



BACHELOROPPGAVE

Hvordan påvirker personlige faktorer hos vernepleiere tilbudet av fysisk aktivitet til mennesker med psykisk utviklingshemming?

How does personal factors among learning disability nurses influence the offer of physical activity to people with mental retardation?

Kandidatnummer: 502

Bachelor i Vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltagelse

Tal på ord: 7393

16.mai 2022

Jeg stadfester at arbeidet er selvstendig utarbeida, og at referanser/kildehenvisninger til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf.

Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Abstract

In this bachelor thesis, I have utilized individual interviews to establish how personal factors amongst learning disability nurses influences the offer of physical activity to people with mental retardation. I have presented theory about physical activity, in general and for people with mental retardation, the environmental therapist's role in facilitation of physical activity and theory about change in behavior patterns. Further on I explained how I went forward before, during and after the interviews. I then presented my findings from the different interviews and sorted them in categories. The final categories were relations, creativity, motivation, recourses and learning disability nurse's influence. Finally, I discuss my findings from the interviews and the theory with my thesis question. The conclusion is that the theory specified that the motivation for change had to come from the person who was changing behavior, while all the informants expressed that motivation to be active was the environmental therapist's role. In the future it would be interesting to see which results the learning disability nurses experiences if they shift their focus from the activity to working systematically to achieve a change of perspective in their residents. It would also be interesting to see which result they would get if they combined working systematically to change behavior patterns and the positive personal properties that the informants have experienced gives results.

Innholdsfortegnelse

Abstract	2
1.0 Innledning	4
1.1 <i>Min forforståelse</i>	4
2.1 <i>Problemstilling</i>	4
2.0 Teori	5
2.1 <i>Fysisk aktivitet</i>	5
2.2 <i>Psykisk utviklingshemming og fysisk aktivitet</i>	6
2.3 <i>Miljøterapeutens rolle i tilrettelegging av fysisk aktivitet</i>	7
2.4 <i>Endring av atferdsmønster</i>	8
3.0 Metode	10
3.1 <i>Valg av metode og begrunnelse for valg</i>	10
3.2 <i>Hvordan jeg gikk frem</i>	11
3.2.1 <i>Før intervjuet</i>	11
3.2.2 <i>Introduksjon av informantene</i>	12
3.2.3 <i>Gjennomføring av intervjuet</i>	12
3.2.4 <i>Etter intervjuet</i>	13
3.3 <i>Analyse</i>	14
3.3.1 <i>Tematisk analyse</i>	14
4.0 Resultat	14
4.1 <i>Relasjon</i>	15
4.2 <i>Kreativitet</i>	16
4.3 <i>Motivasjon</i>	17
4.4 <i>Ressurser</i>	17
4.5 <i>Hvilken påvirkningskraft har vernepleiere</i>	18
5.0 Drøfting	19
5.1 <i>Miljøterapeutenes perspektiv på økt aktivitetsnivå</i>	19
5.2 <i>Kritikk til metoden</i>	24
6.0 Konklusjon	25
7.0 Litteraturliste	26
Vedlegg 1	29
Vedlegg 2	30
Figurer	
Figur 1.0 Eksempel på min tematiske analyse som ender i tema.....	14

1.0 Innledning

WHO definerer helse som en «tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom eller lyte» (WHO, 1948). Alder, kjønn og biologi er avgjørende for helsen din, men individuelle livsfaktorer som fysisk aktivitet, kosthold og legemiddelbruk vil kunne påvirke helsen (Øverby & Torstveit, 2018, s.13) Fysisk aktivitet fremmer god helse og kan bidra til å forebygge og behandle sykdom (Nystad, 2014). I en undersøkelse gjort av helsedirektoratet oppfyller omtrent 30% av voksne anbefalingen om 150 til 300 aktive minutter hver uke (Nystad, 2014). Helsedirektoratets veileder for gode helsetjenester til personer med utviklingshemming (2021) fremmer en aktiv og meningsfylt tilværelse og støtte til fysisk aktivitet som viktige tiltak for å tilrettelegge for god psykisk helse. Det er derfor viktig at man som vernepleier har kunnskap om fysisk aktivitet og hvilke faktorer som påvirker tilretteleggingen. Tema i oppgaven min vil være hvordan personlige faktorer kan påvirke tilbudet av fysisk aktivitet til mennesker med utviklingshemming.

1.1 Min forforståelse

Kunnskapen jeg har om tema kommer fra litteratur jeg har lest om tema og egne erfaringer i praksis. Fysisk aktivitet er et gjengående tema man møter på som vernepleier, og det er derfor et stort fokus på dette under utdanningen.

Helsedirektoratet har flere veiledere som handler om fysisk aktivitet generelt, og rettet mot mennesker med utviklingshemming. Jeg har også jobbet i flere ulike tjenestetilbud hvor tjenestemottakerne har hatt mange ulike interesser og flere ulike tilbud til fritidsaktiviteter. Dessverre sitter jeg igjen med en opplevelse av at aktivitetstilbudet ofte ser flott ut på papiret, men i liten grad blir gjennomført. Et eksempel på dette er en tjenestemottaker som har svømming på timeplanen, men som ikke kan gjennomføre dette på en trygg måte fordi ingen av personalet er trygge på å være følge.

2.1 Problemstilling

Jeg har selv sett at det er mange ulike faktorer som påvirker gjennomføringa av fysisk aktivitet med tjenestemottakerne. Noen faktorer er lettere å kartlegge som for eksempel økonomi og mangel på tid. Det er derimot vanskeligere å måle hvilke rolle

og effekt personlige faktorer hos miljøterapeuter har. Derfor er problemstillingen jeg har valgt å skrive om i bacheloroppgaven min:

«Hvordan påvirker personlige faktorer hos vernepleiere tilbudet av fysisk aktivitet til mennesker med psykisk utviklingshemming».

2.0 Teori

2.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er et paraplybegrep som dekker alle former for bevegelse i hverdagen (Helsedirektoratet, 2021). Eksempel på fysisk aktivitet er lek, trening, idrett, fysisk arbeid og aktive transportformer. I en folkehelse rapport fra helsedirektoratet baserer de seg på tre ulike metoder for å oppnå anbefalingene for fysisk aktivitet. Man kan være i 150 minutter/uke med aktivitet av moderat intensitet, 75 minutter/uke med fysisk aktivitet av høy intensitet eller en kombinasjon av aktivitet av moderat og høy intensitet som til sammen overstiger 150 minutter/ uke (Helsedirektoratet, 2015, s. 22). Mennesker som for eksempel har nedsatt funksjonsnivå eller av andre grunner ikke kan følge rådene anbefales å være så aktive som helsetilstand og funksjonsnivå tillater (Helsedirektoratet, 2015, s. 15). Selv om det er vanskelig å måle blir det også anbefalt at man reduserer stillesittende tid (Helsedirektoratet, 2015, s. 22). Helsegevinsten ved økende aktivitetsnivå vil være størst ved dårligere fysisk form (Øverby & Torstveit, 2018, s. 170).

Fysisk inaktivitet øker risikoen for kardiovaskulær sykdom, diabetes mellitus, kreft, overvekt/fedme, hypertensjon, muskel- og skjelettlidelser og depresjon. Regelmessig fysisk aktivitet vil bidra til å minske risikoen (Øverby & Torstveit, 2018, s. 166).

Fysisk aktivitet kan også være en arena for å skape langsiktige vennskap, sosiale kontakter og nettverk (Oslo economics, 2020, s. 7). Man kan også oppnå personlig vekst, læring og mestringfølelse gjennom å være fysisk aktive (Oslo economics, 2020, s. 7).

