



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Helsefremmende livsstil og utviklingshemming

Health promoting lifestyle and developmental disability

Kandidatnummer: 112

Antall ord: 7596

Folkehelsearbeid med vekt på kosthold og fysisk aktivitet

Idrett, friluftsliv og folkehelse

31.mai 2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Det nærmer seg slutten av bachelorutdanningen i folkehelsearbeid. De siste tre årene har vært interessante og svært innholdsrike. I løpet av utdanningen har jeg fått mye ny kunnskap som jeg tar med meg videre både i arbeidslivet og privat. De siste tre årene har jeg også fått et ekstremt engasjement for folkehelsearbeid og møtt mange flotte mennesker.

Under arbeidet med bacheloroppgaven har jeg fått ny og nyttig kunnskap om et tema som får lite oppmerksomhet i Norge per i dag. Det har vært en spennende og lærerik prosess, som også til tider har vært veldig krevende.

Jeg vil takke min veileder Frøydis Hausmann for gode innspill og veiledning gjennom arbeidet med oppgaven, samt nære og kjære for gode diskusjoner, korrekturlesning og hjelp igjennom prosessen.

Abstract

Lifestyle diseases, overweight and obesity, often due to an unbalanced diet and inactivity, are increasing challenges for people with a mild to moderate degree of developmental disability. People with developmental disabilities often have, due to cognitive impairment, difficulties to see the context and consequences of the choices they make in connection with diet and physical activity. Research points out that people with disabilities are affected by lifestyle in the same way as the general population, where a balanced diet and physical activity is fundamental prerequisites for good health. Studies show that people with disabilities who live in community housing are largely influenced by their employees' attitudes and health behavior. Therefore, the employees' awareness and knowledge of lifestyle is of great importance to the health of the residents.

The purpose of this assignment is to obtain insight into the following issue: *"How is it facilitated that adult persons with developmental disabilities, who live in community housing, can have a health-promoting lifestyle?"*. In this assignment, a health-promoting lifestyle is limited to encompass diet and physical activity, and the issue is based on these sub-questions:

- In what way is the national dietary recommendations used in planning the diet of the residents?
- What opportunities are there for the residents to engage in physical activity?

Through the use of semi-structured qualitative interviews with employees at four different community residences in Norway, the facilitation for a health-promoting lifestyle at the residences is described. The results will only be representative of the residences where the interviews were carried out and do not create a basis for generalisation. The results show, however, that there is great variation in how much focus the residences have on health promotion, and that the use of national dietary recommendations and knowledge about them also varies. Furthermore, the interviews show that walking is the most popular physical activity. But motivation among residents, time and staffing are factors that influence their ability to carry out this activity. All the informants thought physical activity and a health-promoting diet were important to the residents.

My interviews show that there is a need for increased competence and understanding about how lifestyle affects the health of people with developmental disabilities among employees in community residences. Physical activity and diet should play a greater role in everyday life to prevent lifestyle diseases and improve the public health of this group. There is a need for health promotion strategies adapted to people with disabilities.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Abstract	2
1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensninger	6
2.0 Teori	7
2.1 Utviklingshemming	7
2.2 Helse og livsstil	8
2.3 Helsefremmende arbeid	8
2.4 Utviklingshemming og livsstil	9
2.4.1 Kosthold	10
2.4.2 Fysisk aktivitet	11
2.5 Autonomiprinsippet og Empowerment	12
3.0 Metode	13
3.1 Det kvalitative intervjuet	14
3.1.1 Intervjupersonene	14
3.1.2 Gjennomføring av intervjuene	15
3.2 Gyldighet og pålitelighet	16
3.3 Forskningsetikk	17
4.0 Resultat	18
4.1 Helsefremming	18
4.2 Kosthold	18
4.3 Fysisk aktivitet	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Helsefremming	21
5.2 Kosthold	21
5.3 Fysisk aktivitet	23
6.0 Konklusjon	24
Litteratur	26

Vedleggs oversikt	29
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	30
Vedlegg 2: Forespørsel om å delta	33
Vedlegg 3: Informasjonsskriv.....	35

1.0 Innledning

Det norske folkehelsearbeidet har fra 2012 vært forankret i folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011). Ifølge loven er formålet med folkehelsearbeidet å fremme befolkningens helse og trivsel gjennom en samfunnsutvikling som utjevner sosiale helseforskjeller, samt forebygger somatisk sykdom, skade eller lidelse. Folkehelsearbeidet rettes mot å holde oppe, forbedre og fremme helsen i hele befolkningen gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke faktorer som bidrar til å forbedre helsen (Øverby, Torstveit & Høigaard, 2011, s.14). Et helsefremmende samfunn innebærer likeverdige levekår og rettferdig folkehelse slik at alle befolkningsgrupper ivaretas ut ifra deres forutsetninger og behov.

Litteraturgjennomgang viser at voksne med utviklingshemming er mer utsatt for livsstilssykdommer enn befolkningen forøvrig (Barne-og likestillingsdepartementet, 2016, s.100). Sykdommer og plager knyttet til livsstilen er en av de største folkehelseutfordringene i Norge. Mennesker med utviklingshemming er i mange tilfeller avhengig av assistanse og tilrettelegging for å kunne ta vare på egen helse (Barne-og likestillingsdepartementet, 2013, s.65). Det er likevel god kjennskap til at utviklingshemmede sin helse påvirkes av livsstil og levevaner på lik linje med resten av befolkningen. Riktig kosthold og regelmessig fysisk aktivitet er viktig for optimal vekst, helse og livskvalitet også for utviklingshemmede (Bergen kommune, 2017).

Psykisk utviklingshemming er en samlebetegnelse på ulike tilstander som medfører reduserte kognitive, språklige og sosiale ferdigheter (Bufdir, 2018). Mennesker med diagnosen utviklingshemming er en heterogen gruppe, med individuelle forskjeller i hvor godt personen fungerer i hverdagen (Bufdir, 2018). Utviklingshemmede blir sjeldent inkludert i nasjonale kartlegginger over helsetilstanden eller i forskning med fokus på å bedre folkehelsen, dette gjør at det ikke finnes noen konkret oversikt over helsen til denne gruppen. Mennesker med utviklingshemming lever likevel lengre enn før. I dag kan personer med lett til moderat grad av utviklingshemming forvente å leve til de er mellom 69 og 80 år (Barne-og likestillingsdepartementet, 2016, s.101). Denne utviklingen er i utgangspunktet positiv da det indikerer at levekårene for utviklingshemmede generelt er bedret (Folkehelseinstituttet, 2018b). Flere leveår øker derimot risikoen for å utvikle livsstilsrelaterte helseplager, som både kan påvirke individet og samfunnet negativt.

Økningen i forventet levealder skaper derfor et behov for fokus på helsefremming og livsstil blant utviklingshemmede. Folkehelsearbeid rettet mot denne målgruppen kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og opprettholde livskvaliteten hele livet.

Personer med utviklingshemming er ofte prisgitt at andre taler deres sak. Kognitiv svikt kan gjøre det utfordrende å forstå konsekvenser av valgene man tar og personer med utviklingshemming er ofte avhengig av andre personer samt tilpasset informasjon for å ta vare på egen helse (Caton et al., 2012). Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan det tilrettelegges for at voksne personer med utviklingshemming kan ha en helsefremmende livsstil.

1.1 Problemstilling

«Hvordan tilrettelegges det for at voksne mennesker med utviklingshemming, som bor i bofellesskap, kan ha en helsefremmende livsstil?»

Helsefremmende livsstil avgrenses i oppgaven til å omhandle kosthold og fysisk aktivitet. For å konkretisere problemstillingen tar problemstillingen utgangspunkt i følgende underspørsmål:

- På hvilken måte benyttes Helsedirektoratets kostråd i planlegging av kostholdet til beboerne?
- Hvilke muligheter er det for beboerne å gjennomføre fysisk aktivitet

1.2 Avgrensninger

Folkehelsearbeid er i oppgaven avgrenset til helsefremmende arbeid. I følge Mæland (2012, s.17) sikter det helsefremmende arbeidet mot å bedre befolkningens helse ved å ta utgangspunkt i- og styrke faktorer som bidrar til god helse. Av den grunn går ikke oppgaven spesifikt inn på ulike diagnoser innenfor psykisk utviklingshemming, men ser på utviklingshemming på et generelt nivå og fokusere på typiske utfordringer ved livsstilen til målgruppen. Begrepet utviklingshemming vil videre bli bruk istedenfor psykisk utviklingshemming, da ordet «psykisk» i hovedsak blir brukt i diagnosebetegnelser (SOR, u.d). Oppgavens målgruppe er voksne personer, over 18 år, med lett til moderat grad av utviklingshemming som bor i bofellesskap.

