

BACHELOROPPGAVE

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming»?

Av

Kandidatnummer: 36, Edel Marie Mersland

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

Antall ord: 6997



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «**Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming**»? i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Kandidatnummer 36, Edel Marie Mersland.

J A X N E I

«Grønnsakspisersangen»

Den som spiser pølsemat og kjøttmat hele dagen,
han blir så doven og så lat og veldig tjukk i magen.

Men den som spiser gulrøtter, knekkebrød og peppernøtter,
tyttebær og bjørnebær og kålrot og persille.
Han blir sånn passe mett i magen, glad og lystig hele dagen
og så lett i bena at han ikke kan stå stille.

Den som vil ha bare kjøtt og spiser sine venner,
han blir så doven og så trøtt og får så stygge tenner.

Men den som spiser gulrøtter, knekkebrød og peppernøtter,
tyttebær og bjørnebær og kålrot og persille.

Han blir så grei mot dem han kjenner og får mange gode venner,
og får like fine tenner som en krokodille.

Torbjørn Egner

Sammendrag

Tittel: «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming»?

Bakgrunn for valg av tema: Jeg ønsket å skrive om mennesker med psykisk utviklingshemming på grunn av min erfaring fra arbeid med denne gruppen. I dette arbeidet observerte jeg at mange har en rekke livsstilsykdommer og helseplager. Spesielt så jeg at flere var overvektige, min forforståelse er at medvirkende årsaker til dette er inaktivitet og usunt kosthold. Jeg ønsket å finne ut om dette var et kjent fenomen og hva sykepleiere kunne gjøre for å forebygge overvekt hos denne gruppen.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming»?

Fremgangsmåte: metoden jeg har brukt er litteraturstudie. Jeg har brukt bibliotekets databaser for å finne litteratur, og for å finne forskningsartikler har jeg brukt andre databaser designet for å finne forskning. Jeg har brukt kvalitativ og kvantitativ forskning. I tillegg til å bruke litteratur og forskning i oppgaven, kommer jeg også med egne erfaringer i drøftingen.

Oppsummering og konklusjon: overvekt er et økende problem hos psykisk utviklingshemmede. Sykepleier har et ansvar for å forebygge overvekt. Dette kan blant annet skje ved hjelp av økt fokus på aktivitet og ernæring. En god kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier, annet personell og pasient er viktig for å nå målet.

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for tema.....	1
1.2 Avgrensning av tema.....	1
1.3 Problemstilling.....	1
«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming»?	1
1.4 Avgrensning av problemstilling	1
2.0 Metode.....	2
2.1 Bakgrunn for valg av metode.....	2
2.2 Litteratursøk og valg av litteratur.....	2
2.3 Kildekritikk	3
3.0 Teoridel.....	3
3.1 Sykepleiefaglig perspektiv.....	3
3.1.1 Dorothea Orem.....	3
3.1.3 Etske prinsipper i sykepleie	4
3.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	4
3.3 Psykisk Utviklingshemming	5
3.4 Overvekt, årsaker og noen konsekvenser.....	5
3.5 Kommunikasjon.....	5
3.6 Ernæring og aktivitet	6
3.7 Forskning.....	6
4.0 Drøfting.....	7
4.1 Sykepleierens rolle.....	8
4.2 Kommunikasjon.....	9
4.3 Ernæring.....	10
4.4 Fysisk aktivitet.....	11
5.0 Konklusjon	12

1.0 Innledning

Min forforståelse er at mange sykepleiere synes det er utfordrende og til tider vanskelig å kunne yte sykepleie til mennesker med psykisk utviklingshemming. I flere år før jeg startet på sykepleierutdanning arbeidet jeg med mennesker med psykisk utviklingshemming. Der jeg blant annet observerte at de hadde en rekke livsstilsykdommer og helseplager, og mange av pasientene var svært overvektige.

I studieemne helsefremmede og forebyggende arbeid, var jeg i praksis på et aktivitetssenter for utviklingshemmede. I løpet av den praksisen skrev jeg en oppgave om hvordan skape trivsel hos pasienter med psykisk utviklingshemming. Der fokuset var å fremme helse gjennom sunn mat, fokus på aktivitet, styrke samhold og opplevelsen av mestring. Med den kunnskapen jeg har i samlet gjennom praksis er det naturlig å stille spørsmål om noen av plagene kunne vært unngått dersom det var gjort noen enkle grep i pasientenes hverdag.

1.1 Bakgrunn for tema.

Et av de største interessefeltene mine har gjennom studiet vært helsefremmende og forebyggende arbeid og jeg ønsker derfor å fordype meg i tema rundt dette.

I følge en rapport fra Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2007) ble det foretatt en studie i Storbritannia med 500 psykisk utviklingshemmede, som undersøkte livsstilsrelaterte risikofaktorer for dårlig helse. Studien viste at personer med psykisk utviklingshemming var mindre belastet med risikofaktorer forårsaket av alkohol og tobakk enn normalbefolkningen. Derimot var risikoene for overvekt og inaktivitet mye høyere for personer med psykisk utviklingshemming enn for resten av befolkningen. I denne rapporten vises det til studier som konkluderer med at personer med utviklingshemming har større risiko for å utvikle sykdommer på grunn av manglende helsefremmende livsstil, som usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2007). Studie viser at barn med psykisk utviklingshemming har økt forekomst av overvektige enn normalt fungerende (Groundhuis & Aman, 2014). Dette viser at det er et gjentakende fenomen med overvekt blant psykisk utviklingshemmede, og at dette er medvirkende faktorer til helseplager og livsstilsykdommer.

1.2 Avgrensning av tema.

Tidligere døde mange av infeksjonssykdommer. I dag er sykdommer knyttet til livsstil sterkt økende. Dersom man har en usunn livsstil med røyk, alkohol lite fysisk aktivitet, og/eller et usunt kosthold kan sykdom oppstå. Alternativ kan prognosen på allerede eksisterende sykdom kan forverres (Prescott & Bjørtveit, 2004). Jeg finner tema livsstilsykdommer hos utviklingshemmede svært interessant, og i denne besvarelsen vil jeg fokusere på en faktor relatert til levevaner og adferd nemlig, overvekt.

1.3 Problemstilling.

«Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge overvekt hos mennesker med psykisk utviklingshemming»?

1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg vil skrive om hvordan man kan forebygge overvekt hos denne pasientgruppen, via aktivitet, god kommunikasjon, sunn ernæring, uten at dette nødvendigvis skal utgjøre en forringelse av livskvalitet og omsorgen sykepleier gir til pasientene. Data i den norske studien «Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community» (Hove, 2004) viste en økt sannsynlighet at for undervekt hos personer med alvorlig psykisk utviklingshemming kontra personer med lettere psykisk utviklingshemming der sannsynlig for at overvekt var større. Dårlig kontroll over matinntaket ble

relatert til overvekt. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming, jeg har valgt å forkorte dette til utviklingshemming der det lar seg gjøre.