Folkehelseundersøkelsen fra 2015 undersøkte hvor aktiv den norske befolkningen var og konkluderte med at kun 32% av deltakerne tilfredsstilte helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet. Blant disse var det flere kvinner enn menn som tilfredsstilte anbefalingene, og aldersgruppen hvor flest tilfredsstilte anbefalingene var

50-64 år (Helsedirektoratet, 2015, s. 50). Rapporten pekte også på at det spesielt blant gruppene trygdede, arbeidsledige, eldre og innvandrerkvinner burde startes tiltak for å øke aktivitetsnivået (Helsedirektoratet, 2015, s. 107). Et interessant punkt som blir trekt frem i rapporten handler om at mennesker i den laveste utdanningskategorien er mindre stillesittende enn de med mer enn 4 års høyskoleutdannelse (Helsedirektoratet, 2015, s. 43). Ved aktivitet av minst moderat intensitet er personer i høyeste utdanningskategori mer aktive (Helsedirektoratet, 2015, s. 44). Det er flere normalvektige enn personer klassifisert med overvekt eller fedme som oppfyller anbefalingen (Helsedirektoratet, 2015, s. 52).

2.2 Psykisk utviklingshemming og fysisk aktivitet

Psykisk utviklingshemming er en tilstand hvor personen har «en betydelig funksjonsnedsettelse i intellektuelle, sosiale og praktiske ferdigheter» (Helsedirektoratet, 2021, s. 6). Det er vanlig å dele inn diagnosen i lett, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming etter hvor store utfordringene er, noe som vil si at det er store variasjoner blant personer med diagnosen (NAKU, 2021). Alle med psykisk utviklingshemming, uavhengig av grad, er avhengig av en viss grad av forutsigbarhet og struktur i hverdagen (NAKU, 2021). Det er vanskelig å definere generelle tilleggsutfordringer, men det man vet er at psykisk utviklingshemming innebærer en økt risiko for å utvikle sykdom (NAKU, 2021). Et eksempel på mulige tilleggsutfordringer er at mennesker med Downs syndrom har økt risiko for hjertelidelser og tidlig aldring (NAKU, 2021). Mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming har høyere forekomst av mer alvorlige komplikasjoner og tilleggsutfordringer, som for eksempel mobilitet, ernæring, over- eller undervekt, hjerte- eller respirasjonslidelser, som kan gjøre det vanskelig å være fysisk aktive (Temple et al, 2006). Uansett hvilken grad av psykisk utviklingshemming man har, kan man oppnå helsegevinst ved regelmessig, tilrettelagt og tilpasset aktivitet (Frambu, 2019).

Det finnes lite forskning på hvor aktive mennesker med psykisk utviklingshemming er. I den nasjonale kartlegginga av fysisk aktivitet fra 2015 blir utviklingshemmede ikke nevnt, men svensk studie fra 2008 viser at utviklingshemmede barn er mindre fysisk aktive enn gjennomsnittet for sin aldersgruppe (Umb-Carlsson, 2008). Den

nasjonale veilederen for gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming er laget fordi flere rapporter har pekt på utfordringer og mangler i tilbudet til mennesker med utviklingshemninger, og et av fokusområdene i veilederen er hvordan man tilrettelegge for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2021, s. 4).

Temple, Frey og Stanish har i en systematisk oversiktsartikkel fra 2006 undersøkt det de definere som en vanlig oppfatning som handler om at mennesker med psykisk utviklingshemming er mye stillesittende og mindre aktive enn den generelle befolkningen. De konkluderer med at mennesker med psykisk utviklingshemming er lite aktive, men at de ikke er klare bevis for at de er mindre aktive enn resten av befolkningen (Temple et al., 2006, s. 5). Det er interessant å bemerke at de konkluderer med at en tredjedel eller mindre av voksne med psykisk utviklingshemming er tilstrekkelig aktive til å oppnå helsegevinster (Temple et al., 2006, s. 6). Det er samme resultatet som hvor mange voksne som oppfylte anbefalingen for fysisk aktivitet fra folkeundersøkelsen i 2015 (Helsedirektoratet, 2015, s. 50).

2.3 Miljøterapeutens rolle i tilrettelegging av fysisk aktivitet

Miljøterapeuter kan for eksempel være mennesker som er offentlig godkjent vernepleier, sykepleier, sosionom, barnevernspedagog eller andre med treårig høyskoleutdanning. Man jobber i ulike hjemmebaserte tjenester, ved skoler, NAV, eller ulike behandlings-, habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner. Hvilke arbeidsoppgaver man har vil variere med arbeidsplass og utdanning, men vanlige arbeidsoppgaver er å planlegge og gjennomføre helsefremmede, forebyggende, rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak slik lovverk og kommunale bestemmelser dikterer (Utdanning, u.å). Vernepleiere har en bred kompetanse som kan deles inn i helsefaglige emner, miljøarbeid, habilitering og rehabilitering, samfunnskunnskap, psykologi og kunnskap om aktuelt lovverk (Ellingsen, 2014, s. 40). All denne kompetansen kan brukes i arbeidet med personer med psykisk utviklingshemming hvor man skal bistå personen med alt de har behov for i løpet av en dag. Bistanden man gir kan for eksempel være stell, medisinhåndtering, sosialisering, matlaging, husvask og deltaking på aktiviteter.

Bevegelse er et grunnleggende behov for alle (Eriksen, 2014, s 17). Mennesker med utviklingshemming eller andre funksjonsnedsettelse vil oftere være avhengige av at andre kan tilrettelegge, demonstrere eller bistå i aktiviteten (NAKU, 2022).

Miljøterapeutens rolle vil først og fremst være å tilpasse aktiviteten etter personens interesser og behov slik at de sitter igjen med en positiv opplevelse (Ellefsen-Martinsen, 2021). Miljøterapeuter som bistår i aktiviteten, har også muligheten til å observere hvilke utfordringer som oppstår og tilrettelegge underveis.

For å vite hvordan man skal tilrettelegge for fysisk aktivitet for mennesker med utviklingshemming må man ha en forståelse for hvilke generelle utfordringer denne gruppen har (Frambu, 2019). Et eksempel på dette er å sette av nok tid til å bearbeide og respondere, å gi positive tilbakemeldinger og oppmuntring ettersom framgangen ofte kommer i små steg. Man kan også bruke illustrasjonsbilder og demonstrasjon av aktiviteten for å formidle informasjon (Frambu, 2019). Videre må man ta utgangspunkt i miljøet, den spesifikke aktiviteten og deltakerens forutsetning for å vurdere hvilke tilpasninger som må til for at deltakeren skal oppleve aktivitetsglede (NAKU, 2022). Helsedirektoratets veileder for gode helsetjenester til personer med utviklingshemming (2021) oppfordrer til bruk av tilpasset materiell for å gi informasjon om helsegevinstene ved fysisk aktivitet og de negative konsekvensene ved inaktivitet.

Det finst mange ulike hjelpemidler for trening, stimulering og aktivisering som kan benyttes (Frambu, 2019). Som miljøterapeuter kan man benytte aktivitetshjelpemidler for å skape en bedre opplevelse av en aktivitet og gi personer med psykisk utviklingshemming muligheten til å delta på flere aktiviteter.

2.4 Endring av atferdsmønster

De fleste mennesker har atferdsmønster som man ønsker å endre, enten atferd vi ønsker mindre av (røyking, drikking) eller atferd vi ønsker å gjøre oftere (spise sunnere eller være mer aktive) (Barth et al., 2001, s. 22). For å endre et problematisk atferdsmønster må man ønske å endre atferd og oppleve at det er mulig i praksis (Barth et al., 2001, s. 49). Et sentralt begrep i endringsprosesser er motivasjon som kan defineres som: «årsaken til menneskets handlinger» (Barth et al., 2001, s. 50).