2.0 Teori

2.1 Utviklingshemming

Personer med utviklingshemming har nedsatt kognitiv funksjon, men graden av nedsatt motorikk, språk og sosial kompetanse varierer fra diagnose til diagnose (NAKU, 2019). Diagnosene innenfor psykisk utviklingshemming blir satt basert på det medisinske kodeverket ICD-10, og settes før personen er fylt 18 år (NAKU, 2019). Diagnosemanualen deler utviklingshemming inn i fire undergrupper, rangert etter evnenivå og basert på IQ-mål (lett-, moderat-, alvorlig- og dyp grad av psykisk utviklingshemming) (Grøsvik, 2008, s.17-20). Behovet for hjelp og assistanse er knyttet til grad av utviklingshemming og tilleggsvansker (Bufdir, 2018). Personer med lett grad av utviklingshemming kan i stor grad ta hånd om seg selv i form av å mestre dagligdagse gjøremål. Hovedutfordringene er knyttet til skolearbeid samt vansker med å forstå andre og uttrykke sine meninger. Mental alder er mellom 9 og 12 år (NAKU, 2019). For personer med moderat grad av utviklingshemming er den mentale alderen mellom 6 og 9 år. Moderat grad av utviklingshemming medfører redusert evne til å uttrykke og forstå språk, i tillegg kan motoriske ferdigheter være nedsatt (NAKU, 2019).

Verdens helseorganisasjon estimerer at 1-3 % av befolkningen per land i verden har en utviklingshemming, avhengig av forholdene i landet (Barne-og likestillingsdepartementet, 2013, s.7). Det finnes per i dag ingen konkret oversikt på hvor mange personer i Norge som har en utviklingshemming. Men basert på diagnosekriteriene fra verdens helseorganisasjon, anslår Stortingsmeldingen *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming* at omtrent 1,5 % av befolkningen i Norge har en utviklingshemming (Barne-og likestillingsdepartementet, 2013, s.7). Dette utgjør rundt 79 500 mennesker i 2018 (NAKU, 2018). I følge NOU 2016:17 er det omtrent 24 000 personer i norske kommuner som er registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming og som mottar tjenester fra kommunene (Barne-og likestillingsdepartementet, 2016, s.28).

2.2 Helse og livsstil

Helse har gjennom tidene blitt ulikt definert. Verdens helseorganisasjon definerte i utgangspunktet helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fraværet av sykdom eller svakhet» (WHO, 2019). Den norske legen Per F. Hjort definerte senere helse som «helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2012, s.24-25). Denne definisjonen ser på helse som en ressurs, som gjør mennesket i stand til å møte de påkjenninger man utsettes for i løpet av livet. Samme forståelse av helsebegrepet finner vi i det helsefremmende arbeidet, og er utgangspunktet for begrepet i denne oppgaven.

Helse og livsstil henger tett sammen. Begrepet livsstil benyttes om måten man lever livet på, basert på valg man tar i hverdagen. Livsstil blir definerte som «summen av enkeltpersoners levevaner og adferd» (Nylenna, 2019). Kosthold, fysisk aktivitet og sosial aktivitet er noen faktorer som påvirker livsstilen vår. Valg man tar i forhold til disse faktorene vil påvirke helsen i positiv eller negativ retning (Nylenna, 2019).

2.3 Helsefremmende arbeid

Under den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada 1986, ble verdigrunnet for dagens helsefremmende arbeid utformet. Ottawa-charteret definerer helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (Mæland, 2012, s.72-73; WHO, 1986). Helsefremmende arbeid rettes mot å styrke helsen til befolkningen, gjennom tiltak som fremmer livskvalitet, trivsel og muligheter for å mestre de utfordringer individet utsettes for (Mæland, 2012, s.73).

Innenfor helsefremmende- og forebyggende arbeid kan man arbeide med ulike tilnærminger for å bedre helsetilstanden til befolkningen. Arbeidet kan være saksspesifikt, målgruppeorientert eller ut ifra settinger, eventuelt en kombinasjon av disse.

Settingstilnærming ble introdusert av verdens helseorganisasjon som en del av Ottawa-charteret (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015, s.452; WHO, 1998, s.19). En setting kan defineres som «et avgrenset sted eller sosial kontekst hvor mennesker samhandler» (WHO, 1998, s.19). Utformingen av selve settingen påvirker helsen, i tillegg er det i settingen man tar valgene som skaper positiv eller negativ helseatferd (Green et al., 2015, s.453).

For utviklingshemmede er bofellesskapet en viktig setting som påvirker helsen. Mange utviklingshemmede bor i kommunale bofellesskap med heldøgn bemanning (Barne-og likestillingsdepartementet, 2016, s.140). Bofellesskap er kjennetegnet ved at beboerne har egne leiligheter med kjøkken, stue og bad, samt fellesarealer alle beboere og ansatte kan benytte. Utviklingshemmede tilbringer mye tid i bofellesskapet, og det er i denne settingen mange helserelaterte valg blir planlagt og utført. For at utviklingshemmede skal ha mulighet til å oppnå sin potensielle optimale helse må bofellesskapet være en setting som støtter opp om positiv helseatferd.

2.4 Utviklingshemming og livsstil

Nasjonal og internasjonal forskning peker på at voksne mennesker med utviklingshemming sliter med flere kroniske lidelser og i større grad er utsatt for livsstilssykdommer enn befolkningen forøvrig (Barne-og likestillingsdepartementet, 2016, s.100). Robertson et al., (2000) undersøkte hvilke faktorer som påvirket helsen til personer med utviklingshemming i negativ forstand. Studien fant at personer med utviklingshemming hadde mindre risiko for å utvikle livsstilssykdommer forårsaket av røyking og alkohol sammenlignet med den generelle befolkning. Studien viste videre at inaktivitet var en større utfordring hos gruppen med utviklingshemming og at forekomsten av overvekt og fedme var høyere i denne gruppen enn i gruppen uten utviklingshemming (Robertson et al., 2000).

Folkehelse rapporten fra 2018 viser at en økende andel av den voksne befolkningen i Norge sliter med overvekt eller fedme (Folkehelseinstituttet, 2018a, s.36). Hove (2004) undersøkte ernæringsstatusen til 282 personer med utviklingshemming på Vestlandet. Studien fant at i overkant av 60 % av deltakerne var utenfor normalvektsområdet og 38 % av deltakerne var overvektige (målt i forhold til KMI¹). Studien så videre en sammenheng mellom grad av utviklingshemming og risiko for overvekt eller undervekt. Personer med lett til moderat grad av utviklingshemming hadde økt risiko for overvekt og fedme, mens de med alvorlig grad av utviklingshemming hadde økt risiko for både over- og undervekt. Annen internasjonal

¹ KMI: Det vanligste målet for overvekt og fedme. KMI baserer seg på forholdet mellom vekt i kg og høyde i cm. Voksne mennesker blir klassifisert som normalvektig når man har en KMI mellom 18.5 og 24.9 kg/m². KMI over denne referansen regnes som overvektig og etterhvert fedme (Folkehelseinstituttet, 2017)

forskning rapporterer liknende resultater (Hsieh, Rimmer & Heller, 2014; McGuire, Daly & Smyth, 2007).

Forskning peker videre på at ansatte ved bofellesskap har stor påvirkningskraft på valgene beboerne tar. Caton et al., (2012) spurte i sin studie personer med utviklingshemming om å nevne personer *de* assosierte med «sunne» mennesker. Flere av deltakerne trakk i denne forbindelse fram ansatte i bofellesskapet. I en liknende studie av Kujiket et al., (2016) uttrykte deltakerne at de ble påvirket av de ansatte ved boligen til å både ta helsefremmende valg, men også til å ta valg som påvirket helsen i negativ retning. Både Caton et al., (2012) og Kujiken et al., (2016) så at mennesker med utviklingshemming kan ha en viss forståelse av hva sunn mat og gode aktivitetsvaner er, men har utfordringer med å gjøre om kunnskapen til handlinger som kan skape en helsefremmende livsstil (Caton et al., 2012; Kujiken et al., 2016).

2.4.1 Kosthold

En viktig komponent i en helsefremmende livsstil er kosthold. Helsedirektoratet har utarbeidet tolv kostråd, som skal legger til rette for god helse og tilstrekkelig inntak av næringsstoffer (Pedersen, Müller, Hjartåker & Anderssen, 2016, s.447). Kostrådene er utformet basert på energi- og næringsstoffbehovet til friske voksne mennesker med normal grad av fysisk aktivitet. Kostrådene kan benyttes som utgangspunkt for andre grupper, *men* må tilpasses spesielle og individuelle behov (Pedersen et al., 2016, s.448). Hovedtrekkene i kostrådene er å ha et kosthold bestående av mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk. Videre anbefales det å begrense inntaket av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker (Helsedirektoratet, 2019).

I Norge finnes det per i dag ingen egne kostholdanbefalinger for personer med utviklingshemming og det er lite nasjonal forskning rundt temaet. Dog har noen kommuner rettet fokus mot utviklingshemmede og kosthold de senere årene (Bergen kommune, 2017; Dønnestad & Dale-Western, 2018; Juul, 2016). Prosjektene i kommunene tar utgangspunkt i Helsedirektoratet sine kostråd i planlegging av kostholdet til beboerne, men tilpasser kosten etter individuelt etter behov.

