeg tror at det å få være med på slike forskningsopplegg for personer med utviklingshemning er med på å gi dem empowerment, vise at deres erfaringer og deres liv er betydningsfullt for andre.

Jeg kjente ingen av informantene i utgangspunktet. To av tjenesteyterne har jeg litt kjennskap til fra tidligere, men jeg tror ikke det påvirket fokusgruppeintervjuet. Alle informantene har mottatt et gavekort av kroner 200,- som en påskjønnelse istedenfor kjøregodtgjørelse. Jeg er bevisst det maktforholdet som kan være mellom forsker og dem det forskes på. Derfor brukte jeg god tid på å ufarliggjøre og tone ned min forskerrolle overfor informantene i forkant.

4.0 Presentasjon av funn og drøfting

Jeg vil presentere funnene fra begge fokusgruppene i den samme tabellen. Funnene blir presentert, tolket og drøfter samlet i dette kapittelet. Ved å presentere funnene samlet er det lettere å se om tjenesteyternes ytringer sammenfaller eller avviker fra dem med utviklingshemning. Noen funn gjelder for kun den ene fokusgruppen. Der en underkategori kun gjelder for en av gruppene har jeg merket den med en liten stjerne(*).

Tabell 2: Oversikt over funn sortert etter forskningsspørsmål

Forskningsspørsmål	Kategorier	Underkategorier
Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?	Informasjon om helse og livsstil hentes via internett eller tv	Via ulike websider som omhandler helse og livsstil
		Via filmer som tjenesteytere viser, og via tv-sendinger og tv- reklame
		Ingen har hørt om det nye e-læringskurset med tilrettelagt informasjon til personer med utviklingshemning innen livsstil
	Kunnskap om helse og livsstil læres via relasjoner	Lærer av kollegaer på jobb eller tjenesteytere i bolig
		Lærer av venner og familie
		Jenter med utviklingshemning snakker mer om helse og livsstil enn gutter med utviklingshemning*
		Tjenesteytere er mer opptatt av kosthold enn av fysisk aktivitet, og personer med utviklingshemning er mer opptatt av sine aktiviteter enn av kosthold
	Spesialkompetanse innen ernæring eller fysisk aktivitet hentes fra spesialister som ernæringsfysiologer, leger og personlige trenere	
Hvilke tiltak benytter tjenesteytere og personer med utviklingshemning når de skal motivere seg eller andre til en sunn livsstil?	Felles plattform av kunnskap og holdninger til livsstil	Tjenesteytere bør få tilbud om lik opplæring for å kunne ha det samme utgangspunktet*
		Ledelse i bofelleskap som tilrettelegger resurser og muligheter for personer med utviklingshemning og personalet til å oppnå en sunn livsstil*
		Følge norsk standard, for eksempel anbefalinger fra Helsedirektoratet innen kosthold og fysisk aktivitet*
		Ingen har hørt om det nye e-læringskurset med tilrettelagt informasjon til personer med utviklingshemning innen livsstil (underkategori som gjentar seg)
		Rollepill (visualisering) av ønsket/ikke ønsket atferd fungerer bra
		Finne kreative individtilpassede løsninger
	Faste rutiner skaper et behov som på sikt kan bli en indre motivasjon	Forpliktende gjensidige avtaler, eks: forbud mot usunn mat midt i uka, avtaler om gåturer eller trening

		Faste rutiner med personer med utviklingshemning må følges opp av tjenesteytere eller andre nærpersoner *
		Informantene med utviklingshemning har egne faste rutiner for trening og sosialt samvær*
	Registrering og premiering for ønsket atferd	Tjenesteytere benytter premiering for å oppnå ønsket atferd hos beboere*
		Utviklingshemmede synes at det er viktig med registrering før premiering, og de synes at registrering og premiering skaper et stort press*
	Ha gode rollemodeller blant personalet og blant de med utviklingshemning	Livsstilsendringer tar lang tid, og da er det viktig med gode rollemodeller som kan inspirere
	Finne frem til motivasjonsfaktorer hos den enkelte	Det er viktig å knekke koden for hver enkelt person i forhold til hvilken aktivitet de vil være med på
		Personer med utviklingshemning må få bestemme selv(autonomiprinsippet)
		Sosiale aktiviteter i nærmiljøet er bra
		Personlig oppfølging er ønsket
		Aktiviteter som gir en god følelse i hele kroppen er bra sier de med utviklingshemning*
		Det er vanskelig å motivere de med lett grad av utviklingshemning med et positivt helsebudskap sier tjenesteytere*
	Nærmiljøet er tilrettelagt for en sunn livsstil	Nærmiljøet er tilrettelagt med turstier eller andre muligheter for fysisk aktivitet
		Nærmiljøet har ingen tilbud som innbyr til fysisk aktivitet
		Noen bofellesskap ligger alt for nærme kiosken eller bensinstasjonen (fristelser) *
Kan tilrettelagt informasjonsteknologi benyttes for å motivere personer med utviklingshemning til livsstilsendringer? Hvis ja, på hvilken måte?	Teknologi er artig	Spillteknologi kan motivere til aktivitet (eks Wii, Pokemon Go)
		Teknologi må være lekbetont og gi mestring (eks. ergometersykkle m videoskjerm)
	Velferdsteknologi kan motivere til endret atferd	Teknologi kan motivere til endret atferd (eks. skritteller)
		Mange har hørt om Geocaching og andre typer av aktivitetsapp'er, men ingen har testet det ut
	Det er mange barrierer for å bruke ny teknologi i motivasjonsarbeid	Det er mest de unge med utviklingshemning som benytter teknologi*
		Det er foreldre som betaler for ny teknologi
		Voksne og eldre med utviklingshemning er mindre interessert i teknologi*
		Noe teknologi kan fås på NAV
		Få kjenner til e-læring
		Mange tjenesteytere har teknologivegring
		Teknologi er dyrt

Oppgavens problemstilling blir drøftet ved å besvare de tre forskningsspørsmålene. Det blir lagt mest vekt på forskningsspørsmål to da jeg anser det som mest essensielt i forhold til å oppgavens problemstilling.

4.1 Forskningsspørsmål 1: Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?

Jeg ønsker å spørre informantene om hvor de henter kunnskap om helse og livsstil, fordi nivået av deres helsekompetanse vil kunne påvirke de valgene de tar (Nutbeam, 2000). Vi vet at det er utviklet lite tilrettelagt informasjonsmateriell for personer med utviklingshemning og at deres tjenesteytere ofte ikke har god nok helsekompetanse til å gi en god nok helseoppfølging (Catona et al., 2012; Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning, 2007). Personer med utviklingshemning har lav eller ingen utdanning, de har lav inntekt eller lever på stønad fra NAV og de har generelt en lav sosial status i samfunnet (NOU 2016:17, 2016). Det er heller ikke noe høystatusyrke å jobbe med personer med utviklingshemning og mange bofellesskap for personer med utviklingshemning har en relativt høy andel ufaglært arbeidskraft (Isaksen & Johansen, 2016).

Resultatet av forskningsspørsmål 1 er oppsummert i to kategorier:

- Lærer om helse og livsstil gjennom relasjoner
- Lærer om helse og livsstil via internett og tv

4.1.1 Lærer om helse og livsstil gjennom relasjoner

Selv om vi i Norge har et universelt helsevesen, med lik tilgang for alle, er det noen i samfunnet som i ulik grad faller utenfor allmenne tilbud, eller som ikke får like gode tilbud som andre (NOU 2016:17, 2016). Når jeg spør personer med utviklingshemning om hvor de lærer om helse svarer de at de har lært litt på skolen, men mest av venner og arbeidskollegaer.

Jeg spør tjenesteyterne om hvor personer med utviklingshemning lærer om livsstil utenom det de lærer av dem. De tror at de lærer av deres nærpå personer, det vil si personer de omgås til daglig, noe som dette sitatet illustrer:

«Vi har en beboer hos oss som går på helsestudio og som har fått seg personlig trener. Han kom hjem med bokser med proteinpulver og skulle bli stor og sterk. Det er jo ikke akkurat slike ting vi er så begeistret for...»

En tjenesteyter forteller at de har arrangert et kurs om kosthold for både tjenesteytere og beboere. Jeg unders over at ikke flere har benyttet lignende pasientopplæringsprogram innen helse og livsstil for personer med utviklingshemning. Mest kjent er kanskje prosjektene *Lett på jobb* og *Sunn og aktiv* som begge ble utviklet for flere år siden (Karmøy kommune, 2015). Bergen kommune har også utviklet mange konsepter med overføringsverdi gjennom *Friskliv i Etat for tjenester til utviklingshemmede* (Bergen kommune, 2016). I Tromsø kommune har de utviklet og testet et ernæringskurs for ansatte kalt *Godt kosthold er god omsorg* (Juul, 2016).

Personer med utviklingshemning sier at de lærer om helse og livsstil av nære relasjoner. Informantene har alle et bevisst forhold til en sunn livsstil. De er enige om at kvinner er mest opptatt av helse og livsstil. Kvinnene har erfaringer om at hvis de prater for mye om kosthold og trening så forlater mennene arenaen. Det er mennene enige i, de snakker litt mindre om dette temaet, muligens litt på jobb sier de. Tjenesteyterne forteller at noen personer med utviklingshemning også benytter seg av spesialkompetanse, de har personlige trenere for å komme i form og lære mer om trening.

Informantene med utviklingshemning har aktiviteter de deltar på ukentlig og de har god kunnskap om sunn kost. Siden ingen bor i bofellesskap har de selv valgt hvilke aktiviteter de ønsker å drive med. Noen aktiviteter er i regi av interesseorganisasjoner, andre aktiviteter er tilbud til befolkningen generelt. Jeg spør dem om hvor de tror at tjenesteytere i bofellesskap lærer om helse og livsstil. De tror at de lærer litt av kollegaer i andre bofellesskap, litt fra film og TV eller fra internett, men de tror at det er «litt sløvt» inne i bofellesskapene. En av informantene lufter sine tanker:

«Veldig sløvt, for de har så mange i boligene som de skal forholde seg til, så jeg tror at det blir mange glipper. De klarer ikke å fokusere så lenge av gangen, de prøver og så er de veldig flinke en stund. Men så sklir det ut igjen. De har så mange behov slik at de ikke klarer å finne en balanse til alle, så det er der glippene blir noen ganger.»

Når jeg spør tjenesteyterne hvor de selv henter informasjon om helse og livsstil blir de først stille og litt usikre, før en tar ordet og svarer at noen går på kurs, de lærer litt av hverandre og ofte samarbeider de med eksperter som ernæringsfysiologer, diabetessykepleiere, fastleger og annet helsepersonell. Istedenfor å svare på mitt spørsmål er det mange som forteller om hvilke aktiviteter de har eller har hatt for personer med utviklingshemning, og hvilke kostholdregimer de benytter i ulike bofellesskap. Tjenesteyterne snakker mye om kosthold og kostholdstiltak og mindre om fysisk aktivitet. Det får meg til å undres på om det kan være at det fokuseres mer på kosthold enn på aktivitet når en skal jobbe med livsstil i bofellesskapene. I rapporten *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015* (Hansen m. fl., 2015) har de undersøkt fysisk aktivitet og sedat tid blant 20-80 åringer. De finner at aktivitetsnivået er lavest blant de eldre (65+), hvor det er et tydelig fall etter fylte 75 år. De sier at budskapet om at fysisk aktivitet er viktig i alle aldre for å fremme god alderdom må komme bedre frem. Denne undersøkelsen sier ingen ting om personer med utviklingshemning er inkludert i dataene.

I litteraturen finner jeg at flere forskere har funnet ut at tjenesteytere og nærpersoner trenger opplæring i hvor viktig det er at personer med utviklingshemning deltar i fysisk aktivitet (Caton et al., 2012; Frey et al., 2005). Forskerne påpeker at en inaktiv livsstil for personer med utviklingshemning kan få enda større konsekvens for dem enn for befolkningen for øvrig, da de har mye å tjene på en økt muskelstyrke, bedre hjerte- og lungekapasitet og bedre koordinering (Frey et al., 2005). Internasjonal litteratur stadfester at personer med utviklingshemning tar lite del i fysisk aktivitet (McGuire, Daly, & Smyth, 2007) samtidig som de ønsker å være mer aktive selv (Temple & Walkley, 2007). Robertson med flere (2000) sier at for personer med utviklingshemning er det å delta mer i fysisk aktivitet den mest effektive måten å bedre deres helse på. Allikevel viser det seg at tjenesteytere fokuserer mer på diett enn på aktivitet (Melville, Hamilton, Hankey, Miller & Boyle, 2007).

Holdninger til helse og livsstil blir også tatt opp i fokusgruppen. Tjenesteyterne er opptatt av at personalet har ulik oppfatning av hvilken mat som er bra å spise, hvor mye mat som skal serveres ved hvert måltid, og hvor mye fysisk aktivitet det er nødvendig å drive med for ansatte og beboere.

Noen av tjenesteyterne er opptatt av at de ønsker at alle i personalgruppen skal ta det samme kostholdskurset slik at alle får en lik «plattform». De ønsker en norsk standard som mål, og ønsker å følge råd fra Helsedirektoratet for eksempel. De sier også at det er store individuelle

forskjeller innen holdninger til fysisk aktivitet blant de ansatte. Mange tjenesteytere liker ikke selv å gå på tur eller å delta på aktiviteter som medfører fysisk aktivitet.

Nordstrøm (2013) fant at svært få av de med utviklingshemning fikk oppfylt de nordiske anbefalinger innen fysisk aktivitet av mange ulike årsaker som jeg vil diskutere mer i avsnittet om motivasjon.

På lik linje (NOU 2016:17, 2016) blir kritisert av Fellesorganisasjonen (FO) for at den har et manglende fokus på å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene for personer med utviklingshemning. I en kronikk i tidsskriftet *Utvikling* spørres det om ikke Rettighetsutvalget burde ha sett mer på kompetansebehovet i en sektor hvor maksimum 50 % av de som jobber der har relevant høgskoleutdanning (Isaksen & Johansen, 2016). Funn fra fokusgruppeintervjuet med tjenesteyterne viser at de også etterspør mer faglig kompetanse og retningslinjer.