Barth, Børtveit & Prescott forteller at motivasjonen til en endring av atferd skjer i fire steg. Man blir først oppmerksom på negative konsekvenser og knytter dem til atferden, det negative blir så grunnen til å starte endringsprosessen, erkjennelse av det negative leder til intensjon om endring og til slutt endres beslutningen om endring fra ustabil til vedvarende (Barth et al., 2001, s. 53). Motivasjonen til å starte en endringsprosess kan både komme fra ytre og indre kilder (Barth et al., 2001, s. 59). Dersom man gjentar en atferd regelmessig kan den bli en vane man utfører uten at man bevisst tenker gjennom hva man gjør, og man vil da ikke lenger være avhengig av motivasjon for å gjennomføre den ønskede atferden (Barth et al., 2001, s. 33).

Barth, Børtveit og Prescott bruker Prochaska og DiClementes modell med seks faser for å beskrive hvordan en endringsprosess kan foregå. Første fase er føroverveielse fasen hvor man enten ikke vet om det negative konsekvensen av en atferd, eller hvor man vet om de negative konsekvensene, men ikke relaterer de til egen situasjon (Barth et al., 2001, s. 77). Et eksempel på dette ved fysisk aktivitet er at man vet man burde være mer aktiv og gå til butikken, men velger den mer behagelige løsningen som er å ta drosje. Neste fase i endringsprosessen er overveielse fasen hvor man blir mer oppmerksom på den negative konsekvensen og derfor vurderer å endre atferden (Barth et al., 2001, s. 83). Dette kan for eksempel være at man går opp i vekt, men allikevel tar drosjen til butikken neste dag. I neste fase, forberedelsesfasen, skifter man perspektiv fra det negative konsekvensene ved å fortsette atferden til det positive konsekvensen ved å endre atferden (Barth et al., 2001, s. 87). Her kan man for eksempel prøve å flytte fokuset fra at man ønsker å gå ned i vekt til at man ønsker å få bedre kondisjon. Denne fasen er viktig for at den ønskede atferden skal fortsette etter de negative konsekvensene reduseres (Barth et al., 2001, s. 87). Fjerde fase er handlingsfasen hvor man går fra en psykisk endring til å starte en fysisk endring av den uønskede atferden (Barth et al., 2001, s. 88). Her kan man for eksempel begynne å gå en fast tur hver dag eller gå til butikken en gang i uken. Neste fase er vedlikeholdsfasen, og denne kan oppleves ulikt avhengig av personen og atferd man endrer (Barth et al., 2001, s. 90). Enkelte automatiserer atferden, mens andre må kjempe mot tilbakefall hele livet (Barth et al., 2001, s. 90). Veien mot endring er ofte utforende og det er derfor viktig å være godt forberedt dersom man ender i siste fasen av modellen som er tilbakefall (Barth et al., 2001, s.

97). Dersom målet ditt for eksempel er å være mer aktiv, er det viktig å være forberedt på at man av ulike årsaker er inaktive i korte perioder.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode og begrunnelse for valg

Intervju som metode egner seg godt når man ønsker å undersøke personens holdninger og oppfatninger og hvordan mennesker fortolker og legger mening i et spesielt fenomen (Jacobsen, 2015, s.88). Problemstillingen styrer hvordan intervjuet bør foregå. Man kan ha individuelle intervju eller gruppeintervju hvor gruppen prater både med hverandre og intervjueren (Jacobsen, 2015, s.88). Intervjuene kan også ha ulike struktur, noen problemstillinger belyses best ved et helt åpent intervju hvor objektet får prate fritt og andre belyses best ved at man har bestemte spørsmål man skal svare på (Jacobsen, 2015, s.90). Jeg valgte å benytte semistrukturert intervju hvor jeg hadde enkelte spørsmål klare for å styre inn på riktig tema, men fortsatt var åpen for at informanten kunne styre samtalen (Jacobsen, 2015, s.91).

Når jeg lagde en intervjugudie pre-strukturerer jeg intervjuet. Pre-strukturering er positivt fordi jeg hadde klart hvilke spørsmål jeg ønsket svar på (Jacobsen, 2015, s. 90). Selv om man ikke følger intervjugudien gjennom hele intervjuet er det et godt virkemiddel for å starte eller føre samtalen videre dersom den stopper opp (Jacobsen, 2015, s. 90). Jeg ønsket å ha intervju som metode slik at jeg både kunne få svar på spørsmålene mine og undersøke hvilke erfaringer og refleksjoner de hadde rundt problemstillingen min.

Jeg har valgt å ha individuelle intervju, fordi jeg ønsker å undersøke den enkeltes tanker og refleksjoner. I gruppeintervju må man vurdere hvor store gruppene skal være og hvilke sammensetninger gruppen skal ha (Jacobsen, 2015, s.118).

Uhensiktsmessige grupper kan få store konsekvenser for resultatene fra intervjuene (Jacobsen, 2015, s. 90). Jeg valgte derfor å benytte meg av individuelle intervju fordi jeg er uerfaren og ikke ønsket å legge til unødvendige usikkerhetsmoment.

3.2 Hvordan jeg gikk frem

3.2.1 Før intervjuet

Det første jeg startet med var å søke tillatelse fra NSD fordi jeg i løpet av prosjektet ville få tilgang til personopplysninger om de jeg skulle intervjuer. For å søke om tillatelse startet jeg med å skrive et informasjonsskriv og en intervjugudie som ble lagt ved søknaden. Spørsmålene i intervjuguiden formulerte jeg utfra egen erfaring med problemstillingen, spørsmål jeg oppdaget i relevant litteratur og forskning på området.

Når jeg fikk godkjenningen fra NSD startet arbeidet med å rekruttere informanter. Jeg visste at jeg ville intervjuer vernepleiere så de ble utgangspunktet for hvordan jeg rekrutterte. Jeg valgte å søke opp ulike kommuner for å finne kontaktinformasjon til ulike bofellesskap og sendte e-post. I e-posten introduserte jeg meg selv, fortalte om prosjektet mitt, la ved informasjonsskrivet fra NSD søknaden og ba interesserte ta kontakt med meg på e-post. For å begrense datamaterialet jeg skulle håndtere måtte jeg gjøre et utvalg. Jeg endte opp med fire intervju på ca. 15 minutter.

Kriteriene for informantene var at de var vernepleiere som jobbet i et bofellesskap hvor brukergruppen var mennesker med psykisk utviklingshemming. Ettersom jeg bare skulle intervjuer fire informanter forsøkte jeg å finne et utvalg som presenterte fire ulike historier. Dette kunne gjøres ved å velge informanter med ulikt kjønn, alder og fra ulike byer. For å unngå at resultatet mitt blir påvirket av formelle eller uformelle kulturer på en arbeidsplass ønsket jeg bare en informant fra hver arbeidsplass. Selv om jeg hadde kriterier for informantene, ble det endelige utvalget litt tilfeldig fordi jeg ikke kunne styre hvem som tok kontakt med meg.

Før intervjuene gjennomførte jeg testintervju med noen medstudenter. Da ønsket jeg å få innspill på hvordan de opplevde meg som intervjuer, eventuelle kommentarer til spørsmålene eller formulering og et innblikk i hvor lang tid det ville ta. Testintervjuene ga meg også mulighet til å øve på rollen som intervjuer, slik at jeg var tryggere når jeg skulle intervjuer informantene mine.

3.2.2 Introduksjon av informantene

Informant 1:

34 år gammel mann fra Vestland fylke som ble ferdig utdannet i 2012. Han har tidligere jobbet i et privat helseforetak med 2:1 bemanning hvor det var mye trusler og vold. Har de siste to årene jobbet i turnus og som fagleder i bo og miljøtjenesten.