Nordstrøm et al., (2015) har undersøkt kostholdvaner og ulike former for utviklingshemming i Norge. Studien viste at majoriteten av deltakerne hadde ett lavere inntak av frukt, grønnsaker og fisk enn anbefalt, i tillegg hadde deltakere som bodde i bofellesskap et høyere inntak av ferdigmat og brus enn befolkningen forøvrig. Innstrand (2015) skriver at reguleringsvansker er et viktig stikkord tilknyttet kosthold for utviklingshemmede, og spesielt i forbindelse med overvekts problematikken. Reguleringsvansker gjelder både i form av å spise feil sammensatt mat, for mye eller for fort. Hun påpeker videre at ansatte og nære personer må være bevisst på hvordan de framstår i situasjoner med utviklingshemmede og kosthold (Innstrand, 2015).

2.4.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et bredt begrep, som inneholder alt fra lette gåturer og husarbeid til aktiv idrettsutfoldelse. Begrepet blir definert som «en hver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur, som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Helsedirektoratet, 2014, s.11). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet påvirker helsen positivt i form av å i form av å skape overskudd, samt forebygge og behandle ulike diagnoser og tilstander. Helsedirektoratet anbefaler voksne å være i aktivitet, med moderat intensitet, i minimum 150 minutter i uken. Moderat intensitet fører til raskere pust og puls enn vanlig (Helsedirektoratet, 2014, s.12). Helsegevinsten av å være i aktivitet vil øke dersom man øker mengden eller intensiteten. Personer som i utgangspunktet er lite fysisk aktive vil derimot få en betydelig helsegevinst ved å utføre minimumskravet.

I følge Robertson et al., (2000) er en inaktiv livsstil en av de viktigste risikofaktorene for å utvikle livsstilssykdommer for personer med utviklingshemming. Nordstrøm et al., (2013) undersøkte aktivitetsnivået hos 87 personer med ulike typer utviklingshemming. Studien viste at kun 12 % av deltakerne oppfylte de norske anbefalingene for fysisk aktivitet og majoriteten av deltakerne hadde en inaktiv livsstil. En oversiktsartikkel om utviklingshemming og fysisk aktivitet viste tilsvarende. Gjennomsnittlig var det kun 9 % av deltakerne som møtte anbefalingene² for fysisk aktivitet (Dario et al., 2016). Utviklingshemmede kan ha utfordringer med å være i regelmessig aktivitet og ha høy nok intensitet på grunn av bevegelsesproblemer og skjelettförändringer (Rise & Viken, 2009, s. 89). Forskning viser

² Anbefalingene som ble brukt tilsvarte de norske anbefalingene på 150 minutter moderat fysisk aktivitet i uken (Dario, Collett, Dawes & Oskrochi, 2016)

derimot at personer med utviklingshemming kan oppnå helsegevinst ved rolige gåturer (Lante, Reece & Walkley, 2010). Stanish og Frey (2008) påpeker i en oversiktsartikkel om strategier for å fremme fysisk aktivitet hos personer med utviklingshemming, at denne gruppen ikke motiverer seg selv til å oppsøke mulighet for å være aktive. For å øke aktivitetsnivået er de ansatte sin kunnskap om fordelene med å være i fysisk aktivitet samt hvordan man kan være i fysisk aktivitet på en trygg måte, nødvendig for beboerne.

2.5 Autonomiprinsippet og Empowerment

Autonomi betyr selvbestemmelse og er av betydning for menneskets følelse av verdighet (Askautrud & Ellefsen, 2008). Autonomiprinsippet innebærer at mennesket skal ha innflytelse i beslutningsprosesser som omhandler dem og at man har rett til å bestemme i eget liv. I praksis innebærer det å selv kunne bestemme hvor en vil bo eller hva en vil spise (Ellingsen, 2003). Retten til å bestemme over eget liv er en grunnleggende menneskerettighet uavhengig av funksjonsnivå (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013, s.10). Likevel er graden av selvbestemmelse knyttet til menneskets ønske om- og evne til å styre eget liv (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s.38). Mennesker med lett til moderat grad av utviklingshemming vil i større grad være kompetente til å utøve selvbestemmelse enn de med alvorlig eller dyp grad (Bjørnrå, 2008, s.119). I *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming*, påpekes det at en forutsetning for at selvbestemmelse skal finne sted er at det foreligger valgmuligheter (Barne- og likestillingsdepartementet, 2013, s.12). Kognitiv funksjonsnedsettelse kan gi reduserte ferdigheter til å se valgmulighetene som foreligger og konsekvenser av de valgene man tar (Moseby & Bjørhovde, 2016). Manglende konsekvenstenking kan føre til skade på både seg selv og andre (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s.38).

Samfunnet har samtidig plikt til å beskytte personers liv og helse. Dette kan blant annet gjøres gjennom å tilpasse informasjonen som blir gitt, samt hjelpe individet med å ta valg som oppleves som vanskelig slik at en unngår å ta valg som medfører negative konsekvenser. Et ensidig fokus på selvbestemmelse kan føre til at personen ikke får nødvendig hjelp og bistand. Grensen mellom selvbestemmelse og ivaretagelse er utfordrende (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s.38).

Selvbestemmelse er likevel ikke bare en menneskerettighet, men en ferdighet som må trenes opp gjennom praktisering (Ellingsen, 2003).

For å gjøre mennesket i stand til å ta valg som påvirker helsen positivt er tilpasset informasjon om valgmuligheter og konsekvenser nødvendig. Informasjonen må tilpasses slik at innhold, omfang og format passer mottakeren. «Empowerment» er et hjelpemiddel som kan benyttes i denne sammenhengen og baserer seg på dialog mellom bruker og fagperson (Mæland, 2012, s.75). Empowerment betyr «å vinne større makt og kontroll over», og er grunnholdningen i helsefremmende arbeid (Mæland, 2012, s.75). Tankegangen handler om å overføre makt til mennesker som er eller har vært i en avmaktssituasjon, ved å gi mennesket større innflytelse og selvråderett over forhold som påvirker helsetilstanden (Askheim, 2007, s.21). Dette innebærer å skape økt selvtillit, bedre selvfølelse, øke kunnskaps- og ferdighetsnivået, og på den måten bli i stand til å ta avgjørelser som virker inn på egen helse (Askheim, 2007, s.23). Empowerment framhever viktigheten av å møte mennesket med respekt, på deres premisser (Bollingmo, Johnsen & Høium, 2004, s.30). Utviklingshemmede har behov for å bevisstgjøres på egne ressurser gjennom å få kunnskap om personlige ferdigheter og muligheter. Det er samtidig viktig at fagpersoner ikke skyver fra seg sitt ansvar slik at brukeren får den hjelpen det er behov for. Hvis fagpersonen forventer selvbestemmelse og autonomi i en situasjon hvor brukeren ikke har ressurser eller ferdigheter til å ta et selvstendig valg vil empowerment tankegangen virke mot sin hensikt (Bollingmo et al., 2004, s.30).

3.0 Metode

Metode beskriver hvordan man kan gå fram for å innhente informasjon eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2014, s.111). Metode er et hjelpemiddel for å samle inn nødvendig informasjon for å undersøke en problemstilling (Christoffersen & Asbjørnsen, 2012, s.16). Samfunnsforskningen skiller mellom kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Valget av metode er basert på problemstillingen, og hvilken metode man mener vil gi godt materiale og belyse temaet på en faglig spennende samt relevant måte (Dalland, 2014, s.111). For å samle inn primærdataene til min oppgave valgte jeg å bruke en kvalitativ metode, der resultatene ble fanget opp gjennom ord, setninger og uttrykk (Jacobsen, 2015a, s.53).

3.1 Det kvalitative intervjuet

Jeg har valgt å benytte kvalitative intervju som metode i denne oppgaven. Intervju kjennetegnes ved at forsker og informant har en samtale om et bestemt tema (Jacobsen, 2015a, s.87). Under samtalen legges det ingen eller få føringer for hva informanten kan si, og målet er å få tak i informantens beskrivelse av situasjonen (Jacobsen, 2015b, s.146). Et kvalitativt intervju kan være mer eller mindre strukturert, basert på hvor stor grad av samtalen som er planlagt på forhånd (Christoffersen & Asbjørnsen, 2012, s.78). Jeg valgte å gjennomføre individuelle semi-strukturerte intervju. Det vil si at tema, spørsmål og rekkefølge var bestemt på forhånd gjennom en intervjuguide (vedlegg 1), men informantene svarte ut i fra egen oppfatning av spørsmålet og med egne ord (Christoffersen & Asbjørnsen, 2012, s.79). Jeg valgte å gjøre det på denne måte for å sikre at intervjuene ga relevant data for oppgaven. Krumsvik (2014, s.125) påpeker at det er viktig at spørsmålene man lager gir mulighet for å innhente informasjon man for eksempel ikke hadde fått gjennom spørreskjema. Intervjuguiden var derfor utformet på en gjennomtenkt måte, med hovedspørsmål og underspørsmål. Underspørsmålene skulle bidra til å få en dypere forståelse av eventuelle synspunkt informanten hadde rundt hovedspørsmålet. En annen fordel med å benytte intervjuguide og en standard for intervjuene er at informasjonen fra de ulike intervjuene i større grad kan sammenlignes (Christoffersen & Asbjørnsen, 2012, s.79). I denne oppgaven var det relevant da jeg intervjuet ansatte fra ulike bofellesskap, og dermed kunne bruke intervjuene til å avdekke likheter og ulikheter rundt tematikken helsefremming.