2.0 Metode.

En metode betegner hvordan man systematisk bør gå frem for å tilegne seg informasjon og kunnskap på det en vil undersøke. Metoden skal kunne gi oss gode opplysninger og belyse problemstillingen på en faglig spennende måte (Dalland, 2014).

Vi skiller mellom to hovedtyper, kvantitativ og kvalitativ metode. Hvilken vi bruker er avhengig av hva vi vil vite (Olsson & Sörensen, 2003). Kvantitativ metode gir opplysninger ut i fra målbare enheter og tar for seg en større mengde informasjon. Innsamling av data foregår uten direkte kontakt med undersøkelsespersonen, noe som opprettholder en distanse mellom forsker og undersøkelsesperson. Ofte er det brukt spørreskjema med faste svaralternativer. I kvalitativ metode vil man fange opp data som ikke lar seg tallfeste eller måle, og man ønsker å få frem sammenheng og en helhet. Datainnsamlingen skjer ved direkte kontakt mellom forskeren og intervjuobjektet, ergo kan svarene bli påvirket av både forskeren og undersøkelsespersonen ved kvantitativ forskning (Dalland, 2014, s. 113).

2.1 Bakgrunn for valg av metode.

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Da baserer man seg på kunnskap som allerede finnes (Dalland, 2014). På den måten kan jeg tilegne meg bredere kunnskap, sett fra et større perspektiv. Jeg tror det ville vært for omfattende innenfor rammene for oppgaven å velge å samle inn kvantitative og kvalitative data fra praksisfeltet, derfor anser jeg litteraturstudie for et god metode for min oppgave. I tillegg kommer jeg til å bruke egne erfaringer fra praksis som jeg har tilegnet meg gjennom observasjoner og diskusjoner med erfarne sykepleiere.

2.2 Litteratursøk og valg av litteratur.

I en litteraturstudie gjør man rede for valg av litteratur. I denne delen skal man beskrive hvordan man har gått frem, avgrensninger og hvilken søkeord man har brukt (Dalland, 2014).

Faglitteratur og pensumlitteratur som jeg finner relevant for mitt tema er hentet fra biblioteket, Oria, Brage og internett. Søkemotorene verdens helseorganisasjon, helsedirektoratet og nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming er brukt.

For å finne forskningsartikler har jeg brukt databaser i bibliotekets nettsider. Databasene jeg har brukt er swemed+ og academic seach premier og brage. For å finne søkeord som var nyttig og relevant for problemstillingen brukte jeg PICO skjema. PICO er en forkortelse og står for pasient/problem, intervention, comparison og outcome (Mediesenteret, 2012)

Jeg startet søke med norske ord i swemed+ for å finne de engelske søkeordene som jeg tok med videre i søket i academic seach premier og oria hvor jeg fant artiklene. Søkeordene jeg har brukt i ulike kombinasjoner er; *utviklingshemming, utviklingshemmede, intellectual disability, empathy, psykisk utviklingshemming, kommunikasjon, exercise, nurse, fysisk aktivitet, overvekt, diet, physical activity, obesity, livskvalitet, sykepleie, helse, food habit, avtivity of daily living, energy intake, health status, quality of life, developmental disability, overweight og diatry.*

Til tross for en omfattende søkeprosess, med mange treff på søkeordene mine, var det få artikler som passet akkurat min problemstilling. Derimot fant jeg mye forskning om helsefremmende og forebyggende arbeid rundt psykisk helse hos utviklingshemmede.

2.3 Kildekritikk.

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann (Dalland & Trygstad, 2013, s. 67). Gjennom kildekritikk kan en vurdere kildene som er benyttet. Leseren kan ta del i refleksjonen omkring kildebruk (Dalland & Trygstad, 2013)

I min oppgave har jeg brukt både sekundærkilder og primærkilder. Ved å bruke den opprinnelig kilden, unngår en å videreføre eventuelle feiltolkning (Dalland, 2007). Jeg har derfor prøvd å begrense sekundærkildene etter beste evne, da jeg ikke ønsker at tolkningen skal gå gjennom mange ledd. Jeg har likevel vært nødt til å bruke sekundærkilde når jeg har skrevet om sykepleieteoretikere. Dette ble hentet fra pensumbøker, og kan samtidig hjelpe meg i å se teoretikerne fra andre vinkler og muligens forstå modellene deres bedre.

Jeg har vurdert hvilke land studiene er foretatt i og har i hovedsak valgt skandinavisk forskning. Dette kan være en fordel da samfunnet er bygd opp på tilnærmet samme måte som vi kjenner fra vårt land. Allikevel fant jeg en engelsk kvalitativ studie, som jeg vurderte som relevant ved hjelp av kvalitativ sjekklister (Kunnskapsenteret, 2015). Jeg har også med en amerikansk review- artikkel, med studier foretatt i ulike land, blant annet Norge. Artikkelen er fra 2012-2014, da jeg mener det er viktig å få et realistisk bilde slik det fremgår i dag. Likevel har jeg valgt å bruke Oddbjørn Hove sin forskning fra 2004, siden det er en norsk forskning. Alle artikkelen er publisert på engelsk noe som kan utgjøre en større sannsynlighet for feiltolkning fra min side, enn om teksten hadde vært på norsk.

I Min oppgave kommer jeg til å drøfte ved hjelp av egne erfaringer kan prege oppgaven ut i fra min forforståelse. Med det mener jeg at det kan være lett å generalisere enkelt episoder som jeg har opplevd, til å gjelde alle utviklingshemmede. Likevel tenker jeg at egen erfaring kan være nyttig for å gi leseren et større bilde av hva som foregår i praksis. Samt få et innblikk i hva jeg som fremtidig sykepleier tenker og hva mine holdninger, kunnskap og ferdigheter er.

3.0 Teoridel.

I dette kapitlet vil jeg ta for meg teori som kan belyse min problemstilling.

3.1 Sykepleiefagligperspektiv.

I følge Yrkesetiske retningslinjer utgitt av Norsk sykepleierforbund (2011) som bygger på international Council of Nurses og menneskerettighetene til Forente Nasjoner, skal sykepleieren handle ut i fra barmhjertighet, omsorg og kunnskap. Fundamentet i sykepleie skal være å ha respekt for det enkelte menneskets liv og innebygd verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011)

3.1.1 Dorothea Orem.

I følge Kristoffersen (2011) sin tolkning bygger Dorothea Orem sin sykepleietenkning på å se hele mennesket, med fysiske, psykiske og sosiale behov. Der målet til sykepleieren er å fremme helse, velvære, utvikling og normal funksjoner. Dette ønsker hun å gjøre ved å hjelpe pasienter med egenomsorg. Egenomsorg defineres som den enkeltes initiativ til handling for å fremme helse og velvære (Kristoffersen, 2011).

