

BSOBAC- Bacheloroppgave med forskningsmetode:

Kosthold og selvbestemmelse

En kvalitativ intervjuundersøkelse av hvordan tjenesteytere legger til rette for selvbestemmelse og medvirkning i matsituasjoner og når det gjelder kosthold for mennesker med utviklingshemming i bolig»



Universitetet
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Institutt for sosialfag**

**Bachelor i Sosialt arbeid
Uis, vår 2021**

Antall ord i besvarelsen: 13 198

Kandidatnummer: 3085

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	3
1.2 <i>Sosialfaglig relevans og problemstilling</i>	4
1.3 <i>Formål med oppgaven</i>	5
1.4 <i>Bakgrunn & begrepsavklaringer</i>	6
1.4.1 <i>Psykisk utviklingshemming</i>	6
1.4.2 <i>Tjenestemottaker/ beboer</i>	7
1.4.3 <i>Tjenesteyter/ Miljøterapeut</i>	8
1.4.5 <i>Bofelleskap/ bolig</i>	8
1.4.6 <i>Matssituasjoner</i>	9
1.4.7 <i>Brukermedvirkning - Medvirkning</i>	9
1.5 <i>Oppgavens oppbygning og struktur</i>	10
2. Teoretisk grunnlag	11
2.1 <i>Kostholds utfordringer for mennesker med utviklingshemming:</i>	11
2.2 <i>Hva ligger i begrepet «selvbestemmelse»?</i>	12
2.3 <i>Selvbestemmelse – en ferdighet som må læres og praktiseres:</i>	14
2.4 <i>Autonomi</i>	15
2.4 <i>Paternalisme og unnfalighet</i>	16
2.5 <i>Lært hjelpeløshet</i>	18
2.6 <i>Oppsummering av teoridel</i>	18
3. Metode	20
3.1 <i>Valg av metode</i>	20
3.2 <i>Presentasjon av informanter</i>	21
3.3 <i>Kildekritikk og litteratursøk</i>	22
3.4 <i>Etiske hensyn</i>	23
4 Resultater av funn	24
4.1 <i>Valgalternativer som metode for å muliggjøre selvbestemmelse</i>	24
4.2 <i>Alle kan bidra med noe</i>	25
4.3 <i>Motivering, veiledning og informasjon i matssituasjoner:</i>	27
4.4 <i>Oppsummering av viktigste funn</i>	28
5 Drøfting	30
5.1 <i>Kan det regnes som selvbestemmelse?</i>	30
5.2 <i>Hva «fremmer» og «hemmer» selvbestemmelse?</i>	32
5.3 <i>Årsaker til hvorfor noen ikke får bestemme selv</i>	35
6 Avslutning	38
Litteraturliste	40

1. Innledning

Mat er et grunnleggende behov hos mennesker, men også noe som er forbundet med sosialt samvær og for mange en trøst og en glede i hverdagen. Mat og kosthold er et sensitivt tema for mange også for personer med utviklingshemming. Personer med utviklingshemming har større risiko for overvekt enn resten av befolkningen da utviklingshemmede blant annet har manglende «metthetsfølelse som en konsekvens av redusert evne til å registrere og oppfatte kroppens signaler på at man er mett. Mennesker med utviklingshemming og deres appetittregulering er derfor i stor grad styrt utenfra (Bakken, 2015, s. 104). Mennesker med utviklingshemming vil i tillegg ha manglende forutsetninger for å reflektere over fremtidige konsekvenser av valg på bakgrunn av nedsatt kognitiv intelligens (Bollingmo, Ellingsen & Selboe, 2005, s. 21). Valg knyttet til hva man skal spise og innflytelse i eget kosthold er samtidig et grunnleggende område for selvbestemmelse og noe mennesker vanligvis bestemmer over selv.

Selvbestemmelse er et viktig begrep i velferdsstaten og er relevant for en rekke situasjoner og områder for utviklingshemmede i bolig. I denne oppgaven skal jeg undersøke dilemmaer knyttet til selvbestemmelse i matsituasjoner og kosthold. Oppgavens metode er kvalitativt intervju der miljøarbeidere i bolig for utviklingshemmede selv skal få fremme sitt syn på tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksisperioden min ble jeg tildelt praksisplass i et bofelleskap for mennesker med autisme og utviklingshemming. Etter min tid som student i praksis og senere som deltidsansatt i bolig for mennesker med utviklingshemming har jeg blitt opptatt av og interessert i hvordan man ivaretar selvbestemmelse og medvirkning for denne gruppen på ulike områder av tjenestetilbudet. I løpet av studieforløpet har det vært stort fokus på at selvbestemmelse og brukermedvirkning er viktig i arbeidet med mennesker i «utsatte grupper». Mennesker med utviklingshemming har likevel ikke vært et sentralt tema i utdanningen og er en gruppe jeg først og fremst fikk kjennskap til gjennom tiden min i praksis.

Jeg observerte selv det som kunne oppfattes som manglende tilretteleggelse for selvbestemmelse og medvirkning og det har økt min bevissthet og interesse på området. Under praksisperioden min i bolig ble jeg spesielt opptatt av selvbestemmelse og medvirkning knyttet til mat og kosthold for mennesker med utviklingshemming. Min egen erfaring fra praksis tilsier at dette kan være et sentralt, men vanskelig tema i bolig som kan utløse store dilemma i omsorgsutøvelsen. Jeg har opplevd store motsetninger i tjenesteutøvelsen der man på den ene siden ønsker å tilrettelegge og åpne for medvirkning og selvbestemmelse rundt mat og kosthold, men samtidig holdninger hos tjenesteytere som fremmer at det tas feil valg. Oppsummert er det fordi jeg opplever dette temaet som åpent og på et vis uavklart og fordi det er sosialfaglig relevant, at jeg ønsker å skrive om selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming i bolig når det gjelder kosthold og matsituasjoner.

1.2 Sosialfaglig relevans og problemstilling

Fokus på ernæring i institusjoner og bofellesskaper regnes som en sentral og naturlig del av pleie, behandling og ivaretagelse av omsorg. Miljøarbeidere i bolig skal sørge for et helsefremmede kosthold som har en positiv virkning på helsen til beboerne (Heir & Sørhøy, 2018). På bakgrunn av nedsatt kognitiv forståelsesnivå vil som nevnt ikke mennesker med utviklingshemming alltid ha forutsetninger for å forstå fremtidige konsekvenser av valg og i dette tilfellet eventuell overvekt og sykdom eller feilernæring og undervekt. Fokus på ernæring i bolig er spesielt viktig med tanke på å forhindre og forebygge langsiktige konsekvenser som livsstilssykdommer og redusere et fremtidig behov for mer inngripende tiltak knyttet til regulering av mat og kosthold. Det vil trolig variere hvor mye personer med utviklingshemming er med å bestemmer og medvirker i eget kosthold i bolig. Det må i midlertid regnes som viktig å kunne ha innflytelse knyttet til hva man ønsker å spise, deltakelse i egen matlaging samt å kunne velge bort mat man ikke liker.

Sosialarbeidere er gjennom det yrkesetiske grunnlagsdokumentet forpliktet til å arbeide for annerkjennelse og ikke-diskriminering for utsatte grupper i samfunnet. Dokumentet er både ment som en veiledning og et verdi-grunnlag for måten vi arbeider på.

Selvbestemmelsesretten til personer med utviklingshemming må forstås som viktig og den skal ikke settes til siden med mindre det står om liv og helse. Kampen for annerkjennelse,

likeverd og empowerment i samfunnet for denne gruppen er ikke avsluttet og dette er noe tjenesteytere må sette fokus på i måten man legger frem tjenestetilbudet (FO, 2019).

Problemstillingen i denne oppgaven blir mot denne bakgrunnen følgende:

«Hvordan legger tjenesteytere til rette for selvbestemmelse og medvirkning i matsituasjoner og kosthold for mennesker med utviklingshemming i bolig?».

Jeg vil besvare problemstillingen min med et fokus på når overspising og overvekt/undervekt kan være konsekvenser av selvbestemmelse og når det nødvendigvis ikke er det. I denne oppgaven inkluderes ikke tvangstiltak som en mulig «løsning» på eventuelle etiske dilemma da tvang vil stå i motsetning til selvbestemmelse og medvirkning som er fokuset for problemstillingen i denne oppgaven. Helse og omsorgstjenesteloven kap 9 §1 legger vekt på at andre løsninger skal benyttes før tvang kan anvendes og det er disse løsningene jeg ønsker å ha fokus på i oppgaven.

1.3 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å kartlegge hvordan tjenesteytere i bolig legger til rette for selvbestemmelse og medvirkning for mennesker med utviklingshemming i matsituasjoner og kosthold. Valg og beslutninger knyttet til mat og kosthold er et sentralt tema i bolig for mennesker med utviklingshemming der mange har problemer med å kontrollere matinntak. Samtidig er det kanskje et tema som det ikke finnes mye uttalt kunnskap om og som kan føre til usikkerhet blant tjenesteytere og mangel på gode løsninger som ikke inkluderer tvangsbruk. Selvbestemmelsesretten til mennesker med utviklingshemming kan i mange tilfeller føre til etiske problemstillinger som kan være vanskelig å overveie for tjenesteytere da man i tjenestetilbudet både er forpliktet til å legge til rette for selvbestemmelse og til å yte forsvarlig praksis.

1.4 Bakgrunn & begrepsavklaringer

Jeg vil i oppgaven benytte meg av noen begreper som har et bestemt meningsinnhold og redegjøre her kort for disse.

1.4.1 Psykisk utviklingshemming

I Norge er det mellom 47.000 og 61.500 personer som oppfyller kriteriene for diagnosen «psykisk utviklingshemming» i følge en rapport fra helsedirektoratet om utredning og diagnostisering av utviklingshemmede (Helsedirektoratet, 2019, s. 26). Som en medisinsk diagnose tatt ut fra diagnosesystemet vil man bruke betegnelsen «psykisk utviklingshemming». I denne oppgaven ønsker jeg å gå bort fra begrepet psykisk utviklingshemming og i stedet benytte meg av betegnelsene mennesker eller personer med utviklingshemming. «*Psykisk*» utviklingshemming må knyttes til menneskers psyke og henholdsvis til psykiske lidelser. Mennesker med utviklingshemming har ikke nedsettelse tilknyttet eget følelsesliv eller psyken, men nedsettelse i kognitive prosesser og læringsevne (Eknes, 2014, s. 86).

I Norge blir diagnosen «psykisk utviklingshemming» stilt på bakgrunn av kriteriene i det internasjonale diagnosesystemet ICD-10. I diagnosesystemet ICD-10 defineres psykisk utviklingshemming som:

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser (ICD-10, 2021).