3.1.1 Intervjupersonene

For å besvare problemstillingen på en relevant måte er utvalget av informanter viktig (Dalland, 2014, s.74). Jeg ønsket å intervju fast ansatte ved bofellesskap for utviklingshemmede, ved ulike bofellesskap i Norge. Min forståelse var at disse personene jobbet tett med målgruppen og derfor hadde god kunnskap og erfaringer som ville være relevant for min oppgave. Jeg ønsket videre at bofellesskapene skulle være av tilnærmet samme størrelse i antall beboere. Valget av informanter var dermed strategisk. Imidlertid hadde jeg ingen føringer som for eksempel utdanning, ansiennitet eller liknende.

For å rekruttere informanter sendte jeg ut en forespørsel om å delta i prosjektet (vedlegg 2), til ulike bofellesskap via mail. I tillegg kontaktet jeg bofellesskap jeg hadde kjennskap til fra tidligere. Totalt har jeg intervjuet fire personer som er ansatt ved ulike bofellesskap i Norge.

3.1.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført individuelt, på et tidspunkt som var avtalt på forhånd. Tre av fire intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt, på arbeidsplassen til informantene. Valget av arena for intervjuene ble gjort av informantene, ut ifra hva som passet best for dem. Å gjennomføre intervjuene i bofellesskapet informantene jobbet i skapte en trygg atmosfære for informanten, og siden intervjuet var avtalt på forhånd var det minimalt med forstyrrelser. Av praktiske årsaker ble en av informantene intervjuet over telefon. Ved å gjennomføre intervjuet over telefon mister man mulighet til å innhente tilleggs informasjon basert på mimikk og kroppsspråk. Ved å lytte til stemmebruken er det likevel mulig å skape en forståelse av informantens virkelighet og oppfatning av spørsmålet (Jacobsen, 2015b, s.147).

Hvert intervju varte i 30–45 minutter. Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd, men var informert om hvilke temaer som var aktuelle for intervjuet. Bakgrunnen for dette valget var at jeg ønsket informantenes umiddelbare respons på spørsmålene. Ved å sende ut intervjuguiden på forhånd hadde informantene fått mulighet til å konstruere svarene sine før intervjuet og svarene kunne i mindre grad reflektert virkeligheten. Ulempen med å gjøre det på denne måten var at informantene hadde lite grunnlag å forberede seg på, og hadde dermed ulik kunnskap rundt temaene. Hovedspørsmålene i intervjuguiden satte føringer for samtalen. Ut ifra disse svarene ble det gjort en fortløpende vurdering på om underspørsmålene passet, om de burde justeres eller sløyfes for å sikre relevant informasjon. Jeg ønsket at informanten skulle komme med så mye informasjon som mulig av seg selv, før jeg stilte oppfølgingsspørsmål eller gikk videre. Derfor forsøkte jeg å vente noen sekunder etter at informanten var ferdig med å snakke slik at de fikk muligheten til å utdype svaret ytterligere. Dette fungerte bedre i noen sammenhenger enn andre. Avslutningsvis spurte jeg informantene om det var noe de ønsket å tilføye. På den måten fikk de mulighet til å komme med avsluttende refleksjoner og påpeke forhold ved situasjonen de mente var viktig å få fram, noe som ga meg verdifull tilleggsinformasjon. Alle informantene hadde noe de ønsket å legge til på tidligere spørsmål.

Svarene fra informantene ble noterte ned underveis i intervjuet. Jeg valgte å ikke bruke lydopptak for å bevare anonymiteten til informantene. Videre hadde jeg en forståelse av at terskelen var høyere for å delta i et intervju som innebar lydopptak med tanke på målgruppen som ble undersøkt. Jeg ønsket videre at informantene skulle snakke så fritt som mulig og ikke begrense svarene på grunn av båndopptakeren. Uten lydopptak risikerer man derimot at deler av informasjonen forsvinner siden det hele tiden kommer ny informasjon. I tillegg har man ved lydopptak mulighet til å lytte til samtalen flere ganger i etterkant (Jacobsen, 2015b, s.153). For å sikre at jeg fikk mest mulig ut av intervjuene uten lydopptak noterte jeg ned så mye jeg klarte under intervjuet og renskrev notatene umiddelbart etter gjennomføring. Dette bidro også til lettere behandling av materialet i etterkant.

3.2 Gyldighet og pålitelighet

Hensikten med forskning er å bringe fram ny, gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten (Jacobsen, 2015b, s.15). Validitet og reliabilitet er to indikatorer som brukes for å omtale forskningens kvalitet. Validitet referer til gyldigheten av det som undersøkes (Dalland, 2014, s.52). For at resultatene fra intervjuene skulle være gyldig og relevante for oppgaven brukte jeg mye tid på intervjuguiden. Spørsmålene i intervjuguiden var basert på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Før intervjuene leste veileder gjennom spørsmålene og godkjente intervjuguiden. Videre deles gyldighet inn i to grupper, intern gyldighet og ekstern gyldighet. Intern gyldighet forteller noe om resultatene er riktig (Jacobsen, 2015b, s.228). Til oppgaven samlet jeg inn informasjon fra personer som i stor grad har innvirkning på livsstilen til målgruppen. Ansatte ved bofellesskap har et tett bånd til beboerne og er de som i størst grad har innblikk i livsstilen deres når de har flyttet hjemmefra. Den eksterne gyldigheten sier noe om undersøkelsen kan brukes til å generalisere innenfor et tema (Jacobsen, 2015b, s.229). For kvalitative undersøkelser med få informanter er det utfordrende å generalisere, men svarene vil være representative for de som har deltatt.

Reliabilitet handler om hvor pålitelig og nøyaktig dataene fra undersøkelsen er (Christoffersen & Asbjørnsen, 2012, s.23). Reliabiliteten knyttes til innsamlingen-, behandlingen- og analysen av dataene. For å bidra til at dataene fra intervjuet var pålitelige var jeg opptatt av nøyaktighet i hele prosessen. Intervjuene var avtalt på forhånd og informantene hadde fått informasjon om formålet med intervjuet.

Videre foregikk intervjuene i naturlige omgivelser for informanten noe som kan ha påvirket svarene da de følge seg trygge. På en annen side var det ulike omgivelser for alle informantene noe som kan redusere reliabiliteten. Jeg forsøkte å gjennomføre alle intervjuene på tilnærmet samme måte slik at datamaterialet skulle bli så pålitelig som mulig. Flere av funnene samsvarte fra alle informantene, i tillegg til annen forskning, noe som øker påliteligheten.

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om vurderinger forskeren gjør seg i relasjon til normer og verdier i samfunnet (Krumsvik, 2014, s.126). I arbeidet med kvalitativ forskning er det viktig å være etisk bevisst på forholdet mellom informant og forsker (Jacobsen, 2015b, s.47). I følge Jacobsen (2015b, s.47) er det tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og informant: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt.

Informert samtykke referer til at den som deltar i undersøkelsen skal delta av egen vilje uten ytre press, ha fått informasjon om hva deltakelse i studien innebærer og har forstått denne informasjonen (Jacobsen, 2015b, s.47-48). Tidlig i prosessen utarbeidet jeg et informasjonsskriv (vedlegg 3) som ga deltakerne god informasjon om hva deltakelsen gikk ut på, formålet med oppgaven og hvordan opplysninger om dem ville bli oppbevart. I informasjonsskrivet ble det videre gjort tydelig at deltakelsen var frivillig og at informantene kunne trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Denne informasjonen ble formidlet muntlig i forkant av intervjuet slik at jeg skulle være sikker på at informanten hadde forstått informasjonen og deltakerne fikk beholde skrevet hvis de skulle ønske å trekke seg eller lurte på noe i etterkant av intervjuet.

Krav til privatliv omhandler hvor sensitiv informasjonen man skal innhente er og hvor stor mulighet det er for å identifisere enkeltpersoner ut fra data som er avgitt (Jacobsen, 2015b, s.48-49). Problemstillingen jeg ønsket å belyse i oppgaven omfattet ingen privat eller sensitiv informasjon fra deltakerne. I dialog med min veileder kom vi fram til at jeg heller ikke skulle innhente noen personopplysninger eller informasjon som kunne kobles tilbake til informantene, da det ikke var relevant for oppgaven. Det var derfor ikke behov for å søke NSD. Oppgaven har videre blitt utformet på en måte som gjør at ingen av deltakerne kan gjenkjennes hverken i råmaterialet eller i den ferdige teksten.