I følge Kristoffersen(2011) sin tolkning av Orem handler full egenomsorg om å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i hvordan man skal ta vare på seg selv. Det legges til grunn åtte universelle egenomsorgsbehov, hvor noen av punktene er å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile og balansen mellom inntak av vann, luft og mat. Man må ha et realistisk selvilde, motvirke farer som truer velvære, og forebygge forhold som kan føre til farlige situasjoner. Det motsatte kalles egenomsorgssvikt og det kan da være behov for å få hjelp av sykepleier eller andre. Sykepleierens hjelpemetoder til egenomsorg er å veilede, støtte fysisk eller psykisk, gjøre noe for annen, undervise og muliggjørelse av å nå mål som kan fremme utvikling (Kristoffersen, 2011).

3.1.2 Joyce Travebee.

Joyce Travelbee sin definisjon på sykepleie er:

« Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier-praktikeren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee (1999) sier at for å kunne hjelpe pasienten må man strebe etter å opprette et menneske-til-menneske forhold. Det innebærer at både pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som enkeltindivid og sykepleie –pasient rolle. Hvis sykepleieren ikke klarer å se mennesket bak diagnosen vil omsorgen bli overfladisk og upersonlig. Hun argumenterer for at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk, noe som innebærer å bruke sin egen personlighet og kunnskap på en bevisst og hensiktsmessig i sykepleierintervensjonen.

3.1.3 Etiske prinsipper i sykepleie.

De fire viktigste etiske prinsippene i sykepleien er velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2012)

I følge Nortvedt (2012) er tanken om å ville og etter beste evne gjøre det som er best for pasienten en viktig forståelse av velgjørenhetsprinsippet. Videre skriver Nortvedt (2012) at det også kan sees på som konsekvensetikk, som bygger på at det skal være best mulig velferd og helsegoder for flest mulige. Velgjørenhetsprinsippet stiller også store krav til evner til å sette seg inn i den andres situasjon.

I følge Nortvedt (2012) innebærer ikke-skade prinsippet at sykepleieren skal gi pasienten så lite smerte og ubehag som mulig, men allikevel utføre prosedyrer som er nødvendige. Det handler også om å gi ivaretagende omsorg (Nortvedt, 2012).

Respekt for autonomi innebærer at man skal behandle mennesker som et selvbestemmende autonomt vesen. Sykepleieren skal respektere pasientens bestemmelser og ønsker, der pasienten er i stand til å ta egne valg (Nortvedt, 2012).

Rettferdighetsprinsippet går ut på at alle pasienter skal ha lik rett til omsorg avhengig av deres behov, og man skal ta hensyn til hva som er rettferdig for bruk av samfunnets ressurser (Nortvedt, 2012 s 98). Det står også i yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal arbeide for en rettferdig ressursfordeling (Norsk Sykepleierforbund, 2011)

3. 2 Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Helse blir beskrevet på forskjellige måter. Verdens helseorganisasjon definerer helse som «en tilstand av fullkommen fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (WHO, 1948)

Begrepet forebygging benyttes på flere måter, både fra det sykdomsforebyggende perspektivet og det helsefremmende perspektivet. Tiltak for å hindre eller begrense sykdom eller problemer, og tiltak og prosesser som rustet personer til å bedre og bevare sin helse. Det er vanlig å dele forebygging inn i tre kategorier; universell forebygging, selektiv forebygging og indikativ forebygging. Der universell forebygging rettes mot hele befolkning for eksempel gjennom informasjonskampanjer som vaksinasjoner og håndhygiene. Selektiv forebygging er tiltak som rettes mot utsatte grupper som for eksempel utviklingshemmede. Indikativ forebygging tiltak som rettes mot enkeltpersoner for eksempel ved å forebygge videre uheldig utvikling av levevaner og muligens overvekt (Helsedirektoratet, 2013).

3.3 Psykisk Utviklingshemming

For å klassifisere og systematisere sykdommer og helseproblemer bruker man et internasjonalt kodesystem kalt ICD (Helsedirektoratet, 2015). Et av kapitlene tar for seg psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som beskriver utviklingshemmede og ulike grader av det (NAKU, 2013).

Psykisk utviklingshemming defineres som mangelfull utvikling av evner, og funksjonsnivå av evner som viser seg i utviklingsperioden, for eksempel det kognitive, språklige, motoriske og/eller sosiale. Disse ferdighetene kan endres, og psykiske og somatiske tilleggsdiagnoser kan forekomme (Helsedirektoratet, 2015).

Lett psykisk utviklingshemming er den mildeste formen for psykisk utviklingshemming. Personer med denne diagnosen har om lag 50-69 i IQ noe som tilsvarer en mental alder på 9 til 12 år. Mange med denne diagnosen er i arbeid, fungerer sosialt i relasjoner og kan gjøre en samfunnsnyttig innsats (Helsedirektoratet, 2015).

Personer med moderat psykisk utviklingshemming har en IQ score på 35 – 49 som tilsvarer mental alder på 6 til 9 år. Noen personer med denne tilstanden kan være tildels uavhengig i det å sørge for seg selv, og kan oppnå noen kommunikasjon ferdigheter. De vil trenge varierende nivå av støtte for å kunne klare å leve og arbeide i samfunnet (Helsedirektoratet, 2015)

3.4 Overvekt, årsaker og noen konsekvenser.

For å kartlegge graden av overvekt og om den utgjør en helseisiko bruker man kroppsmasseindeks (KMI) (Mæhlum, 2011, s. 99). For å regne ut KMI deler man kilokroppsvekt med kvadratet av kroppshøyden (Aagard & Bjerkreim, 2011). Verdens helseorganisasjon klassifiserer KMI på 18.5 til 24.9 som normalvektig, overvekt fra 25. Fra 30 er det tre ulike grader av fedme. 30 til 30,9 grad 1. 35.0-39,9 grad 2 og grad 3 fra 40 og oppover regnes som sykkelig overvekt (WHO, u.d.) I Norge har én av fem nordmenn en kroppsmasseindeks på over 30. (Helsedirektoratet, 2010, s. 12).

Overvekt og fedme er definert som mye fettoppbygging som kan påvirke helsen (WHO, 2015). Vekt styres av energi. Dersom en spiser mer kalorier enn personen forbrenner, vil man få et energioverskudd og dermed gå opp i vekt (Groundhuis & Aman, 2014).

Helseproblemer knyttet til overvekt utgjør 2-6 % av helsekostnader i industrialiserte land.

Sykdommer som kan ses i sammenheng med inaktivitet, overvekt og usunt kosthold er trolig 1-2 % av bruttonasjonalprodukt. I nabolandet vårt Danmark anslås det at overvekt utgjør 1.8 millioner ekstra fraværsdager i året (Helsedirektoratet, 2010).

3.5 Kommunikasjon.

«Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske communicare, som betyr å gjøre noe felles» (Eide & Eide, 2011, s. 17).

Sykepleier og annet fagpersonell skal utføre oppgaver som fremmer læring, utvikling, mestring eller bedret funksjon hos den andre. Hvor god relasjon det er mellom sykepleier og pasient, er avgjørende for hvor god forandring man kan skape (Røkenes & Hanssen, 2012).