Psykisk utviklingshemming kjennetegnes av svekket intelligens og nedsatte kognitive evner der språklige, motoriske, sosiale og kognitive ferdigheter vil skape ulik grad av utfordringer i dagliglivet. Nedsatte kognitive evner kan medføre utfordringer knyttet til å tolke og forstå omgivelsene, regulering av emosjoner, språkvansker, kommunikasjonsvansker og utfordringer med hukommelse og innlæringsevne (Naku, 2021). Diagnosen kan i tillegg øke risiko for å utvikle tilleggsvansker som sykdom eller lidelse. Hvordan man tilrettelegger for individuelle utfordringer vil derimot være viktig for om vedkommende utvikler slike tilleggsvansker (Naku, 2021).

I følge ICD-10 er «psykisk utviklingshemming» en livslang diagnose som stilles i barndommen, før man fyller 18 år. Diagnosen deles inn i ulike alvorlighetsgrader og skilles i diagnosesystemet ICD-10 mellom lett, moderat, alvorlig, og dyp grad av utviklingshemming. For å oppfylle kriteriet for «psykisk utviklingshemming» må vedkommende ha en IQ på under 70. Graden av utviklingshemming blir vurdert ut fra intelligensprøver der skåren av IQ, altså personens kognitive evner er avgjørende for hvor alvorlig diagnosen er (ICD-10, 2021). Jeg ønsker ikke å gå konkret inn på de forskjellige alvorlighetsgradene av utviklingshemming og hvilken mental alder disse tilsvarer. Mennesker med utviklingshemming kan ikke regnes som en ensartet gruppe da det foreligger store variasjoner i både kognitivt nivå og funksjon også innenfor de ulike gradene av utviklingshemming.

Hvordan samfunnet forstår, møter og tilrettelegger for personer med utviklingshemming vil ha stor betydning for hvor små eller store begrensninger «utviklingshemmingen» har for vedkommende (Meyer, 2008, s. 59). Selv om den mentale alderen til en voksen person er 6-9 år ved eksempelvis moderat utviklingshemming vil vedkommende naturligvis ha mer livs erfaringer enn et barn med kronologisk samme alder. Den kognitive evnen til å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskap vil derimot kunne sammenlignes med den mentale alderen (Helsedirektoratet, 2019. s.15).

1.4.2 Tjenestemottaker/ beboer

I denne oppgaven ønsker jeg å bruke betegnelsen «beboer» om mennesker med utviklingshemming som er bosatt i bolig. Jeg har valgt å unngå å benytte meg av begrepet «bruker» som lenge har vært og som fortsatt er en vanlig betegnelse for grupper som er mottakere av sosiale tjenester. Begrepet «bruker» blir likevel kritisert for å være et negativt ladet begrep som ikke tar tilstrekkelig hensyn til at vedkommende først og fremst er et menneske som alle andre og i liten grad kun innehar rollen som bruker av sosiale tjenester (Bollingmo, Johnsen & Høium, 2004, s. 29). Benytter man seg av begrepet «beboer» beskriver det for det første at boligen vedkommende bor i er et hjem og ikke kun en arbeidsplass og at man lever et normalt dagligliv som alle andre (Christensen & Nilssen, 2006, s. 43). Begrepet vil også fremme forståelse for at man er en «borger» i samfunnet med tilhørende borgerrettigheter som alle andre selv om man mottar helse og sosialtjenester (Ellingsen, 2005, s. 69).

Jeg vil også benytte meg av begrepet «tjenestemottaker». Tjenestemottaker må regnes til å være et mer passivt begrep enn beboer. Å benytte seg av begrepet tjenestemottaker vil i noen tilfeller likevel være hensiktsmessig for å ikke undergrave at mennesker med utviklingshemming har stort hjelpe -og bistandsbehov og er mottakere av sosiale tjenester.

1.4. 3 Tjenesteyter/ Miljøterapeut

Når jeg refererer til personer som arbeider og yter tjenester for mennesker med utviklingshemming i bolig vil jeg anvende begrepet «tjenesteyter». Tjenesteyter vil stå i sammenheng med begrepet tjenestemottaker da en tjenesteyter yter tjenester til en tjenestemottaker og en tjenestemottaker vil være en person som mottar disse tjenestene. Tjenesteytere som arbeider i bolig med mennesker med utviklingshemming vil også gå under fellesbetegnelsen «miljøarbeider» eller «miljøterapeut». Som miljøterapeut og miljøarbeider i møtet med mennesker med utviklingshemming vil miljøterapi handle om å skape muligheter ved å aktivt påvirke og endre miljøet rundt den utviklingshemmede slik at vedkommende kan mestre de kravene som blir stilt. Opplæring, forandring og utvikling kan knyttes til terapidelen i miljøterapi (Ellingsen, 2014, s. 153).

Begrepet «personal» vil også bli brukt, men vil primært forbeholdes til drøftingsdelen av oppgaven.

1. 4. 5 Bofelleskap/ bolig

På 1990- tallet førte ansvarsreformen til institusjonsavvikling som bidro til at mennesker med utviklingshemming ble overført fra institusjonene i fylkeskommunene og tilbake til sine opprinnelige hjemkommuner. Ansvarer ble overført til kommunene der mennesker med utviklingshemming skulle bli bosatt i mindre bofellesskaper og boliger (Tøssebro, 2014, s. 56). Bofelleskapenes funksjon skulle sikre økt selvbestemmelse i dagliglivet og følelsen av å være aktør i eget liv ved bruk av selvstendige leiligheter (Tuntland, 2006, s. 236). Et bofelleskap består som regel av fellesrom, personalrom og samlokaliserte leiligheter der tjenestemottakeren får bistand i egen leilighet. Ved bruk av egne leiligheter og separat personalrom vil det skape et klarere skille mellom at boligene ikke kun er en arbeidsplass, men beboernes private hjem (Kittelsaa, 2019, s. 108). Boligen jeg har fått kontakt med er et døgnbemannet bofelleskap der beboere har tilgang til ansatte hele døgnet. I denne oppgaven

vil jeg veksle mellom å benytte meg av begrepene «bofelleskap» og «bolig» når jeg refererer til beboerens hjem.

1.4.6 Matssituasjoner

Med «matsituasjoner» refererer jeg til alle situasjoner i bolig som omhandler selvbestemmelse og medvirkning knyttet til ulike mat- valg og kosthold. I hverdagen vil matsituasjoner i bolig blant annet inkludere deltakelse og utforming av handlelister, ukes menyer, matlaging, porsjonering av mat og valgfrihet rundt hva man ønsker å spise til dagens ulike måltider. Selvbestemmelse og medvirkning knyttet til matvalg i bolig kan videre knyttes opp mot ukentlige handleturer og i hvor stor grad og hvordan tjenestemottaker medvirker under handleturer på butikken.

1.4.7 Brukermedvirkning - Medvirkning

Selvbestemmelse og brukermidvirkning er begreper som ofte brukes om hverandre, men som likevel er begreper med ulikt innhold som er hensiktsmessig å skille fra hverandre. Brukermedvirkning er et sammensatt begrep bestående av ordene «bruker» og «medvirkning». Avhengig av sammensettingen av ordet vil dette begrepet også kunne ha forskjellige betydninger og virkeområder. I følge Ellingsen (2005, s. 46) er brukermidvirkning noe man bør knytte til demokratiske og politiske prosesser på systemnivå om hvorvidt grupper får mulighet til å medvirke i vedtak som kan ha betydning for dem som enkeltpersoner. På individnivå vil brukermidvirkning i større grad fokusere på den individuelle retten en person har til å medvirke i saker som angår en selv og utforming av eget tjenestetilbud (Ellingsen, 2005, s. 43). I bolig vil medvirkning ofte være knyttet til utarbeidelse av ulike planer som blant annet individuell plan, dagsplaner og ukeplaner eller enkeltvedtak og tiltak som angår den enkelte (Ellingsen, 2005, s. 39).

I et bofelleskap vil begrepet i størst grad omhandle den medvirkning som foregår i hverdagssituasjoner og på områder som kan regnes som viktige for den enkelte som foreksempel husarbeid, matlaging og deltakelse i aktiviteter (Ellingsen, 2005, s. 43). Det å medvirke begrenses likevel til at man ikke uavhengig bestemmer selv. En tjenesteyter vil i samme situasjon også kunne medvirke (Ellingsen, 2005, s. 42). Medvirkning må likevel regnes som viktig fordi man har en innflytelse på eget liv ved å selv bidra i beslutninger og valg (Aune, 2004, s. 64). I denne oppgaven anser jeg at «medvirkning» er en relevant

avgrensning av begrepet brukermedvirkning da begrepet i større grad kan knyttes til selvbestemmelse som er et sentralt fokus i oppgaven min.

1.5 Oppgavens oppbygning og struktur

I kapittel 1 har jeg gitt en presentasjon av bakgrunn for valg av tema, sosialfaglig relevans, presentasjon av problemstilling og avgrensning av oppgaven. Videre har jeg foretatt viktige begrepsavklaringer som er hensiktsmessige for å forstå oppgavens innhold.

I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven som vil utgjøre bakgrunnen og utgangspunktet for drøftingen og funnene i forskningen. Her legger jeg vekt på viktige begreper i omsorgsarbeid for mennesker med utviklingshemming som selvbestemmelsesbegrepet, selvbestemmelse og læring, autonomi, paternalisme, unnfalighet og lært hjelpeløshet. Jeg gir også et bidrag rundt kostholds og ernæringsutfordringer hos personer med utviklingshemming. Tjenesteytere stiller i en nøkkelrolle i det daglige arbeidet med kosthold for beboere samtidig som det vil være dilemma knyttet til selvbestemmelse og forsvarlig omsorg.

I kapittel 3 presenteres oppgavens metodedel. Her redegjør jeg for valg av metode, presentasjon av informanter, kildekritikk og litteratursøk og etiske hensyn.

I kapittel 4 presenterer jeg funnene av forskningen min. Her vil jeg se på likheter og forskjeller og trekke inn relevant teori.

I kapittel 5 presenteres drøftings delen av oppgaven. Her vil jeg drøfte funnene fra intervjuet opp mot teoridelen av oppgaven. Her har jeg et ekstra fokus på positive og negative konsekvenser av å bestemme eller ikke bestemme selv i matssituasjoner og eget kosthold. Jeg vil også komme innom temaene overspising, overvekt og undervekt.

I kapittel 6 presenteres det til slutt en avslutning for oppgaven.

2. Teoretisk grunnlag

Her vil jeg presentere det teoretiske grunnlaget for oppgaven som blir et bakteppe opp mot de funnene jeg har gjort i forbindelse med forskningen min. Jeg gir først et bidrag til hva som kan fremme kostholds utfordringer for mennesker med utviklingshemming. Videre fokuserer jeg hovedsakelig på selvbestemmelsesbegrepet og hvordan mennesker med utviklingshemming i ulik grad har behov for tilretteleggelse for å bestemme selv. Jeg redegjør videre for autonomioppfatninger som stiller strengere krav til selvbestemmelse. Jeg fokuserer også på begrepene paternalisme og lært hjelpeløshet som på den andre siden kan redusere selvbestemmelsesretten til personer med utviklingshemming på forskjellige områder.