4.1.2 ærer om helse og livsstil via internett og tv

Den yngste av informantene med utviklingshemning bruker internett for å søke etter helseinformasjon. Tjenesteyterne bruker også internett for å finne helseinformasjon. De forteller at de benytter filmer de finner på internett eller på tv i opplæring av personer med utviklingshemning innen helse og livsstil. Det er ikke filmer som er spesielt laget for målgruppen, men filmer som de anser kan egne seg.

Tjenesteyterne snakker mye om hvordan reklame på tv og i butikkene påvirker valgene til personer med utviklingshemning. Vi blir alle påvirket av «gode tilbud», og når ens kognitive evner er svekket er det desto vanskeligere å navigere i jungelen av tilbud. En god helsepolitikk kan legge de strukturelle forholdene til rette i samfunnet for at det skal bli enklere og mer intuitivt for hver og en av oss å ta de riktige valgene. Green & Tones (2010) sin empowermentmodell som er beskrevet i teorikapittelet viser hvordan helsepolitiske beslutninger kan påvirke våre valg og muligheter, og hvordan helsekunnskap hos befolkningen kan påvirke politikken. Helsepolitiske føringer, som strengere kontroll med hva det er lov å reklamere for, kan være med å hjelpe folk til en dytt i riktig retning, og det er grunn til å tro at for personer med nedsatt kognitive evner vil det være av ekstra stor betydning.

4.2 Forsknings spørsmål 2: Hvilke tiltak benytter tjenesteytere og personer med utviklingshemning når de skal motivere seg eller andre til en sunn livsstil?

Resultatet av forsknings spørsmål 2 er oppsummert i syv kategorier:

- Felles plattform av kunnskap og holdninger til livsstil
- Lystbetont informasjon om livsstil
- Faste rutiner skaper et behov som på sikt kan bli en indre motivasjon
- Registrering og premiering for ønsket atferd
- Ha gode rollemodeller blant personalet og blant de med utviklingshemning
- Finne frem til motivasjonsfaktorer hos den enkelte
- Nærmiljøet er tilrettelagt for en sunn livsstil

De ulike kategoriene blir tolket og drøftet fortløpende, men først ønsker jeg å dvele litt ved autonomiprinsippet, retten til å få bestemme selv i eget liv. Med selvbestemmelse menes alle menneskers rett til selv å bestemme hvor en vil bo, hva en vil ha på seg, hva en vil spise hver dag eller ting som borgerplikter, rettigheter i samfunnet eller menneskerettigheter. I FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (FN-sambandet, 2013), i *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemning* (Meld. St. 45 (2012-2013), 2014), i *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013) og nå i høst *På lik linje* (NOU 2016:17, 2016) rettes søkelyset mot hvilke muligheter personer med utviklingshemning har til reell deltakelse, tilhørighet og aktiv involvering i eget hverdagsliv og i samfunnslivet generelt. Tjenesteytere som jobber med personer med utviklingshemning skal ivareta og legge til rette for deres frihet så langt det er mulig innenfor det som er forsvarlig (Linde & Owren, 2011). «På lik linje» (NOU 2016:17, 2016) inneholder åtte *løft* om å realisere rettighetene til personer med utviklingshemning. *Løftene* omhandler selvbestemmelse og rettsikkerhet, likeverdig og inkluderende opplæring, arbeid for alle, god helse og omsorg, eget hjem, kompetanse og kunnskap, koordinerte tjenester og målrettet styring. I *På lik linje* (NOU 2016:17, 2016) kan en lese at forhold i samfunnet ikke er bra nok og at nok en gang må utviklingshemmedes muligheter for frihet, selvbestemmelse og det å kunne ivareta egne interesser synliggjøres.

Personer med utviklingshemning kan ha vanskeligheter med å se ulike handlingsalternativ og forstå konsekvenser av de valgene de tar. De eksekutive funksjonene, det vil si prosesser som har å gjøre med vurdering og utføring av handlinger på en fornuftig og effektiv måte, er påvirket ved en svikt i frontallappen i hjernen (Wigaard & Larsen, 2014). Svikten påvirker både planlegging, problemløsning, dømmekraft og impulshemming. Det er noe av de utfordringer personer med utviklingshemning må leve med (Höstfält & Söderman, 2012; Wigaard & Larsen, 2014). I den anledning har det offentlige ansvar i forhold til å bistå den det gjelder med hjelp å ta valg som oppfattes vanskelig, samt veilede for å unngå å ta valg som kan føre til uønskede konsekvenser (NOU 2016:17, 2016).

Selvbestemmelsesretten kan føre til dilemmaer hvis ønsket atferd avviker fra hva som er til vedkommende sitt eget beste. En undersøkelse viser at hvordan personer med utviklingshemning tar sine beslutninger er avhengig av forholdet de har til tjenesteyterne og kvaliteten på de tjenestene de mottar (Björnsdóttir, Stefánsdóttir & Stefánsdóttir, 2015).

Det kan være en utfordring å skulle ta hensyn til personer med utviklingshemning sin selvbestemmelsesrett når helseintervensjonsprogrammer for dem skal utvikles eller når en skal prøve å implementere helseintervensjoner som er tidligere benyttet på befolkningen generelt (Naaldenberg, Kuijken, Dooren & Valk, 2013). Autonomiprinsippet blir også diskutert av informantene i begge fokusgruppene. En tjenesteyter forteller at noen personer med utviklingshemning kan si til dem at «jeg spiser dette eplet for din skyld», ikke for sin egne skyld, men for å tekke personalets ønske om at de skal spise frukt.

En stor utfordring for tjenesteyterne er den maten beboerne kan kjøpe selv utenom det som blir servert i boligen. Et sitat som illustrerer en samtale mellom en tjenesteyter(T) og en beboer(B) i en bolig:

«B: Er ikke jeg voksen nå da? T: Jo da, det er du. B: Så da kan vel jeg få kjøpe den sjokoladen hvis jeg vil? T: Jo, det kan du, men det kan hende at du blir syk av den fordi du har diabetes(sukk fra T: ...og når vedkommende er 70 år, da vet jeg liksom ikke lenger.)»

Retten til å bestemme selv er en utfordring og kan fremstå som en barriere for tjenesteytere når de skal jobbe med livsstilsendringer hos personer med utviklingshemning. Men er det mulig å finne en balanse mellom retten til å bestemme selv og hva som er en helsefremmende livsstil? Innstrand (2009) skriver at det må legges til rette for at informasjon kan bli tolket innenfor personen med utviklingshemnings forståelsesverden. Valg og muligheter må

presenteres på en slik måte at informasjon kan forstås og tas inn. Dette kalles tilrettelagt kommunikasjon. I tillegg må en legge til rette for valg, for eksempel innen livsstil, og stimulere til erfaring gjennom å lære av konsekvensene av valgene. Er disse forholdene på plass kan en reell selvbestemmelse skje sier Innstrand (2009). Hennes beskrivelse av prosessen med å få til en reell selvbestemmelse hos personer med utviklingshemning, ved samspill mellom individer og strukturelle forhold, er lik prinsippene i empowermentmodellen til Green & Tones (2010) som er beskrevet i teorikapittelet. Selvbestemmelse er ikke bare en menneskerettighet, men også en ferdighet som må trenes opp (Ellingsen, 2003). Et sitat fra en tjenesteyter som beskriver en ikke ukjent situasjon for tjenesteyterne:

«Vi har en mann i boligen som har blitt fulgt opp i flere år av ernæringsfysiolog. Da jeg var inne i dokumentasjonssystemet vårt, så jeg at han hadde gått opp ni kilo det siste året, og det på tross av tett oppfølging fra sykehuset. Han er veldig motivert i møtene med ernæringsfysiologen og han mener at han trener veldig godt, men likevel har han gått opp i vekt, og det er ikke av maten han blir servert i boligen, det er alt det andre!»

4.2.1 Felles plattform av kunnskap og holdninger til livsstil

Et sitat som går igjen i begge fokusgruppene er «vi må jo få kose oss litt». Det å kose seg er selvfølgelig viktig for alle mennesker og er med på å skape livskvalitet. For meg virker det som sitatet favner bare usunn mat som inntas mens en sitter stille. Jeg googler «vi må jo få kose oss litt» og finner at «de må jo få kose seg litt» -sitatet blir diskutert i en artikkel (Eknes, 2015) i fagbladet til Stiftelsen SOR der det stilles spørsmål om hvorfor personer med utviklingshemning som mottar kommunale tjenester må akseptere mat av lav kvalitet. Det stilles også spørsmålsteget om det er omsorgssvikt når personalet tilbyr eller aksepterer mengder av usunn mat under henvisning til at «de må jo få kose seg litt» og om det er greit å gi brukerne pulvermat og annen mat som en selv ikke ville ha spist (Eknes, 2015).

Nordstrøm og Kolstad er intervjuet i Forskning.no under overskriften «Utviklingshemmede spiser seg syke. Overvekt og fedme er et stort helseproblem blant personer med utviklingshemning, men ingen tar ansvar for situasjonen» (Jakobsen, 2014). Der omtaler de «kosekulturen» som er og har vært påfallende sterk i mange bofellesskap, og sier at støtteapparatet må slutte å synes synd på personer med utviklingshemning og gi dem mat til trøst for at de har det litt vanskelig. De etterlyser nasjonale føringer for hvordan forebygge livsstilsykdommer hos personer med utviklingshemning også i Norge (Jakobsen, 2014).

Jeg tenker at vi kanskje bør redefinere «vi/de må jo få kose oss/seg litt» og gi det et nytt innhold. Dette handler om holdninger, kunnskap og det å ta ansvar. En av tjenesteyterne sier at hun skulle ønske at de ansatte i boligen hadde hatt mer lik kunnskap og like holdninger til hva et sunt kosthold kan være:

«Vi har snakket litt om å ta et sånt internettkurs i kosthold for alle i personalet, slik at de kan få de samme holdningene eller kunnskapen om kosthold. Slik at vi får en lik plattform å stå på så det ikke er uenighet i personalgruppen. Vi har snakket en del om for eksempel mengder av mat. Om du er vant til fra din familie at dere har en kjempemengde hamburgere og pølser fremme, ... så er det liksom ikke noe vits i å skulle legge opp til det samme i boligen.»

Tjenesteyterne diskuterer også hvordan ledelsen i bofelleskapene må legge forholdene til rette for å få personalgruppen til å jobbe mot de samme målene innen motivasjonsarbeid. En tjenesteyter sier:

«Vi har hatt kurs med ansatte utenom arbeidstiden hvor alle har lært om kosthold. Vi har også hatt kostholdkurs med brukerne. Nå er det i hvert fall slutt på vaffelsteking og is på alle vakter. Alle ville kose seg på sin vakt, og det er det helt slutt på nå!»

De to siste sitatene kan tyde på at tjenesteyterne ser at det er viktig med kunnskap for å skape gode eller mer ensartede holdninger blant personalet. I det siste sitatet sier tjenesteyteren at de også har hatt kostholdkurs for de som bor i boligen. Andre forteller at de i enkelte tilfeller har hatt kostholdsveiledere fra spesialisthelsetjenesten tilknyttet brukere med spesielle behov.

Jeg oppfatter at informantene med lett grad av utviklingshemning har en god oversikt over hva som er sunt å spise og at det er viktig å være i fysisk aktivitet daglig. Det sammenfaller med hva andre forskere har funnet (Kuijken et al., 2016). Deres valg av livsstil henger kanskje sammen med deres høye funksjonsnivå? Det kan være at de har fortalt meg det de tror at jeg ønsker de skal fortelle, i og med at alle visste hva vi skulle diskutere i fokusgruppen. Men observasjoner av informantene forteller meg at de ser både sunne og friske ut, og det de sier speiler hva jeg også kan lese av deres kroppsspråk. En av informantene jobber på et storkjøkken, og har spesialkunnskap innen kosthold.

4.2.2 Lystbetont informasjon om livsstil

Informasjon om helse og livsstil må formidles på en lystbetont måte sier tjenesteyterne. En sier:

«Men det må være litt lystbetont når vi snakker om det, det må ikke være masete og sånn. Vi bruker også litt film som vi viser på fellesmøter, filmer vi har funnet på nettet i forhold til hvordan sette sammen gode måltider for eksempel. De har vært litt interessante. Ellers så må personalet veilede hver især i forhold til matlaging.»

Tjenesteyterne benytter visualisering og rollespill når de skal lære bort helseatferd. En forteller at de skulle forberede noen med utviklingshemning på hvordan man oppfører seg på et høyfjellshotell ved en lunsjbuffe:

«Vi hadde forberedt beboerne godt på at det er en sånn buffe. Det vil si at det er veldig mye mat å velge i, og at det er viktig at man ikke hauer på med mat. Og at vi står i kø og venter på hverandre rundt bordet. Det hadde vi snakket veldig mye om før vi reiste. Og når vi kom dit, så sklei det litt ut. Så tenkte vi at nå spiller vi rollespill. Først hadde vi et rollespill hvor vi oppførte oss ordentlig, og så hadde vi et hvor vi ikke gjorde det, og da skjønnte de det! Så det er noe med å fortelle det eller å vise det.»

I Bandura (1997) sin sosial- kognitive teori er mestringsforventninger den viktigste faktoren for å få til en atferdsendring. Har en tidligere hatt en god erfaring med at en handling har blitt gjennomført med et positivt resultat, kan det føre til en positiv mestringsforventning og at en tror at en selv er i stand til å gjennomføre den aktuelle handling. I rollespill-eksemplet over, vil flere av de med utviklingshemning kjenne igjen situasjonen og bli overbevist om at dette klarer en godt selv. En kan også relatere rollespillsituasjonen til Bandura (1986) sin teori om modellering. Vi mennesker lærer via rollemodeller ved å observere og imitere andres atferd. Hvis den observerte aktiviteten i tillegg virker oppnåelig for en selv, er det enda en større sjans for at en vil prøve og kan få til en atferdsendring. Og i tillegg hjelper det godt å få støtte og oppmuntring for den endrede atferden sier Bandura (1986).