Informant 2:

44 år gammel dame fra Vestland fylke som ble ferdig utdannet i 2000. Hun har jobbet tre år i bofellesskap, ti år på sykehjem med demente og åtte år som leder i tjenesten for utviklingshemmede. Siste året har hun jobbet i turnus som vernepleier i tjenesten for funksjonshemmede.

Informant 3:

25 år gammel dame fra vestland fylke som ble ferdig utdannet i 2019. Hun jobbet i et bofellesskap under vernepleiestudiet og har jobbet på avlastning for barn og unge med nedsatt funksjonsevne siden 2018.

Informant 4:

49 år gammel dame fra Troms og Finnmark som jobbet i barnehage før hun startet vernepleierutdanningen i 2006. Hun har i ettertid tatt en bachelor i spesialpedagogikk og tilpasset opplæring og psykotraumatologi rits-metoden. Hun har jobbet som miljøarbeider og spes.ped med utviklingshemmede elever i skolen, som fagrådgiver på habiliteringstjenesten for voksne, jobbkonsulent på Fretex og miljøterapeut på krisesenter. De siste to årene har hun jobbet i tjenesten for funksjonshemmede.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuet

Når jeg fikk kontakt med informantene, ble de avtalt og gjennomført. Intervjuene ble gjennomført på teams slik at jeg kunne intervju informant fra andre deler av landet og beholde en personlig kontakt (Thagaard, 2018, s. 111). I selve intervjuene var det bare meg og informanten som deltok og jeg brukte derfor lydopptaker for å sikre at jeg ikke gikk glipp av viktig informasjon underveis (Thagaard, 2018, s. 112). Når jeg ikke noterte hadde jeg full oppmerksomhet på informanten underveis og det var derfor lettere å holde en samtale. Jeg brukte «probes», som «ja ...» og «hm ...», for å

signalisere til informanten at jeg syntes det de fortalt var interessant (Thagaard, 2018, s. 96). Formålet med spørsmålene mine var å undersøke informantenes erfaring. Det var derfor viktig for meg å forholde meg mest mulig nøytral til svarene slik at mine verdier ikke preget intervjuet (Thagaard, 2018, s. 108). Dette er fordi jeg ønsket at informantene skulle føle at de kunne svare ærlig uten at jeg dømte de.

3.2.4 Etter intervjuet

Etter hvert enkelt intervju var gjennomført, transkriberte jeg opptakene slik at all dataen var skriftlig. Her var det viktig å ikke slurve for å unngå lav relabilitet (Jacobsen, 2015, s.157). Det finst mange ulike måter å transkribere intervjuer på og man velger metode etter formålet med intervjuet (Brinkmann, 2014, s. 87). Jeg valgte å bruke rekonstruerende transkripsjon hvor jeg fokuserte på å skape orden i ytringene fra informantene mine. I rekonstruerende transkripsjoner fokuserer man på innholdet i intervjuet og ikke alle forsinkelser og pauser (Brinkmann, 2014, s. 87). Jeg valgte å fokusere på innholdet fordi fokuset mitt var på deres erfaring.

Transkripsjonen av lydopptaket var altså starten av analysen min (Brinkmann, 2014, s. 87). Den ferdige transkripsjonen ble også sendt til informanten slik at de fikk muligheten til å se over og godkjenne.

Når alle intervjuene var gjennomført måtte jeg bearbeide og kode datamaterialet. Når jeg hadde transkribert intervjuene måtte jeg lete etter temaene i svarene og de temaene kunne igjen samles i ulike kategorier (Jacobsen, 2015, s.130).

Til slutt må jeg reflektere over om resultatene er pålitelige (Jacobsen, 2015, s.155). Jeg hadde teorier om hvilke svar informantene vil gi og det kunne påvirke, med mitt kroppsspråk eller hvordan jeg responderte, informanten til å gi et annet svar enn de ellers ville gitt (Jacobsen, 2015, s.155). Dersom et intervju skilte seg mye fra de andre måtte jeg vurdere om jeg opptrådte likt i alle intervjuene. Ulike svar betydde ikke at det hadde skjedd en feil, men det var viktig å vurdere om eventuelle feil ved gjennomføringen kunne være årsaken.

3.3 Analyse

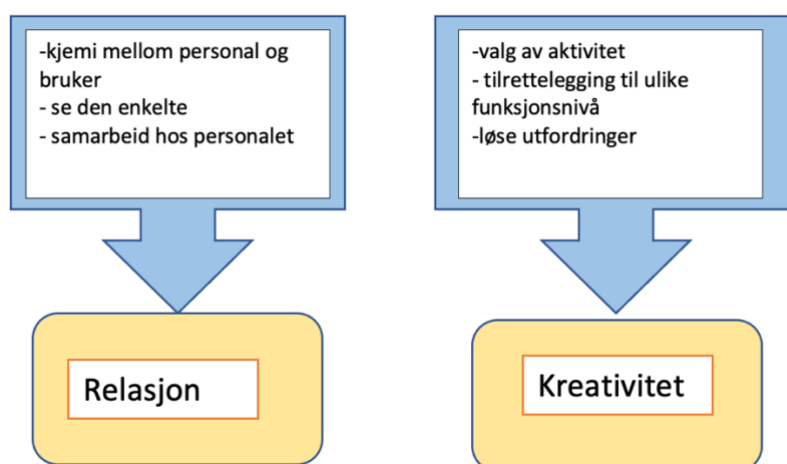
3.3.1 Tematisk analyse

Etter intervjuene ønsket jeg å danne en oversikt over hva som faktisk ble sagt og hva informantene fokuserte på, slik at jeg kunne identifisere likheter og ulikheter. Braun og Clarke (2006) forklarer tematisk analyse som en metode for «å identifisere, analysere og rapportere tema og mønster i et datamateriale». Temaene man identifiserer er mønster som går igjen i de ulike intervjuene og som svarer på problemstillingen (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Jeg ønsket å bruke tematisk analyse for å identifisere likheter og ulikheter i transkripsjonene. Analysen starter ved at man leter etter temaer i hvert enkelt intervju, både underveis i intervjuet og etterpå, og så ser man etter fellestrekk og ulikheter i alle intervjuene sammen (Braun & Clarke, 2006, s. 86). I en tematisk analyse arbeider man dynamisk med datamaterialet fra intervjuene som enkeltdeler, temaene man har identifisert og analysen man produserer samtidig (Braun & Clarke, 2006, s. 86). Man er både interessert i hvilke temaer som er felles og de som skiller seg ut.

4.0 Resultat

Etter jeg har utført en tematisk analyse har jeg endt opp med fem temaer som er felles i intervjuene og som belyser problemstillingen min. Nå skal jeg presentere funnene mine ved de ulike temaene.

Figur 1.0 Eksempel på min tematiske analyse som ender i tema



4.1 Relasjon

Første tema fra intervjuene er relasjon. Alle informantene nevnte relasjon som en viktig faktor eller løsning på flere av utfordringene de fortalte om. En av informantene fortalte at de opplevde at det var to viktige faktorer som var avgjørende for gjennomføringen av planlagte aktiviteter; personlig kjemi og evnen til å se den enkelte. En god tone og kjemi mellom tjenestemottakeren og miljøterapeuten ble trekt frem som avgjørende for at en aktivitet skulle gjennomføres og at tjenestemottaker skal ha en god opplevelse. En annen informant fortalte at de i stor grad lot tjenestemottakerne bestemme hvem de skulle jobbe med. Dette er fordi «dersom tjenestemottaker ikke ønsker å være med personalet blir aktiviteten aldri gjennomført og målet er at alle tjenestemottakerne skal være aktive».