2.1 Kostholds utfordringer for mennesker med utviklingshemming:

Mennesker med utviklingshemming vil i ulik grad ha utfordringer knyttet til ernæring og helse og spesielt for diagnosen knyttes problemene ofte til overvekt og fedme (Kolset, 2020). I kvalitetsforskriften til lov om kommunal helse og omsorgstjenester vektlegges det at kommunen skal sørge for at brukere av pleie og omsorgstjenester skal få dekket sine fysiologiske behov. Dekningen av fysiologiske behov vil inkludere et helsefremmende kosthold, tilstrekkelig med mat, drikke og valgfrihet knyttet til mat (FOR-1997-02-27-358). Svein Olav Kolset, professor i ernæring mener at ernæringsarbeid i stor grad handler om å støtte og veilede mennesker med utviklingshemming til å gjøre gode valg. Dette stiller krav til kunnskap hos tjenesteyter om kosthold og kostholds utfordringer (Lystad, 2017).

Mennesker med utviklingshemming er en gruppe som i ulik grad har vanskeligheter med regulering av appetitt og til å kjenne igjen og forstå kroppens «metthetsfølelse» (Bakken, 2015, s. 104). Menneskers oppfattelse av sult og metthet er forbundet med aktiviteter i områder som ligger i hjernens hypothalamus. I hypothalamus finnes det både et metthetscenter og et appetittcenter. Å kjenne igjen når kroppen signaliserer at man er mett og måltidet er over er en bevisst handling utviklingshemmede kan ha vanskeligheter med å avgjøre og forstå (Bakken, 2015, s. 104). Mennesker med utviklingshemming vil likevel ha varierende utfordringer knyttet til mat og kosthold og man kan ikke se på utviklingshemmede som en ensartet gruppe. Marianne Nordstrøm legger vekt på at mennesker med Downs syndrom har høy risiko for overvekt, lav forbrenning, er mindre aktive enn andre og at dette er en biologisk forankring som må tilknyttes den spesifikke diagnosen (Lystad, 2017). Mennesker med

utviklingshemming har likevel risiko for å både bli overvektige og undervektige. Mennesker med alvorlig eller dyp grad av utviklingshemming eller med autistiske trekk kan også stå i risiko for å bli undervektige som en konsekvens av selektive spisemønstre, spisevaner og selektivitet knyttet til konsistens (Kolset, Nordstrøm, Hope, Retterstøl, Iversen, 2018, s. 2).

2.2 Hva ligger i begrepet «selvbestemmelse»?

Selvbestemmelse er et mangetydig begrep som vil ha flere betydninger i ulike situasjoner og på forskjellige bruksområder. Ellingsen (2007) legger vekt på at selvbestemmelse handler om valg og beslutninger. Ellingsen legger videre vekt på at det å bestemme selv også innebærer muligheten til å unnlate å velge eller bestemme selv (Ellingsen, 2007, s. 25). Høim (2004) legger vekt på at selvbestemmelse blant annet innebærer å ta egne avgjørelser, å avslå eller samtykke i andres valg, løse problemer og sette mål og strategier for å nå målene man setter seg (Høium, 2004, s. 156). Den største teoretikeren på feltet om selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming er Michael Wehmeyer. Wehmeyer (1996a, 22) definerer selvbestemmelse som «*acting as the primary causal agent in one's life and making choices and decisions regarding one's quality of life free from undue external influence or interference*» (Wehmeyer & Schwartz, 1998, s. 4). Wehmeyer legger vekt på at selvbestemmelse handler om å være hovedaktør i eget liv uten påvirkning av andre. Selvbestemmelse er derfor nært knyttet til det å ha kontroll over eget liv ved muligheten til å foreta egne valg og beslutninger. Det motsatte av selvbestemmelse må derfor regnes som at andre tar valg eller beslutninger for oss (Bjørnrå, 2008, s.118).

Selvbestemmelse er en grunnleggende menneskerettighet som omtales i blant annet Grunnloven av 1814, menneskerettighetsloven (1999) og i særlover som pasientrettighetsloven (1999), sosialtjenesteloven, (2009) og straffeloven (2005) (Ellingsen, 2005, s. 50). For de aller flest er selvbestemmelse i midlertidig en naturlig del av utviklingen og noe man vanligvis vil utøve uten å tenke på det som en rettighet. Selvbestemmelse er noe man utøver hver dag når man treffer små eller store valg eller beslutninger i hverdagen (Ellingsen, 2007, s. 29). For mennesker med utviklingshemming som har en betydelig annerledes stilling i samfunnet er dette ofte ikke tilfellet. Selvbestemmelse er noe som ofte fraskrives utviklingshemmede på grunnlag av nedsatte kognitive evner og manglende tro hos tjenesteyter på at vedkommende har mulighet for å foreta egne valg (Ellingsen, 2007, s. 28).

I Ellingsen (2005, s. 69) refereres det til Bengt Nirjes uttalelse i boken «Normaliseringsprincippet» av 2003 om selvbestemmelsesretten. «Om ratten til självbestemmande inte respekteras, finns den inte».

Selvbestemmelsesretten til personer med utviklingshemming er derfor styrket som en egen lovfestet rettighet i helse og omsorgstjenesteloven kap 9:

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig i overenstemmelse med tjenestemottakers selvbestemmelsesrett. Ingen skal behandles på en nedvergende eller krenkende måte» (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-1).

Formålet til helse og omsorgstjenesteloven er at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal være i overenstemmelse med tjenestemottakers selvbestemmelsesrett. Rettigheten forplikter tjenesteytere i bolig for utviklingshemmede til å legge til rette for selvbestemmelse i alle deler av tjenestetilbudet sammen med den det angår. Retten til selvbestemmelse må også forstås som at det ikke skilles mellom gode og dårlige valg og at selvbestemmelse også inkluderer at det kan fattes «dårlige valg» (Guddingsmo, 2019, s. 79).

I følge Høium (2004) handler selvbestemmelse for personer med utviklingshemming i bolig i stor grad om de små tingene i livet. Med dette kan selvbestemmelse knyttes til måltider, personlig hygiene, påkledning, økonomi, sosialt liv og disponering av egen fritid (Høium, 2004, s. 156). Bollingmo et al., (2005, s. 21) legger på tilsvarende måte vekt på at små valg i hverdagen som å velge hva man skal ha på skiven eller å velge om vi vil ha besøk eller hvem vi skal besøke er selvbestemmelse. Selvbestemmelse er i følge Bollingmo et al., (2005, s. 19) noe som likevel krever både intellektuelle evner og evnen til å se konsekvensene av valg man tar. Ellingsen (2007) legger vekt på at å overskue konsekvenser av valg og beslutninger innebærer evne til abstrakt tenkning, kunnskap om erfaringer, resonering og veiing av fordeler og ulemper (Ellingsen, 2007, s. 35). Utviklingshemmede har som tidligere nevnt ut fra diagnosemanualen ICD-10 nedsatte kognitive evner og «utviklingshemming» i seg selv kan på denne måten utfordre selvbestemmelse og de kravene som stilles. Ellingsen (2007, s. 29) legger vekt på at det kan virke som om mennesker med utviklingshemming og andre «svake grupper» må bevise at de har kognitive forutsetninger til å ta egne valg til tross for at selvbestemmelse i utgangspunktet er en rettighet alle mennesker har.

2.3 Selvbestemmelse – en ferdighet som må læres og praktiseres:

For mennesker med utviklingshemming som stadig opplever at tjenesteytere har tatt valg for dem er selvbestemmelse noe som først må læres og praktiseres for at man skal utvikle de nødvendige ferdighetene som kreves for å ta beslutninger og valg. Selvbestemmelse må på denne måten forstås som en naturlig modningsprosess som utvikles og læres over tid (Bollingmo et al, 2005, s. 21). Å ta egne valg og beslutninger vil ikke entydig bety at det må gjøres selvstendig for at det skal regnes som selvbestemmelse. Ellingsen (2007, s. 25) legger vekt på at det er kontrollen over utfallet som er det viktigste. Mennesker med utviklingshemming vil i ulik grad trenge hjelp til å ivareta retten til selvbestemmelse (Bjørnrå, 2008 s. 127.) Av stortingsmelding 45 går det frem at ansatte i helse og omsorgstjenestene skal legge til rette for at mennesker med utviklingshemming kan lære og utøve selvbestemmelse (Meld. St. 45 (2012-2013), s. 30). Tilretteleggelse for selvbestemmelse stiller på denne måten høye krav til både kompetanse og kunnskap fra tjenesteyter sin side (Bollingmo et al., 2005, s. 29).

Bjørnrå (2008) viser til å velge mellom alternativer som en form for tilretteleggelse for selvbestemmelse. I følge Bjørnrå (2008, s. 131) er en forutsetning for å ta valg i midlertid at tjenestemottaker lærer seg ferdigheten av å velge og har kjennskap til hva som er alternativene. Avhengig av kognitivt nivå og intelligens vil mennesker med utviklingshemming ha ulike forutsetninger for å kunne se og vurdere alternativer (Bjørnrå, 2008, s. 123). Høium (2004) problematiserer at mennesker med utviklingshemming lærer sakte, trenger mange repetisjoner og at ferdigheter ikke nødvendigvis vedvarer over tid (Høium, 2004, s. 156). Valg finnes på ulike nivåer og å velge mellom to alternativer kan ses på som et mindre krevende valg. Dette stiller krav til tjenesteyter om å starte på lavt nivå og over tid utvide med flere alternativer og vanskeligere valg. Bollingmo et al., (2005, s. 21) mener at praktisering av selvbestemmelse også inkluderer å prøve og feile ved å foreta mindre alvorlige valg og ta læring av disse erfaringene. Ellingsen (2005, s. 52) legger vekt på at gjennom tilgang på informasjon fra andre vil beslutningsgrunnlaget vårt utvides og støtte opp de erfaringene og kunnskapen man allerede har. Mennesker med utviklingshemming som innehar mange erfaringer vil kunne avdekke og kjenne igjen mange sider av de situasjonene de befinner seg i og erfaringer kan til en viss grad kan styrke det kognitive aspektet (Ellingsen, 2007, s. 26).