Informantene med utviklingshemning kommer også med eksempler på at de spiller rollespill for å vise hverandre hvordan en kan handle i ulike situasjoner. Rollespill koster lite, det krever litt planlegging, men det er enkelt å iverksette. Det virker som det er noe som begge gruppene finner både lystbetont og virkningsfullt for å motivere til atferdsendring. Banduras sosial-kognitive teori vil bli mer diskutert under kategorien *rollemodeller* litt senere i kapittelet.

4.2.3 Faste rutiner skaper et behov som på sikt kan blir en indre motivasjon

I begge fokusgruppene snakker de om den positive nytten de har av faste rutiner i det daglige for å oppleve velvære og helse. De med utviklingshemning snakker om at de går på trening

faste dager i uka, og at de deltar i ulike aktiviteter som gjentar seg regelmessig. En forteller om en av sine rutiner:

«Jeg har jo en fast runde som jeg tar, og jeg tar den som regel rett etter jeg er ferdig på jobb. Da har jeg yttertøyet på meg. For tar jeg det av meg, så er det å komme seg av gårde igjen... altså, så da går jeg den runden med en gang, og så kommer jeg hjem etterpå og da føler jeg at nå har jeg gått den.»

De snakker også om at de inngår avtaler med hverandre om at de møter hverandre for å gå tur sammen og så finner de på noe annet artig etterpå. Slike avtaler med venner kan være forpliktende og føre til at en kommer seg litt ut. En sier:

«Så tror jeg at det er mye bedre hvis du lissom prøver å gå en tur. Det er greit at du kan gå alene, men hvis dere går litt flere sammen, da kan en motivere hverandre, på en måte. For da er det jo flere som går og finner på et eller annet sammen lissom.»

Tjenesteyterne snakker også om hvor viktig det er å ha faste rutiner i hverdagen. Trening som er innarbeidet som en fast rutine krever mindre motivasjon. Det gjelder ikke bare for trening, men for de fleste daglige aktiviteter. Men heller ikke rutiner går av seg selv, de må følges opp ellers så kan de forsvinne. En tjenesteyter sier etter at de har diskutert et tilfelle hvor autonomi er utfordringen og diskusjonen omhandlet servering av kaker på et dansearrangement:

«Jeg ser et problem her. Brukerne vet at de har selvbestemmelse og du kan ikke si noe, de kan velge selv, og så de velger det som er behagelig. Og det er så i grenselandet om hvor mye man skal pøse på med kommentarer... for at rutiner er alfa og omega, sånn som jeg ser det. Får du en rutine hver uke, annen hver uke eller to ganger i uka, så blir det forhåpentligvis en god dag, og det tror jeg er det viktigste, å få rutine inn, bli motivert, si ja, det vil jeg gjerne. Derfor må rutine inn, og så er det viktig å motivere de ansatte for å ta et ansvar der. Det tror jeg er veldig viktig!»

De fleste av oss liker rutiner og mange av oss har de samme vanene og rutinene hele livet. Mange personer med utviklingshemning er avhengige av gode rutiner da rutiner er med på å strukturere livene deres, og for noen kan brudd i rutiner være mer traumatisk enn for andre (Höstfält & Söderman, 2012). Klarer en ikke å motivere personer med utviklingshemning til å endre livsstil, kan en som tjenesteyter jobbe med å utvikle og legge til rette for rutiner og vaner i forhold til en sunn livsstil i miljøarbeidet (Innstrand, 2015).

I følge tjenesteyterne er det opp til ledelsen og de ansatte i bofellesskapet å prioritere å følge opp rutiner for beboerne. Er for eksempel nærmiljøet tilrettelagt for fysisk aktivitet, er det nok

personer på jobb, er det enklere for personalet å komme seg ut og finne på noe med beboerne. Hvis en ser på et bofellesskap og dets nærmiljø som en setting, så vil organiseringen av settingen påvirke muligheten for beboerne og de som jobber der til å utvikle og opprettholde ønskede rutiner. Bronfenbrenner (1979) sin sosialøkologiske utviklingsmodell beskriver hvordan mennesker og miljø utvikles og endres som et resultat av gjensidige påvirkningsprosesser (Rønningen, 2003).

En problemstilling tjenesteyterne diskuterer er at de jobbet mye med å lage ukemenyer for sunn mat i boligen i samarbeid med ernæringsfysiologer. De kan ha gode rutiner på de faste måltidene som blir servert, men problemet er den maten beboerne spiser utenom fordi de bor like ved en butikk, kiosk eller bensinstasjon. Et hjertesukk fra en tjenesteyter:

«Vi har butikken rett ved siden av boligen, og hos oss har vi en rutine på at vi koser oss bare på lørdager. Men da er det jo bare for noen å gå på butikken og spise gjerne et par sjokolader på veien hjem. Da er det ingen som ser det, så da er det liksom ingen som minner en på at det kanskje var litt dumt å gjøre det da.»

Bak dette sitatet ligger både utfordringen med retten til å bestemme selv hva en vil spise, utfordringen med å se sammenhengen mellom den maten en spiser og egen helse, og alle de fristelsene en butikk i nærmiljøet kan føre med seg.

4.2.4 Registrering og premiering for ønsket atferd

Registrering og premiering for ønsket atferd er velkjente hjelpemidler, og det blir diskutert i begge fokusgruppene. De med utviklingshemning er opptatt av at ønsket om belønning kan føre til at de presser seg til å gjøre ting de egentlig ikke vil. For å minske på presset foreslår de at man må få lov å bruke litt tid til å få til endringer i livet sitt, men at aktiviteter en har lovet å utføre må registreres. En kan ikke bare stole på dem som sier at de har gjort noe. En forteller:

«Når jeg var mindre og bodde hjemme, så var det sånn at man skulle ha gotteristopp-periode (liten latter), og da lovte de meg en ny cd- spiller hvis jeg klarte å leve uten godteri i et år, tror jeg. Og det klarte jeg!»

Det å ha en «gulrot», et mål som er noe annet enn bare en mulig helsegevinst mange år frem i tiden, er viktig for mange i motivasjonsarbeidet. En tur på kino alene med en av personale kan være en slik gulrot. Her er et eksempel på en premiering til en mann med utviklingshemning:

«Vi har en mann som er litt muskelsvak og han går på helsestudio. For å få han til å gå, så får han lov til å velge akkurat hvem av personalet han vil følge seg til trening. Så han valgte den yngste og peneste (latter) og sier at da vil jeg gå for hun er så pen å se på, og da gjør vi det.»

Tjenesteyterne diskuterer at de prøver å være kreative og finne den premieringen eller akkurat det tiltaket som kan passe for hver enkelt. Det å benytte premiering for å få en ønsket atferd stammer fra den behavioristiske læringstradisjonen (Skinner, 1953). Behaviorismen innen adferdspsykologi kjennetegnes ved begreper som operant læring (hunder som gir labb når de får en godbit) og positiv eller negativ forsterkning eller belønning. Teorien går på at stimuli gis i form av påminnelser eller ledetråder som viser rett vei, og belønning kan gis både som positiv og negativ forsterkning for ønsket atferd. Teorien kritiseres da den står for at læring foregår utenfor individet (Bandura, 1986). Nyere sosial- kognitiv lærings- og motivasjonsteorier bygger på behaviorismen, men er supplert med at læring foregår i et samspill mellom individet og dets sosiale omgivelser (Bandura, 1986; Bandura, 1997; Lyngsnes & Rismark, 2014).

Tjenesteytere snakker om at det er vanskelig å motivere de med utviklingshemning med budskapet om en god helse eller det å føle seg i god form, eller det å unngå helseplager. Det blir bare tomme ord. De må finne andre motivasjonsfaktorer som er sterkere enn ønsket om å være i god form for de fleste. Denne kommentaren oppsummerer dette:

«Men vi har noen sånne systemer, hvis du går to-tre turer rundt i lysløypa i uka, så resulterer det i en kinotur på kvelden med personalet. Og det liker de. Det å bli kjørt frem og tilbake til kino er topp. Så noen gjør det, og krysser av sjøl da. Sånne ting, de vil gjerne ha en gevinst i andre enden, gevinsten er ikke bedre helse altså, det er helt sikkert. Det tar så lang tid!»

Registrering og belønning er ytre motivasjonsfaktorer, og de fleste har glede av å premiere seg selv med noe en har ønsket seg lenge for en spesiell innsats som har pågått over en tid for eksempel. Men motivasjonen forsvinner i takt med at belønningen forsvinner. Det er den indre motivasjonen som gjør at vi opprettholder en ønsket atferd, og den er i følge Bandura (1997) sin sosial kognitive teori betinget av våre mestringsforventninger til aktiviteten. Tidligere positive erfaring med å mestre aktiviteten gir en større sjanse for at en vil gjennomføre aktiviteten igjen, og i tillegg kan en trenge mye ros og oppmuntring.

Det er flere av informantene med utviklingshemning som jeg opplever har en indre motivasjon for fysisk aktivitet. De beskriver at de sykler på turer og svømmer i svømmehallen helt frivillig fordi det er artig, og en av informantene sier at han får en deilig følelse i hele kroppen når han har vært i aktivitet. En annen forteller:

«Nei, jeg finner på noe selv, eller går ut og tar en sykkel tur og sykler litt rundt om kring, for å holde meg i form og fordi jeg synes det er moro. Jeg merker at det er mer koseligere ute enn å sitte inne, slippe å sitte og se på den tv'n hele kvelden.»

4.2.5 Ha gode rollemodeller blant personalet og blant de med utviklingshemning

Innstrand (2015) skriver i en artikkel om vektreduksjon og livsstilsendring i fagbladet Rapport at når det gjelder endring av vaner er det viktig at personen med utviklingshemning selv regulerer og styrer endringen, og det viktigste for miljøpersonalet er å tilrettelegge for motivasjon. Og når en tilrettelegger for motivasjon må en være bevisst hvordan en selv går frem som rollemodell (Innstrand, 2015).

Innstrand sine tanker og råd til tjenesteytere i denne fagartikkelen sammenfaller med mine egne tanker rundt motivasjon og det å være rollemodell. Med denne forforståelsen spurte jeg fokusgruppedeltagerne om hvordan vi kan motivere hverandre?

Dette er et velkjent tema i begge fokusgruppene. De med utviklingshemning snakker ikke om rollemodeller, men de beskriver det tydelig gjennom ulike historier. Her er et hjertesukk fra en som har observert hvordan noen tjenesteytere sitter på sidelinja og ser på at de andre trener på Friskis & Svettis:

«En må lissom være med og aktivisere de andre. Hvis de ikke får til en av bevegelsene så kan de vise hvor du skal gå og hva du skal gjøre. Hadde jeg vært med så hadde jeg prøvd og lissom vært med, jeg hadde jo ikke satt meg ned på sidelinja. Men det er mange som sitter på sidelinja og ser på, og det at de ikke reiser seg opp når en av beboerne har problemer, de bare sitter der og ser på.»

Informantene med utviklingshemning synes at personalet burde være med å trene, for det at de er med og trener vil være motiverende for dem.

Tjenesteyterne diskuterer også rollemodellens betydning i motivasjonsarbeidet. Det er tydelig at dette er et tema de må ta opp ofte. De har flere eksempler som dette:

«Vi prøver jo at vi ikke skal drikke brus og gjøre sånne ting sammen med brukerne. Vi har personalrom og vi har pauserom. Vi kan gjøre de tingene der. Vi har også en bruker som har begynt å snuse fordi ho peneste snuser, ikke sant, og det er ikke noe god rollemodell! Jeg har akkurat hatt medarbeidersamtaler, og det med at vi er rollemodeller er en av de tingene jeg har tatt opp i alle samtalene, fordi at jeg ser jo det at det er litt sånn. Når vi har fellesmåltider så må vi være høflig å sende ting, og ikke tenke seg sjøl først og hive på svære mengder. Hvis personalet tar først på tallerken, så er du jo ikke noe god rollemodell.»

Det er enighet om at det er viktig å være gode rollemodeller for dem som bor i bofellesskap og for kollegaer. Det å ha gode rollemodeller er motiverende for alle. Det bekrefter informantene med utviklingshemning, de ser opp til hverandres ulike kvaliteter. En er flink med mat, en annen er hjelpsom og en er grei. Spesielt jentene jobber med å motivere hverandre. De er verbale og flinke til å lage avtaler seg i mellom om ulike aktiviteter. Informantene med utviklingshemning forteller at det er store ulikheter i bofellesskapene de kjenner til, i forhold til om dem som jobber der er flinke til å motivere og inkludere beboerne i aktiviteter. De har god oversikt over hvor det er bra og hvor det ikke er så bra å bo.

I Danmark har de begynt å utdanne personer med utviklingshemning til å være rollemodeller innen helse og livsstil på arbeidsplasser gjennom et prosjekt som kalles SMUT (Schimmel, 2015). SMUT står for Sundhed, Motion, Udvikling og Trivsel. Disse rollemodellene har blant annet vært med å spille inn korte «filmsnutter» som viser alternative ting å gjøre for å leve et litt sunnere liv. En film handler om å gå til jobb istedenfor å ta bussen og lignende. Jeg har ikke funnet noen evaluering av dette prosjektet ennå.

For tjenesteytere er det også viktig med gode rollemodeller på jobb. Gode og dårlige rollemodeller kan være med å påvirke jobben en selv gjør. Er det for eksempel ingen som liker å være i fysisk aktivitet i bofellesskapet, men derimot elsker å lage god mat og se film, så er det lett å bli påvirket og kopiere den atferden. Tjenesteyterne snakker om at personalet også trenger å bli motivert for å kunne motivere andre. Temple & Walkley (2007) diskuterer hvor viktig det er å ha ansatt personale som er opptatt av å fremme fysisk aktivitet, personale som vet hvor viktig det er og bare gå en tur eller gjøre noen treningsøvelser hjemme uten at det behøver å koste en krone. Temple & Walkley (2007) sier at personalet ofte trenger mer informasjon om hvor viktig det er at de setter i gang aktivitetstiltak for beboerne. Et annet forlag er at personalet må få høre flere suksesshistorier fra andre som har fått satt i gang aktivitetstiltak som fungerer. Disse suksesshistoriene kan være med å motivere dem til å sette i gang lignende tiltak selv. Temple & Walkley (2007) går så langt at de foreslår at det kan være et kriterium når en skal ansatte nytt personale, at de må ha kunnskap og være motivert for fysisk aktivitet.