Til slutt er det viktig å presentere dataene fra informantene på riktig måte. Dette innebærer å gjengi sitater og utsagn i riktig sammenheng (Jacobsen, 2015b, s.51). For å sikre riktig presentasjon av informasjonen har jeg ikke brukt direkte sitater fra informantene, men brukt informasjonen fra intervjuene i større sammenhenger, da det kan være utfordrende å gjengi korrekt uten bruk av lydopptak.

4.0 Resultat

Informantene og bofellesskapene i oppgaven er anonyme, og vil videre bli referert til som informant 1, 2, 3 og 4.

4.1 Helsefremming

Kosthold og fysisk aktivitet var det alle informantene assosierte med begrepet *helsefremming*. Videre trakk alle informantene fram rutiner og planlegging av både kosthold og fysisk aktivitet som nødvendig for å fremme god helseatferd hos beboerne. Informant 4 fortalte at ved å planlegge dagen til beboerne på forhånd ble det mindre konflikter og diskusjoner. Informant 3 understreket at rutiner er viktig fordi det skaper en forutsigbar hverdag hvor beboerne har noe fast å forholde seg til.

Å skape mestring ble videre trukket fram av flere av informantene på spørsmål om hvordan det ble tilrettelagt for en helsefremmende livsstil. Informant 2 sa de hadde fokus på at beboerne skulle føle de mestret hverdagen ut ifra egne forutsetninger. Dette ble gjort ved å vedlikeholde ferdigheter de hadde fra før av, og i noen grad tilegne beboerne nye ferdigheter. Informanten fortalte videre at det å gå på butikken alene for å handle mat var en de ferdighetene de arbeidet med å vedlikeholde fordi beboerne opplevde det som meningsfullt.

4.2 Kosthold

Alle informantene var enige om at kosthold er et viktig fokusområde for beboerne. Flere trakk fram viktigheten av å få i seg alle næringsstoffer, i riktig mengde, i løpet av dagen, samt å ha god måltidsrytme. Det var ulikt hvor godt informantene kjente til Helsedirektoratets kostråd.

Informant 2 og 4 uttrykte at kostrådene var førende for planlegging av ukes-menyer til beboerne. Grove kornprodukter, riktig mengde grønnsaker og fordeling av kjøtt og fisk ble nevnt som eksempler på hvordan de brukte kostrådene. Informant 1 og 3 meddelte derimot at kostrådene i mindre grad tatt i bruk i deres respektive bofellesskap, og begge informantene var usikre på om alle ansatte i deres bofellesskap hadde kjennskap til dem.

Hvor mye mat beboerne lagde selv varierte både fra bofellesskap til bofellesskap og innenfor samme bofellesskap. I alle bofellesskapene ble frokost, lunsj og kveldsmat spist individuelt. I bofellesskapene til informant 1 og 4 var alle middagsmåltidene felles. Maten ble lagd av ansatte, men beboere som hadde ferdigheter til- og var interessert i å lage mat kunne hjelpe til. Informant 4 forklarte at felles måltider var en måte å regulere matinntaket til beboerne på, i form av at de hadde kontroll på mengden mat som ble spist av hver enkelt til dette måltidet samt hvilke næringsstoffer måltidet inneholdt. I de to øvrige bofellesskapene var det felles middag utvalgte dager i uken. De resterende dagene fikk beboerne hjelp med å tilberede middag ut ifra individuelle behov.

I forhold til begrensninger og hvilke matvarer beboerne hadde tilgjengelig i leilighetene sine varierte det hvilke vurderinger som ble lagt til grunn. Informant 2, 3 og 4 sa at de lagde handlelister sammen med beboerne, basert på hva beboerne likte og hva vedkommende trengte av næringsstoffer. Informant 4 fortalte at noen av matvarene beboerne ville ha bare ble tatt med i helgehandelen for å begrense inntaket. Det varierte derimot fra beboer til beboer om de hadde med seg en ansatt når de skulle handle eller ikke, men ved stor-handling var det som regel en ansatt med. Informant 2 sa at flere av beboerne handlet mat gjennom kolonial.no, noe som var veldig populært. Informant 1 fortalte at de hadde en kjøkkenansatt som handlet inn mat for alle beboerne.

Informant 1 og 4 snakket mye med beboerne om hva et sunt kosthold innebærer. Begge informantene opplevde at det er varierende hvor mye beboerne forsto av det som ble sagt, spesielt fordi de ansatte ofte må fortelle om de samme matvarene hver gang. Informant 4 understreket at selv om beboerne ikke forstår helt hva de ansatte mener, gir beboerne uttrykk for at de har hørt det før og at det de sier høres lurt ut. Informant 3 sa de ikke snakket så spesifikt om hvorfor man skal spise det ene eller det andre, men prøver å oppfordre beboerne til å velge grovt framfor lyst når de står i butikken. Informant 3 hadde videre en oppfatning av at noen av beboerne nå så forskjell på to «like» matvarer, og valgte det sunne alternativet.

Selv om kosthold ble sett på som et viktig tema, ble det også framhevet som utfordrende og vanskelig for de ansatte spesielt på grunn av retten til selvbestemmelse.

4.3 Fysisk aktivitet

Informantene hadde et bevisst forhold til fysisk aktivitet og så viktigheten av at beboerne fikk være i daglig aktivitet. Det var likevel ingen som syntes at beboerne var tilstrekkelig fysisk aktive. Årsakene varierte men motivasjonen til beboerne samt mangel på ansatte og tid var hovedgrunnene som gikk igjen. Motivasjonen til beboerne varierte fra beboer til beboer, men også ut ifra sesong. Alle informantene understreket at så lenge aktiviteten var planlagt på forhånd og ikke ble foreslått spontant var sannsynligheten mye høyere for at den ble gjennomført.

Turgåing, enten i nærområdet eller i naturen, ble trukket fram som vanlig aktivitet av alle informantene. Informant 3 og 4 sa at de brukte nærmiljøet aktivt da forholdene la godt til rette for turgåing. Informant 2 og 3 var opptatt av å motivere beboerne for «aktiv transport», for eksempel ved å gå til butikken isteden for å ta bussen eller å gå deler av veien også ta annen transport resten. På den måten fikk de «lurt» inn litt ekstra aktivitet. Flere av informantene sa også at noen av beboerne var med på ulike idretter eller andre organiserte fritidsaktiviteter hvor de var i bevegelse. Disse aktivitetene var det enklere å motivere for, da de ble sett på som «gøy» samtidig som de møtte andre i samme situasjon. Det var derimot mindretallet i hvert bofellesskap som deltok på denne type fysisk aktivitet.

På spørsmål om beboerne forsto hvorfor det var viktig å være fysisk aktive var informantene både usikre og av ulik oppfatning. Informant 4 mente at beboerne ofte var i aktivitet fordi de hadde blitt fortalt at det var bra for dem, men ikke hadde noe forhold til hva som ville skje hvis de ikke var i aktivitet. Informant 2 hadde delvis samme oppfatning, at beboerne i hovedsak var aktive fordi *de som ansatte* hadde gitt uttrykk for at det var viktig. Informant 1 og 3 sa derimot at noen av beboerne hadde en delvis forståelse av hvorfor aktivitet var nødvendig, men informant 3 hadde oppfatning om at fysisk aktivitet ofte var koblet til et ønske om å få mindre mage. Selv om alle informantene var usikre på om beboerne forsto hvorfor det var viktig å være i fysisk aktivitet, forsøkte de å motivere til- og snakke om viktigheten av å være aktiv. Dette skjedde gjerne i forbindelse med fysisk aktivitet eller hvis de så at en beboer hadde vært lite aktiv over en lengre periode.

5.0 Diskusjon

5.1 Helsefremming

Selv om alle bofellesskapene var relativt like i størrelse, var det forskjeller i hvor stort fokus de hadde rundt helsefremming. Forskning viser tydelig at overvekt, inaktivitet og derav livsstilssykdommer er en stor utfordring for personer med lett til moderat grad av utviklingshemming. Årsakene er sammensatte men i følge Hsieh, Rimmer & Heller (2014) er livsstilssykdommer blant de helseproblemene utviklingshemmede opplever som har størst forebyggende potensiale. Informantene trakk fram rutiner og en forutsigbar hverdag som viktig for beboerne. Å ha rutiner i hverdagen for å få gjennomført de gjøremål som kreves er noe de fleste kjenner seg igjen i. De bofellesskapene som hadde felles middag hadde dette til faste tider, men utover dette var det ingen av informantene som snakket om andre faste rutiner tilknyttet kosthold eller fysisk aktivitet. Å skape faste rutiner i hverdagen som bidrar til gode vaner kan være en alternativ måte å skape varig atferdsendring på, som fører til en helsefremmende livsstil (Innstrand, 2015). Rutiner beboerne kjenner igjen og føler de mestrer kan skape en følelse av autonomi og at det er beboeren selv som styrer hverdagen. Ved å skape mestring og autonomi legger man også til rette for at motivasjon kan finne sted, noe som kan føre til atferdsendring på sikt (Innstrand, 2015). Alle informantene var enige om at kosthold og fysisk aktivitet var viktig for beboerne. Å skape faste rutiner som fører til et godt kosthold og nok fysisk aktivitet kan være avgjørende for beboernes helse og livskvalitet. Det kan videre bidra til å gjøre de ansatte sitt arbeid med å bedre helsen til beboerne mindre krevende da beboerne har noe fast å forholde seg til som kan føre til færre diskusjoner rundt kosthold og fysisk aktivitet.