Selv om informantene var klare på at relasjonen til tjenestemottakeren var viktig, hintet flere til at samspillet mellom personalet var minst like viktig eller viktigere. For å undersøke hvordan informantene opplevde egne personalgrupper var et av spørsmålene om de opplevde at personalgruppen hadde noen felles personlighetstrekk eller interesser. Noen av informantene nevnte personlighetstrekk som stemte for hele eller store deler av personalgruppen, mens andre påpekte sammensetningen av ulike interesser som en styrke. Ved å ha en personalgruppe med mange ulike personlighetstrekk og interesser, kunne man spille på kollegaene og tilby tjenestemottakerne flere ulike aktiviteter til de fant noen de ønsket å gjennomføre.

«Det er viktig å variere aktivitetene slik at man kan utfylle hverandre og alle får sine ønsker, både brukere og personalet».

Jeg spurte også informanten om de hadde noen retningslinjer på arbeidsplassen for hvordan man skal håndtere situasjoner hvor tjenesteyterne ikke kan eller vil delta på aktiviteten. Ingen av informantene kunne fortelle at de hadde noen formelle retningslinjer for dette, men alle fortalte at de hadde en kultur hvor de løste problemet ved å bytte personal. Flere av informantene fortalte også at det ikke var et alternativ for personalet på deres arbeidsplass å ikke delta på en aktivitet fordi man ikke ønsket å delta. En informant fortalte at det ikke var et alternativ fordi de hadde et stort fokus

på hvorfor fysisk aktivitet var viktig, mens en annen informant hadde aldri hørt at det var en aktuell problemstilling på sin arbeidsplass.

En av informantene trakk frem at samspeillet mellom de ansatte som jobber samme vakt og skal være sammen om en aktivitet ikke alltid kommer av seg selv.

Informanten forteller at det på hennes arbeidsplass for stor forskjell mellom de ulike skiftene og at de ble tydelig fordi et skift alltid gjennomfører flere aktiviteter enn de andre skiftene. Hun fortalte også at det skiftet som klarte å gjennomføre flest aktiviteter skal ha en «workshop» med de andre skiftene slik at de kan lære av hverandre.

4.2 Kreativitet

Neste tema som kom i svarene fra informantene er kreativitet. På spørsmål om hvilke utfordringer de opplever og hvilke egenskaper de mener er viktig for å gjennomføre fysisk aktivitet, forteller alle etter hvert at kreativitet er viktig. De peker ut at de opplever det som avgjørende å være kreativ i hvordan man presenterte aktiviteten, hvilke aktiviteter man foreslår, hvordan man skal gjennomføre aktiviteter og hvordan man tilpasse aktivitetene til hver enkelt tjenestemottaker.

Flere av informantene trakk frem at fysisk aktivitet ikke er trening. Mange forbinder fysisk aktivitet med trening eller lange turer, men det kan være så mye mer.

Kreativitet blir også trekt frem i valget av aktivitet. En av informantene forteller at for noen av tjenestemottakerne deres er aktivitet å kaste ball med et personale på rommet sitt mens for andre tjenestemottakere er aktivitet kjekke ting de gjør i helgene utenfor huset. For å undersøke hvilke aktiviteter informantene forbinder med fysisk aktivitet spurte jeg hvilke aktiviteter de tilbydde tjenestemottakerne deres. Tur, sykling og treningsrom var felles for alle, men andre aktiviteter de nevnte var strongman konkurranse, ski, alpint, hundekjøring, lekeland, trampolinepark, bading, ridning, musikkgruppe med dans og gå til og fra butikken.

4.3 Motivasjon

Et gjentakende tema blant informantene var motivasjon. Informantene nevnte både motivasjon hos tjenestemottakerne og hos vernepleieren som skal delta på aktiviteten som avgjørende for gjennomføring.

Det var vernepleieren som skal delta i aktiviteten som skal prøve å motivere tjenestemottakeren til å gjennomføre aktiviteten. Informantene fortalte at hvilken tilnærming man har, er avgjørende for hvilken motivasjon tjenestemottakerne har til å starte og gjennomføre fysisk aktivitet. Hvordan tjenestemottakerne opplevde aktiviteten første gang blir beskrevet som avgjørende for hvor sannsynlig det er at man får gjentatt aktiviteten. Evne til å se den enkelte ble beskrevet som et positivt trekk hos de vernepleierne som var gode til å motivere. Å se den enkelte handlet både om å finne ut hvilke aktiviteter tjenestemottakerne liker, hva de ikke liker og hvordan man kan motivere den enkelte.

Motivasjon ble også beskrevet som en utfordring for vernepleierne. En informant fortalt at de hadde opplevd at flere aktiviteter ble gjennomført etter personalgruppen ble flinkere på å si fra dersom de manglet motivasjon. Når de fortalte kollegaene om manglende motivasjon fikk de muligheten til å få andre innspill eller bytte hvem som skulle delta på aktiviteten. Ulike nivåer på aktiviteten ble nevnt som en utfordring som påvirket motivasjonen til vernepleierne. En av informantene fortalte om en tjenestemottaker som gikk til og fra butikken uansett vær, på dager med dårlig vær ble det ofte til at vernepleierne foreslo å kjøre til butikken. En annen fortalte om en tjenestemottaker som konkurrer på toppnivå i sin klasse og derfor trener intensivt flere ganger i uken. I dette tilfelle ble det spesielt vanskelig for vernepleierne som selv hadde et lavere aktivitetsnivå.

4.4 Ressurser

Et annet tema som var gjennomgående i de ulike intervjuene var at mangel på ulike ressurser som vil bidratt til å tilrettelegge for gjennomføring av aktiviteter. Disse ressursene kan være mangel på personal, økonomiske midler, tid eller kunnskap. Informantene trekker frem at mangler på en eller flere av disse resursene stiller større krav til vernepleieren som skal bistå i aktiviteten.

Flere av informantene fortalt at mangel på tid var en gjennomgående utfordring. På spørsmålet om hvilket fokus de har på fysisk aktivitet på planleggings- eller fagmøter varierte svarene veldig. En av informantene fortalte at fysisk aktivitet var et tema på årsplanen, en annen fortalt at tiltaksplanen krevde at alle tjenestemottakerne skulle få tilbud om en aktivitet hver dag, en av informantene fortalte at de hadde stort fokus på temaet før sommer når vikarene skal starte og siste fortalte at det ofte bare ble et tema dersom det ble et helseproblem som for eksempel overvekt. Det var altså store forskjeller i hvilket fokus informanten har på planlegging av aktivitet, selv om for eksempel var samme utfordringene som ble presentert av alle.

Det var ikke bare tid til planlegging som ble presentert som en mangelvare blant informantene. En av informantene fortalte også at i en travel hverdag med mangel på bemanning blir fysisk aktivitet ofte et pluss, fordi det går utenfor å få dekt de grunnleggende behovene. Hun trakk frem et eksempel hvor man ikke kunne gå en lang kveldstur dersom det fører til at noen andre ikke får kveldsmat.

En av informantene trakk frem at man på bofellesskap, som i resten av helsesektoren, ikke har uendelig med personalet å velge i. Man har ikke muligheten til å velge personalet fritt og man ansetter ofte mennesker fordi man må, og ikke nødvendigvis fordi man mener de passer til jobben. Samme informant forteller også at de har en del kvinnelige pensjonister de er helt avhengige av for å få bemannet boligen, og forteller at de opplever at på vaktene til disse damene blir det ofte mye «kos» med mat isteden for fysisk aktivitet.

4.5 Hvilken påvirkningskraft har vernepleiere

Når jeg hadde gått gjennom alle spørsmålene valgte jeg å spørre informantene direkte om de mente personlige faktorer hos vernepleierne hadde noe påvirkning på gjennomføringen av fysisk aktivitet. Da fikk jeg to ulike svar; ja det er helt avgjørende og ja, men usikker på hvor mye. En informant påpekte at man som vernepleier står i en maktposisjon i forhold til tjenestemottakerne. Denne makten kan misbruke ved å for eksempel påvirke tjenestemottakerne til å ikke ville være aktive hvis man ikke vil det selv, selv om man ikke skal gjøre det.