Eide & Eide(2011) sier at informasjon som er av hjelpende karakter for pasienten er kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Tilpasset informasjon krever omtanke og evne til formidling. Den skal være forutsigbar og håndterlig.

I følge Lorentzen (2003) har flertallet av utviklingshemmede utfordringer når det kommer til kommunikasjon. Det kan innebære mangelfullt ordforråd, fra nedsatt taleflyt til ingen verbalspråk. Dette kan komme til uttrykk i form av blant annet sinne, redsel og isolasjon fra omverden. Alminnelig språk er for mange utviklingshemmede et fremmed og ukjent fenomen, og mange

utviklingshemmede velger derfor egne kommunikasjonsuttrykk som lyder, mimikk, bevegelse og håndbevegelse.

Alle mennesker har et innebygd kommunikasjonssystem, og hos utviklingshemmede kan dette systemet forsterkes med verktøy som piktogram, tegn, ord og datamaskiner (Lorentzen, 2003). For å kommunisere godt må sykepleieren forstå systemet og hva den andre symboliserer (Hummelvoll, 2012).

Travelbee (1999) mener at kommunikasjonsferdigheter blant annet er evnen til å uttrykke seg muntlig og til å lytte, høre og tolke. Sykepleierens kommunikasjonsevner bør i tillegg innebære evnen til å observere og deretter tolke observasjoner. Even til å tilrettelegge interaksjonen for å oppnå et bestemt mål, og evnen til å tolke om kommunikasjonen når frem og blir forstått.

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som et av de viktigste hjelpemidlene for å skape et menneske-til-menneske forhold. En god sykepleier skal kunne lede, planlegge og legge til rette for god kommunikasjon og samhandling, med den hensikt at det tjener sykepleiers hensikt og mål (Travelbee, 1999, s. 135) Sykepleieren må vite om det faktisk foregår kommunikasjon, og hva den syke egentlig sier i intervensjonen (Travelbee, 1999).

3.6 Ernæring og aktivitet

Et sunt og variert kosthold kombinert med fysisk aktivitet bidrar til god helse. Det er viktig at man får i seg alle næringsstoffene som er nødvendig for vekst, utvikling og for å opprettholde kroppens normale funksjoner (Helsedirektoratet, 2011). Ved å ha et variert kosthold som er riktig sammensatt av de forskjellige næringsstoffene, kan man forebygge mot blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes, fordøyelsesplager og overvekt. Ifølge Helsedirektoratet (2011) er helheten av kostholdet det viktigste, og man skal unngå å legge for stor vekt på de enkelte matvarene. Sammen med et variert kosthold er det viktig å balansere energiinntaket og energiforbruket.

Høyere energiforbruk enn energiinntak må til for å redusere vekten. For å få et høyere energiforbruk bør man redusere matmengden og øke den fysiske aktiviteten. Det er viktig å oppfordre til små og hyppige måltider, redusere sukkerholdige drikker og alkohol (Aagard & Bjerkreim, 2011).

Aagard & Bjerkreim (2011), argumenterer for at en bør ha fokus på å øke inntaket av grønnsaker, frukt og grove kornprodukter, unngå ferdigmat, drikke vann som tørstedrikk, samt lage mat fra bunnen av.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet definerer fysisk aktivitet som "all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå" (hentet fra Skaug, 2011). Å være fysisk aktiv har vist seg å ha en rekke helsefremmende og forebyggende effekter. Nasjonale anbefalinger sier blant annet at 30 minutter med aktivitet av moderat intensitet hver dag, vil gi betydelig helsegevinst. (Helsedirektoratet, 2014 s.12).

Noen av helsegevinstene fysisk aktivitet gir er en positiv effekt på humøret, selvbildet og psyken (Espnes & Smedslund, 2009) Blant annet kan depresjon reduseres og forebygges. Kroppens motstandskraft mot sykdom økes ved fysisk aktivitet og vil være med på å gi økt muskelstyrke og bedre kondisjon. Dette vil igjen gi bedre bevegelighet, koordinasjon og balanse (Skaug, 2011).

3.7 Forskning.

«*Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action*» (Groundhuis & Aman, 2014). Review artikkelen tar for seg at overvekt er et kjent fenomen verden over, uavhengig av funksjonsnivå. Likevel har unge utviklingshemmede flere risikofaktorer for å bli overvektig enn normalt fungerende personer. Faktorer kan være medisiner, et syndrom som har overvekt som et av symptomene og utfordringer knyttet til spisemønstre. Det er nødvendig at fagpersonell har mer

kunnskap om ernæring og vektkontroll for å hindre tap av livskvalitet hos pasientene, og unngå de konsekvenser og utfordringer overvektige kan møte på.

«Accelerometer-determined physical activity and walking capacity in persons with Down syndrom, Williams syndrom and Prader-Willi syndrom» (Nordstrøm, Hansen, Paus, & Kolset, 2013) er en kvantitativ studie med 87 deltakere fra hele Norge mellom 16-45 år, med enten Down syndrom, Williams syndrom eller Prader-Willi syndrom som diagnose. Deltakerne bodde enten hos sine foreldre eller i omsorgsboliger. Studien målte fysisk aktivitet ved hjelp av et akselerometer. På tvers av diagnosene viste det seg at inaktivitet var vanlig. Videre viste det seg at menn var 24 minutter mer fysisk aktiv per dag når det kom til hverdagsaktivitet og 14 minutter mer aktiv per dag i moderat og hard fysisk aktivitet, enn kvinner. Man så en sammenheng mellom KMI og fysisk kapasitet, allikevel så man ingen klar linje mellom KMI og hvem som oppfylte anbefalinger om fysisk aktivitet.

«Effects of declared levels of physical activity on quality of life of individuals with intellectual disabilities» (Blick, Saad, Goreczny, Roman, & Sorensen, 2014) I denne kvantitative studien kom det frem at fysisk aktivitet hadde en innvirkning på livskvaliteten til utviklingshemmede, i form av forbedret helse og trivsel. Livskvalitet ble i artikkelen avgrenset til ivaretagelse av verdighet, respekt, rettigheter og muligheten til å ta kontroll og valg i dagliglivet. Det ble sett på sammenheng mellom bosituasjon og trening. Av de som bodde i institusjon, rapporterte 23,6 % at de aldri trente, mens tallet var 42,7 % av de som bodde for seg selv og 44,8 % av de som bodde med familien

Healthy lifestyle for adults with intellectual disability: knowledge, barriers, and facilitators (Carton, et al., 2012) i den kvalitative studien deltok 13 deltakerne med utviklingshemming. Hensikten var å få utviklingshemmedes perspektiv og erfaring rundt det å være sunn. Data viste at deltakerne hadde noe kunnskap på hva det ville si å være sunn, hvorfor man bør leve sunt og fordelene med trening. Likevel var denne kunnskapen noe begrenset. Studien belyser flere barrierer og utfordringer som utviklingshemmede møtte på i forhold til å leve sunt, blant annet støtte og tilrettelegging fra omgivelsene.