5.2 Kosthold

I Norge har Helsedirektoratet utarbeidet anbefalinger for et sunt kosthold (Pedersen et al., 2016, s.448). Anbefalingene skal bidra til å fremme helse og redusere risikoen for å utvikle livsstilssykdommer. Hvor godt kjent informantene var med kostrådene, og hvor aktivt de ble brukt i planleggingen av kostholdet til beboerne, varierte. I to av bofellesskapene var kostrådene førende for kostholdet. Kostrådene ble brukt aktivt i planleggingen av ukesmenyer og handlelister, som beboer og ansatt utarbeidet i fellesskap.

Forskning peker på at valg beboere i bofellesskap tar i stor grad påvirkes av ansatte sine holdninger. I følge Caton et al., (2012) vil utviklingshemmede bli påvirket i både positiv og negativ retning, basert på hva de ansatte selv gjør eller mener. Hvis de ansatte har et bevisst forhold til kostrådene når de er med på å planlegge hva beboerne skal handle av matvarer har de mulighet til å påvirke beboerne til å ta gode og helsefremmende kostholds valg, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Informant 1 og 3 brukte kostrådene i mindre grad, og var usikker på om alle ansatte kjente til anbefalingene. Uten kunnskap om anbefalingene øker sannsynligheten for at de ansatte har et mindre bevisst forhold til kostholdet til beboerne og dermed kan den positive påvirkningen ved for eksempel matvarehandling falle bort. På en annen siden kan mangelen på egne kostholds anbefalinger for utviklingshemmede sende ut signaler om at det ikke er behov for fokus på kosthold for denne gruppen. Det kan derfor stilles spørsmål om egne anbefalinger for utviklingshemmede ville skapt økt bevissthet blant de ansatte, og gjort det enklere å samarbeide for bedre helse blant beboerne over hele landet.

Informant 4 uttrykte at kosthold og selvbestemmelse var en stor utfordring, og en barriere for de ansatte når de arbeidet med beboerne og livsstil. Selv om de ansatte så at beboeren ble tyngre, har de ikke lov til å gjøre annet enn å veilede og motivere vedkommende til å ta bedre valg. Hvis beboeren nekter å gjøre som de sier, får de ikke gjort noe mer. Ellingsen (2003) påpeker at selvbestemmelse er noe som må læres og trenes på. Personer med utviklingshemming kan ha utfordringer med å se de valgmulighetene som foreligger, og trenger av den grunn ekstra tilrettelegging og stimulering for å kunne ta helsefremmende valg (Departementene, 2017, s.88). Informant 4 fortalte videre at de forsøkte å snakke med beboerne om hva et sunt kosthold innebærer og hvorfor de for eksempel ikke kan spise godteri hver dag. Informanten var usikker på hvor mye beboerne forsto, men når de gjentok det de hadde sagt tidligere ga beboerne uttrykk for at dette hadde de hørt før og trodde på det de sa.

I følge Caton et al., (2012) og Kujiken et al., (2016) kan utviklingshemmede ha en delvis forståelse av hva sunn mat er, men ha utfordringer med å omgjøre denne kunnskapen til handling. Informant 3 forsøkte også snakke med beboerne om kosthold, men i hovedsak når de befant seg i passende settinger som for eksempel i matbutikken eller under matlaging. Dette er settinger de ansatte og beboerne ofte befinner seg i, og de ansatte har dermed mulighet til å øke kunnskaps- og ferdighetsnivået til beboerne i naturlige omgivelser. Empowerment tankegangen bygger på å gi mennesket i en avmaktssituasjon større innflytelse over forhold som påvirker helsen (Askheim, 2007, s.21).

Ved å legge til rette for mestring i form av å gi beboerne mulighet til å ta gode mat valg i dialog- og samhandling med ansatt er det rimelig å anta at beboernes selvtilit rundt mat- og råvarevalg vil øke. Informant 3 hadde en oppfatning av at noen av beboerne nå så forskjell på grovt brød kontra lyst brød, og selv kunne velge det grove. Dette viser at ved å repetere de samme teamene over lengre tid kan man på sikt få beboerne til å se hva et sunt kosthold inneholder og på den måten gjøre dem i stand til å ta gode valg. Informant 3 påpekte videre at det var noen av beboerne som ikke forsto hvorfor de ikke kunne spise det de likte best, uansett hvor mye de snakket med dem. Utviklingshemmede har på samme måte som befolkningen forøvrig ansvar for å ta vare på egen helse, så langt det lar seg gjøre. For at utviklingshemmede skal bli i stand til ta valg knyttet til kosthold er det derimot i større grad nødvendig med tilpasset opplæring og støtte (Departementene, 2017, s.88).

5.3 Fysisk aktivitet

Ingen av informantene syntes det var nok fysisk aktivitet i hverdagen for beboerne. Dette samsvarer med forskning som viser at utviklingshemmede har økt risiko for en inaktiv livsstil sammenlignet med befolkningen forøvrig (Dario et al., 2016; Nordstrøm et al., 2013). I følge Rise og Viken (2009, s. 89) kan personer med utviklingshemming også ha utfordringer med å ha høy nok intensitet når de er i aktivitet. Forskning viser derimot at utviklingshemmede kan oppnå helsegenvist av rolige gåturer (Lante et al., 2010). Dette er et budskap som bør komme fram, da alle informantene trakk fram turgåing som den mest populære- og gjennomførbare aktiviteten. Kunnskapen om at gåturer kan ha helsefremmende effekt for beboerne kan virke inn på motivasjonen til de ansatte for å planlegge- og gjennomføre aktiviteter sammen med beboerne. Samtidig er det kanskje ikke det store endringene i hverdagen som må til for at beboerne kan oppnå bedre helse. Informant 2 og 3 forsøkte å oppfordre beboerne til «aktiv transport» for å få inn ekstra aktivitet eller planla å gå turer med beboerne noen dager i forveien slik at det skulle bli gjennomført. Informant 3 og 4 trakk fram nærmiljøets gode muligheter som positivt for aktivitetsnivået til beboerne. Det var tilrettelagt for gående i nærhet til bofellesskapet, noe som gjorde at terskelen for å være i aktivitet ble lavere fordi det ikke krevde like mye organisering for de ansatte å gjennomføre aktiviteten. På en annen side kan man anta at å gå tur i det samme miljøet igjen og igjen kan innvirke negativt på motivasjonen.

Nye impulser og variasjon i miljøet ville antagelig øke motivasjon for både beboere og ansatte. Informantene fortalte videre at de forsøkte å planlegge turer i andre områder i helgene da de hadde bedre tid til å forflytte seg.

For å ha mulighet til å leve aktive liv har utviklingshemmede i større grad behov for ekstra tilrettelegging og organisering (Stanish & Frey, 2008). De har behov for at personer rundt seg ser muligheter og assisterer i aktiviteten for å finne motivasjon til å gjennomføre. Ingen av informantene nevnte noen konkrete eller spesielt tilrettelagte tiltak som var satt i gang i bofellesskapet for å øke aktivitetsnivået til beboerne. Inntrykket jeg satt igjen med etter intervjuene var at de ansatte selv måtte være ekstra interesserte for at fysisk aktivitet skulle bli initiert og gjennomført. Flere av informantene uttrykte også at det i stor grad var de som måtte foreslå å være i fysisk aktivitet med beboerne for at det skulle skje. De ansatte sin kunnskap og motivasjon ser derfor ut til å være viktig for hvordan det tilrettelegges for fysisk aktivitet i bofellesskapene. Tid, samt bemanning ble trukket fram av nesten alle informantene som to hovedbarrierer for å gjennomføre fysisk aktivitet. Informant 2 uttrykte at de ansatte sin helse, i form av dårlig knær eller sykdom, påvirket mulighetene til å være i aktivitet med beboerne, og derav beboernes muligheter for å være i tilstrekkelig fysisk aktivitet. I lyset av at det er de ansatte som i hovedsak tok initiativ til aktivitet, og at ansatte i stor grad blir sett på som rollemodeller, kan dette bidra til en uheldig påvirkning. Ansatte ved bofellesskapet har daglig kontakt med beboerne og dermed mulighet til å skape- og opprettholde engasjement over lengre tid blant beboerne.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse problemstillingen «hvordan det tilrettelegges for at personer med utviklingshemming, som i bofellesskap, kan ha en helsefremmende livsstil?». Oppgaven tar utgangspunkt i hvilken måte Helsedirektoratet sine kostråd ble benyttet i planlegging av kostholdet til beboerne og hvilke muligheter beboerne hadde til å drive fysisk aktivitet. For å besvare problemstillingen har det blitt gjennomført fire kvalitative intervjuer med ansatte ved ulike bofellesskap i Norge. I tillegg til gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning samt stortingsmeldinger tilknyttet temaet. Mange av mine funn samsvarer med både nasjonal og internasjonal forskning.