Informanten som var usikker på hvor stor påvirkningskraft vernepleiere har på gjennomføringen av fysisk aktivitet fortalte at noen miljøterapeuter klarte å få med tjenestemottakerne på det mest mens andre klarte nesten ikke å få med de med på noe. Informanten presiserte at den ikke visste om det var personlige egenskaper, interesser eller annet som var årsaken.

Jeg avsluttet alle intervjuene med å fortelle hva formålet mitt med prosjektet mitt var og spørre om det hadde retningslinjer for hvordan de skal håndtere situasjoner hvor personalet ikke ønsker å delta på en aktivitet. To av informantene fortalte at de aldri hadde opplevd en slik situasjon, men at de trodde det ville bli løst ved at personalet pratet sammen. De to andre informantene hadde to ulike syn på hvordan man skulle håndtere slike situasjoner. Ene informanten fortalte at det ikke var et valg å delta på aktiviteter. Hos dem var fokuset på at man er der for tjenestemottakerne, og blir da med på alt de skal gjøre. Den andre informanten fortalte at de, så langt de lot seg gjøre, ikke setter noen til å gjøre noe de ikke vil fordi det er en risiko for at personalets manglende motivasjon smitter over på tjenestemottakerne. Dette førte til at begge satt igjen med en dårlig opplevelse.

5.0 Drøfting

Etter jeg gjennomførte den tematiske analysen endte jeg opp med fem temaer; relasjon, kreativitet, motivasjon, ressurser og vernepleierens påvirkningskraft. Formålet med dette prosjektet var å undersøke hvordan personlige faktorer hos vernepleiere påvirker tilbudet av fysisk aktivitet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette skal jeg nå drøfte ved hjelp av funnene fra intervjuene og aktuell teori på området. Jeg skal også kort drøfte noen svakheter ved metoden.

5.1 Miljøterapeutenes perspektiv på økt aktivitetsnivå

Et av temaene som ble nevnt er manglende ressurser. Ettersom manglende ressurser ikke er en personlig faktor hos vernepleierne vil jeg ikke drøfte det mot problemstillingen min. Selv om det ikke er en personlig faktor har jeg valgt å inkludere det i de endelige temaene fordi informantene fortalte at manglende

ressurser skapte et dårligere utgangspunkt for å gjennomføre aktivitet og økte kravene til personalet som skulle delta på aktiviteten.

«Den største utfordringen vi har er å motivere tjenestemottakerne til å gjennomføre aktivitetene»

Det første temaet jeg skal ta for meg er motivasjon. Alle informantene nevnte at det hadde store utfordringer ved å motivere brukerne, men ingen av informantene fortalte at de arbeidet systematisk for å endre atferden. Barth, Børtveit & Prescott (2001) forteller at motivasjonen til å endre en atferd er et resultat av at man blir oppmerksom på de negative konsekvensene knyttet til en atferd. Et eksempel på dette kan være tjenestemottakeren forstår at de blir utslitt av å gå opp trappen til huset, fordi de går for lite ellers.

Temple, Frey og Stanish (2006) nevner det de mener er en vanlig oppfatning som er at mennesker med psykisk utviklingshemming er mindre aktive enn resten av befolkningen. De konkluderer med at ca. 30 prosent oppfyller de amerikanske anbefalingen for fysisk aktivitet, som er tilnærmet likt resultatet i den norske folkehelseundersøkelsen fra 2015. Det kan tyde på at det er utfordrende for alle å være tilstrekkelig aktiv. Det er derfor ikke overraskende at informantene forteller at motivasjon er utfordrende for både tjenestemottakerne og miljøterapeuten. Når man ønsker å øke aktivitetsnivået hos mennesker starter man en endringsprosess av et uønsket atferdsmønster (Barth et al., 2001, s. 22).

Informantene fortalt at de opplevde at gjennomføringen av aktiviteten ofte var utfordrende. De fortalte alle at det var miljøterapeutens ansvar å motivere tjenestemottakeren til å gjennomføre aktiviteten, og at derfor var spesielt utfordrende når miljøterapeutene ikke var motiverte. Barth, Børtveit & Prescott forklarer derimot at det er personen som skal endre atferd som må være motiverte for at endringsprosessen skal starte. Motivasjonen til å starte en endringsprosess kan både komme fra ytre og indre kilder (Barth et al., 2001, s. 59). Den indre kilden til motivasjon kan være at personen selv forstår hvorfor atferden bør endres og derfor ønsker at endringen skal skje. Som miljøterapeut kan man være en ytre kilde til motivasjon ved å tilrettelegge, delta i aktivitet og finne tilpasset informasjon for å sikre

at tjenestemottakerne forstår konsekvensen av inaktivitet slik at de kan ta informerte valg (Helsedirektoratet, 2021).

I Prochaska og DiClementes modell beskriver de fire første fasene hvordan personen som skal endre atferd må ha et perspektivskifte (Barth et al., 2001, s. 77). Et viktig poeng i føroverveielse og overveielse fasen er at personen vet om de negative konsekvensene av atferden sin, men ikke relaterer dem til eget liv (Barth et al., 2001, s. 83). De to fasene som fører til et perspektiv skifte er avgjørende for at man skal ønske å endre atferden. Det er i de to neste fasene, forberedelsesfasen og handlingsfasen, man setter mål, foreslår tiltak og gjennomfører de fysiske endringene av den uønskede atferden (Barth et al., 2001, s. 87-88). Det kom ikke frem i noen av intervjuene at de jobbet systematisk med tjenestemottakerne for å endre deres perspektiv på inaktivitet. Det var derimot tydelig at de fokuserte på gjennomføringen av aktiviteten, altså handlingsfasen (Barth et al., 2001, s. 88). Dette kom frem i intervjuene ved at informantene fortalt de hadde overordnede mål om å gjennomføre fysisk aktivitet, men det ble bare et tema på planleggingsmøter dersom inaktiviteten ble helseskadelig.

«Noen miljøterapeuter får tjenestemottakerne med på alt, mens andre får de nesten ikke med seg på noe»

Ettersom de ikke gjennomførte det systematiske forarbeidet for å endre atferd vektla informantene andre faktorer som påvirket gjennomføringen. En av faktorene alle informantene nevnte var at hvilken tilnærming brukte når man skulle foreslå en aktivitet for tjenestemottakerne, var avgjørende for om aktiviteten ble gjennomført. En annen informant fortalt at hvordan miljøterapeuten deltok på aktiviteten ble avgjørende for hvilken opplevelse tjenestemottakerne satt igjen med. En god tone og kjemi ble også trekt frem som avgjørende for at en aktivitet skulle gjennomføres og at tjenestemottaker skal ha en god opplevelse. Hvordan tjenestemottakerne opplevde aktiviteten første gang blir beskrevet som avgjørende for hvor sannsynlig det er at man får gjentatt aktiviteten. Viktigheten ved god kjemi stemmer godt med Ellefsen-Martinsen (2021) sin beskrivelse av hvilken rolle miljøterapeutene har i aktivitet med tjenestemottakerne.

Uten en systematisk tilnærming for å øke aktivitetsnivået hos tjenestemottakerne falt ansvaret på den enkelte som skulle gjennomføre aktivitetene. En av informantene fortalte at de manglet personal og derfor ansattes «alle» som søkte, uansett om de mente de passet til jobben eller ikke. Hun fortalte at de «beste» miljøterapeutene er de som tenker utenfor boksen. Når de ansatte mennesker som bare jobbet for lønningen, opplevde hun at de bare gjorde de helt nødvendige. Det var slik informanten merket at personlige egenskaper som kreativitet, evnen til å by på seg selv og kunnskap om hvordan man kan danne relasjoner ble avgjørende for gjennomføringen.