Mennesker med utviklingshemming vil i stor grad være avhengig av hvordan omgivelsene er utformet og hvor mye tilrettelegging og interesse tjenesteyter legger i å tolke og forstå vedkommendes ønsker (Bjørnrå, 2008, s. 121). Kognitive vansker knyttet til manglende språk eller kommunikasjonsvansker kan vanskeliggjøre forståelse for hva personer med utviklingshemming forsøker å uttrykke. Relasjon og kunnskap om tjenestemottaker kan i midlertidig være avgjørende for om vi forstår hva vedkommende ønsker å kommunisere i disse situasjonen (Bjørnrå, 2008, s. 125). Bjørnrå (2008, s. 124) legger vekt på at dette må betraktes som et relasjonelt problem der tjenesteyter er den som har størst forutsetninger til å gjøre noe med problemet. Å opprettholde god relasjon, god samhandling og gjensidig forståelse kan være avgjørende for om tjenesteyter klarer å oppfatte hva som er tjenestemottakers interesser og preferanser og dermed muligheten til å utøve selvbestemmelsesretten (Bjørnrå, 2008, s. 121).

2.4 Autonomi

Når man er inne på selvbestemmelse begrepet så kommer man ikke bort fra begrepet «autonomi» som ofte blir brukt som et synonym for selvbestemmelse. Begrepet «autonomi» er en sammensetning av to greske ord. Autos som betyr «selv» og nomos som betyr lov, norm eller regel (Frost, 2007, s. 50). Det kan være vanskelig å skille begrepene selvbestemmelse og autonomi fra hverandre fordi de på mange områder utfyller hverandre, men man kan si at autonomi strekker seg lengre enn det selvbestemmelse gjør når det kommer til «absolutt frihet». Autonomibegrepet bygger på at mennesker er selvstyrende subjekter med rettigheter til å bestemme over seg selv og som er ansvarlig for sitt eget liv (Svendsen, 2019).

Autonomibegrepet stiller også strengere krav til besittelsen av visse evner og rasjonalitet i valgene man tar. Å være autonom stiller krav til å ha evner til å tenke rasjonelt uten emosjonelle forstyrrelser, forståelse av egne evner og evne til kritisk refleksjon over egne oppfatninger. For å være autonom må valgene altså bygge på en viss grad av rasjonalitet og begrunnelse (Svendsen, 2019). Lorentzen (2007, s. 95) legger i likhet vekt på at valgene må bestå av selvstendig tenkning, bedømming og vurdering.

Autonomi kan regnes som et normativt begrep og hvor strengt vi tolker begrepet vil bestemme om vi regner folk som autonome. Noen vil si at autonomi handler om selvstendig tenkning uten påvirkning fra andre. Lorentzen (2007, s. 95) vektlegger likevel at mennesker generelt ikke er uavhengige av andre og at man i ulik grad blir påvirket av omgivelsene.

Han mener denne påvirkningen må regnes som en naturlig og sunn avhengighet av andre. Sullivan & Niker legger vekt på det de betegner som «relasjonell autonomi». Sullivan & Niker (2018) sier: «Relational autonomy's claim that our autonomy competencies are developed and nurtured within supportive social and interpersonal relationships... (Sullivan & Niker, 2018, 654). Dette fremmer en forståelse, i likhet med Lorentzen (2007, s. 99) at man ikke automatisk blir autonom, men at autonomi i stor grad utvikles i samhandling med andre. Mennesker med utviklingshemming vil i ulik grad trenge tilretteleggelse og støtte fra omgivelsene for å bli klar over egne valgmuligheter og preferanse og dermed utøvelsen av autonomi.

2.4 Paternalisme og unnfalighet

I omsorgsarbeid for mennesker med utviklingshemming er selvbestemmelse, paternalisme og unnfalighet sentrale områder som kan være vanskelig å balansere (Christensen & Nilssen, 2006, s. 48). Paternalisme er et begrep som kjennetegnes ved at tjenesteyter overtar eller bestemmer over tjenestemottaker i valg eller beslutninger vedkommende i hovedsak kunne mestret selv. Begrunnelsen for paternalisme handler først og fremst om at tjenesteyter i regi av sin profesjon oppfatter å vite bedre hva som er «det beste» for tjenestemottaker enn tjenestemottaker selv (Christensen & Nilssen, 2006, s. 48). Ellingsen (2007, s. 169) mener paternalisme kommer fra et ønske om å «beskytte» basert på manglende tro på at vedkommende ser valgmuligheter eller konsekvenser av egne valg og dermed ikke vet sitt eget beste.

Det kan videre være nyttig å skille mellom svak og sterk paternalisme. Sterk paternalisme eller formynderi innebærer et urimelig inngrep i selvbestemmelsesretten til en tjenestemottaker som i utgangspunktet har evner til å velge og bestemme selv (Christensen & Nilssen, 2006, s. 49). Sterk paternalisme kan forekomme i situasjoner der tjenesteytere er uenig i valg og beslutninger hos tjenestemottaker noe som kan utfordre personlige holdninger og meninger (Christensen & Nilssen, 2006, s. 52). Paternalistisk atferd fra tjenesteutøveres side kan forstås som at tjenesteyter ikke er enige i at valg tjenestemottaker tar er til det beste for personen og tar derfor valget for dem for å hindre vedkommende å utføre disse handlingene (Svendsen, 2009, s. 5). Sterk paternalisme kan dermed når det gjelder omsorg for beboere være en konsekvens av hvilken omsorgskultur som råder i den aktuelle boligen og i

hvor stor grad det finnes rom for at beboerne får ta egne selvstendige valg selv om man som tjenesteutøver ikke nødvendigvis hadde tatt de samme valgene (Christensen & Nilssen, 2006, s. 53).

I følge Christensen og Nilssen (2006, s. 50) er forutsetningen for selvbestemmelse at vedkommende har mental og kognitiv kapasitet til å ta egne beslutninger og til å utøve egen frihet. Svak paternalisme vil regnes som inngrep i de situasjonene tjenestemottaker ikke har mulighet til å velge eller bestemme selv som resultat av manglende kognitive evner. Videre vil svak paternalisme kunne forsvares ved at det benyttes for å hindre lidelse og med et fremtidig sikte på å øke den enkeltes evner til å senere fatte selvstendige valg gjennom ulike former for behandling eller pedagogiske tiltak (Christensen & Nilssen, 2006, s. 50). Den svake paternalismen blander seg ikke inn i målene, men utelukkende i midlene vedkommende bruker for å fremme sine mål (Svendsen, 2009, s. 5). Man kan på denne måten si at svak paternalisme ikke tar fra vedkommende selvbestemmelsesretten, men hjelper vedkommende til å delta ut fra sine forutsetninger.

I følge Ellingsen (2007) kan det være galt å tro at noen ikke kan bestemme selv, men det kan forøvrig også være galt å tro at noen kan bestemme selv. Selv om mennesker med utviklingshemming har rett til selvbestemmelse og ivaretagelsen av psykisk integritet er det likevel en gruppe som er avhengig av mye omsorg (Ellingsen, 2007, s. 28). I de tilfellene der tjenestemottaker ikke er i stand til å forstå hva som er til sitt eget beste vil paternalisme være et nødvendig tiltak for å ivareta god omsorg og forsvarlig praksis. Unnfallenhet er det motsatte av paternalisme og kjennetegnes ved at man stiller seg likegyldig eller avhjelpende i situasjoner der man ser at vedkommende er hjelpetrengende (Christensen & Nilssen, 2006, s. 52). Dersom man legger for stor vekt på tjenestemottakers selvbestemmelsesrett kan det resultere i svikt i omsorgsarbeidet fra tjenestemottakers side noe som kan føre til alvorlige konsekvenser. Tjenesteyters plikt til å utføre forsvarlig omsorg finner man i helsepersonellloven §4. Bestemmelsen om forsvarlighet innebærer flere områder å yte forsvarlighet på, men et minimumskrav til forsvarlig omsorg vil være dekning av primære behov som søvn, mat og hygiene. Kravet til forsvarlighet innebærer også forventinger i utøvelsen av et fag, tilretteleggelse for selvbestemmelse og omsorgsfull hjelp (Dahlen, 2007, s. 153).

2.5 Lært hjelpeløshet

«Lært hjelpeløshet» er et fenomen som kan oppstå ved at man over lengre tid opplever manglende kontroll, innflytelse og forutsigbarhet i eget liv og atferden blir en innlært del av personligheten (Bakken, 2005, s. 179). Begrepet «lært hjelpeløshet» er opprinnelig en motivasjonsteori utarbeidet av Martin Seligman kalt «The learned helplessness theory». Teorien er basert på funn fra eksperimenter på dyr som blir utsatt for ukontrollerbare hendelser som viste seg å ha alvorlige konsekvenser i andre situasjoner. Seligman & Maier (1976, s. 9) beskriver på samme måte at når et menneske er utsatt for «skadelig stimuli» som ikke kan kontrolleres så synker motivasjonen til å respondere. Begrepet kan videre forklares ved at i situasjoner som er ukontrollerbare lærer man at egen oppførsel og utfall er uavhengig og denne læringen vil svekke kognitive, emosjonelle og motiverende ferdigheter hos individet (Seligman & Meier, 1976, s. 3).

For mennesker med utviklingshemming kan manglende anerkjennelse, støtte og respekt fra omgivelsene føre til en svekket forståelse av egne evner til å ta valg (Aune, 2004, s. 57). Ellingsen (2007, s. 30) legger vekt på at dersom dette skjer én gang virker det sårende, men skjer det gjentatte ganger kan det virke hemmende. Å stille krav til at tjenestemottakere skal foreta egne valg og ta kontroll over egen livssituasjon kan forhindre lært hjelpeløshet og passivitet. Tuntland (2006) legger vekt på tjenestemottaker i disse situasjonene ofte innehar evner til en ferdighet eller å utføre en aktivitet, men ikke lengre ønsker å gjøre det på bakgrunn av opplevelsen av å være uten mulighet til å påvirke egen situasjon. Lært hjelpeløshet kan på denne måten føre til at personen blir mer hjelpetrengende enn den egentlig er og i større grad kan invitere tjenesteytere til å ta beslutninger for dem (Tuntland, 2006, s. 251).

2.6 Oppsummering av teoridel

Bakgrunnen for denne gjennomgangen får frem hva som ligger i selvbestemmelsesbegrepet og som også ligger nært opp mot paternalisme. Tjenesteytere står i sin omsorgsutøvelse i et dilemma mellom å fremme selvbestemmelse og yte forsvarlig omsorg. Autonomibegrepet stiller strengere krav til å bestemme selv og kan vanskeliggjøre selvbestemmelse for denne gruppen. Man kan ikke alltid heller si at jo mer autonomi jo bedre dersom man i liten grad har forståelse for de valgene man tar. Utøvelse av selvbestemmelse for denne gruppen ser i stor grad ut til å være avhengig av tjenesteyteres tilretteleggelse. Presentasjon av valg, tilpasset

informasjon og tjenesteyters lydhørhet og kompetanse ovenfor tjenestemottakers preferanser ser ut til å være avgjørende for reell selvbestemmelse. De ulike perspektivene er nyttige for å kunne drøfte funnene jeg senere tar opp da perspektivene fremmer en rekke betingelser som gjør at diskusjonen knyttet til kosthold og selvbestemmelse i matsituasjoner mot denne gruppen blir enda vanskeligere.