Funnene i min undersøkelse viser at det er ulikt hvor stort fokus de representerte bofellesskapene har på helsefremming. Rutiner og forutsigbarhet ble påpekt som viktig for målgruppen. Å skape gode rutiner i hverdagen som innebærer riktig sammensatt kosthold og fysisk aktivitet kan være en alternativ måte å skape en helsefremmende livsstil på. Alle informantene så viktigheten av et godt kosthold og tilstrekkelig fysisk aktivitet, men det var ulikt hvilken kompetanse og bevissthet de hadde rundt temaene. Helsedirektoratets kostråd ble i varierende grad brukt i planlegging av kosthold til beboerne. I to av bofellesskapene var kostrådene førende for kostholdet til beboerne, mens i de to andre bofellesskapene varierte det om de ansatte hadde kjennskap til dem. Kompetansen til de ansatte ser ut til å være av stor betydning for å kunne tilrettelegge for et aktivt liv med god helse for beboerne. Informantene trakk fram gåturer som den formen for fysisk aktivitet beboerne i størst grad gjennomførte i hverdagen. Det varierte hvor mye aktivitet hver enkelt beboer var i, men generelt var det de ansatte som måtte ta initiativ til aktivitet.

Fokuset videre bør være å utvikle kompetanse og forståelse hos de ansatte i bofellesskap da de har stor påvirkning på beboernes liv og helse. Kosthold og fysisk aktivitet bør bli satt på dagsordenen og integreres i hverdagen til ansatte og beboere. Det er behov for helsefremmende strategier tilpasset de helseutfordringer utviklingshemmede står ovenfor, for å forebygge forekomsten av livsstilssykdommer hos gruppen. Gode kostholdsvaner og økt mengde fysisk aktivitet vil være viktige tiltak for å bedre folkehelsen blant utviklingshemmede.

Litteratur

- Askautrud, M. & Ellefsen, B. (2008). Autonomi i sykehjem - en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet i praksis. *Vård i Norden*, 28(4), 4-8. <https://doi.org/10.1177/010740830802800402>
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne-og likestillingsdepartementet. (2013). *Frihet og likeverd - om mennesker med utviklingshemming* (Meld. St. 45 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>
- Barne-og likestillingsdepartementet. (2016). *På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming* (NOU 2016:17). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/sec4>
- Bergen kommune, U. f. s. o. h. (2017). *Ernæringsstrategi for personer med utviklingshemming*. Hentet fra [https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00296/Ern ringstrategi - 296441a.pdf](https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00296/Ern_ringstrategi_-_296441a.pdf)
- Bjørnrå, T. H. (2008). Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse - problemer, paradokser og utfordringer. I T. Bjørnrå, W. Gunneriussen & V. Sommerbakk (Red.), *Utviklingshemming, autonomi og avhengighet* (s. 116-132). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bollingmo, L., Johnsen, B.-E. & Høium, K. (2004). Brukermedvirkning, kunnskap og handling. I L. J. Bollingmo, Bjørn-Eirik & K. Høium (Red.), *Det er mitt liv: brukermedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*.
- Bufdir. (2018). Hva er utviklingshemming? Hentet fra https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming/
- Caton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D. & Stansfield, J. (2012). Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: Knowledge, barriers, and facilitators. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 2012, Vol.37(3), p.248-259, 37(3), 248-259. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.703645>
- Christoffersen, L. & Asbjørnsen, J. (2012). *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dario, Y. M., Collett, J., Dawes, H. & Oskrochi, G. R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 4, 209-219. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.06.008>
- Departementene. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. *Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>
- Dønnestad, J. & Dale-Western, I. M. (2018). *Folkehelseprosjekt i boliger og aktivitetscenter for utviklingshemmede. Sluttrapport 2018*. Hentet fra

<https://naku.no/sites/default/files/files/Folkehelseprosjekt%20i%20boliger%20og%20aktivitetssenteret%202018%20-%20sluttrapport.pdf>

- Ellingsen, K. E. (2003). Selvbestemmelse - et eksistensielt spørsmål!? *SOR rapport*, 49(1).
- Folkehelseinstituttet. (2017). Overvekt og fedme. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/#foerebygging-og-utfordringer>
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge 2018* (ISBN: 978-82-8082-942-9). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Forventet levealder i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion* (3. utg.). New Delhi: SAGE publications.
- Grøsvik, K. (2008). Diagnostisering av utviklingshemming hos barn. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke & I. Mæhle (Red.), *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet* (IS-2170). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet>
- Helsedirektoratet. (2019). Kostrådene. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen>
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities*, 25(1), 9-17.
- Hsieh, K., Rimmer, J. H. & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 851-863. <https://doi.org/10.1111/jir.12100>
- Innstrand, A. G. (2015). Vektreduksjon og livsstilsendring. Hentet fra <http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=42897&>
- Jacobsen, D. I. (2015a). *Forforståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015b). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Juul, C. (2016). *Godt kosthold er god omsorg. Ernæringskurs for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som arbeider med mennesker med funksjonsnedsettelse/utviklingshemming*.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode. Ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kujiken, N. M. J., Naaldenberg, J., Sanden, M. W. N.-v. d. & Valk, H. M. J. v. S.-L. d. (2016). Healthy living according to adults with intellectual disabilities: towards tailoring health promotion initiatives *Journal of Intellectual Disability research*, 60, 228-241. <https://doi.org/doi:10.1111/jir.12243>
- 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). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.06.022>

- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00915.x>
- Moseby, J. E. S. & Bjørhovde, L. M. (2016). Brukerråd for utviklingshemmede. Hentet fra <http://www.samordningsradet.no/nyheter2.cfm?pArticleId=44177&pArticleCollectio nId=4205>
- Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid; folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAKU. (2018). Spørsmål: antall personer med utviklingshemming. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/sp%C3%B8rsm%C3%A5l-antall-personer-med-utviklingshemming>
- NAKU. (2019). Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.021>
- Nordstrøm, M., Paus, B., Andersen, L. & Kolset, S. O. (2015). Dietary aspects related to health and obesity in Williams syndrome, Down syndrome, and Prader-Willi syndrome. *Food & Nutrition Research*, 59(25487).
- Nylenna, M. (2019). Livsstil. Hentet fra <https://sml.snl.no/livsstil>
- Pedersen, J. I., Müller, H., Hjartåker, A. & Anderssen, S. A. (2016). *Grunnleggende Ernæringslære* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rise, K. & Viken, Å. (2009). Fysisk aktivitet, kropp og bevegelse. I J. Eknes & J. Løkke (Red.), *Utviklingshemning og habilitering- innspill til habiliteringsprosessen* (s. 87-94). Oslo: Universitetsforlaget.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Turner, S., Kessissoglou, S. & Hallam, A. (2000). Lifestyle related riskfactors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469-486. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00053-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00053-6)
- SOR. (u.d). Hvordan kan utviklingshemning beskrives? Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/andres-hjem/16679>
- Stanish, H. I. & Frey, G. C. (2008). Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. *Salud Pulica Mex*, 50(2), 178-184.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- WHO. (2019). Constitution. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K. & Høigaard, R. (2011). Hva er folkehelse og folkehelsearbeid? I N. C. T. Øverby, Monica Klungland & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Vedleggs oversikt

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i studien

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide: *ansatte ved bofellesskap*

Introduksjon

Takk for at du tok deg tid til å ha en samtale med meg. Jeg skal skrive en bacheloroppgave med fokus på helsefremmende livsstil og utviklingshemming.

Formålet med oppgaven er å få et innblikk i hvilket fokus det er på helse for personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap. Med dette mener jeg, hvordan det tilrettelegges for å ha et kosthold i tråd med helsedirektoratets anbefalinger og hvilke muligheter det er for å drive fysisk aktivitet.

Spørsmålene jeg kommer til å stille deg vil i hovedsak handle om tilretteleggelsen av kosthold og fysisk aktivitet for beboerne. Jeg vil også spørre deg om helsefremming generelt. Samtalen kommer til å vare i 30-45 minutter. Under samtalen kommer jeg til å notere ned det vi snakker om slik at jeg kan bruke det i videre arbeidet med oppgaven.

All informasjon fra denne samtalen bli anonymisert, og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til deg. Det er kun min veileder og jeg som vil ha tilgang til personopplysninger og hvilken informasjon som er gitt av den enkelte. Deltakelsen er frivillig, og hvis du skulle ønske å trekke deg nå, under samtalen eller i etterkant må du ta kontakt med meg. Mail og telefon finner du på informasjonsskrivet. Når oppgaven er levert 31.mai 2019 vil alle notater fra denne samtalen bli slettet.