Temple, Frey og Stanish (2006) konkluderte som sagt med at bare 30 prosent av mennesker med psykisk utviklingshemming oppfylte anbefalingene for fysisk aktivitet. Et aktivitetsnivå som oppfyller de norske anbefalingene tilsvarer 150 minutter/uke eller ca. 20 minutter/uke med aktivitet av moderat intensitet og at man reduserer stillesittende tid (Helsedirektoratet, 2015). Vi vet at helsegevinsten ved økt fysisk aktivitet er størst ved dårligere form (Øverby & Torstveit, 2018, s. 170). Flere av informantene trakk frem at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis er trening og fortalte at aktiviteter de tilbydde til tjenestemottakerne var for eksempel hundekjøring, strongman konkurranse, alpint, utflukter og ridning. Når man skal handle i endringsprosessen må man tilpasse aktiviteten til den aktuelle gruppe som her er mennesker med psykisk utviklingshemming. NAKU (2022) og Frambu (2019) beskriver begge aktiviteter tilpasset den enkeltes forutsetninger slik at man kan oppnå mestring, som avgjørende for at personer med psykisk utviklingshemming skal oppleve aktivitesglede. Selv om alle informanten viste forståelse for at hverdagsaktivitet, gåing som transportmiddel eller ta trappen, er viktig er effektivt for å oppfylle helsedirektoratets anbefalinger for aktivitet nevnte ingen av dem at dette som en mulighet for å øke aktivitetsnivået.

To av informantene fortalte at de prøvde å legge aktiviteter til faste dager slik at miljøterapeutene og tjenestemottakerne viste om aktivitetene i god tid. Informantene fortalte at aktivitetene ble gjennomført på samme dag hver uke ble det en rutine. Denne tankegangen støttes av kunnskap man har om at mennesker med psykisk utviklingshemming er trives når hverdagen er forutsigbar og har en viss struktur (NAKU, 2021). Vedlikeholdsfasen i en endringsprosess kan for noen være lettere

fordi den ønskede atferden automatiseres, og faste rutiner kan bidra til denne automatiseringen (Barth et al., 2001, s. 90).

Jeg har i dette prosjektet antatt at personlige faktorer hos vernepleier påvirker tilbudet av fysisk aktivitet, men valgte allikevel å spørre informantene om hvilke tanker det hadde. Funnene fra intervjurunden min viste at alle informantene mente at personlige faktorer påvirker tilbudet av fysisk aktivitet til brukerne, selv om ikke alle var like sikre på hvordan og hvorfor. Det er ikke et overraskende funn med tanke på at man som miljøterapeut bruker erfaringer fra eget liv for å planlegge og gjennomføre helsefremmende tiltak (Utdanning, u.å.). Dette kommer frem da flere av informanten trekker og frem at det å bruke seg selv som en ressurs i arbeidet er en positiv egenskap hos gode miljøterapeuter, både i fysisk aktivitet og ellers. Det er derimot viktig å påpeke at dette spørsmålet var avsluttende i intervjuet og mine reaksjoner og svar tidligere i intervjuet kan ha ledet informantene.

Jeg avsluttet alle intervjuene med å fortelle hva formålet mitt med prosjektet mitt var og spørre om det hadde retningslinjer for hvordan de skal håndtere situasjoner hvor personalet ikke ønsker å delta på en aktivitet. To av informantene fortalte at de aldri hadde opplevd en slik situasjon, men at de trudde at ikke vil bli løst ved at personalet prater sammen. De to andre informantene hadde to ulike syn på hvordan man skulle håndtere slike situasjoner. Ene informanten fortalte at det ikke var et valg å delta på aktiviteter. Hos dem var fokuset på at man er der for tjenestemottakerne, og blir da med på alt de skal gjøre. Den andre informanten fortalte at de, så langt de lot seg gjøre, ikke setter noen til å gjøre noe de ikke vil fordi det er en risiko for at personalets manglende motivasjon smitter over på tjenestemottakerne. Dette førte til at begge satt igjen med en dårlig opplevelse.

Den største forskjellen mellom funnene mine fra intervjuene og teorien om endring av atferdsmønster er hvilken del av aktiviteten de fokuserte på. For vernepleierne jeg intervjuet var gjennomføringen av aktiviteten det viktigste. Både utfordringene og de positive erfaringene de hadde var knyttet til gjennomføringen av aktiviteten. Teorien derimot fokuserte på forarbeidet man bør gjøre før man skal gjennomføre aktiviteten. Dersom man bruker Prochaska og DiClementes modell, handler fire av de seks fasene om mentale prosesser personen som skal endre atferd bør gå gjennom. De

ulike fasene skal skape bevissthet, finne indre motivasjon, forbedre seg på endringen og utvikle toleranse for tilbakefall.

5.2 Kritikk til metoden

Et av kriteriene mine i utvalget av informanter var at de jobbet i bofellesskap for mennesker med psykisk utviklingshemming. I et av intervjuene kom det frem underveis av informanten jobbet på avlastning med barn og unge med nedsatt funksjonsevne, ikke i bofellesskap, men jeg valgte fortsatt å ta intervjuet i oppgaven min. En grunn til at jeg valgte å bruke intervjuet er at informanten fortalte at de jobbet på samme måte som i bofellesskap, bare med en yngre brukergruppe. Jeg har heller ikke spesifisert hvilken aldersgruppe tjenestemottakerne skulle ha i arbeidet mitt. Den andre grunnen til at jeg valgte å bruke intervjuet i oppgaven min er at jeg syntes hun hadde mye tanker rundt samarbeidet hos personalet. Dette var noe det andre informantene reflekterte mindre rundt.

Intervju er en interaksjon mellom to eller flere personer (Jacobsen, 2015, s. 96). Jeg som intervjuer har deltatt aktivt i hele intervjuet med informantene. Hvordan intervjueren har respondert, stilt spørsmålene eller er kledd er alle ting som kan påvirke informanten (Jacobsen, 2015, s. 154). Når jeg formulerte spørsmål opplevde jeg de som utfordrende å utforme utforskende spørsmål. Jeg opplevde at spørsmålene fort fikk en dømmende tone, selv om bakgrunnen for spørsmålet var nysgjerrighet. Dette er et tema som engasjerer meg, fordi jeg hadde tidligere erfaringer med at fysisk aktivitet ble nedprioritert. Det er derfor mulig at jeg påvirket informantene til å fortelle mer om de positive opplevelsene deres enn jeg oppfordret til dypere refleksjon rundt utfordringene.

En annen faktor som virker inn på reliabiliteten at jeg er en uerfaren intervjuer. Det ble gjennomført to testintervju med medstudenter, men de ekte intervjuene ble fortsatt en ny opplevelse. Forskjellen mellom testintervjuene og de ekte intervjuene var at jeg hadde en eksisterende tillit og relasjon til medstudentene, mens intervjuene med informantene var starten på relasjonen (Jacobsen, 2015, s. 96).

Intervju er en kvalitativ metode der en bruker induktive prinsipp og har derfor lavere reliabiliteten sammenlignet med anerkjente kvantitative metoder (Jacobsen, 2015, s. 25). Likevel kan metoden være nyttig til å besvare spørsmål som krever at en går i dybden, særlig typisk for forskningsspørsmål som starter på hvordan og hvorfor. Metoden søker etter ulike menneskers subjektive opplevelse av et tema og forteller oss ingenting om en objektiv sannhet (Brinkmann, 2014, s. 183). Brinkmann (2014) åpner derimot for at reliabilitet kan betyde at «ulike mennesker kan se der samme i materialet». Denne tolkingen av reliabilitet støtter oppgaven min ettersom kodene jeg endte opp med er temaer informantene gjentok, og de endelige temaene mine er derfor ikke tilfeldig.