Carers' perspectives of a weight loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity: a qualitative study (D.Spanos, et al., 2013) er en kvalitative studie, hvor det ble intervjuet 24 pleiere, om deres erfaringer under et vekttapsprosjekt for utviklingshemmede. Dataene i studien viste at den gruppen pleiere som støttet vekttapet og den gruppen som ikke støttet det, rapporterte tilnærmet lik erfaring. Et problem som ble belyst var at noen pleiere hadde vansker med å støtte deltakerne, når andre pleiere ikke fulgte diettplanen. Noen ga deltakerne mat med høyt kaloriinnhold og det ble rapportert at enkelte pleiere ikke ga tilstrekkelig med støtte til de utviklingshemmede. Det ble også avdekket at det var en del kommunikasjonsproblemer mellom erfarne og uerfarne pleiere, og det ble uttrykt ønske om mer tid for å støtte deltakerne.

4.0 Drøfting.

I følge de yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund (2011) er de fire ansvarsområdene til sykepleiere er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse.

WHO (1948) har en bredere definisjon på helse. Mens American journal of health promotion velger å definere helse som en optimal tilstand som balanserer fysiske, emosjonelle, sosiale, åndelige og intellektuelle aspekter (Mittelmark, Kickbush, Rootman, Scriven, & Tones, 2012) I disse definisjonene ser jeg tydelig at helse er et sammensatt begrep og ikke bare fravær av sykdom.

I følge Blick et al (2014) lever personer med utviklingshemming i gjennomsnitt 15 år kortere enn andre. I en helsevurdering der man skulle beskrive sin helsestatus svarer 30% av de uten utviklingshemming at de har utmerket helse, kun 5% av de utviklingshemmede svarer det samme

(Blick et al., 2014). I følge Orems teori er det sykepleierens oppgave å ivareta egenomsorgen til pasienten når en selv ikke er i stand til det og hjelpe til å nå mål (Kristoffersen, 2011). Her tenker jeg at målet kan være at sykepleieren hjelper til å forbedre pasienten subjektive oppfattelse av å ha god helse.

I 2010 kostet det samfunnet i gjennomsnitt 842 704 kroner for sykepleie til institusjonsbeboere og 312 797 kr for hjemmesykepleie. For samfunnet er det større kostnader å ha pasienter boende på institusjon enn hjemme (Tuntland, 2012, s. 29). I de yrkesetiske retningslinjene til sykepleierne står det at sykepleier bør ivareta samfunnets ressurser på en god måte (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jeg tenker at tiltak som bedrer kostholdet og fremmer fysisk aktivitet vil spare samfunnet for penger og arbeidskraft, og færre må bo på institusjon.

Studien til Groundhuis & Aman (2014) viser at det finnes en rekke konsekvenser og utfordringer overvektige kan støte på. Stigmatisering av overvektige kan føre til psykiske komplikasjoner som depresjon, spiseforstyrrelser og nedsatt livskvalitet. Mange overvektige har høyere risiko for enkelte krefttyper deriblant brystkreft, livmorhalskreft og tarmkreft (Groundhuis & Aman, 2014).

Ellingsen(2007) viser til historier som sier at mange utviklingshemmede bor hjemme hos foreldrene lengre enn de ønsker. Groundhuis & Aman (2014) spurte barn om å rangere andre barn etter hvem dem likte best. Barna de skulle rangere bestod av en som ikke hadde synlig funksjonsnedsettelse, en som satt i rullestol, en uten arm og en som var overvektig. Barnet som ble minst likt var det barnet som var overvektig. Dette omhandlet barn uten utviklingshemming. Dette samsvarer med Ellingsen (2007), som finner at mange utviklingshemmede barn blir mobbet. Som sykepleier skal man ivareta sårbare grupper på en omsorgsfull måte (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jeg tenker at de utviklingshemmede ikke behøver den ekstra stigmatiseringen overvekt muligens kan føre til, og at forebygging av overvekt er viktig for livskvaliteten deres.

4.1 Sykepleierens rolle.

Sykepleiere kan arbeide med utviklingshemmede i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Lunde (2009) er det ikke alle psykisk utviklingshemmede som mottar hjelp. Sykepleieren kan arbeide med utviklingshemmede blant annet i deres hjem, avlastningshjem, deres arbeidsplasser og dagsenter. Jeg tenker at alle disse arenaene kan innebære forebygging av overvekt.

Er det riktig av sykepleieren å forebygge overvekt hos mennesker med utviklingshemming? Dette er et tema som innebærer mange etiske utfordringer. På den ene siden skal sykepleieren ta hensyn til pasientenes selvbestemmelse og autonomi (Nortvedt, 2012). Samtidig må vi reise spørsmål rundt pasientenes evne og kapasitet til egenomsorg (Kristoffersen, 2011). Med bakgrunn i Norsk Sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer er det sykepleierens oppgave å forbygge lidelse hos pasienter. Samtidig understøttes dette av velgjørhetsprinsippet, ikke-skade prinsippet og rettferdighets prinsippet (Nortvedt, 2012). Dersom sykepleieren lar pasienten bli overvektig og ikke igangsetter noen tiltak, vil man trolig påføre pasienten unødvendig lidelse og dermed ikke handle etter ikke-skade prinsippet. Sykepleieren skal handle etter velgjørhetsprinsippet både rettet mot hva som kommer individ og samfunn til gode (Nortvedt, 2012). På bakgrunn av dette tenker jeg at forebygging av overvekt vil komme både individ og samfunn til gode, i form av økt livskvalitet og sparte kostnader.

I følge Kristoffersen(2011) argumenterer Orem for at man skal hjelpe pasienten dersom vedkommende ikke kan ta vare på eller balansere egenomsorgen sin, argumentere for hvorfor utviklingshemmede ikke klarer det, og at vi derfor må hjelpe dem med det. Orem (gjengitt i Kristoffersen, 2011) argumenterer med at når pasienten har manglende mental kapasitet kan sykepleieren kompensere for en eventuell manglende egenomsorgskapasitet ved å hjelpe eller

veilede der man observerer at egenomsorgssvikten kommer frem. Min erfaring er at noen ganger trenger utviklingshemmede veiledning i ulike valgmuligheter, og til å se hvilke konsekvenser enkelte valg kan få. Dette bygger også på Orems tenkning (gjengitt i Kristoffersen, 2011).

I studien til Groundhuis & Aman, 2014 hevdes det at noen omsorgspersoner prøver å hindre overspising ved å låse inn maten, til mennesker med diagnoser som gjør at de er konstant sulten og på jakt etter mat. I min praksis har jeg opplevd at personalet har låst inn all maten til pasienten. Jeg mener at det er viktig at sykepleieren tar hensyn til at det ikke er lov å nekte pasienter for eksempel tilgang til matskap. Skal man låse inn mat må det fattes et tvangsvedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Dette er eksempler på forsøk på forebygging av overvekt som går sterkt utover pasientens autonomi, som bare må utøves i tilfeller hvor dette er vurdert som helt nødvendig og hensiktsmessig. Isteden bør sykepleieren være kreativ for å finne tiltak som ikke nødvendigvis går utover autonomien til pasienten. Dette kan av og til være vanskelig, når pasienten kanskje ikke er i stand til å se sitt eget beste. Likevel er det viktig å finne en balansegang mellom respekt for mennesket og autonomi, og plikten til å hjelpe.