Er det noen spørsmål før vi starter?

Hoveddel

Helsefremming

- Hvis jeg sier «helsefremming» hva tenker du på da?
 - o Har du noen konkrete eksempler på hvordan dere tilrettelegger for en helsefremmende livsstil for beboerne?
- Oppstår det ofte konflikter knyttet til fysisk aktivitet eller kosthold i hverdagen?

Kosthold

1. Hva tenker du når jeg sier kosthold, mat, sunn og usunn mat?
 - a. Kjenner du til helsedirektoratets kostråd? Kan du utdype?
2. Hvem bestemmer hva som handles inn av mat for beboerne?
 - a. Handler beboerne alene eller samme med ansatte?
 - b. Hvilke vurderinger blir lagt til grunn for hva som handles?
 - i. I hvilken grad bli helsedirektoratets anbefalinger benyttet?
 - c. Hvor stor frihet har beboerne rundt hva som handles?
3. Hvem tilbereder maten? (frokost, lunch og middag)
 - a. Hvis felles måltider: brukes helsedirektoratets kostråd under planleggingen av måltider?
 - b. Hvordan er måltidsrytmen?
 - c. I hvilken grad lager beboerne mat selv?
4. Blir matinntaket regulert?
 - a. Blir det satt noen begrensninger?
5. Hvilke erfaringer har du med tanke på forholdet beboerne har til mat og måltid?
 - a. Foretrekker de sunn mat?
 - i. Er det stor variasjon i hva som foretrekkes?
 - b. Ser du noe mønster i hvilken type mat som blir valgt hvis ved stor valgfrihet?
6. Snakker dere med/informerer dere beboerne om hva som er et sunt kosthold?
 - a. Opplever du at beboeren forstår hva et sunt kosthold er?
 - b. Hvordan opplever du motivasjonen til beboerne rundt sunn mat?
 - i. Er det store variasjoner?

Fysisk aktivitet

1. Hvordan tilrettelegges det for å være i fysisk aktivitet i det daglige?
 - a. Synes du det er nok fysisk aktivitet i hverdagen for beboerne?

- b. Hvilke hindringer opplever du rundt mulighetene for å være i fysisk aktivitet for målgruppen?
2. Ser du viktigheten av å være i fysisk aktivitet for målgruppen?
 - a. Hvorfor/hvorfor ikke?
3. Ser beboerne viktigheten av å være i fysisk aktivitet?
 - a. Hvordan vises dette?
4. Snakker dere med eller informerer dere beboerne om viktigheten av fysisk aktivitet?
 - a. Hvis ja: på hvilken måte gjør dere dette?
5. Er det dere som arbeider med målgruppen som er pådrivere for å være i fysisk aktivitet eller er det beboeren selv?

Er det noe annet du vil tilføre eller kommentere rundt kosthold, fysisk aktivitet eller helsefremming for målgruppen før vi sier oss ferdig?

Avslutning

Igjen, tusen takk for at du tok deg tid til å gjennomføre denne samtalen. Informasjonen dere har kommet med i dag vil bli nyttig i arbeidet med oppgaven. Hvis det er noen spørsmål i etterkant så er det bare å ta kontakt med meg på mail eller telefon.

Vedlegg 2: Forespørsel om å delta



Høgskolen
på Vestlandet

Forespørsel om å delta i bachelorprosjektet:

«Helsefremmende livsstil og utviklingshemming»

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Vilde Brodahl, og jeg studerer folkehelsearbeid med fokus på kosthold og fysisk aktivitet ved Høgskolen på Vestlandet, avdeling Bergen. Dette er mitt siste semester på utdanningen, og jeg skal derfor skrive bacheloroppgave. I denne forbindelse ønsker jeg å undersøke hvordan det tilrettelegges for at voksne med utviklingshemming, som bor i bofellesskap, kan ha en helsefremmende livsstil. Formålet med oppgaven er å få et innblikk i hvilket fokus det er på helse for personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap. Med dette menes, hvordan det tilrettelegges for å ha et kosthold i tråd med helsedirektoratets anbefalinger og hvilke muligheter det er for å drive fysisk aktivitet.

I denne forbindelse søker jeg ansatte som jobber med målgruppen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å kunne svare på problemstillingen min vil jeg gjennomføre et intervju. Intervjuet vil vare i ca. 30-45 minutter. Under intervjuet vil det bli stilt spørsmål jeg har forberedt på forhånd som handler om helse, kosthold og fysisk aktivitet. Intervjuguiden vil ikke bli tilsendt i forkant av intervjuet. Det er opp til deltaker å avgjøre hva som deles. Det som blir sagt kommer jeg til å notere ned for å kunne bruke i oppgaven min. Under intervjuet vil det ikke bli stilt personlige spørsmål eller brukt lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun min veileder og jeg vil ha tilgang til hvilken informasjon som er gitt av den enkelte. All informasjon vil oppbevares på en forsvarlig måte som bevarer konfidensialiteten. Navnet på informanten vil kodes i materialet og oppbevares adskilt fra øvrig data. Oppgaven skal etter planen leveres 31. mai 2019 og etter dette tidspunktet vil alle intervjuer slettes. Alle opplysninger vil være anonymisert i oppgaven, så det vil det ikke være mulig å spore informasjonen tilbake til deltakerne i oppgaven.

Dine rettigheter

Ved deltakelse har man rett på innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, hvis disse er feil skal disse rettes opp eller fjernes umiddelbart. Hvis deltakere skulle ønske innsyn i annen informasjon som har kommet frem under intervju må det tas kontakt med meg enten via mail eller telefon. I denne oppgaven vil det ikke bli forespurt noen personopplysninger fra deltaker.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser dersom man vil delta og senere velger å trekke seg. For å trekke seg fra deltakelse må det tas kontakt med meg på mail, telefon eller gis beskjed ved gjennomføring av intervju.

Jeg kan kontaktes på telefon: 97415739, eller mail: vilde.brodahl@gmail.com. Vennligst ta kontakt dersom det er ønskelig med mer informasjon. Dette er et studentprosjekt der Frøydis Hausmann er min veileder.

Med vennlig hilsen

Vilde Brodahl

Bergen, 07.02.19

Vedlegg 3: Informasjonsskriv



Høgskulen
på Vestlandet

Informasjon om bachelorprosjektet:

«Helsefremmende livsstil og utviklingshemming»

Mitt navn er Vilde Brodahl, og jeg studerer folkehelsearbeid med fokus på kosthold og fysisk aktivitet ved Høgskolen på Vestlandet, avdeling Bergen. Dette er mitt siste semester på utdanningen, og jeg skal dermed skrive bacheloroppgave. I denne forbindelse ønsker jeg å undersøke hvordan det tilrettelegges for at voksne med utviklingshemming, som bor i bofellesskap, kan ha en helsefremmende livsstil.

Formålet med oppgaven er å få et innblikk i hvilket fokus det er på helse og livsstil for personer med utviklingshemming som bor i bofellesskap. Med dette menes, hvordan det tilrettelegges for å ha et kosthold i tråd med helsedirektoratets anbefalinger og hvilke muligheter det er for å drive fysisk aktivitet.

En deltakelse i prosjektet innebærer ett intervju på ca. 30-45 minutter. Under intervjuet vil det bli benyttet en intervjuguide for å sikre at samtalen kan belyse problemstillingen på en god måte. Temaet for intervjuet er kosthold, fysisk aktivitet og livsstil. Intervjuguiden vil ikke bli tilsendt på forhånd. Det er opp til deltaker å avgjøre hva som deles, og det som deles vil bli notert ned. Det vil ikke bli stilt personlige spørsmål eller brukt lydopptaker.

Alle opplysninger tilknyttet prosjektet vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner eller bofellesskap vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Navnet på informanten vil kodes i materialet og oppbevares adskilt fra øvrig data. Opplysninger anonymiseres og notater fra intervju slettes når oppgaven er levert, 31. mai 2019. Hvis deltakere skulle ønske innsyn i informasjon som har kommet frem under intervju må det tas kontakt med meg enten via mail eller telefon.

Det er frivillig å delta i prosjektet, og de som ønsker å delta kan når som helst trekke seg uten å oppgi grunn. Å trekke seg fra prosjektet vil ikke få noen negative konsekvenser for informanten. Hvis deltakeren ønsker å trekke seg vil all informasjon bli slettet umiddelbart. Hvis deltakeren ønsker å trekke seg må dere ta kontakt med meg via telefon eller mail.

Jeg kan kontaktes på mail: vilde.brodahl@gmail.com, eller telefon: 97415739. Vennligst ta kontakt dersom det er ønskelig med mer informasjon eller det er noe annet du lurer på i tilknytning til studien. Dette er et studentprosjekt der Frøydis Hausmann er min veileder.

Med vennlig hilsen

Vilde Brodahl

Bergen, 05.03.19