3. Metode

3.1 Valg av metode

Metode handler om på hvilken måte og hvordan vi finner informasjon om et tema. I følge Dalland (2017, s. 54) er metode redskapet i en undersøkelse og man velger den metoden som egner seg best til problemstillingen. Metoden kan enten være kvantitativ eller kvalitativ.

Kvantitative metoder behandler data i målbare enheter som kan fremstilles i tall, i motsetning til en kvalitativ metode som vektlegger meninger, opplevelser og erfaringer som vanskelig kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017, s. 52).

Problemstillingen: «*Hvordan legger tjenesteytere til rette for selvbestemmelse og medvirkning i matsituasjoner og kosthold for mennesker med utviklingshemming i bolig?*» kan besvares ved hjelp av ulike metoder. For å kunne besvare oppgavens problemstilling på best mulig måte valgte jeg likevel å utføre en kvalitativ undersøkelse basert på intervju. Ved bruk av intervju som metode fikk jeg et «ekte» innblikk i hvordan miljøarbeidere i bofelleskap legger til rette for selvbestemmelse og medvirkning i matsituasjoner og kosthold for personer med utviklingshemming. Dersom man bruker intervju som metode kan man få tak på erfaringer, fortellinger og historier som man vanligvis ikke kan finne i litteratur og i bøker. Metoden er god dersom man ikke vet så mye om tema fra før og det ikke er publisert mye om det (Postholm, 2010 s. 68). Kvalitative intervju gir også mulighet til å stille spørsmål til mennesker som har erfaringer på tema og på denne måten komme i dybden på temaet (Dalland, 2017, s 53).

Intervju kan gjennomføres på ulike måter: strukturert, ustrukturert, halvstrukturert eller i grupper (Postholm, 2010, 69). Jeg har valgt det Postholm kaller det «halvplanlagte, formelle intervjuet», også kalt halvstrukturert intervju. Metoden sikret at informantene fikk komme med den informasjonen som var viktig for tema, og at det ikke kun baserte seg på planlagte spørsmål, men en fri samtale (Postholm, 2010, s. 72). Intervjuguide er en samtaleform som har som formål å lede deg gjennom intervjuet (Dalland, 2017, s.78). I intervjuguiden passet jeg på å ikke stille for ledende spørsmål slik at samtalen kunne åpne opp for andre temaer og utdypninger. Jeg passet også på at spørsmålene ikke ble formulert slik at informantene kunne svare bekreftende eller avkreftende. Dalland (2017, s. 78) legger vekt på at ved bruk av intervjuguide utvikles spørsmålene i samtalen og følger det informantene svarer. I mitt tilfelle

åpnet intervjuguiden opp for bredere informasjon enn det jeg trodde da informantene førte samtalen litt på egenhånd og ikke kun svarte på konkrete spørsmål. Intervjuguiden var en hjelp og noe jeg brukte dersom det var behov for det, men samtidig noe jeg passet på å ikke binde meg for mye til.

Jeg valgte å gjennomføre intervju ved hjelp av å notere underveis. Jeg utelukket derfor et intervju basert på bruk av lydfil eller båndopptak. Det er fordeler og ulemper ved begge metodene. Ved bruk av båndopptak vil man sikre at man i ettertid vil ha tilgang på materiale og direkte sitater som beskriver nøyaktig det personen har fortalt. Bruk av opptak under intervju kan likevel virke skremmende og kan sette intervjuet i et mer alvorlig og profesjonelt lys som kan risikere at informantene blir nervøs fordi det man sier som blir tatt opp (Jacobsen, 2010, s. 93). Å notere under intervju kan på den andre siden skape en letter og fri stemning der man har en mer naturlig samtale. Å notere under intervju stiller i midlertidig krav til aktiv notering samtidig som man må være aktiv i selve intervjuet og passe på å gi informantene oppmerksomhet (Jacobsen, 2010, s. 93). Jeg opplevde personlig ikke at bruk av notater under intervjuet var problematisk. Jeg fikk inntrykk av at informantene synes det var fint med en tenkepause samt at de fikk forberedt seg på det neste de skulle si. Å ta notater istedenfor å bruke lydfil ble også begrunnet i at jeg ikke hadde behov for personopplysninger i min oppgave.

For å sikre eventuelle misforståelser i fortolkningen av det informantene sa valgte jeg å gjennomføre én oppsummering underveis i intervjuet og én oppsummering når intervjuet var over. Da intervjuet var over foretok jeg en gjennomlesning av hovedpunktene av det informantene hadde sagt i løpet av intervjuet, for å sikre at det jeg hadde notert samsvart med det som ble sagt i intervjuet og det informanten ønsker å få frem. Både under og etter oppsummering kom informantene på flere ting de ønsket å snakke om samt mer utfyllende svar på det de allerede hadde svart på noe jeg opplevde som en positiv ting.

3.2 Presentasjon av informanter

Informantene jeg valgte å intervju i oppgaven er ansatte/tjenesteytere ved en bolig for mennesker med autisme og utviklingshemming. I prosessen av innhenting av informanter valgte jeg å kontakte den boligen jeg var i praksis hos i min praksisperiode. Intervjuene ble gjennomført i boligen der informantene selv arbeider. Å gjennomføre intervjuene på

arbeidsplassen informantene selv jobber sikret et trygt miljø informantene allerede kjente til og som samtidig utelukket at informantene måtte bruke tid på å møte opp andre steder. Jeg valgte bevisst tre personer med ulik alder, kjønn og bakgrunn for å få frem variasjoner. Informantene var både ufaglærte og faglærte, felles er likevel at alle er ansett til å bistå alle beboerne. Jeg valgte å foreta intervju i kun én bolig for å undersøke om det kunne være forskjellige oppfatninger, forståelser og dermed ulik praktisering av miljøarbeid internt i boligen. Å foreta intervju i kun én bolig baserte seg også på en avgjørelse knyttet til Covid-19 og eventuell risiko og sårbarhet knyttet til smittefare og eventuelt smitteutbrudd. I oppgaven vil informantene bli presentert som informant A, B og C.

3.3 Kildekritikk og litteratursøk

Kildekritikk er en metode som omhandler å finne den litteraturen som belyser din problemstilling og en metode som vurderer om kilden er sann (Dalland, 2017, s. 152). Å være kildekritisk handler om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for problemstillingen og hvordan man anvender denne litteraturen (Dalland, 2017, s. 158).

I tillegg til å foreta intervju har jeg brukt bøker, artikler og rapporter for å belyse problemstillingen min. I teoridelen min har jeg spesielt brukt bøker av Karl Ellingsen som har skrevet flere bøker om «selvbestemmelse» blant mennesker med utviklingshemming og er professor innen funksjonshemming og deltakelse. Gjennom praksis i bolig ble jeg presentert for nettsiden Naku «*Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming*» som inneholder god informasjon og kunnskap om mennesker med utviklingshemming omkring ulike temaer. Annen litteratur har jeg funnet i universitets database Oria. Når jeg søkte på selvbestemmelse og medvirkning for utviklingshemmede i Oria kom det opp flere bøker som omhandlet temaet som jeg har brukt i oppgaven. Bøkene jeg har brukt varierer i tidsspenn, men jeg anser at bøkene fremdeles har gyldighet i dag og er relevant for mitt tema. Artikkelen brukt i oppgaven er fagfellevurderte tidsskrift og kan sies å være sikker kunnskap, da kilden er vurdert og godkjent av flere.

Søkte jeg på ulike varianter av «utviklingshemming og kosthold» fant jeg mangelfull litteratur noe som krevde at jeg foretok intervju for å få svar på dette. Intervjuet baserer seg på informantenes egne erfaringer og forståelser og jeg antar at informantene er pålitelige og fremmer et riktig bilde av slik situasjonen faktisk er. I fortolkningen av det de sa

gjennomførte jeg som nevnt en oppsummering for å forsikre at jeg noterte ned riktig informasjon og at jeg tolket informasjonen på riktig måte.

Forskrifter, stortingsmeldinger, rapporter og retningslinjer hentet jeg fra regjeringen.no, lovdata.no og helsedirektoratet.no.

3. 4 Ethiske hensyn

Da jeg utelukket et intervju basert på personopplysninger og lydopptak var ikke oppgaven min meldepliktig etter Norsk senter for forskningsdata (NSD) fordi datamaterialet er anonymisert og består ikke av opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Jeg oppbevarte likevel datamaterialet på datamaskin med kodelås. I datamaterialet og på maskinen ble intervjuene lagret som informant A, B og C.

4 Resultater av funn

Lesingen av intervjuene utkrystalliserte noen mønster jeg her presenterer. For det første ser *tilrettelegging for valgalternativer* for mennesker med utviklingshemming ut til å være avgjørende for utøvelsen av selvbestemmelsesretten i ulike matssituasjoner og kosthold. Videre kan *deltakelse og medvirkning* under matlaging og handling fremme selvstendighet og ønske å bestemme selv. Og til slutt synes personer med utviklingshemming i ulik grad å være avhengig av *motivering, informasjon og veiledning* for å kunne foreta gode valg. Helt konkret tyder datamaterialet på at noen av de viktigste oppgavene i det daglige arbeidet med mat og kosthold i bolig ut til å være bistand til utarbeidelse av ukemne, handleliste, matinnkjøp, matlaging, hjelp til porsjonering og veiledning av begrensning i inntaket av søtsaker og «kosemat».

4.1 Valgalternativer som metode for å muliggjøre selvbestemmelse

Å lære mennesker med utviklingshemming å ta valg har alltid stått høyt på listen i miljøarbeid (Lorentzen, 2007, s. 96). Å stille valgalternativer i situasjoner knyttet til mat og kosthold er dermed noe alle informantene legger vekt på. Informant A problematiserer at mange av beboerne har vanskeligheter for å selv komme med forslag til middag eller hva de ønsker å handle på butikken. Med andre ord er det mange av beboerne som ikke direkte klarer å si at «dette vil jeg ha til middag» eller «dette vil jeg ha på skiven i dag». Dette støtter opp rundt synet til Bjørnrå (2008, s.123) som mener at mennesker med utviklingshemming i ulik grad kan ha vanskeligheter med å ta abstrakte valg uten å kjenne til alternativene. Informantene forteller derimot at de aller fleste av beboerne klarer å avvise eller godta et visuelt fremlagt alternativ.

I utformingen av ukemeny og handlelister legges det stor vekt på at valg og alternativer er en metode som brukes for å fremme beboerens interesser og mulighet til å bestemme selv.