4.2.6 Finne frem til motivasjonsfaktorer hos den enkelte

Informantene med utviklingshemning deltar i ulike selvvalgte aktiviteter. De spiser sunn kost og koser seg innimellom som folk flest. Når jeg spør dem om hvorfor de trener, har alle en god forklaring på det. En av kvinnene svarer:

«For å komme i bedre form og få en bedre helse og ikke få alle de sjukdommene man kan få når man er overvektig. Og for å gå ned i vekt.»

Kvinnene ramser opp mange forskjellige aktiviteter de holder på med eller har holdt på med i det siste som handball, dansing, turgåing, zumba, styrketrening, sykling og spinning.

Mennene har færre aktiviteter, men jeg opplever at de har holdt på med de samme aktivitetene i årevis. De trenger ikke ekstra motivasjon for å gjennomføre aktivitetene, de gjør det fordi dem liker å holde på med det de gjør.

Tjenesteyterne sier at en av deres største utfordring er og nå frem med helsebudskap til gruppen av personer med lett grad av utviklingshemning som bor for seg selv. De sier at det er lettere å få med de som bor i bofelleskap på sunne ukemenyer eller på fellesturer i skog og mark. En tjenesteyter sier:

«Vi har brukere med Aspergers syndrom og utviklingshemning som blir helt opphengt i typer av mat. De går ikke på utsiden altså. De lar seg ikke vippe av pinnen av hverken ernæringsfysiologer, leger eller noe.»

Jeg tenker at personer med utviklingshemning som også har autisme trenger mer enn noen andre individuelt tilpassede opplegg for å motiveres for atferdsendring.

Autismespekterforstyrrelser kjennetegnes ved avvik i evnen til gjensidig sosial interaksjon og kommunikasjon, de kan ha begrensede eller snevre interesser, begrenset repertoar av aktiviteter eller en karakteristisk ensformig måte å gjøre ting på (Autismeforeningen i Norge, 2017). Disse avvikene vil mest sannsynlig føre til ekstra utfordringer for de som skal hjelpe til med en atferdsendring hos personer med autisme.

Tjenesteyterne er opptatt av at de må knekke koden for hvert enkelt individ for å finne ut av deres motivasjonsfaktor. Her er et eksempel fra en som kan si i fra om hva som må til for å få han på ut tur:

«Det vi oppdaget da vi tok litt kartlegging, var at de som fikk lov å gå på tur en-til-en med en av personalet var lettere å få med ut. Hvis jeg sa: vil du gå en tur med meg? Ja! Og hvis jeg sa: vil du også være med til en annen i bofellesskapet, da trakk den første seg fordi den en-til-en kontakten var det han egentlig var ute

etter. Og da kunne vi gå langt altså! Så hvis en har mulighet til å gi individuelle tilbud. Vi har oppdaget at det ikke er alle personer med utviklingshemning som liker hverandre, dessverre. De liker å være sammen med personalet.»

En tjenesteyter har en annen erfaring med det å delta selv i trening sammen med dem han jobber med. Han forteller:

«Jeg kan fortelle om tre karer som er i svømmehallen hver uke. Jeg svømte alltid sammen med dem. Så ville han ene slutte å svømme. Jeg fant ut at motivasjonen til å fortsette å svømme, var at jeg ikke var i bassenget med dem, men på land, og tok dem i mot, satt på dem nesebåndene og motiverte dem når de kom inn. Det var motivasjon! Så det gjør jeg nå, og de svømmer alene en kilometer eller 500 meter. Det er så viktig for dem, de er langt i demensutviklingen, men i svømmehallen er det ingen endring. Der er det heller framgang enn tilbakegang. Og det er så viktig!»

Det kan være ressurskrevende å gi alle individuelle tilbud, men muligens kan slike tilbud gjennomføres hvis hverdagen kan tilrettelegges mer fleksibelt. Personalet må være motivert for å tilrettelegge for aktiviteter. Ikke alle er det, og dette sitatet sier litt om utfordringen:

«Da tenker jeg egentlig at en må jobbe med personalet først. Når brukerne kommer hjem fra jobb, er det mange som er slitne, og da må de få spise middag og slappe av litt. Så kan de kanskje reise til svømmehallen eller planlegge en tur ut i skogen. Vi bor jo landlig. Men det er ikke alle ansatte som er like glad i å gå på tur eller sykle eller gå i svømmehallen. Så det å få satt i gang en personalgruppe mot samme mål og som trives med å gjøre ting sammen med de som bor der, det er alfa og omega!»

Til dette utsagnet er det mange som mumler samtykkende. Det virker som tjenesteytere er klar over at også de trenger motivasjon for å sette i gang tiltak. Det å ha med noen rollemodeller, noen som trives med å være i fysisk aktivitet sammen med de med utviklingshemning, er et tiltak. Slike ressurspersoner kan være med å sette i gang personalgruppen i den retningen de ønsker.

Helseintervensjonsprogrammer som er blitt testet ut på personer med utviklingshemning som kun har fokusert på teoretisk opplæring viser sparsomme resultat (Heller, McCubbin, Drum & Peterson, 2011). Helseintervensjonsprogrammer som er benyttet for befolkningen generelt og som er testet ut på personer med utviklingshemning uten spesiell tilrettelegging for brukergruppen, viser heller ikke til så gode resultat (Scott & Havercamp, 2016). Her kommer et sitat fra en tjenesteyter som sier noe om et fellestiltak de satt i gang i regi av bofellesskapet:

«Vi hadde et sånt prosjekt for noen år siden. Vi har jo noen trimrom nede i første etasje. Der var vi en gang i uka og skulle trimme. Men brukerne var ikke så veldig interessert altså, jeg må bare si det som det er. Vi prøvde med musikk og vi danset litt, og ikke bare sånne apparater liksom. Vi har prøvd mange forskjellige ting, men det går bare en liten stund, så dør det ut.»

Dette er et klassisk eksempel på hva som ofte skjer når aktiviteter blir bestemt av andre enn dem som skal delta. Personer med utviklingshemning er som alle andre, de har ulike ønsker og preferanser, og ikke minst så har de ofte et ulikt utgangspunkt rent kroppslig eller funksjonsmessig som gjør at tiltak må tilpasses hvert enkelt individ (von Tetzchner, Hesselberg & Schiørbeck, 2008). Dette bekreftes av forskere i Sverige som har forsket på hva som må til for å få til en vellykket implementering av et helseintervensjonsprogram for voksne personer med utviklingshemning. Intervensjonen må være tilrettelagt slik at deltagerne kan finne sin egen motivasjon til å engasjere seg i opplegget. Støtte og oppfølging av hvert enkelt individ/beboer må være skreddersydd på bakgrunn av deres spesielle ønsker og behov (Sundblom, Bergström & Elinder, 2015).

En annen sosialkognitiv teori som kan underbygge hvorfor noen tiltak ikke fungerer, selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory) (Ryan & Deci, 2002). Ryan og Deci (2002) sier at nøkkelen til en indre motivasjon ligger i kompetanse, autonomi og tilhørighet. Autonomi er behovet for å ta egne valg og selv være initiativtaker til de aktivitetene en ønsker å utføre. De mener også at tilhørighet er en viktig komponent i motivasjonsprosessen. Det kan være vårt behov for gjensidig respekt og tillit fra andre og det å føle tilhørighet til et miljø for eksempel. Kompetanse er behovet for å lykkes i passe utfordrende oppgaver og følelsen at vi mestrer oppgavene vi skal gjøre (Ryan & Deci, 2002).

Personer med utviklingshemning er eksperter i eget liv og de bør få delta og påvirke i så mange ledd som mulig i prosesser når det er snakk om å endre egen atferd. På nettsidene til Helsedirektoratet står det at brukere av tjenester har rett til å medvirke, og at tjenestene har plikt til å involvere brukeren i avgjørelser som angår dem. Samtidig vet vi at brukermedvirkning har en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenester (Helsedirektoratet, 2016).

I fokusgruppen med informanter med utviklingshemning snakker de om den sosiale delen av det å være med på aktiviteter, hvor motiverende det kan være og hvor viktig det er at alle får være med. De snakker om hvilke barrierer de som bor i bofelleskap kan slite med, ting som

hindrer at alle kan være med på aktiviteter. De nevner vaktskifte og dårlige ledere som eksempel. Et sitat som illustrerer dette:

«Og hvis de for eksempel skal dra på sommertur med boligen, så er det tre stykker som må bli hjemme fordi de ikke vil ha de med. Det er lederen som sier det fordi de er veldig svakere enn de andre, så da blir det mere problemer å ha dem med. Men det blir jo feil det og...»

De diskuterer også problemstillingen med turer som tidsmessig går over det oppsatte vaktskifte til personalet som gjør at det kanskje ikke blir noen tur hvis ikke foreldre kan stille opp ekstra eller lignende løsninger.

4.2.7 Nærmiljøet er tilrettelagt for en sunn livsstil

Tjenesteyterne snakker om at de er blitt flinkere til å utnytte nærmiljøet for å være i aktivitet sammen med beboerne. Det er alt fra inneaktiviteter, som å være med å dekke bordet og rydde av, til det å kaste søppel og holde på med uteaktiviteter rundt huset. Flere forteller at de bor landlig og at de har tilgang på tur- og sykkelstier. De sier at de motiverer beboerne til å gå eller sykle til jobb eller på fritidsaktiviteter.

Men mange forteller også om barrierer i nærmiljøet for å leve sunt. Alle fristelsene som møter en i butikker og på bensinstasjoner med uimotståelige tilbud. Jeg spør informantene om de har noen positive historier å fortelle, hvor tiltak for å leve et sunnere liv er vellykket. Her et sitat fra en tjenesteyter:

«På Asvo, der kuttet de ut brusautomat og alle de tingene. Og så begynte de å lage salat som brukerne kan kjøpe, og litt frukt og forskjellige sånne ting. Det handler litt om at brukerne skal ha litt å gjøre, så de skjærer opp frukten. Så det er ikke bare vafler og Cola, de har gått et steg videre. Og det er egentlig veldig bra!»

Dette er et eksempel på at noen har tatt helsefremmende avgjørelser som fungerer godt i hverdagen. Dette tiltaket vil jeg definere som et *nudging*-tiltak. Ordet nudge kan oversettes til lett dytting eller dulting. Begrepet nudging fikk sitt gjennombrudd i atferds sammenheng i forbindelse med lansering av boken *Nudge* (Thaler & Sunstein, 2008). Forfatterne har tatt utgangspunkt i sosialpsykologisk forskning som viser at mennesker ikke alltid gjør det som er til deres beste, men er tilbøyelig til å velge det som er standarden, om det er ringelyd på mobilen eller porsjonsstørrelser. Thaler & Sunstein (2008) fremhever to elementer i nudging konseptet. Den ene kaller de valgarkitektur, det er hvordan rammene rundt oss er med å påvirke beslutninger. Det andre elementet kaller de libertariansk paternalisme, som betyr å

styre mennesker i en viss retning samtidig som valgfriheten skal ivaretas. Begrepet libertariansk paternalisme, slik Thaler & Sunstein (2008) benytter det i boka Nudge, er omdiskutert av forskere (Svendsen, 2009).

Våre valg og handlinger kan enten være påvirket av kognitive og rasjonelle tanker eller de kan utføres automatisk eller på en intuitiv måte. For personer med en kognitiv svikt vil ofte handlinger bli utført automatisk eller etter et innlært mønster som det kan være vanskelig å bryte (Wigaard & Larsen, 2014). Blir vi tilbudt frukt i stedet for boller, står nøkkelhullsmerkede produkter lett tilgjengelig i butikkene, eller blir brusautomaten fjernet fra arbeidsplassen vår kan disse endringene føre til at vi får *et dytt* mot et sunnere valg. Det er viktig innen nudging-teorien at en ikke fratrukket folk valgfriheten, men at man fjerner fristelsen til å velge det som er uheldig (Thaler & Sunstein, 2008). Jeg har ikke funnet noe forskning innen nudging i forhold til personer med utviklingshemning, men sitatet over fra Asvo, viser at noen forsøker å legge forholdene til rette for å gjøre de sunne valgene enklere. Det er kanskje enklere å endre miljøene eller konteksten enn å endre hvordan folk tenker?

Et annet vellykket eksempel fra en tjenesteyter i et bofelleskap:

«Vi har gjennomført noe selv, og det er kanskje litt på kanten? Dette handler om en bruker som fungerer godt og han vil ha det sånn. Vi har en fellesleilighet og der er det et kjøleskap. Han handler mat en gang i uka. Det er best for han, men han kan ikke ha all maten inni kjøleskapet sitt, for da spiser han opp alt den første dagen, og da er han tom resten av uka. Da legger han på seg og så får han vondt i magen. Han har litt penger slik at han kan små-kjøpe, men han blir veldig fristet når kjøleskapet er fullt. Så han kommer inn til oss og leverer fra seg mat som han har i en boks i kjøleskapet vårt, og der kommer han og henter det han vil ha på morgenen og på kvelden. Og så går han og spiser oppe på Helsehuset. Og han har altså gått ned 15 kg, han svømmer, han sykler, han er veldig aktiv. Og har fått et helt annet liv altså! Og hvis vi ikke hadde hjulpet han med dette, så tror jeg han kanskje ikke hadde syklet i alle fall, fordi han hadde blitt veldig, veldig stor. Så dette er litt på kanten, men han gjør det helt frivillig, det er ikke noe tvang, han kan når som helst, for det er en døgnbemannet bolig, komme å hente maten sin.»

Dette er et brukerstyrt tiltak, hvor brukeren har empowerment til selv å bestemme hva som er til hans beste. Det er viktig med gode rollemodeller og sosial støtte i denne prosessen, og sitatet over forteller at dette blir innfridd.

4.3 Forskningsspørsmål 3: Kan tilrettelagt informasjonsteknologi benyttes for å motivere personer med utviklingshemning til livsstilsendringer? Hvis ja, på hvilken måte?