I følge Norsk Sykepleierforbund (2011) skal sykepleier fremme pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser ved å gi informasjon som er tilpasset den enkelte pasient og sørge for at informasjonen er forstått. Pasienten har samtykkekompetanse og selvbestemmelse dersom ikke annet er vedtatt (Pasient- og brukerrettighetsloven [pasrl] 1999). Ulempen med dette kan være at sykepleieren da kan gjemme seg bak argumentet om selvbestemmelse og at det da ikke blir iverksatt tiltak.

Forskjellige diagnoser kan ha ulike utfordringer knyttet til vekt. Noen har særheter som gjør at de kun spiser en enkelt matvare, andre diagnoser innebærer besettelse på mat og overspising. Medisiner alene kan ikke endre vekt, men kan endre appetitt og smaksløker, endre hormonbalansen og/eller metabolismen. Noen kan bli overvektige på grunn av slapphet i musklene. (Groundhuis & Aman, 2014). Jeg mener at i mange av disse tilfellene ville det vært nærmest uforsvarlig å ikke gå inn å regulere noen rutiner i forhold til ikke-skade prinsippet og yrkesetiske retningslinjer. For eksempel på grunn av lav mental kapasitet kan noen utviklingshemmede vansker med å forstå konsekvensene med at det er farlig å overspise.

4.2 Kommunikasjon.

Travelbee (1999) sier at en god sykepleier skal kunne legge til rette for god kommunikasjon for å nå målene for sykepleie, som i min oppgave er å forebygge overvekt hos utviklingshemmede. Et eksempel her vil være å ha tilgjengelig de verktøyene som Lorentzen (2003) beskriver som kommunikasjonsverktøy. Jeg tenker sykepleieren for eksempel kan legge til rette for at det finnes bilder og piktogram med motiver av sunn mat og ulik fysiske aktivitet man kan bedrive. På den måten vil det kunne bli enklere for både pasient og sykepleier å utføre tiltak som forebygger overvekt.

Det kom frem i studien Spanos et al.(2003) at det var flere kommunikasjonsproblemer mellom deltakerne knyttet til kostholdsending for pasientene. Ikke alle ansatte støttet endringene noe som gjorde at andre deltakerne meldte at det var vanskelig å støtte pasientene. Travelbee (1999) skriver at sykepleieren skal kunne samhandle på en god måte for å kunne oppnå sykepleierens mål. Jeg tolker det dithen at kommunikasjonen må fungere like godt mellom kollegaer som mellom pasienter og sykepleier for å klare målet.

Hummelvoll (2012) argumenterer med at det er viktig å være der når pasienten trenger å få «lette på trykket». Trykket kan både være gledelig eller angstfylt. For å kunne gi pasienten et møte av

betydning, vil det å være seg selv, ekte og nær være tre viktige faktorer. Da kreves empati, altså innlevende forståelse. Hummelvoll (2012) definerer empati ved at man innehar evnen til å kunne sette seg inn i den andres subjektive verden og meninger, som om man var den andre personen (Hummelvoll, 2012). Jeg tolker det dithen at sykepleieren i arbeid med utviklingshemmede, for eksempel bør kunne skille lyder, om det er «godlyder» eller ikke. I tillegg bør sykepleieren være trygg nok på seg selv og situasjonen, til å tørre å være der selv om en pasient utagerer, for eksempel i form av å kaste maten i veggen eller lignende. Kanskje er det på den måten den utviklingshemmede prøver å si at han er ferdig. I min praksis har jeg støtt på ulike situasjoner der kommunikasjon har vært svært utfordrende. Et eksempel på det var at en pasient som brukte tegn som kommunikasjon, spyttet i vangglasset når han var ferdig. Noen ganger kjefte ukjente på han og det endte med at han begynte å gråte. På den måten ble måltidet en trist situasjon for pasienten. Nærpersoner som kjente han godt visste at dette betydde «takk for maten». Jeg tror hyggelige måltider er en viktig faktor for at psykisk utviklingshemmede skal spise sunt. Samtidig må man kunne samhandle og kommunisere på nivå med pasientene, om man skal klare å formidle viktigheten av kosthold og aktivitet. Travelbee (1999) sier at det er viktig at sykepleieren vet hva som foregår i samhandlingen og hva den andre egentlig sier. Først da vil man kunne skape en god relasjon.

4.3 Ernæring.

Dersom en pasient skal endre på kostvaner, er det sykepleierens oppgave å handle ut i fra den situasjonen pasienten er i og kunne gi informasjon om rett kosthold og tilpasset ernæring (Aagard & Bjerkreim, 2011, s. 196).

Sykepleieren må i samarbeid med pasienten finne ut hvilke forutsetninger pasienten har for å gjennomføre endring av kostvaner ut i fra erfaringer og motivasjon (Aagard & Bjerkreim, 2011). Jeg tenker at sykepleieren kanskje kan ta en samtale med alle pasientene, for å kartlegge kunnskap og motivasjon rundt temaet. For noen vil det kanskje være nok med små endringer, som et eple i matpakken og en gåtur i uken, mens andre kanskje er mer åpne for større forandring. Sunne måltider bør også kanskje innføres gradvis, så ikke det virker for uoverkommelig for pasientene.

Ellingsen(2007) argumenterer med at det er svært viktig å kunne ta hverdagsvalg i sitt eget liv. Jeg tenker at muligens kan sykepleieren invitere pasienten med inn på kjøkkenet for å utforske sunne matvarer og deltakelse i matlagingen, slik at det blir en fin opplevelse for pasienten. Kanskje kan det også være mer attraktivt å spise mat man har laget selv. Hvis sykepleieren vet at pasienten liker eple, kan man spørre pasienten om han for eksempel ønsker et halvt eller et helt eple i matretten, istedenfor å spørre om pasienten vil ha et eple. På den måten hjelper sykepleieren pasienten ta egne autonome valg, samtidig som man opprettholder et sunt kosthold.

I følge studien til Caton et al. (2012) forteller de utviklingshemmede at de ikke liker sunn mat, noe som kan gjøre det utfordrende å leve sunt. Samtidig viste det seg i den samme studien til Caton et al. (2012) at deltakerne heller ikke visste hva det ville si å være usunn. Dette kan bety at psykisk utviklingshemmede ikke nødvendigvis vet hvilket matvarer som er bra å spise, og heller ikke nødvendigvis har smakt mye sunn mat. Funnene i disse studiene viser at pasientene mangler kunnskap på området, og dette kan ifølge Orem sin teori gjøre det vanskelig for pasientene å ivareta egenomsorg på området (Kristoffersen, 2011). Da tenker jeg at sykepleieren sin oppgave vil være å hjelpe pasienten med å ivareta egenomsorg, og samtidig motvirke overvekt. Dette kan gjøres ved hjelp av tilpasset kommunikasjon og informasjon og ulike tiltak. Med denne pasientgruppen vil det muligens være mest hensiktsmessig at sykepleieren bruker korte, konkrete setninger og viser med kroppsspråk hvilken mat som er bra for en.