Informant B legger vekt på at presentasjon av valg og alternativer er spesielt viktig for beboere som mangler språk og ikke verbalt kan uttrykke hva de ønsker i ulike matssituasjoner. Informant C forteller at det finnes utarbeidede lister for hva de enkelte beboerne liker av mat, ikke liker og eventuelle allergier. C forteller videre at disse middags forslagene blir brukt som et hjelpemiddel for å enklere kunne «peke ut» middager og for at beboer lettere skal kunne komme med egne forslag. Dersom beboeren har manglende språk består ukens menyene og

middagsforslagene av bilder eller piktogrammer av matretter og matvarer. Informant B mener at alle kan klare å velge mellom hva de skal ha på skiven eller til middag enten ved hjelp av verbalt språk, kroppsspråk eller ansiktsuttrykk. Det som derimot kan være en problemstilling er om personalet er i stand til å tolke det vedkommende kommuniserer på riktig måte i følge informanten. Det er dette Bjørnrå (2008, s.124) mener man må forstå som et relasjonelt problem mellom tjenesteyter og tjenestemottaker der tjenesteyter er best egnet til å løse problemet.

Informant A uttrykker også viktigheten av å ikke gi for mange valg og la tjenestemottaker bruke god tid til å tenke over alternativene. Informanten forteller at det er mange som kan bli stresset av for mange valg og at det raskt kan resultere i at vedkommende svarer ja eller nei på alle forslagene. Informant A legger vekt på at å presentere 2-3 ulike middags forslag må regnes som hensiktsmessig, men helst ikke mer. Informant A innrømmer at dette kan skape utfordringer knyttet til å fremme god nok variasjon når man har begrenset valg å komme med. I utforming av ukens menyer og handlelister forteller informant B at man må forsøke å veilede og motivere beboerne til å velge sunne hensiktsmessige middager. Informanten er spesielt opptatt av å sette et klart skille mellom at helgemat bør være forbeholdt helg da mange av beboerne er opptatt av rutiner og forutsigbarhet. Informant B forteller at middagsforslag i en vanlig ukedag som regel består i å prøve å foreslå fisk eller kylling til middag 2 eller 3 dager i uken. Informant B legger likevel vekt på at beboerne får lov til å si nei til disse forslagene og at det ofte handler om å «møtes litt på midten». Informanten forteller at man heller ikke kan kreve at beboerne skal velge dersom de ikke ønsker å bestemme selv, men at man har lov til å motivere.

4.2 Alle kan bidra med noe

En overordnet målsetting informantene legger vekt på er at alle beboerne skal være mest mulig aktive i de situasjonene som omhandler eget kosthold og matsituasjon. Informant A forteller at beboerne selv er med på butikken for å handle inn egen mat. På butikken forteller informanten at det også her stilles valgalternativer for å sikre medvirkning og at i butikken kan det se ut til at de fleste er i stand til å ta valg. Informant A nevner at valgalternativer på butikken foreksempel kan være å velge mellom frosne eller ferske grønnsaker eller mellom kyllingfilet og kyllingvinger. Informant A forteller at alle beboerne spiser og lager middag i egne selvstendige leiligheter og at derfor blir viktig å stille krav om at vedkommende selv

medvirker under egen matlaging. Informantene er svært klare på at rollen som miljøarbeider i bolig ikke må misoppfattes med at man skal opptre som «kokk» eller «tjener». Informant C mener at det å medvirke ikke handler om at det må gjøres selvstendig, men at det viktigste er at vedkommende er aktivt med i prosessen og at personalet kan bistå med det vedkommende ikke klarer selv.

Informant B legger videre vekt på at det handler om å ha en grunnleggende innstilling som tilsier at vi skal gjøre det «med» og ikke «for» dem. Alle informantene er enige om at alle klarer å bidra med noe i middagslaging. Informant A og B legger likevel vekt på at kognitivt funksjonsnivå kan ha betydning for hvor selvstendig man er i matlagingssituasjoner. B forteller at noen klarer det meste selv og trenger gjerne kun hjelp til hvor lenge noe skal koke eller hvor høy varme noe skal stå på. Andre kan steke pølser, men trenger hjelp til å skrelle og koke poteter. For beboere med dyp grad av utviklingshemming kan det å medvirke bestå av å dekke på og av bordet, men ikke så mye mer enn det.

Høium (2004) påpeker at mennesker med utviklingshemming ikke nødvendigvis beholder ferdigheter de en gang har lært (Høium, 2004, s. 156). Å stille krav til deltakelse under matlaging må derfor forstås som en opprettholdelse av både motivasjon til å medvirkning og opprettholdelse av relevante ferdigheter. Av erfaring mener informant C at det i midlertidig kan være vanskelig å motivere noen som verken er interessert i å delta eller er interessert i matlaging generelt. Informanten forteller om tilfeller der beboere kan bli oppgitte og sure av å bli stilt krav til i matlaging og i stor grad venter på at man skal gjøre det for dem. Informanten mener at dette kan henge sammen med hvor mye de har blitt bedt om å delta fra før og i hvor stor grad de ble stilt krav til i foreldrehjemmet.

Informantene fremmer likevel én reell problemstilling knyttet til at måltider lages selvstendig i beboerens egne leiligheter: tid og personalmangel. Informant B beskriver at i tilfeller der alle beboerne skal ha store «tidskrevende middager» og det er sykdom i personalet så vil det i praksis ikke være overkommelig å hjelpe alle beboerne med middag. Informant B forteller at det noen ganger kan føre til at man må lage middagen for dem eller at man må lage en annen middag for at det skal gå raskere. De som ikke klarer å lage middag selv kan i følge informanten også risikerer å måtte vente på middag eller få middag på et tidligere tidspunkt enn det man ønsker.

4.3 Motivering, veiledning og informasjon i matssituasjoner:

Informantene legger stor vekt på at forebyggende arbeid knyttet mat og kosthold er noe de fokuserer på i boligen. Informanten forteller at det er mange som bruker mat til kos og trøst og i tillegg har lite kunnskap om hva som er sunn mat. Informantene peker i midlertidig på at det ofte kan dreie seg om små endringer som foreksempel innkjøp av lettprodukter, fullkornsprodukter og innkjøp av brus og saft uten sukker. Informant A forteller at for de som har vanskeligheter med å følge handlelisten på butikken og som ønsker godteri eller lignende er det lurt å inngå en «plan» på forhånd. Informanten forteller at man kan bli enig om at vedkommende kan velge én ting utenom handlelisten og at man da har mulighet til å velge mellom en rekke ulike alternativer, men kun velge én av disse.

Informant B tar likevel opp problemstillingen knyttet til at det er vanskelig å gi tilstrekkelig hjelp til de som styrer økonomien sin selv og kan handle på egenhånd. Informanten forteller at det er lettere å motivere og veilede beboer til å ta gode valg på butikken enn det er i etterkant av handling. Informant B forteller om en beboer som er usedvanlig flink til å kjøpe sunn mat og holde seg til handlelisten når personalet er med på butikken. I etterkant forteller informant at man i midlertidig har observert at vedkommende selv går ned på nærbutikken for å kjøpe det personen ønsker eller i stor grad handler etter jobb. Informant C legger likevel vekt på at beboerne står fritt til å spise hva de vil inne i egne leiligheter og at man ikke kan «kontrollere alt». Informant C forteller at det kan være vanskelig å motivere beboere til å spise sunnere fordi mennesker med utviklingshemming er opptatt av rutiner og gjerne spiser det samme som de alltid har gjort.

Det informantene i midlertidig mener kan være det største problemet knyttet til mat er at mange har problemer med å forstå hvor store porsjoner man trenger til eksempelvis middag og at dette kan føre til unødvendig overspising. Informantene legger derfor stor vekt på at porsjonering er nødvendig hos de aller fleste for å unngå at maten blir spist opp øyeblikkelig etter handling. Informant A forteller at dersom man ikke porsjonerer etter handling så kan det ende med at noen spiser en hel kjøttdeig alene når man egentlig kan dele den opp i 4 deler, eller at vedkommende spiser et helt brød når det kanskje holder med 3 skiver. Informanten legger i midlertidig vekt på at porsjonering er en aktivitet som alltid gjøres sammen med beboer og at man blir enige om hva som er en hensiktsmessig porsjon. Informant B mener

dette er et tiltak som gjør det lettere for beboerne å tilberede egen mat fordi det allerede er en tilpasset porsjon, men at vedkommende står fritt til å spise mer enn det som er porsjonert. I følge informant C kan porsjonering av «tørrvarer» i midlertidig være et problem. Informanten legger vekt på at én av beboerne omtrent kan spise til h*n «sprekker» dersom man ikke er nøye med å lage riktig porsjon til middag. Informanten forteller at dersom man koker en hel saus-pakke kan vedkommende ende med å drikke opp sausen for at det skal bli tomt. Informanten beskriver at vedkommende har manglende metthetsfølelse og tvangstanker knyttet til at maten skal være spist opp og «borte av synet». Alle informantene påpeker likevel at dersom det er snakk om tvangshandlinger knyttet til å ikke stoppe å spise må man gripe inn for å sikre forsvarlig omsorg.

Informant A påpeker at det er viktig å ikke undervurdere hvor mye hjelp noen kan trenge i ulike matssituasjoner. Informanten påpeker at noen kan virke mer selvstendige enn de egentlig er fordi de har godt språk og at man kan glemme at de er moderat utviklingshemmet. Informanten understreker dette ved å fortelle om beboere som glemmer å tilberede mat som må varmes og eksempelvis kan spise frossent brød eller kjøtt. Informant B forteller om et annet tilfelle der en beboer brukte opp et helt smør på én uke fordi det viste seg at vedkommende ikke mestret å ta riktig porsjon smør på kniven. Informant C forteller også om beboere som spiser til de kaster opp og i etterkant har liten forståelse for årsaken. Her vektlegger informanten at det blir viktig å prate med vedkommende om hvorfor man blir dårlig av å overspise, gi informasjon, og sikre god nok porsjonering. Informant A forteller også om beboere som glemmer å spise eller som ikke spiser dersom personalet ikke er til stedet. Informanten fremlegger viktigheten av å informere og motivere vedkommende til å forstå viktigheten av å få i seg mat samt å prøve å snu situasjonen ved å fokusere på det sosiale og ikke kun fokusere på måltidet.

4.4 Oppsummering av viktigste funn

- Tilrettelegging ved bruk av valgalternativer fremstår som en viktig forutsetning for mulighetene mennesker med utviklingshemming har til å bestemme over eget kosthold.
- Å «møtes litt på midten» tar opp problemstillingen rundt at selvbestemmelse i bolig for utviklingshemmede i stor grad vil være preget av tjenestebyters plikt til forsvarlig omsorg og i noen tilfeller bruk av paternalisme.

- Å stille krav til medvirkning og deltakelse rundt eget kosthold og i matlaging ser ut til å være viktig for tjenesteyterne, men ser likevel ut til å være en utfordring når beboere i ulik grad ikke ønsker å delta.
- Manglende metthetsfølelse og overspising ser ut til å være den største trusselen mot selvbestemmelse knyttet til eget kosthold.
- I det forebyggende arbeidet med kosthold i denne boligen fremstår porsjonering av mat som det viktigste fokusområdet.