Mange i befolkningen generelt benytter den nye teknologien i eget motivasjonsarbeid for å opprettholde en sunn livsstil. Noen loggfører elektronisk sine treningsprestasjoner og konkurrerer med seg selv fra år til år. Andre benytter teknologien for å bli inspirert av andres ideer og prestasjoner. Noen setter pris på at smartklokka på armen sier i fra at nå må du røre på deg, mens for andre blir det nok en ting som skaper ytterligere stress i hverdagen.

Teknologien er her for å bli, og vi benytter for eksempel mobiltelefonen til mange gjøremål i løpet av en dag. Er det slik for personer med utviklingshemning også? Jeg forventer at færre benytter slik teknologi, da teknologi er dyrt og kan være avansert å benytte.

For å lette diskusjonen i fokusgruppene hadde jeg med konkrete og bilder av gadgets og aktiviteter hvor teknologi var i bruk.

Resultatet av forskningsspørsmål 3 er oppsummert i tre kategorier:

-Teknologi er artig

-Velferdsteknologi kan motivere til endret atferd

-Det er mange barrierer for å bruke teknologi i motivasjonsarbeid

De ulike kategorier blir tolket og drøftet fortløpende under.

4.3.1 Teknologi er artig

Informantene med utviklingshemning kjenner til det meste av de tekniske tingene jeg har med. Jeg fikk til og med tilleggsopplysninger om at jeg trenger et belte til aktivitetsklokken jeg har med. Ingen av informantene har en slik klokke, men de fleste har hatt og har benyttet skritt-tellere. Tre av informantene har pc, men det var bare den yngste som bruker den jevnlig. Hun har også den nyeste mobiltelefonen, og er den som er interessert i å få de programmene og appene jeg demonstrer for fokusgruppen. Ingen av de tre andre har en mobiltelefon som kan benyttes til å laste ned apper eller lignende.

Informantene med utviklingshemning er positive til teknologi. Mange har vært med å spille Wii og Nintendo, men bare en av dem har hatt slikt avspillingsutstyr. Den yngste har også

brukt treningsprogrammer på Wii. Da jeg spør dem direkte om de kan tenke seg å ha mer av slike aktivitetsspill svarer alle ja. Jeg spør dem også om de ser noe negativt med å bruke ny teknologi og det var det ingen som gjorde. Men at det koster masse penger var alle enige om, og det begrenser bruken. De tror ikke dem som bor i bofelleskap bruker teknologi for å motivere seg for trening for eksempel, men at en del av de yngre bruker pc og elektroniske kalendere for å huske ting.

Tjenesteyterne sier også at det er de yngste brukerne som er mest ivrig på å benytte ny teknologi. En informant sier:

«For de yngre, de lærer jo, men de som vi har, de 60 pluss, de vil ikke ha mobiltelefon engang. De har posten sin, de er litt sånn. Når jeg viser noe på pc på fellessen, vi har en bærbar pc som vi viser litt hva som skjer og om det er noen aktiviteter de vil være med på. De synes det er greit, men å trykke på den..., det er litt angst med det. Det er ikke noe farlig sier jeg, bare trykk, det er ikke noe som blir borte. Men det er ikke så rart, jeg har jo angst for det skjøl(latter).»

Tjenesteyterne er enige i at mange synes at teknologi er artig, spesielt har mange brukere sans for spillteknologi. Spillteknologi som er lystbetont og samtidig ikke så vanskelig å få i gang eller å betjene er bra sier de. Spill som er med å gi en mestringsfølelse til dem som deltar kan virke motiverende tror de. De forteller at de har noen unge jenter med Downs Syndrom som bruker slike trenings- dvd'er. Forskning viser at spillteknologi kan bidra til økt fysisk aktivitet, men at foreløpig er ikke spillene godt nok egnet for personer som trenger å gjøre spesifikke øvelser og bevegelser (Maroni, 2016). Maroni er den første i Norge som har tatt doktorgrad i *exergaming* (treningsspill) for eldre personer. Hun er ikke i tvil om at spill kan ha et stort potensiale innen helsefeltet, men foreløpig er det for lett å jukse (Maroni, 2016).

4.3.2 Velferdsteknologi kan motivere til endret atferd

Tjenesteyterne diskuterer bruken av modifisert ergometersykkel med filmbibliotek. Denne sykkelen er testet ut i flere prosjekter blant annet på personer med demens. De eldre sitter og sykler på en ergometersykkel, og foran seg har de en skjerm som viser film av en kjent sykkelvei for vedkommende som lastes opp fra filmbiblioteket. Dette har vist seg å være motiverende for mange (Håseth m.fl., 2015). Ingen i fokusgruppene har prøvd en slik modifisert ergometersykkel, men tjenesteyterne tror at det vil være motiverende for mange personer med utviklingshemning. En av informantene har tenkt på denne ideen selv for mange

år siden, men de har ikke noe sted å gå med gode ideer for å få skreddersydd teknologi for hvert enkelt individ.

Teknologi er bra hvis den gir mestringsfølelse hos brukerne, at den kan øke deres empowerment. En informant sier:

«Men samtidig så kan teknologi gi mestringsfølelse. Hvis de får en app, så kan den gi dem mestringsfølelse, de kan jo vokse på det, ja uten personal. Kanskje de får høyt skår eller, de er jo veldig interessert i spill mange av dem, så hvis det blir litt spill-aktig.»

Hvis spillteknologi kan gi personer med utviklingshemning en mestringsfølelse, så vil kanskje denne mestringsfølelsen føre til positive mestringsforventninger ved lignende aktiviteter i etterkant?

Under begge fokusgruppeintervjuene demonstrerer jeg ulike apper på smarttelefonen, på Ipad'en og jeg viser frem et e-læringsprogram om helse og livsstil spesiallaget for personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere. Det er ingen som kjenner til noe av det jeg viser frem, men alle blir interessert og ville vite hvor de kan finne disse tingene.

Aktivitetsappen *Living Buddy* og aktivitetsspillet *Geocaching* er tilrettelagt for personer med utviklingshemning, og jeg undres over at ingen har hørt om disse tingene som har vært omtalt på ulike nettsider til deres interesseorganisasjoner. Det indikerer at informasjon om hvilke tilbud og muligheter den nye teknologien kan gi dem av ideer i forhold til personer med utviklingshemning ikke er godt nok utbredt.

I Danmark har de laget sin egen «IT-bank» for personer med funksjonsnedsettelse (IT-Banken, 2017). Der kan man lete etter den teknologien man har bruk for, en kan hjelpe andre ved å anmelde teknologi selv og tilføye informasjon om nye teknologier så disse kan anmeldes. Målet med nettstedet er å ha et samlet sted for informasjon og anmeldelser av sosial teknologi på et sted (IT-Banken, 2017).

4.3.3 Det er mange barrierer for å bruke ny teknologi i motivasjonsarbeid

Jeg er interessert i å finne ut hvor informantene er i forhold til bruk av velferdsteknologi og lignende i bofellesskapene. Jeg lurer på hva de har av teknologi og hva som er opp til den enkelte beboer å eie selv. I bofellesskap har de fleste en tv og pc tilgjengelig på et vaktrom eller i et fellesrom. De kan søke om et begrenset utvalg av teknologi til beboerne gjennom

NAV. Fra NAV kan personer med utviklingshemning få ulike digitale kalendere som MEMOplanner og Rolltalk som kan hjelpe dem å huske avtaler og lignende. Men smarttelefon, iPad og spillteknologi må beboerne kjøpe selv. Og da er de avhengig av å ha råd til slik teknologi og foreldre/verger som kan hjelpe til med innkjøp og oppsett av teknologien.

En informant forteller om bruk av MEMOplanner:

«Vi bruker jo MEMOplanner, den ser ut som en mobiltelefon. Vi har noen med ADHD og Asberger, og de bruker det. På MEMOplanner kommer det automatisk opp meldinger, ja de er veldig glad i det fordi de husker så dårlig. Så forteller'n at nå må du ta medisinen din, og nå går bussen om 10 minutter, om 5 minutter, nå må du gå, ikke sant! Vi legger inn hva som passer for den enkelte, og det at den ser ut som en mobil gjør at de lett kan bruke den, for den er ikke stigmatiserende. Og da kan en jo legge inn slike aktivitetsprogrammer.»

Den siste kommentaren om å legge inn slike aktivitetsprogrammer, er en ide tjenesteyterne får i fokusgruppen når jeg viser dem noen muligheter som finnes. Men deres problem er at det er mange av de som jobber i bofellesskapene som sliter med teknologivegring. De har ikke lært noe om teknologi og får heller ikke noe opplæring i det i jobbsammenheng, så det blir litt tilfeldig hvem som kan noe. De yngste som jobber der kan ofte mest sier de, da de benytter teknologi mer aktivt enn de eldste arbeidstakerne. En informant forteller:

«Barn med utviklingshemning som vokser opp i dag og som har gått på skolen, de blir fortere introdusert for iPad'er og mobiler og alt det der. De bruker det mer aktivt, og for den gruppa så vil det være mye større nytteverdi enn for dem mellom 60 og 70 år. For de eldste må en bruke andre ting enn teknologi. De eldste er også litt understimulert på personalkontakt, så det er det de profeterer på. Kan de få et personal for seg skjøl, da kan ting gå lettere.»

For å få opp interessen til å benytte den teknologien som er utviklet og som kommer fremover, tenker jeg at personalet bør få opplæring i hvorfor det kan være nyttig å benytte teknologi og hvordan håndtere og bruke teknologien. Kanskje det er urealistisk at alle i et bofellesskap bør ha en teknisk opplæring, men ledelsen i bofellesskapene kan sørge for at det læres opp noen superbrukere. Disse personene bør da like teknologi og være motivert for å teste ut nye ting sammen med beboerne.

Spillteknologien er ofte for avansert for mange personer med utviklingshemning sier tjenesteyterne. Det å trykke seg frem på en mobil for å få i gang en app er også for komplisert for mange, også for mange tjenesteytere. Dessuten er teknologi dyrt og personer med utviklingshemning har ofte lav inntekt. I om med at det bare er noen få teknologiske ting en

kan søke om gjennom NAV, så begrenses kjøp og bruk av det nyeste på markedet for de fleste. Sommeren 2016 lanserte Karde AS en veileder om velferdsteknologi for personer med utviklingshemning. Der har de forsøkt å samle alle relevante løsninger på markedet og de gir tips til tilrettelegging. Målet med velferdsteknologien er å gi personer med utviklingshemning best mulig mestring i dagliglivene deres (Digernes & Rødevand, 2016).

Det er de yngste brukerne som benytter teknologi, de som har ressurssterke foreldre og de som lærer å bruke teknologi på skolen i følge tjenesteyterne. Men tjenesteyterne hevder de er positive til teknologi. Likevel sitter jeg igjen med et inntrykk av at det foreløpig er mange barrierer som er med å forhindre at den nye teknologien blir tatt i bruk. Men etter nasjonale planer skal velferdsteknologi være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen år 2020 (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013).

5.0 Avslutning

5.1 Oppsummering

Jeg vil oppsummere hovedfunnene i undersøkelsen og reflektere om de kan belyse oppgavens problemstilling: Hva må til for å opprettholde motivasjon for en sunn livsstil hos voksne personer med utviklingshemning?

Personer med utviklingshemning lærer om helse og livsstil via sine nærpåersoner.

Alle informantene mener at tjenesteytere trenger mer generell kunnskap om kosthold og om fysisk aktivitet. Tjenesteyterne ønsker å følge retningslinjer, for eksempel fra helsedirektoratet. De ønsker at alle som jobber med personer med utviklingshemning skal ha samme opplæring, slik at det kan bli en felles forståelse og holdning blant tjenesteyterne.

Alle informantene mener at tjenesteytere må bevisstgjøres sin viktige oppgave som rollemodeller. Tjenesteytere trenger selv gode rollemodeller blant kollegaer som de kan strekke seg etter og bli motivert av for å kunne motivere andre igjen.

Tjenesteyterne har mer fokus på kosthold enn på fysisk aktivitet når vi diskuterer livsstil. De med utviklingshemning snakker mest om sine aktiviteter og minst om kosthold.

Tjenesteytere sier at de må «knekke koden» for hvert enkelt individ for å finne hva som kan motivere den enkelte til atferdsendringer.