Studien til Spanos et al. (2013) viste at ikke alle helsepersonell var like prinsippfast når det gjaldt å tilberede sunn mat. For å fremme sunn mat kan sykepleier kanskje innkalle til et personalmøte og på

den måten bevisstgjøre personalet og gi opplæring om viktigheten av å tilberede sunn mat for å forebygge overvekt. På den annen side var det mange i studien til Spanos et al. (2013) som rapporterte om mangel på tid som et av argumentene for å ikke kunne følge opp sunne mat valg. Da mener jeg at sykepleieren skal sette seg ned med personalet og i fellesskap finne løsninger, som gjør at det kan prioriteres å lage sunn mat på arbeidsplassen.

I studien til Groundhois & Aman (2014) blir det vist til at mange barn med psykisk utviklingshemming ofte får belønning i form av søtsaker, noe som inneholder mye kalorier og lite næring. Jeg tenker at sykepleieren også kan informere og veilede foreldrene i andre belønningsmetoder enn søtsaker. For eksempel dele en opplevelse og fysisk aktivitet, som å gå tur i skogen.

Erfaring fra min praksis er at flere av de utviklingshemmede som har en oppskriftsbok, med bilder av fremgangsmåten tilpasset pasientens intellektuelle nivå, har oppskrifter som inneholder ting som vafler og kaker. Dette underbygges av Lorentzen (2003), som finner at bilder kan være et godt redskap for å forsterke kommunikasjonen. For min praksis oppleves det som de fleste utviklingshemmede mestrer å lage matrettene fra oppskriftsboken godt. Her kan man med fordel bytte ut noen av kakeoppskriftene med sunn mat.

4.4 Fysisk aktivitet.

Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet nasjonale retningslinjer for hvor aktiv man bør være for å utgjøre en helsegevinst (Helsedirektoratet, 2014). I følge en studie av Nordstrøm et al. (2013) viser det er sammenheng mellom hva man klarte av fysisk aktivitet og KMI. Flesteparten av utviklingshemmede innfridde ikke nasjonale anbefalinger når det kom til fysiske aktivitet. Dette er viktig kunnskap for sykepleier å ha med seg når man legger til rette for å forebygge overvekt. Derfor er det viktig å ha kunnskap slik at man kan legge til rette for at intensiteten på aktiviteten er forenelig med den fysiske kapasiteten pasienten har. På den annen side viste studien til Nordstrøm et.al (2013) at det ikke var noe klar linje mellom overvekt og hvem som utfylte nasjonale retningslinjer for fysisk aktivitet.

Det kommer også frem i studien til Grundhuis & Aman (2014) at mange utviklingshemmede med redusert bevegelse, har vanskeligheter med å kontrollere energibalansen noe som vanligvis resulterer i overvekt. Mange ganger må fysisk aktivitet vike for annen opplæring som fokuserer på faglig eller adaptativ trening. Fra min egen erfaring i praksis tror jeg mulighet kanskje kan være at sykepleier integrerer faglig læring i fysisk aktivitet på en håndterlig måte for pasienten.

I følge studien til Blick et al. (2014) kom det frem at færre utviklingshemmede som bodde for seg selv trente, enn de som bodde på institusjon. De som trente kunne også rapportere om forbedret helse og trivsel. Hvorfor er det slik? Min erfaring er at mange utviklingshemmede har utfordringer med å komme i gang med en aktivitet, men tilsynelatende synes det er en fin opplevelse når de først er i gang. Da tenker jeg at sykepleier bør handle etter velgjørenhetsprinsippet, altså gjøre det som er det beste for pasienten, som da trolig vil være å fremme aktivitet. På den måten kan man være med på å forebygge overvekt og samtidig skape livskvalitet.

Deltakerne i studien til Carton et al. (2012) forteller at det har vært mangelfull støtte fra de ansatte når man har tatt initiativ til aktivitet. Dette samsvarer med egne erfaringer. Et eksempel fra min praksis er at en person med psykisk utviklingshemming flere ganger spurte pleierne på institusjonen der hun bodde om å dra i svømmebassenget. Svømming var noe av det beste hun visste. Pleierne svarte alltid nei på spørsmålet uten begrunnelse, og tilslutt slutt stoppet hun å spørre. Det kom senere frem at det var mangel på tid, feil tidspunkt, personell som ikke kjente seg kompetent til å ta med seg vedkommende ut av institusjonen. Jeg mener at dette enkelt kunne vært løst ved å gi henne

ros for initiativet og avtale et annet tidspunkt man kunne dratt på svømming. Eller muligens funnet en sykepleier som følte seg trygg på å dra på svømming med henne.

Med bakgrunn i rettferdighetsprinsippet (Nortvedt, 2012) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) som sier man skal ivareta samfunnets ressurser, så tenker jeg at det ikke nødvendigvis må være en sykepleier som er tilstede under all aktivitet. Det er trolig en del oppgaver som kan delegeres til andre, selv om sykepleieren planlegger, og setter opp aktivitetene. Noen ganger kan man også løse det med å hjelpe pasienten til å melde seg på en organisert aktivitetstilbud avhengig av pasienten interesse. Man kan også fremme forslag om å søke etter treningskontakt eller støttekontakt. Flere kommuner har opprettet tiltak som for eksempel frisklivsentraler, som tilbyr fysisk aktivitet, endring av kostholdet, og opprettelse av treningskontakt (Helsedirektoratet, 2010). Med slike aktiviteter vil den utviklingshemmede trolig kommet seg mer ut i lokalsamfunnet, vært sosiale og samtidig vært fysisk aktive, som blant annet kunne forebygget overvekt.

Et annet tiltak sykepleieren kan bidra med for å forebygge overvekt hos psykisk utviklingshemmede er å øke aktiviteten i dagliglivet. Aktivitet i dagliglivet(ADL) omhandler blant annet oppgaver som å ivareta egenomsorg, husholdning, bruk av transportmidler og mobilitet (Tuntland, 2012, s. 15). Dersom man ikke klarer å utføre ADL selv vil man uansett ha et behov for å få oppgavene utført, og man vil ha være avhengig av hjelp fra andre (Tuntland, 2012, s. 21). Noen av deltakerne rapporterte at de ikke fikk komme inn på kjøkkenet på institusjonen for å hjelpe til (Carton, et al., 2012). Jeg tenker at blant annet kjøkkenoppgaver er en god arena for å fremme aktivitet, kanskje kan man også innføre huslige plikter som for eksempel støvsugning.