5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte resultatene fra intervjuet opp mot teoridelen av oppgaven. Drøftingen kan hovedsakelig deles i 3 forskjellige deler. Først ønsker jeg å drøfte om valgalternativer div tilretteleggelse for selvbestemmelse kan regnes som selvbestemmelse og autonomi. Deretter vil jeg drøfte hva informantene mener fremmer og potensielt hemmer selvbestemmelse og økt evne til å medvirke og ta valg knyttet til eget kosthold. Til slutt ønsker jeg å drøfte årsaker til hvorfor mennesker med utviklingshemming i noen tilfeller ikke alene kan bestemme over eget kosthold. Drøftingen baserer seg på datamaterialet og hva informantene har sagt, samt teori knyttet til det å bestemme selv. Målet er ikke å fremme et fasit svar på arbeidet med mat og kosthold blant mennesker med utviklingshemming, men heller å fremme en forståelse for hvor kompleks og viktig dette temaet er i bolig.

5.1 Kan det regnes som selvbestemmelse?

Wehmeyer legger vekt på at selvbestemmelse handler om å være hovedaktør i eget liv ved å ta valg uten påvirkning fra andre (Wehmeyer & Schwartz, 1998). Kan det å bli stilt valgalternativer kunne defineres som at man bestemmer selv? og hvor reelle er alternativene som blir presentert fra tjenesteyter sin side?

At personer med utviklingshemming har en fortid med at valg har blitt tatt for dem og dermed liten erfaring med å bestemme selv kan vanskeliggjøre å ta egne valg også når det blir stilt alternativer. Ut fra datamaterialet kan dette problematiseres ved informantene påpeker at det er begrenset hvor mange valg og alternativer som kan stilles før det kan virke mot sin hensikt. Informantene poengterer at beboerne kan bli stresset av å bli stilt for mange valg i utarbeidelsen av ukesmeny og handleliste og at man kan ende opp med en kravsituasjon uten resultater. For mennesker med utviklingshemming som ikke direkte klarer å utrykke hva de ønsker i disse situasjonene vil det være begrenset hvor mange alternativ som blir gitt og hvor stor variasjon det vil fremme. For folk flest vil alternativene og valgmulighetene knyttet til hva man skal spise være uendelige og vil vanligvis ikke bli presentert for oss. Bjørnrå (2008, s. 131) poengterer likevel at utviklingshemmede kan ha vanskeligheter for å se alternativene og at å velge er en ferdighet som må læres. Å begynne med mindre krevende valg og gradvis tillegge flere alternativer må kunne forstås som at vedkommende over tid vil få en bredere

ramme til å yte selvbestemmelse på i disse situasjonene. Når valgalternativene er minimale vil det på den andre siden naturligvis være et begrenset rom å utøve selvbestemmelse i.

Informantene i datamaterialet legger stor vekt på at man i utforming av handleliste og middagsmeny forsøker å motivere vedkommende til å velge sunne og hensiktsmessige middager. «Å møtes litt på midten» er et begrep informantene legger vekt på i disse situasjonene. Ut fra begrepsbruken og tolkningen av datamaterialet kan det se ut til at «å møtes litt på midten» kan forstås som et dilemma mellom selvbestemmelse og paternalisme. Det kan se ut som at tjenesteyterne på den ene siden ønsker å legge til rette for at vedkommende skal kunne bestemme selv i disse situasjonene, men på den andre siden ønsker å forsikre seg om at vedkommende foretar gode valg. Selvbestemmelsesretten skiller i midlertidig ikke mellom gode og dårlige valg, noe som kan føre til utfordringer i omsorgsutøvelsen (Guddingsmo, 2019, s. 79). I disse tilfellene vil det i midlertidig finnes store muligheter for en tjenesteyter til å påvirke eller i verste fall manipulere en tjenestemottaker til å spise eller velge sunn mat dersom vedkommende selv velger bort dette. Paternalisme kan utarte seg når en tjenesteyter er uenig i valg og beslutninger tjenestemottaker tar og forhindrer dette ved å ta beslutningen for dem (Svendsen, 2009, s. 5). I følge Ellingsen (2005, s. 51) kan ulike former for overtakelse, manipulering, instruksjoner, pålegg eller fysisk maktanvendelse være uttrykk for paternalistisk atferd. Å manipulere alternativer kan være en måte å styre vedkommende til å velge det man selv ønsker. Informantene legger likevel stor vekt på at man i disse situasjonene prøver å presentere alternativer ut fra allerede etablerte middagsforslag man vet vedkommende liker. På den andre siden må presentasjon av valg og alternativer til en viss grad forstås som at alternativene er manipulerte fordi det er tjenesteyter som stiller alternativene.

Det er likevel en viktig forutsetning om tjenestemottaker har mulighet til å velge andre alternativ eller si nei til et fremlagt alternativ. Informantene i datamaterialet mener det er uproblematisk når beboer direkte kan si hva de ønsker i de ulike situasjonene. Når det gjelder beboere med omfattende støttebehov stiller det høyere krav for personalet til å tolke ulike signaler. Informantene mener i midlertidig at de aller fleste vil kunne si nei til et fremlagt alternativ ved å uttrykke glede, misnøye, oppmerksomhet eller andre nonverbale gester. Å tolke beboers preferanser og ønsker i de enkelte situasjonene kreve både erfaring og kunnskap om vedkommende og dens uttrykksmåte (Bjørnrå, 2008, s. 125). Bollingmo et al., (2005, s.

23) mener at kontekstuell forståelse er viktig i fortolkningen av ulike signaler. En bevegelse kan bety ja i den ene situasjonen og kan i en annen situasjon bety nei og et smil kan være uttrykk for mye forskjellig. Ut fra dette synet er ikke selvbestemmelse kun betinget av kognitiv funksjonsnedsettelse, men også avhengig av i hvor stor grad man kan kommunisere sine ønsker til omgivelsene og om tjenesteyter oppfatter dem (Christensen & Nilssen, 2006 s. 136).

Kan dette forstås som at personen er autonom i sine valg og preferanser? Dersom man tolker autonomi begrepet strengt og legger Wehmeyers definisjon av selvbestemmelse til grunn vil det å gi valg og alternativer ikke klassifiseres som at vedkommende er autonom i sine valg, da ytre faktorer er utelukket (Wehmeyer & Schwartz, 1998). Svendsen (2019) har en lignende forståelse for autonomi og mener at begrepet referer til mennesker som «selvstyrende subjekter». Ut fra datamaterialet ser det likevel ut til at informantene mener beboerne er selvbestemte i valg når det stilles alternativer. Hvor strengt vi oppfatter autonomi begrepet vil være avgjørende for om vi anser folk som autonome eller ikke. Sullivan og Niker mener at relasjonell autonomi handler om at vi utvikler autonomi i samhandling med personer som vi trives med (Sullivan & Niker, 2018, s. 654). Bakken (2015, s. 175) støtter opp rundt dette synet og fremmer en forståelse for at mennesker med utviklingshemming og deres autonomiutøvelse i stor grad er avhengig av gode hjelpere. Høium (2004) mener at selvbestemmelse ikke omhandler hvor mye man er i stand til å gjøre alene, men hvor langt man får ting til å skje i eget liv (Høium, 2004, s. 156). Tilrettelegging ved bruk av valgalternativer fremtrer i datamaterialet som en viktig faktor for mulighetene beboerne har til å bestemme selv. Ut fra datamaterialet ser det også ut til at god relasjon og samhandling med tjenesteyter i stor grad er avgjørende for tolkningen av vedkommendes preferanser og dermed for utøvelsen av selvbestemmelse i eget kosthold. Det å gi valg og bestemme ut fra alternativer må dessuten regnes som en høyere grad av selvbestemmelse enn dersom valgene hadde blitt tatt for dem.

5.2 Hva «fremmer» og «hemmer» selvbestemmelse?

Selvbestemmelse for mennesker med utviklingshemming er en styrket rettighet og stiller krav til å inkludere personen det gjelder i alle deler av tjenestetilbudet jf. hol § 9-1. I datamaterialet ser det ut til at informantene legger stor vekt på at beboerens selvbestemmelse er viktig i hele prosessen fra utforming av ukemeny og handleliste til handling og tilberedelse av mat. En

utfordring informantene i følge datamaterialet ønsker å unngå er å gjøre for mye for beboerne og havne i en «jeg gjør alt for deg holdning». Faren for at dette skjer kan ut fra en tolkning av datamaterialet oppstå når beboere stiller seg paternalistisk og avventende til tjenestemottaker eller når vedkommende har store hjelpebehov. I datamaterialet beskrives det at noen i større grad enn andre kan være selvstendig i matlaging, men også at noen ikke ønsker å delta og stiller seg «avventende». I følge Tuntland (2006, s. 251) kan mennesker med utviklingshemming utvikle et større hjelpebehov dersom man opplever at egen påvirkning ikke har noe å si. Paternalistisk atferd fra beboere kan på denne måten tolkes som et tegn på lært hjelpeløshet.

Seligman (1976) sier at dersom individet over lengre tid befinner seg i ukontrollerbare situasjoner uten mulighet til å påvirke resultatet av noe som skjer så synker motivasjonen til å respondere også i andre tilfeller (Seligman & Meier, 1976, s. 9). Informantene legger vekt på at slik oppførsel kan være en konsekvens av hvor mye man tidligere har blitt stilt krav til å delta eller medvirket i slike situasjoner før. Dersom man er vandt til at i foreldrehjemmet så ble middagen servert på bordet og det i liten grad ble stilt krav til å være med å handle eller ha kontroll på egne matvarer kan dette være én forklaring ut fra tolkning av datamaterialet. Ellingsen (2005) beskriver at passivitet kan vise seg i resignasjon, protester og mottrekk hos vedkommende (s. 51). I datamaterialet skildres det tilfeller der beboere blir «sure» og «oppgitte» dersom de blir stilt krav til i matlaging. Man kan likevel diskutere hvorfor noen av informantene mener beboere deltar i liten eller stor grad og om det kun kan være begrunnet i paternalistisk atferd og passivitet? I datamaterialet beskrives det også at det kan være vanskelig å motivere noen som ikke ønsker å delta og som nødvendigvis ikke er interessert i matlaging generelt. Manglende deltakelse kan på denne måten også være begrunnet i at man rett og slett ikke er interessert i matlaging og antakeligvis på dagsformen den aktuelle dagen.