6.0 Konklusjon

Fysisk inaktivitet er en av de store folkehelseutfordringene i dagens samfunn og det fleste av oss vil oppleve positive helsegevinster ved å øke aktivitetsnivået. Mennesker med psykisk kan også oppleve ytterligere helsegevinster ettersom de ofte har tillegg utfordringer. Jeg har i denne oppgaven gjennomført intervjuer med vernepleiere som er ansatt i bofellesskap for å undersøke hvordan den mener personlige faktorer hos vernepleiere påvirker tilbudet av fysisk aktivitet til tjenestemottakerne deres.

Funnene i intervjuene mine viste at vernepleierne vektla personlige egenskaper som kreativitet og evne til å danne gode relasjoner med tjenestemottakerne og kollegaene. De hadde alle et overordnet mål på arbeidsplassene sine om å øke aktivitetsnivået blant hos de fleste tjenestemottakerne. Det var derimot et gjennomgående tema at ansvaret falt på miljøterapeuten som var på jobb isteden for at de jobbet systematisk sammen med tjenestemottakerne. I tilfellene hvor ansvaret falt på miljøterapeuten ble de personlige faktorene avgjørende for om aktivitetene ble gjennomført.

Videre kan det være interessant å undersøke hvilke resultater vernepleierne opplevde dersom man i en periode flyttet fokuset fra selv aktiviteten til og jobbe systematisk for å oppnå et perspektivskifte hos tjenestemottakerne. Målet med

perspektivskiftet vil være at tjenestemottakerne ikke var avhengige av vernepleierne for å bli motivert. Det vil også være interessant se hvilke erfaringer man får ved å kombinere de systematiske endringsarbeidet med de positive egenskapene som informantene har erfart gir resultater.

7.0 Litteraturliste

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgiving*. Gyldendal akademisk

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative interview*. Hans Reitzels Forlag.

Ellingsen. (2014). Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. Universitetsforlaget

Ellefsen-Martinsen, M. (2021). *Fysisk aktivitet for personer med utviklingshemming*. Barn- og ungdomsfysioterapi.

<https://www.barneogungdomsfysioterapi.no/barneogungdomsfysioterapi-fysisk-aktivitet-habilitering/fysisk-aktivitet-for-personer-med-utviklingshemming/136606>

Eriksen, T. B. (2014). *Fysisk aktivitet og nedsatt funksjonsevne- i barnehage og skole*. Universitetsforlag.

Frambu. (2019). *Fysisk aktivitet for personer med utviklingshemming*.

<https://frambu.no/tema/fysisk-aktivitet-for-personer-med-utviklingshemming/>

Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge- nasjonal kartlegging 2014-2015 (IS-2367)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/>

Helsedirektoratet. (2021). *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. (lest 17. mars 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

Helsedirektoratet. (20.10.2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. (lest 4. april 2022) <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse#referere>

Jacobsen, D. I. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring; innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2.utg). Høyskoleforlaget

NAKU. (2021, 8. februar). *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>

NAKU. (2022, 5. januar). *Tilpasset fysisk aktivitet*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/tilpasset-fysisk-aktivitet>

Nystad, W. (30.06.2014). *Fysisk aktivitet i Norge*. Helsedirektoratet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Oslo economics. (29. september 2020). *Idrett for mennesker med funksjonsnedsettelser*. OE-rapport 2020-57. Oslo economics. <https://www.bhss.no/media/3582/oe-rapport-2020-57-idrett-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelser.pdf>

Temple, V. A., Frey, G. C., & Stanish, H. I. (2006). *Physical Activity of Adults with Mental Retardation: Review and Research Needs*. *American Journal of Health Promotion*, 21(1), 2–12. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.1.2>

Thagaard, A. (2018). *Systematikk og innlevelse; en kort innføring i kvalitative metoder*. (5.utg). Fagbokforlaget.

Umb-Carlsson, O. (2008). *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*. Statens folkhälsoinstitut. Stockholm

Utdanning. (u.å) Yrkesbeskrivelse: Miljøterapeut.

<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/miljoterapeut> (Lest 02.05.22)

WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Øverby, N. C. & Torstveit, M. K. (2018). *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Miljøterapeuters påvirkning på tilbudet av fysisk aktivitet”?

Vil du la deg intervjuet til mitt bachelorprosjekt om fysisk aktivitet og utviklingshemming? I dette skrevet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med prosjektet er å finne ut om personlige faktorer hos miljøterapeuter påvirker tjenestetilbudet av fysisk aktivitet til mennesker med utviklingshemming. Opplysningene jeg samler inn skal ikke brukes til noen andre formål enn dette bachelorprosjektet. Det er Høgskulen på Vestlandet som er ansvarlig for prosjektet.

Jeg kontakter deg på grunn av at du er vernepleier og jobber med mennesker med utviklingshemming. Totalt har jeg planlagt å gjennomføre 4 intervju på 10-15 minutter. Du kan gjerne få spørsmålene som jeg har tenkt å stille i god tid før intervjuet. Vi kan gjennomføre intervjuet på telefon eller Zoom, det bestemmer du. Jeg tar opp lyden fra intervjuet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare jeg som student og min veileder som vil få tilgang til lydopptaket. Intervjuet blir skrevet ut, og filen lastet over til en minnepinne som oppbevares nedlåst frem til endelig sensur på bacheloroppgaven er falt i juni 2022. Etter dette blir filen på minnepinnen slettet.

Dine rettigheter

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Du gir ditt samtykke muntlig i oppstarten av intervjuet, slik unngår jeg å lagre mer personopplysninger om deg enn absolutt nødvendig.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene, å få rettet personopplysninger om deg, å få slettet personopplysninger om deg, og å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Hvis du har spørsmål knyttet til Sikt sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Sikt på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen
Student og prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Vedlegg 2

Innledning

- Takk for at du kunne stille opp.
- Deltakelse teller som samtykke
- Dersom du seinere vil trekke deg så kan du ta kontakt frem til 10.mai, uten grunn
- Formålet med dette intervjuet er å undersøke hvilke tanker og refleksjoner som finst rundet problemstillingen min.
- Jeg vil ikke skrive navn eller arbeidsplass i oppgaven min. Jeg vil være eneste som vet hvem jeg har intervjuet.
- Det er bereknet 10-15 min totalt på dette intervjuet

Spørsmål

- Hvilke assosiasjoner får du når jeg sier fysisk aktivitet med tjenestemottakere.
 - Hvilket fokus har dere på fysisk aktivitet?
 - Er det et tema på planleggingsmøter?
 - Har dere noen utfordringer ved gjennomføring av fysisk aktivitet? Hvilke?
 - Hvilke vurderinger gjør dere når personalet skal delta eller følge til aktiviteter
 - Tilrettelegging, personavhengig?
 - Hvilke tanker har du om hvordan personalet påvirker tjenestetilbudet av fysisk aktivitet til tjenestemottakerne?
 - Hvilke retningslinjer har dere for aktiviteter personalet ikke kan/ønsker å delta på
 - Vet du hvorfor?
 - Ser dere noen felles kjennetegn i personal gruppen
-
- Benytter dere personalet som følge eller andre utenfra.
 - Hvilken rolle har personalet som deltar.
 - Hvilket forhold har tjenestemottakerne deres til fysisk aktivitet
 - Hvilke aktiviteter tilbyr dere til tjenestemottakerne

Avslutning

- Hva vil du si er de tre viktigste tingene vi har snakket om
- Er det noe mer du vil legge til eller si
- Tusen takk for at du stilte opp
- Jeg sender ferdig transkripsjon til deg for godkjenning