Rise & Viken (2009) mener at aktivitet bør være gøy for at man skal motiveres til å bevege seg. Aktiviteten skal gi mestringfølelse, men samtidig være utfordrende. Er det for innviklet blir angsten for å ikke lykkes større en lysten til å være i aktivitet (Rise & Viken, 2009). Min erfaring er at lek og bevegelsessanger er en fin aktivitet for pasientgruppen. Slike aktiviteter kan tilsynelatende gi glede, mestringfølelse og bevegelsestrening. Et eksempel på en slik sang sykepleieren og pasientene kan utføre bevegelser til er «Grønnsakspisersang» av Thorbjørn Egner(1912-1990). Fordelene med denne sangen er at den i tillegg til å være morsom kan brukes for å gi kunnskap på hva som er sunt å spise, konsekvenser av å spise usunn mat på en tilsynelatende lett forståelig måte. I følge Lorentzen(2003) kan kommunikasjon til utviklingshemmede styrkes av tegn. Jeg tenker at sykepleieren ved å bruke bevegelsessanger fremmes kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten.

5.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg fått en større forståelse av overvekt som et helseproblem, og at utviklingshemmede er mer utsatt for dette enn andre. Jeg har prøvd å gjøre rede for betydningen av å hindre overvekt både på individ og samfunnsnivå. Dersom pasienten ikke har mental kapasitet til å forstå konsekvensene av å bli overvektig, eller har svikt i egenomsorgen, har sykepleieren et ansvar for å hjelpe. I tillegg har sykepleieren et ansvar for å imøtekomme den utviklingshemmedes behov, ikke utføre tvang, men isteden ha fokus på pasientens selvbestemmelse. Det er sykepleierens oppgave å kunne handle etter hvilken situasjon pasienten er i, for mange kan små endringer være nok. Endringer kan blant annet være å gå en tur, ta med pasienten i hverdagsaktiviteter eller hjelpe pasienten til å starte på en aktivitet.

For å forebygge overvekt er det viktig at sykepleieren tilpasser informasjonen og kommunikasjonen. Tilpasset informasjon bør om nødvendig skje ved hjelp av kommunikasjonsverktøy og god samhandling, samt at sykepleier handler utfra de forutsetningene pasienten har. Først da kan man i felleskap med pasienten nå målet om å forebygge overvekt.

Jeg tror tiden er moden for et større fokus på å forebygge overvekt hos utviklingshemmede i Norge hos nærpersonener, pasienten og helsepersonell. Den kunnskapen jeg har tilegnet meg via denne oppgaven n tror jeg vil være nyttig å ta med meg i arbeidet som fremtidig sykepleier.

Referanser

- Aagard, H., & Bjerkreim, T. (2011). Væske og ernæring (2.utg.). I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug(Ed.), *Bind 2 Grunnleggende sykepleie* (s. 161-202). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blick, R. N., Saad, A. E., Goreczny, A. J., Roman, K., & Sorensen, C. H. (2014). Effects of declared levels of physical activity on quality of life of individuals with intellectual disabilities. *Elsevier*, 37, 223-229. doi: 10.1016/j.ridd.2014.11.021
- Carton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D., & Stansfield, J. (2012). Healthy lifestyle for adults with intellectual disability: knowledge, barriers, and facilitators. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 248-259. doi: 10.3109/13668250.2012.703645
- Spanos, D., Hankey, C., Boyle, S., Koshy, P., Macmillan, S., Matthews, L., . . . Melville, C. (2013). Carers' perspectives of a weight loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity: a qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(1) 90-102. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01530.x
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*(5.utg.) (s. 63-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egner, T. (u.d.). *Grønnsakspisersang*. Hentet fra Grammofon:
<http://grammofon.no/utgivelser/teksten/Gr%C3%B8nnsakspisersang/163/1464>
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen(Ed.), K. E. (2007). *Selvbestemmelse - egne og andres valg og verdier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Groundhuis, S., & Aman, M. (2014). Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(1), 787-799. doi: 10.1111/jir.12090
- Helsedirektoratet. (2010, 12 31). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Overvekt og fedme hos voksne - nasjonale faglig retningslinje for forebygging , utredning og behandling av overvekt og fedme

- hos voksne. (IS-1735): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2011) *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer - Metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag* (IS-1881). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/400/Kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag-IS-1881.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013, 08 05). *Forebygging.no - er en kunnskapsbase for rusforebygging og helsefremmende arbeid*. Hentet fra Forebygging: <http://forebygging.no/Ordbok/F-K/Forebygging/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Helsedirektoratet (IS-2170). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015, 04 30). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Helsefagelig kodeverk: <https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Helsedirektoratet. (2015). *Helsedirektoratet*. Hentet fra ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015 (IS-2277): <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/lcd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov+om+kommunale+helse+og>
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities*, 9-17. doi: 10.1016/j.ridd.2003.04.044
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt - psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (7. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. (2. utg.) I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - bind 1* (s. 281-336). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kunnskapsenteret, (2015, 03 20). *Kunnskapsenteret -nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten*. Hentet fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler:
<http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lorentzen, P. (2003). *Fra tilskuer til deltaker - samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lunde, E. V. (2009). Perspektiver på helse og habilitering. I J. Eknes, & A. J. Løkke(Ed.), *Utviklingshemning og habilitering - innspill til habiliteringsprosessen* (s. 19-29). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mediesenteret, H. i. (2012). *PICO*. Hentet fra Kunnskapsbasert praksis:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Mittelmark, M. B., Kickbush, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Å. Gammersvik, & T. Larsen(Ed.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (s. 23-43). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme. I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard, *Folkehelsearbeid* (s. 99-111). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS- Norwegian Academic Press.
- NAKU. (2013, 12 16). *NAKU - nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming*. Hentet fra Diagnose: Psykisk utviklingshemming og ICD-10 : <http://naku.no/node/195>
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. (2007). *Helseoppfølging av personer med utviklingshemning*. Trondheim: NAKU - nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning.
- Nordstrøm, M., Hansen, B. H., Paus, B., & Kolset, S. O. (2013). Accelerometer-determined physical activity and walking capacity in persons with Down syndrom, Williams syndrom and Prader-Willi syndrom. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4395-4403. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.021
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 08 09). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - en innføring i sykepleierens etikk*. Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen -Kvalitative og kvantitative perspektiver*. (G. Bureid, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerret>

- Rise, K., & Viken, Å. (2009). Fysisk aktivitet, kropp og bevegelse. I J. Eknes, & A. J. Løkke(Red.), *Utviklingshemning og habilitering - innspill til habiliteringsprosessen* (s. 87-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Prescott, P., & Bjørtveit, T. (2004). Helse og adferdsendring. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skaug, E.-A. (2011). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug(Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2 - grunnleggende behov*(2.utg.) (s. 269-290). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. Torbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H. (2012). *Grunnbok i ADL for sykepleiere*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- WHO. (1948, 04 07). Hentet fra world Health Organization:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2015, 01). who. Hentet fra Obesity and overweight:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO. (u.d.). who. Hentet fra 10 facts on obesity:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>