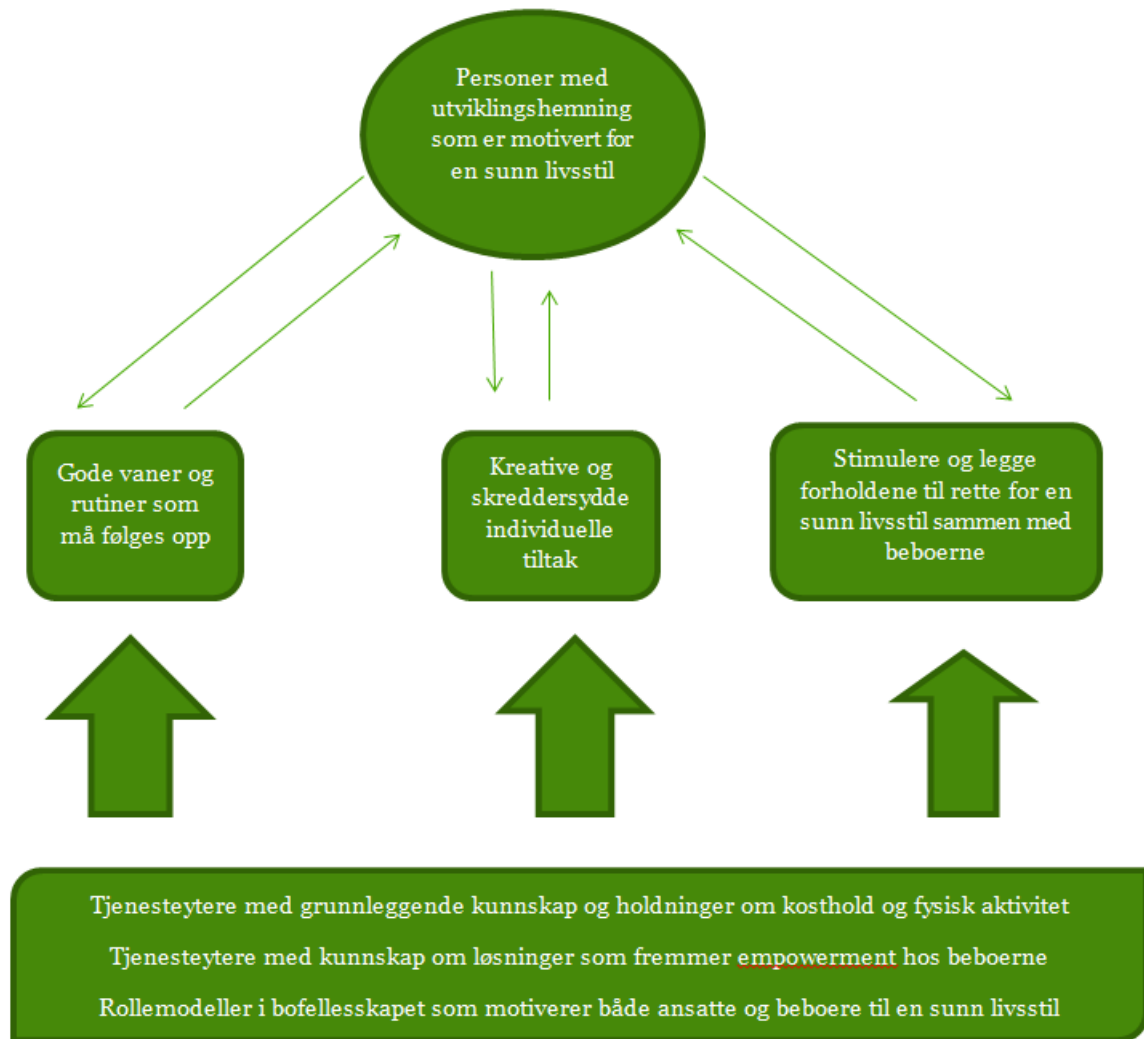
Alle informantene er enige i at rutiner og vaner er viktig for å få en ønsket atferd til å vare.

Alle informantene er positive til ny teknologi, men ennå er det mange barrierer som hindrer bruk av teknologi. Det kan være alt fra pris, brukervennlighet til teknologivegring.

Forutsetninger for å opprettholde motivasjon for en sunn livsstil hos voksne personer med utviklingshemning som kom frem i denne undersøkelsen er forsøkt illustrert i figur 4. De ønsker å hjelpe, som selv ønsker en endring av livsstil, må alltid være med i hele prosessen fra planlegging til utførelse. Mestringsforventninger må kartlegges og en må knekke koden til hvert enkelt individ i forhold til hvilke aktiviteter som kan passe. Tjenesteytere må skreddersy personlige løsninger og legge forholdene til rette for gjennomføring. Aktiviteter må følges opp slik at de kan utvikle seg til å bli vaner og rutiner. På sikt kan disse utvikles til å bli behov. Nærmiljøet må utnyttes og legges bedre til rette slik at det blir lett å være i

aktivitet. Dette fordrer tjenesteytere med kunnskap om løsninger som er med å fremme empowerment hos personer med utviklingshemning.

Figur 4. Skjematisk fremstilling av essensen av funnene



5.2 Metodiske og etiske refleksjoner

Denne undersøkelsen forteller om hvordan voksne personer med lett grad av utviklingshemning og tjenesteytere som jobber i bofellesskap hvor det bor voksne og eldre personer med lett- til moderat grad av utviklingshemning jobber med motivasjon i forhold til å leve et sunt og godt liv.

En svakhet ved denne undersøkelsen er at den kun har med informanter med lett grad av utviklingshemning og ingen med moderat grad av utviklingshemning. Så informasjonen som fremkommer om personer med moderat grad av utviklingshemning er proxy-informasjon fra tjenesteytere og informanter med lett grad av utviklingshemning. I følge Ellingsen (2010) er det å ekskludere personer med omfattende kognitive vansker, de som ikke kan avgi et informert samtykke, med på å gi metodologiske utfordringer. I følge ham finnes det nesten ikke forskning på denne gruppen. Hvis informantene i et intervju ikke forstår spørsmålene eller forskeren ikke forstår svarene de gir, så blir heller ikke resultatene verken pålitelige eller gyldige. Derfor har jeg valgt informanter med lett grad av utviklingshemning og som har samtykkekompetanse, og som jeg tror vil forstå mine spørsmål og som har et godt ordforråd.

Jeg tror likevel at proxy-informasjonen fra mine informanter på vegne av personer med moderat grad av utviklingshemning er overførbare på grunn av informantenes troverdighet og lange ansiennitet.

Det vil alltid være et maktforhold mellom intervjuer og de som blir intervjuet. Faren med å intervju personer med utviklingshemning er at noen kan være autoritetstro slik at de anstrenger seg for å gi de svarene de tror at intervjueren vil ha (Ellingsen, 2010). Ved å benytte et fokusgruppeintervju blir funnene ikke isolert sett knyttet til enkeltaktørers utsagn (Meyer & Gjærum, 2010). Dialogen vi hadde i fokusgruppeintervjuet opplevde jeg som åpen og uanstrengt. Alle fikk si noe, alle lyttet til hverandre, de som ikke sa noe ble spurt eksplisitt om de hadde noe å si til spørsmålet. Vi var enige om at alt som ble sagt under fokusgruppeintervjuet forblir mellom oss.

Når en skal vurdere troverdighet av resultatene må en vurdere pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. Dette er en hellig treenighet i følge Kvale & Brinkmann (2010) og det er glidende overganger mellom disse.

Intervjuguiden var ikke testet på forhand. En mulighet kan være at spørsmålene ikke er gode nok til å fange opp det jeg vil ha svar på. Jeg opplevde at informantene forstod spørsmålene intuitivt og de hadde ikke problemer med å svare. En annen svakhet kan være at jeg selv var moderator i fokusgruppeintervjuene. Jeg har lite erfaring med å intervju personer med utviklingshemning. Det kan være at ved å benytte en annen og mer erfaren moderator vil en få bedre og mer nyanserte svar fra informantene.

Dataene er behandlet på en forsvarlig måte. Lydfilene etter fokusgruppeintervjuene ble slettet etter transkribering. De to transkriberte intervjuene er oppbevart på et sikkert område på min pc, og de vil bli slettet etter avsluttet masteroppgave.

Det å benytte en velkjent og anbefalt analysemetode ala Malterud sin systematiske tekstkondensering (Malterud, 2011) av dataene, er med å øke sjansen for å få til en ryddig analyse av god kvalitet. Ved å reprodusere analysen av andre forsker, burde de komme frem til de samme funnene som meg. Det er med å gi troverdighet til funnene, men det og reprodusere kvalitative data er en ikke helt ukomplisert prosess. Det kan være vanskelig å reprodusere sosiale fenomener og komme frem til de samme teoretiske forklaringer, da forskere er ulike mennesker og ingens livsverden er lik (Strauss & Corbin, 1998).

I oppgavens presentasjon av funn og diskusjon, håper jeg at det går tydelig frem hva som er funn og hva som er mine teoretiske betraktninger rundt funnene. Hvis det går tydelig frem, er det med på å øke troverdigheten til resultatene.

For å styrke troverdigheten av undersøkelsen har jeg i metodekapittelet forsøkt å gi en god beskrivelse av intervjusituasjonen med detaljert informasjon om kontekst, informanter og fremgangsmåte.

Angående gyldighet av mine funn, finner jeg mye teori som er med å støtte og underbygge funnene i etablerte teorier og i utført forskningsarbeid. Jeg har fått bekreftet flere av mine hypoteser. Men faren er at jeg har «lett» etter funn basert på min forforståelse av tematikken i oppgaven. Helseoppfølging av personer med utviklingshemning er en del av mitt daglige arbeidsfelt, men jeg har forsøkt å se med forskerens øyne på hva informantene egentlig sier. Mulige bias kan være at jeg har sammenlignet funn kun med de artiklene jeg har funnet som sammenfaller med hva jeg selv tror er riktig. Jeg burde kanskje ha hatt med mer litteratur som kunne satt spørsmåltegn ved relevansen av enkelte funn, men det har jeg ikke funnet.

Jeg har til sammen 11 informanter fordelt på to fokusgrupper. Materialet er ikke stort, men kan funnene fra disse være relevant for andre i lignende situasjoner? Selv om datamaterialet er lite har det har gitt meg indikasjoner på hva tjenesteytere og personer med lett grad av utviklingshemning mener om hva som må til for å få og opprettholde motivasjon for en sunn livsstil. Det blir opp til leseren av denne oppgaven å vurdere overførbarheten til sin egen setting.

5.3 Konklusjon og videre forskning

Denne undersøkelsen viser at tjenesteytere vet mye om hva som kan motivere til endring av vaner og hvilke muligheter de har til å påvirke livsstilsendringer hos personer med utviklingshemning. Informanten med lett grad av utviklingshemning hadde god oversikt over hva det vil si å ha en sunn livsstil og de hadde sine aktiviteter som de trivdes godt med.

Likevel vet vi fra andre undersøkelser at det er mange personer med utviklingshemning som lider av overvekt på grunn av feil kosthold og mangel på fysisk aktivitet, og mange er nå i risikogruppen for å utvikle livsstilsykdommer.

Livsstilsykdommer kan forebygges, og mange gode folkehelseiltak er satt i gang for å fremme befolkningens helse. Men svært få av disse tiltakene er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse/utviklingshemning.

Vi må slutte å snakke om personer med utviklingshemning som en homogen gruppe. Vi må fokusere på diagnosespesifikk kunnskap, det vil si at ulike diagnoser eller funksjonshemninger gir ulike helseutfordringer som igjen vil kreve forskjellige typer tiltak. Tjenesteytere sier at de må «knekke koden» i samarbeid med den det gjelder, og så må de skreddersy personlige løsninger og legge forholdene til rette for å få til livsstilsendringer hos personer med utviklingshemning. De med utviklingshemning vil bestemme selv og det er en menneskerett å få delta i beslutninger som angår ens eget liv.

I Norge er det estimert at cirka 50 000 personer lever med en lett grad av utviklingshemning (Meld. St. 45 (2012-2013), 2013). I undersøkelsen til Hove (2004) er det disse som har mest problemer med overvekt og fedme sammenlignet med de med moderat til- alvorlig grad av utviklingshemning. I følge det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (2017) fungerer en person med lett grad av utviklingshemning tilsvarende en voksen som intellektuelt fungerer som en 9-12 åring. En av utfordringene i folkehelsearbeidet fremover blir hvordan nå frem til disse menneskene med et positivt ladet helsebudskap.

I dag finnes det ikke noen nasjonale retningslinjer innen kosthold og fysisk aktivitet spesielt tilrettelagt for personer med utviklingshemning. I denne undersøkelsen etterlyser tjenesteyterne slike retningslinjer. De ønsker at alle som jobber med personer med utviklingshemning skal ha den samme kunnskapen og holdningene til hva som er en sunn livsstil. Da blir det lettere for personalgruppen å jobbe mot det samme målet sier dem.

Det de sier er i tråd med hva andre forskere i Norge også ønsker. Vi trenger helsefremmende strategier spisset mot de ulike helseutfordringer personer med funksjonsnedsettelse/utviklingshemning står overfor. Og vi trenger dem nå!

Referanser:

- Autismeforeningen i Norge (2017,01.01.) *Autismespekteret – en kort innføring*. Hentet fra <http://autismeforeningen.no/autismespekteret/>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A cognitive social theory*. New Jersey: National Inst of Mental Health.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficac: The Exercise of Contro*. USA: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649.
- Bergen kommune. (2017, 26.01). *Etat for tjenester til utviklingshemmede*. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/fana-kulturhus/9761/article-138098>
- Bergström, H., Hagströmer, M., Hagberg, J. & Elinder, L. S. (2013). A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. *Reseach Developmental Disabilities* 34(11), 3847-3857. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.019.
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. V. & Stefánsdóttir, Á. (2015). 'It's my life': autonomy and people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities* 19(1), 2-21. doi: 10.1177/1744629514564691
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*: Harvard University Press.
- Caton, S., Chadwickb, D., Chapmanc, M., Turnbulld, S., Mitchella, D. & Stansfielda, J. (2012). Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: Knowledge, barriers, and facilitators. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 37(3), 248-259. doi: 10.3109/13668250.2012.703645
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>
- Davis, R., Proulx, R. & van Schroyenstein Lantman-de Valk, H. (2014). Health issues for people with intellectional disabilities: the evidence base. I Taggart,L. & Cousins, W. (Red.), *Health Promotion for People with Intellectual and Developmental Disabilities* (s. 7-16). England: Open University Press.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Digernes, M. S. & Rødevand, G. M. (2016). Bonum Domos.Gode boliger for personer med utviklingshemning. Veileder om velferdsteknologi og annen teknologisk tilrettelegging i boliger for mennesker med utviklingshemning. Hentet fra http://www.karde.no/wp-content/uploads/2014/10/Bonum_Domos-Veileder_august_2016-2.pdf
- Eknes, J. (2015). Enklere enn du tror. *SOR Rapport nr5*. Hentet fra <http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=47185&pArticleCollectionId=4205>
- Ellingsen, K. E. (2003). *Selvbestemmelse – et eksistensielt spørsmål!?* SOR Rapport nr 1. Hentet fra http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/Artikler/2003/Ellingsen_Selvbestemmelse_et_eksistensielt_sporsmal_1_03.pdf
- Ellingsen, K. E. (2010). Begrensninger og forskningsmetodiske kneiker. I Gjærum G.R. (Red.), *Usedvanlig kvalitativ forskning-metodiske utfordringer når informantene har utviklingshemning* (s. 209-240).Oslo: Universitetsforlaget.

- Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R. & Malnes, R. (2011). *Introduksjon til samfunnsfag* (3. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- FN verdenserklæring for menneskerettigheter. (1948) Hentet fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet.(2017, 06.02). *Overvekt og fedme hos voksne - faktaark med statistikk(2015)*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
- Folkestad, H. (2003). *Institusjonalisert hverdagsliv. En studie av samhandling mellompersonale og beboere i bofellesskap for personer med utviklingshemning*.(Doktorgradsavhandling, Det samfunnsvitenskapelige fakultet Universitetet i Bergen) Hentet fra <https://bora.hib.no/nb/item/78>
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Hälsa hos personer med funktionsnedsättning*. Hentet fra <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/funktionsnedsattning/>
- Frey, G. C., Buchanan, A. M. & Sandt, D. D. R. (2005). "I'd rather watch TV": An examination og physical activity in adults with mental retardation. *Mental retardation*, 43(4), 241-254. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43[241:IRWTAE]2.0.CO;2
- Gjærum, R. G. (2010). Usedvanlige informater gir særegne narrativer: Metaforiske teksttolkninger og beskrivelser av opplevelse. I Gjærum, G. R. (Red.), *Usedvanlig kvalitativ forskning-metodologiske utfordringer når informanter har utviklingshemning*. (s. 138-160) Oslo: Universitetsforlaget
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion:planning and strategies*. Los Angeles: Sage.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Hansen, B.H., Anderssen, S.S., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A.K., Andersen, I.D., Dalene, K.E. & Kolle, E. (2015). Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge Nasjonal kartlegging 2014-2015. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/991/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%202014-15.pdf>
- Health Matters Program. (2017, 06.02). *Mission Statement*. Hentet fra <http://healthmattersprogram.org/who/>
- Heller, T., K.Hsieh, & Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and Psychosocial Outcomes of a Fitness and Health Education Program on Adults With Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109(2), 175-185. Doi: 10.1352/0895-8017(2004)109<175:AAPOOA>2.0.CO;2
- Heller, T., McCubbin, J. A., Drum, C., & Peterson, J. (2011). Physical Activity and Nutrition Health Promotion Interventions: What is Working for People With Intellectual Disabilities? . *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(1), 26-36. doi: 10.1352/1934-9556-49.1.26.
- Helsedirektoratet. (2016, 20.11.). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities*, 25(1), 9-17.
- Höstfält, S. & Söderman, L. (2012). *Ohälsa hos personer med utvecklingsstörning*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Håseth, L., Heggem, E. M., Torland, T., Sand, S., Stensrud Fjelldal, G. & Høiberg, L. (2015). *Rapport Pilotprosjekt ved Hjorten helse- og velferdssenter. Kan sykkelprosjektet føre til redusert medisinformbruk, mindre smerte, påvirke vekt, sosial deltakelse og øke livskvaliteten for personer på institusjon?* Trondheim Kommune, Bergen Kommune, NTNU og SINTEF. Hentet fra <https://www.trondheim.kommune.no/content/.../Prosjektrapport-Sykelprosjekte>
- ICD-10 (2017, 02.02.). Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/o/o/o/-1>
- Innstrand, A. G. (2009). Livskvalitet. I Eknes, J. & Løkke, J.A. (Red.), *Utviklingshemning og habilitering* (s. 31-44): Universitetsforlaget.

- Innstrand, A. G. (2015). Vektreduksjon og livstilsendring. *SOR Rapport nr2*. Hentet fra <http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=42897&pArticleCollectio nId=4205>
- Isaksen, M.S. & Johansen, M. S. (2016). Vi kan ikke la kompetanseløftet bli det svakeste løftet! *Utvikling*, (10),4. s.14-15. Hentet fra http://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/nr4_2016web.pdf
- IT-Banken. (2017, 02.01) Anmeld og find de bedste teknologier til mennesker med funktionsnedsettelse Hentet fra <http://www.itbanken.dk/>
- Jakobsen, S. E. (2014). *Utviklingshemmede spiser seg syke*. Hentet fra <http://forskning.no/funksjonshemming-overvekt-politikk/2014/04/utviklingshemmede-spiser-seg-syke>
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Inntroduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Juul, C. (2016). Godt kosthold er god omsorg. Ernæringskurs for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som arbeider med mennesker med funksjonsnedsettelse/utviklingshemming. Hentet fra <http://img8.custompublish.com/getfile.php/3665659.1308.cwbdxwrxqw/Avsluttend e+rapport+Godt+kosthold+er+god+omssorg.pdf?return=www.tromso.kommune.no>
- Karde AS. (2016). *Mat og trivsel*. Hentet fra <http://www.karde.no/prosjekter/pu/mat-og-trivsel>
- Karmøy kommune. (2015). «Sunn og aktiv». Et samarbeidsprosjekt mellom Solstein, Haugesund kommune og Karmøy kommune. Hentet fra <http://www.samordningsradet.no/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocu mentId=62417>
- Kittelsaa, A. M. (2008). *Et ganske normalt liv. Utviklingshemming, dagligliv og selvforståelse*. Trondheim. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/267648/124608_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kuijken, N. M. J., Naaldenberg, J., Nijhuis-van der Sanden, M. W. & van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2016). Healthy living according to adults with intellectual disabilities: towards tailoring health promotion initiatives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(3), 228-241. Doi: 10.1111/jir.12243
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave. utg.). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lante, K., Reece, J. & Walkley, J. (2010). Energy expended by adults with and without intellectual disabilities during activities of daily living. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1380-1389. doi: 10.1016/j.ridd.2010.06.022
- Linde, S. & Owren, T. (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lyngsnes, K. & Rismark, M. (2014). *Didaktisk arbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Malt, E. A., Dahl, R. C., Haugsand, T. M., Ulvestad, I. H., Emilsen, N. M., Hansen, B., . . . Davidsen, E. M. M. (2013). Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 133(3), 290-294. Doi: 10.4045/tidsskr.12.0390
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maroni, N. (2016). Exergaming in older adults. Use, user experiences, and the relationship between game elements and movement characteristics. (Doktorgradsavhandling NTNU). Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)/ Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Trondheim.
- McGuire, B. E., Daly, P. & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(7), 497-510. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00915.x
- Meld. St. 45. (2012-2013). (2013). Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C.R., Miller, S. & Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Review* 8(3), 223-230. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00296.x
- Meyer, J. & Gjørnum, R. G. (2010). Å intervju kollektivt: Fokusgruppeintervju og deltagere med en utviklingshemning. I Gjørnum, G. R. (Red.), *Usedvanlig kvalitativ forskning. Metodologiske utfordringer når informantene har utviklingshemning* (s.190-204) Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naaldenberg, J., Kuijken, N., Dooren, K. v. & van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2013). Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: A structured review of literature. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4534-4545. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.029
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. (2007). Helseoppfølging av personer med utviklingshemning. Trondheim. Hentet fra http://naku.no/sites/default/files/Helserapport_o.pdf
- Nordstrøm, M., Hansen, B. H., Paus, B., & Kolset, S. O. (2013). Accelerometer-determined physical activity and walking capacity in persons with Down syndrome, Williams syndrome and Prader-Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4395-4403. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.021
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet
- Norsk Forbund for Utviklingshemmede. (2017, 06.02). *Om utviklingshemning*. Hentet fra <http://www.nfunorge.org/Om-utviklingshemning/>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowrment: Introduction to the issue. *Community Mental Health Review*(3), 1-7.
- FN-sambandet. (2013). FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsett funksjonsevne (CRPD). Hentet fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatto, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Develomental Disabilities*, 21(6), 462-486.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). An Overview of Self-determination Theory: An organismic-Dialectical Perspective. In Deci, E. L. & Ryan, R.M. (Red.), *Handbook of Self-Determination Research*. New York: University of Rochester Press.
- Rønningen, G. E. (2003). Nærmiljø. Nostalgier eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? I Hauge, H. A & Mittelmark, M. B. (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Norge: Fagbokforlaget.
- Sandberg, M., Ahlström, G. & Kristensson, J. (2015). Patterns of Somatic Diagnoses in Older People with Intellectual Disability: A Swedish Eleven Year Case-Control Study of Inpatient Data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 30(1), 157-171. Doi: 10.1111/jar.12230
- Schimmel, M. (2015). Sundhed, Motion, Udvikling og Trivsel (SMUT). Hentet fra http://www.lev.dk/media/1879/smut_introduktion.pdf
- Scott, H. M. & Haverkamp, S. (2016). Systematic Review of Health Promotion Programs Focused on Behavioral Changes for People With Intellectual Disability. *Intellect Develomental Disabilities*, 54(1), 63-76 Doi: 10.1352/1934-9556-54.1.63
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillian.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

- Stang, I. (2003). Bemyndigelse : en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* (s. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Statens Institut for Folkesundhet. (2014). *Sundhetstilstanden blant voksne med utviklingshemming*. Hentet fra <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/udviklingsh%C3%A6mning.pdf>
- Sundblom, E., Bergström, H. & Elinder, L. S. (2015). Understanding the Implementation Process of a Multi-Component Health Promotion Intervention for Adults with Intellectual Disabilities in Sweden. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 28(4), 296-306. Doi: 10.1111/jar.12139
- Svendsen, L. F. H. (2009). Libertariansk paternalisme – en kritisk analyse. Hentet fra <https://www.civita.no/assets/2009/09/1093-civita-notat-13-2009.pdf>
- Söderström, S. & Tøssebro, J. (2011) *Innfridde mål eller brutte visjoner? Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Hentet fra <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Rapport%20Innfridde%20om%3%A51%20WEB-utgave.pdf>
- Sørensen, M. & Graff- Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 121(6), 720-724.
- Temple, J. & Walker, N. (2009). Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 28-38. Doi: 0.1080/13668250701194034
- Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Thornquist, E. (2007). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2005). *Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemming*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel -og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, 72(4), 16-21.
- Torp, S. (2015). *Helsefremming eller forebygging? - om betydningen av begrepsbruk*. Hentet fra <https://mestring.no/wp-content/uploads/2015/12/Torp.pdf>
- von Tetzchner, S., Hesselberg, F. & Schiørbeck, H. (2008). *Habilitering. Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (1948). *WHO definition of Health*. Hentet fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (1998). *The WHO Health promotion Glossary*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wigaard, E. & Larsen, F. K. (2014). Hva vil det si å ha en utviklingshemming? I Larsen, F.K. & Wigaard, E. (Red.), *Utviklingshemming og aldring. En lærebok* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Vedleggoversikt

Vedlegg 1: Invitasjon til personer med utviklingshemning om å være med i et forskningsprosjekt

Vedlegg 2: Invitasjon til tjenesteytere om å være med i et forskningsprosjekt

Vedlegg 3: Samtykkeskjema personer med utviklingshemning

Vedlegg 4: Samtykkeskjema tjenesteytere

Vedlegg 5: Temaguide, personer med utviklingshemning

Vedlegg 6: Temaguide, tjenesteytere

Vedlegg 1: Invitasjon til personer med utviklingshemning om å være med i et forskningsprosjekt



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Vil du være med i et forskningsprosjekt?

Tema: Motivasjon og livsstil

Hva kan motivere voksne som bor i bofellesskap til å spise sunn mat og mosjonere regelmessig?

Bakgrunn og formål

Jeg går på Høgskolen i Sørøst-Norge på et studium som heter Master i helsefremmende arbeid. Nå skal jeg gjøre en undersøkelse som handler om motivasjon og livsstil.

Til vanlig jobber jeg på Aldring og helse. Nå er jeg opptatt av at mange personer veier for mye og er i så dårlig form at de utvikler sykdommer som de kunne ha unngått hvis de hadde spist mer sunn mat og vært litt i aktivitet. For å endre på vaner trenger en ofte motivasjon. Motivasjon er den kraften inne i oss selv som gjør at vi gjør noe eller har lyst til å gjøre noe. Mangler vi lysten eller motivasjon til å gjøre noe, så skjer det lite.

Nå trenger jeg deres hjelp til å si hva dere tenker om ulike spørsmål jeg har om livsstil og motivasjon. Jeg vil også at dere kan diskutere om ny teknologi (smarttelefoner, nettbrett, pc etc) kan være gode hjelpemidler for å lære om

helse for å bli motivert til å ha en sunn livsstil. Jeg vil ha med bilder og vise dere eksempler på min telefon og pc.

Dere skal diskutere ut i fra egne meninger og erfaringer, men jeg vil også spørre om hva dere tror andre som trenger mer hjelp en dere i hverdagen kan mene.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg skal ha to diskusjonsgrupper, en med tjenesteytere og en med dere.

Jeg vil ikke spørre om noen personlige spørsmål. Når vi møtes vil jeg først prate litt om temaet dere skal diskutere før jeg stiller spørsmål. Når et spørsmål er stilt vil jeg at dere diskuterer med hverandre og ikke med meg.

Jeg ønsker at vi møtes på det stedet dere har bestemt. Dere vil få mat og drikke, og selve gruppe-diskusjonen vil ta cirka 1½ time. Når vi møtes neste gang vil jeg fortelle hva jeg har kommet frem.

Jeg vil gjøre lydopptak av gruppe-diskusjonen, slik at jeg kan huske hva dere har sagt. Opptakene blir oppbevart på et sikkert område på min pc så lenge prosjektet varer. Når prosjektet er over blir lydopptakene slettet.

Jeg vil ha med en kollega, Lene Kristiansen, som vil hjelpe meg. Dere vil få et gavekort på 200,-kr som takk når prosjektet er ferdig.

Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det betyr at alt dere sier vil bli anonymisert. Ingen skal få vite at det var du/dere som var med på dette prosjektet. Hvis jeg vil skrive hva en av dere har sagt, vil jeg finne på et navn og skrive det slik:

«Anne» sier at.....». Da forstår de som leser at Anne er et navn jeg som forsker har funnet på.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst si at du ikke vil være med lenger uten å si hvorfor. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger jeg har samlet om deg bli slettet.

Har du eller en av dine pårørende spørsmål til studien, ta kontakt med Stine Skorpen, tlf: 97535233 eller min veileder på Høgskolen i Sørøst-Norge, professor Steffen Torp, tlf: 959 33 134.

Med vennlig hilsen

Stine Skorpen

Vedlegg 2: Invitasjon til tjenesteytere om å være med i et forskningsprosjekt



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Tema:

Tilrettelegging for motivasjon

Hvordan kan hverdagen i et bofelleskap tilrettelegges for å motivere til livsstilsendring hos voksne personer med utviklingshemning?

Bakgrunn og formål

Forskning fra inn- og utland viser at mange personer med utviklingshemning ikke har et godt nok kosthold og at mange er for lite i fysisk aktivitet i forhold til det som er anbefalt for å oppnå en helsegevinst.

Det er lite forskning som viser at opplæringsprogrammer i holdninger til kosthold og trening lykkes for personer med utviklingshemning. Nyere forskning viser at personer med lett til moderat grad av utviklingshemning har kunnskap om hva som er sunt og usunt, men problemet er å overføre kunnskapen til egen atferd. På bakgrunn av dette ønsker jeg å sette fokus på hvordan vi kan tilrettelegge forhold i hverdagen som kan være med å stimulerer til motivasjon for livsstilsendringer.

Jeg ønsker å undersøke hvilke tiltak som blir benyttet i boliger hvor det bor voksne og eldre personer med utviklingshemning for å motivere til livstilsendringer innen kosthold og mosjon. Hvor skaffer dere dere kunnskap om helse og livsstil, og til sist ønsker jeg å spørre om hva dere mener om å bruke smart-teknologi eller informasjonsteknologi til å øke

helsekompetansen hos personer med utviklingshemning eller i motivasjonsarbeidet for å endre livsstil.

Dette arbeidet er et ledd i min masterutdanning i Helsefremmende arbeid på Høgskolen i Sørøst-Norge. Til daglig jobber jeg på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på fagenheten Utviklingshemning og aldring.

Jeg ønsker å spørre deg om å være med i en fokusgruppe for å diskutere spørsmålene jeg har skissert over.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg skal ha to fokusgrupper, en med tjenesteytere og en med personer med utviklingshemning. Jeg håper å få med 6-10 tjenesteytere i en fokusgruppe som skal møtes to ganger. Dere må ha minimum 1 års ansiennitet fra arbeidsplassen dere jobber nå og dere må jobbe med voksne og eldre personer med utviklingshemning.

Jeg vil ikke spørre om personlige spørsmål. Det jeg vil vite er hvor lang ansiennitet dere har i den jobben dere er i nå og om dere kan kort beskrive den typen bolig dere jobber i. Dette er for at jeg kan beskrive fokusgruppen som f.eks: «en samling av tjenesteytere (? kvinner og? menn) med en gjennomsnittlig ansiennitet på? år i boliger hvor det bor bare eldre/ en blanding av unge og eldre, eldre, godt fungerende personer etc, etc».

Jeg vil innlede fokusgruppesamlingen med litt informasjon om temaet vi skal diskutere før jeg stiller spørsmål til fokusgruppen. Når et spørsmål er stilt ønsker jeg at dere diskuterer sammen. Jeg er på jakt etter den kunnskapen som kan komme frem når eksperter diskuterer et tema sammen, hvor en deltagers utsagn kan lede til nye tanker hos de andre.

Et fokusgruppeintervju vil ta cirka 1 -1½ time. Jeg vil ha med en kollega, vernepleier Lene Kristiansen, som vil observere og hjelpe til ved behov.

Jeg ønsker at vi møtes på min arbeidsplass på Granli, Taranrødveien 47, 3171 SEM. I stedet for kjøregodtgjørelse vil dere motta et gavekort på 200,- kr som kompensasjon når vi avslutter, samt at dere får kaffe/te/frukt etc når vi møtes.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg vil gjøre lydopptak av samtalene våre. Lydopptakene vil bli oppbevart på et sikkert område på min Pc, og opptakene vil bli slettet så fort prosjektet er over.

Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. All data vil bli anonymisert, ingen skal vite at det er du/dere som har vært med i denne gruppen. Hvis jeg vil sitere noe i teksten som en av dere har sagt som belyser akkurat det jeg vil beskrive, skriver jeg det slikt: «Anne» sier».

Andre som har tilgang til mine data er fagsjef Ellen Melby Langballe, og forskningssjef Geir Selbæk på Aldring og helse, samt min veileder på høgskolen professor Steffen Torp.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2016.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Stine Skorpen, tlf: 975 35 233 eller til min veileder på Høgskolen i Sørøst-Norge, Steffen Torp, tlf: 959 33 134.

Med vennlig hilsen

Stine Skorpen

Vedlegg 3: Samtykkeskjema for personer med utviklingshemning



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Ved behov:

(Signert av verger, dato)

Vedlegg 4: Samtykkeskjema for tjenesteytere



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Ansiennitet i bolig der jeg jobber per i dag:-----år

Beskriv med få ord den type bolig du jobber i:-----

Vedlegg 5: Temaguide, personer med utviklingshemning

Motivasjon og livsstil

Hva kan motivere dere til å endre livsstil innen kosthold og fysisk aktivitet?

Forskerspørsmål 1:

Hvor finner dere (og de som bor i bofellesskap) informasjon som handler om helse og livsstil?

Snakke om at det er noe som kalles livsstilssykdommer. Spørre om de kjenner til det ordet og hvilke sykdommer det er? Snakke litt om at livsstilssykdommer er slike sykdommer som vi kan unngå å få, hvis vi f.eks unnlater å røyke, eller at vi ikke blir for tjukke og at vi mosjonerer litt.....

- Hvem prater med dere om helse og livsstil? (hjelpespørsmål: fra familien, fra venner, lærere på skolen, kollegaer på arbeidsplassen, personalet der de bor)
- Hvor finner dere informasjon om hva som er sunt og bra å gjøre? (i bøker, i filmer, på tv, på kurs, fra ukeblader, etc.)
- Vet dere hvordan tjenesteytere lærer om helse og livsstil?

(Har med bilder av ulike situasjoner som kan hjelpe meg til å konkretisere hva jeg ønsker vi skal diskutere)

Forskerspørsmål 2:

Hva gjør tjenesteytere når de vil motivere dere å til å leve mer sunt?

Innlede litt med å snakke om at forskning har funnet ut at for eksempel røyking kan føre til kreft, at det å være alt for tjukk kan føre til vi kan få sukkersyke eller problemer med hjerte. De som jobber i bofellesskap kan gjøre forskjellige ting for å motivere dere til å trimme litt mer eller spise litt mindre pizza f.eks.

Snakke litt om hva motivasjon egentlig betyr. Motivasjon er den kraften inne i oss selv som gjør at vi gjør noe eller har lyst til å gjøre noe. Mangler vi lysten eller motivasjonen til å slutte å slutte å drikke brus for eksempel, så skjer det ingen endring. Og det som motiverer meg bør ikke motivere deg. Det er viktig at hvis en for eksempel skal prøve å redusere brus-drikking, så må en finne frem til andre ting å drikke som kan være like godt men mye bedre for kroppen.

- Hva er motivasjon?
 - Hva liker du å gjøre av aktiviteter? Hvorfor akkurat det du nå sa?
 - Hva er sund mat, og spiser du det?
 - Hva skal til for at du skal spise mer fisk og grønnsaker?
 - Hva gjør tjenesteytere for å motivere dere til leve sunt? (spise sund mat og til å være fysisk aktive)
 - Hva bør de gjøre for dem som bor i bofelleskap, er det noe i nærmiljøet som kan endres for at det skal bli lettere å være i aktivitet f.eks?
 - Er det ok at ulike aktiviteter blir registrert? Eller at dere får noe dere ønsker dere hvis dere har gjort aktiviteter over en periode.....
 - Hvordan kan venner motivere hverandre?
- Hjelpespørsmål (vil ikke benytte disse hvis jeg ikke må, da jeg gir dem svarene): har tjenesteytere noen triks, lokker de dere med å få noe annet hvis dere gjør det de ønsker, truer de med å si at hvis du ikke slutter å røyke, som kommer det eller det til å skje, trimmer de sammen med dere, lager dere sund mat sammen, handler dere inn mat sammen i butikken og snakker om hva som er bra for kroppen å spise?

Forskerspørsmål 3:

Kan spill (på pc eller Ipad) eller aktivitets-app'r (på smarttelefon) eller filmsnutter(e-læring på pc) være noe for å inspirere dere til å endre livsstil? Hvis ja, på hvilken måte?

Først vil jeg prate litt om at alle mennesker er ulike og at vi lærer nye ting på forskjellige måter. Noen leser i bøker og andre liker å lære ved å gå på kurs eller på skole. Utviklingen viser at de fleste av oss benytter den nye teknologien når vi skal lære oss nye ting, det finnes korte filmer av ting vi lærer oss (youtube), vi finner opplysninger om det vi lurer på, vi snakker sammen med vennene våre på smart-telefoner, (bilder og tekst, eks.Facebook), eller

vanlig telefonsamtale. Vi blir minnet på å komme oss i aktivitet av smart-klokker eller vi måler aktiviteten vår med skritt-tellere. De fleste av oss blir påvirket at det vi ser og hører på nettet.

Jeg vil demonstrere Living Buddy på min mobil og vise litt fra Karde sitt e-læringsprogram «Mat og trivsel» på pc og f.eks. Geocatching på et nettbrett. Vil også ha med bilder av ulike ting. Vise frem appen: Sund mat og 7 MWC(treningsapp med tale og video)

- Hvilke elektroniske verktøy bruker dere i hverdagen?
- Hvilke spill eller app'r bruker dere og til hva?
- Hva tro dere om å bruke spill eller app'r for å bli motivert til å komme seg i aktivitet?
Vil det motivere deg?
- Hva er negativt med å bruke elektroniske ting for å lære om helse og livsstil?

Vedlegg 6: Temaguide, tjenesteytere

Tilrettelegging for motivasjon;

hvordan kan hverdagen i et bofelleskap tilrettelegges for å motivere til livsstilendringer hos voksne personer med utviklingshemning?

Forskerspørsmål 1:

Hvor skaffer personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere seg informasjon om helse og livsstil?

Innlede med å snakke om forskning fra inn og utland som viser at personer med utv h har en høyere sykkelighet enn befolkningen generelt. Nå viser det seg at utviklingshemmede også får livsstilsykdommer som alle oss andre og at mange lider av overvekt og fedme pga dårlig kosthold og for lite fysisk aktivitet. Det er en «jungel» som tilbyr informasjon om ulike helsetiltak og hva som er «inn» endrer seg hele tiden.

-Hvor henter dere informasjon om helse og livsstil som dere benytter på jobb?

-Hvor finner dere informasjonsmateriell tilrettelagt for personer med utv h som omhandler helse og som kan benyttes ved ønske om livsstilsendring?

-Snakker dere ofte om helse og livsstil med beboerne?

-Hvor finner de med utviklingshemning helseinformasjon?

Forskerspørsmål 2:

Hvilke tiltak benytter tjenesteytere når de skal bistå personer med utviklingshemning med livsstilsendringer?

Jeg vil innlede med å snakket om at det å skulle endre på vaner i livet er vanskelig for alle. Vi har en motvilje mot store endringer, men hvis vi erfarer at endringene gir oss noe positivt tilbake, er vi mer villige til å fortsette. Mange helsekampanjer har vist seg å ikke fungere, skremselspropaganda eller forbud gjør oss bare mer trassige. Belønning kan fungere, men den

dagen belønningen opphører daler motivasjonen. Det er aller best om beslutningen til å endring i livene våre kommer fra oss selv, men for de som ikke har evnen til å resonnerer seg frem til kloke beslutninger, må vi hjelpe litt til å legge forholdene til rette for **motivering**.

Motivasjon er et vanskelig abstrakt begrep....

-Hvordan tilrettelegger dere forhold i bofellesskapet eller nærmiljøet som kan virke helsefremmende for de som bor der? Gi meg noen eksempler?

-Hva tenker dere når jeg snakker om å «tilrettelegge for motivasjon» ?

-Benytter dere registrering og belønning som motivasjon? Hvis ja, fungerer det bra?

-Har dere benyttet (eller hørt om) vellykkede tiltak som har gitt varige livsstilsendringer hos noen beboere? Fortell?

Forskerspørsmål 3:

Kan bruk av tilrettelagt informasjonsteknologi være et inspirerende helsefremmende tiltak for personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere i motivasjonsarbeid ved livsstilsendring? Hvis ja, på hvilken måte?

Jeg vil innlede med å snakke om at vi benytter elektronisk informasjonsteknologi daglig. Vi finner ut av det meste ved å søke på smarttelefonen vår, pc eller I-pad. Vi har apper og programmer som hjelper oss til å huske på ting, registrere ting som er viktig i forhold til vår helse etc. Ikke mist all vår kommunikasjon med familie og venner på Facebook eller andre typer lignende Sosial IT.....

F.eks pulskokker på armen som minner oss på å reise oss opp og røre litt på kroppen med jevne mellomrom , pop-ups på pc skjerm som kan oppfordre til ulike ting eller gi oss informasjon i korte sekvenser, nano-learning, e-læring etc. Vi benytter skrittellere etc som nå ikke koster mange kronene. Mye av dette er avansert teknologi, men det begynner å komme programmer som er tilrettelagt for personer med utv h, spesielt Danmark har kommet langt. Jeg tror at de med utv. h. som vokser opp nå vil venne seg til mye av dette og utstyret blir også billigere og dermed lettere tilgjengelig for alle. Spill og konkurranser er ofte motiverende for mange. Mange av disse trenings-app'ene er laget slik at de skal motivere til å enten konkurrer med andre eller med seg selv.

Jeg vil demonstrere Living Buddy, Treningsapp etc Iphone på e-læringsprogrammet fra karde.no (Mat og trivsel) på IPad, vise treningsklokke , skritt-teller etc....

-Hvilke elektroniske kommunikasjonsverktøy er tilgjengelig og blir brukt av både ansatte og personer med utviklingshemning i løpet av en vanlig uke?

-Tror dere at interaktive elektroniske helsepedagogiske opplegg for tjenesteytere og personer med utviklingshemning vil bli tatt i bruk? Hvis svaret er ja, hva bør de som utvikler slike opplegg ta spesielt hensyn til?

-Hva er det med den nye teknologien som kan appellere til personer med utviklingshemning?

-Informasjon og motivasjon henter vi fra mange ulike kanaler, hva tenker dere at den nye teknologien kan tilføre dere som tjenesteytere og personer med utviklingshemning?

-hva kan være negativt med å bruke elektroniske hjelpemidler for pers.m .utv?