Informantene fremmer i datamaterialet, som tidligere nevnt en forståelse som tilsier at man skal hjelpe vedkommende med det en ikke klarer selv, men at man ikke skal gjør det for dem noe som kjennetegner den svake paternalismen. Et eksempel som blir brukt i datamaterialet er at man i middagssituasjon kan hjelpe til med å skrelle poteter slik at beboer kan koke dem selv. Eller at man kan hjelpe med å ta smør på skivene slik at vedkommende kan ta på pålegg selv. Ved hjelp av den svake paternalisme unngå å overta, men heller sikte på å øke og

fremme personens medvirkning og mulighet til å bestemme selv og blir da brukt i en produktiv retning med sikte på å lære (Christensen & Nilssen, 2006, s. 50).

Lorentzen (2007, s. 96) sier at selvbestemmelse og medvirkning kan læres gjennom samhandling i trygge anerkjennende relasjoner. Ellingsen (2007) fremmer en forståelse for at dersom man opplever anerkjennelse og støtte i å bestemme selv kan erfaringer styrke det kognitive aspektet og derfor i større grad kan lære å ta gode valg (Ellingsen, 2007, s. 26). Læring og deltakelse i matlaging og under handling ser derfor ut til å være en arena informantene fokuserer på at vedkommende i stor grad skal medvirke i. Medvirkning kan på denne måten forstås som det første skrittet mot selvbestemmelse ved at man aktivt kan være med å påvirke sin egen situasjon (Aune, 2004, s. 64). I datamaterialet beskrives det likevel at «store tidskrevende middager» i kombinasjon med personal og tidsmangel kan føre til at personalet noen ganger må lage middag for dem. Mangel på ressurser og tid kan derfor se ut til å være et hinder for medvirkning og selvstendigjøring i aktiviteter som matlaging.

I datamaterialet legger informantene vekt på at man kan motivere beboere til å delta, men man må også respektere at de ikke ønsker å delta. Å bestemme seg for å ikke velge eller å ikke delta er også et valg og må bli sett på som selvbestemmelse (Ellingsen, 2007, s. 25). Å presse for mye kan gjøre at man risikerer å havne i en kravsituasjon som også kan ende i passivitet og lært hjelpsløshet. For at det skal kunne regnes som selvbestemmelse må rekkevidden av alternativene som blir presentert være forstått av vedkommende. I datamaterialet nevner informantene en interessant observasjon knyttet til at det kan se ut som at beboerne i større grad er mer motivert til å ta valg under handling på butikken. Dette kan forklares ved at den kognitive funksjonsnedsettelsen hos mennesker med utviklingshemming vanskeliggjør å se og vurdere alternativer dersom alternativene ikke er i konkret nærhet (Bjørnrå, 2008, s. 123). Dette kan tolkes som at beboerne i større grad evner å ta valg når valgene er visuelt fremstilt. Dersom det utvikler seg til å bli en situasjon der vedkommende tvinges til å ta valg blir det fare for at det ikke blir et naturlig valg, men en «oppgave» tjenestemottaker må gjennomføre for at kravsituasjonen skal opphøre. Dersom vedkommende blir tvunget til å velge kan valget i liten grad forstås som beboers eget valg, men i større grad tjenesteyters valg (Bjørnrå, 2008, s. 131). Det er en viktig forutsetning at det ikke handler om å «gi selvbestemmelse» og at det blir viktigere for tjenesteyter å fremme denne retten enn det er for personen selv å utøve retten.

5.3 Årsaker til hvorfor noen ikke får bestemme selv

Et av vilkårene for å kunne bestemme selv er evne til å overskue konsekvensene av valgene man tar. Ellingsen (2007) legger vekt på at dette innebærer evner til abstrakt tenkning, kunnskap om erfaringer, resonnering og veiing av fordeler og ulemper (Ellingsen, 2007, s. 35). Basert på definisjonen til Ellingsen har mennesker med utviklingshemming reduserte muligheter til oppfylle disse ferdighetene. Diagnosen «psykisk utviklingshemming» kjennetegnes av svekket intelligens og kognitive evner og er derfor noe som vanskeliggjør nettopp ferdigheter som abstrakt tenkning og vurdering av fordeler og ulemper, som jeg var inne på. I dette tilfellet kan dårlig kosthold og overspising føre til alvorlige langsiktige konsekvenser som overvekt og fedme. Ut fra datamaterialet kan det se ut til at mange av beboerne tar valg basert på impuls og lystbehov i det aktuelle øyeblikket. Ut fra datamaterialet beskrives det at beboere spiser til de kaster opp og at noen har tvangshandlinger knyttet til å spise opp det som blir servert. Informantene påpeker også at mat blir brukt som kos og glede i hverdagen. Ut fra et autonomi syn vil ikke dette betegnes som at man er autonom fordi valgene tas på impuls og kan i liten grad kategoriseres som rasjonelle, gjennomtenkte valg (Svendsen, 2019). Bakken (2015, s. 104) legger vekt på at mennesker med utviklingshemming og deres appetittregulering styres utenfra og at overspisingsproblematikk i stor grad skyldes manglende metthetsfølelse og evne til å oppfatte kroppens signal på at man er mett. Ut fra denne forståelsen kan det forklare hvordan det i noen tilfeller kan gå så langt at man spiser til man kaster opp. På bakgrunn av dette kan man problematisere i hvor stor grad og i hvilke situasjoner den enkelte utviklingshemmede er i stand til å overskue konsekvenser av overspising og dårlig kosthold.

Informantene legger i datamaterialet stor vekt på at forebyggende arbeid knyttet til kosthold er nødvendig. Bakken (2015, s. 105) problematiserer at personer med utviklingshemming i begrenset grad kan gjøre matinnkjøp selv eller bestemme når eller hvor mye de skal spise. Guddingsmo (2019) påpeker i likhet med Bakken at mennesker med utviklingshemming i ulik grad trenger tilpasset informasjon og støtte for å ta gode valg (Guddingsmo, 2019, s. 79). Ut fra datamaterialet tolker jeg likevel ikke at det dreier seg om at personen ikke får bestemme selv, men at personer med utviklingshemming trenger hjelp og veiledning for å ta gode valg i disse situasjonene. Tilpasset informasjon er noe som blir fremmet som viktig i datamaterialet. På butikken forteller informantene at det er behov for tilpasset informasjon og veiledning for at beboerne i større grad kan ta informerte matvalg. I datamaterialet nevnes det at det ofte

handler om enkle endringer som innkjøp av sukkerfri brus og saft, fullkornsprodukter og lettprodukter. I datamaterialet blir det beskrevet at det er viktig å forklare og snakke med beboere om hva som kan skje dersom man overspiser både med tanke på langsiktige konsekvenser som overvekt, men også som direkte følge av å kaste opp mat noe som i datamaterialet blir beskrevet som at enkelte ikke har forståelse for.

«Porsjonering» av mat etter matinnkjøp ser derimot ut til å være et av de viktigste områdene i det daglige arbeidet med kosthold. Utsagn fra informantene er blant annet at beboere får i seg for store mengder med mat, maten blir spist opp øyeblikkelig etter handling og noen spiser til de blir uvel. Overspising ser derfor ut til å være det beboerne i denne boligen strever mest med noe som kan samsvare med diagnosens konsekvens av manglende metthetsfølelse. I datamaterialet blir porsjonering fremstilt som en aktivitet man gjør sammen med den enkelte der man blir enige om hva som er en passelig porsjon. Dette kan på en måte virke litt usannsynlig med tanke på at forholdet mellom tjenesteyter og beboer ikke inngår i en likeverdig relasjon og at tjenesteyter må kunne regnes til å ha størst definisjonsmakt (Bollingmo et al., 2005, s. 26). På den andre siden kan det se ut til at informantene mener at porsjonering langsiktig kan bidra til selvstendigjøring i matlaging og tilbedelsen av egen mat fordi porsjonering gir større bevissthet rundt hvor mye mat man skal steke eller koke. Dette må regnes som bruk av den svake paternalismen der man forsøker å øke vedkommendes evne til selvstendighet gjennom læring (Christensen & Nilssen, 2006, s. 50). Kognitivt funksjonsnivå ser likevel ut til å være av betydning for hvor mye man får bestemme selv over eget kosthold. I datamaterialet blir det beskrevet at noen i større grad enn andre kan lage middag selvstendig og i stor grad fremme egne interesser for hva de ønsker og spise. Andre kan i liten grad tilberede middag selv, har behov for at valgalternativer blir presentert og porsjonering av mat for å unngå å ikke spise opp alt.

Tolker man selvbestemmelsesretten fullt ut kan man på den andre siden si at man må la personen spise hva og så mye vedkommende ønsker for å respektere vedkommendes autonomi. Tolker man selvbestemmelsesretten uten å ta hensyn til utfordringene «utviklingshemming» innebærer kan man derimot risikere å havne i det Christensen & Nilssen (2006) betegner som unnfalighet. I datamaterialet påpekes det i midlertidig at i de mest alvorlige tilfellene når noen ikke klarer å stoppe å spise på grunn av tvangshandlinger så er man nødt til å stoppe dem. Dette må regnes som utrykk for svak paternalisme fra

tjenesteyter sin side der beboer ikke har kognitive evner til å ta valg og tjenesteyter må gripe inn for å forsikre forsvarlig omsorg (Christensen & Nilssen, 2006, s. 50). Svak paternalisme må forstås som en handling som hindrer noen i å utføre noe man mener kan skade vedkommende fordi man ønsker å forsikre seg om at det er frivillig (Svendsen, 2009, s. 4). Å «drikke» saus eller spise et helt brød må i dette tilfellet ikke regnes som en frivillig handling.

I datamaterialet beskriver informantene også beboere som på den andre siden kan se ut til å ha problemer med å få i seg tilstrekkelig med mat. I datamaterialet påpeker informantene at noen beboere i liten grad spiser uten personalet til stedet og at man må motivere vedkommende til å spise. I dette tilfellet kan man også tolke at det må gå en grense for autonomien da mat er grunnleggende behov mennesker trenger for å overleve. Man vil i liten grad si at noen som har problemer med å få i seg mat ikke ønsker å ha god helse eller å ta vare på kroppen sin, men heller som at vedkommende alene ikke er i stand til å dekke sine grunnleggende behov. Mennesker som er bosatt i bolig skal etter helsepersonellloven §4 sikres forsvarlig omsorg (Dahlen, 2007, s.153). Man kan derfor i liten grad tolke selvbestemmelsesretten som at det gir rett til å la noen «gå til grunne» i et kommunalt bofelleskap. Informantene i datamaterialet tar likevel opp tilfeller knyttet til mat og kosthold som kan skape avmaktfølelse hos personalet der veiledning og informasjon er utilstrekkelig. I datamaterialet blir det problematisert at man ikke kan «kontrollere alt» og at beboerne i utgangspunktet står fritt til å velge selv hva de spiser inne i sine egne leiligheter eller å gå på butikken å kjøper hva man vil dersom man styrer sin egen økonomi.

Ut fra datamaterialet ser det ikke ut til at personalet har problemer med å gi tilstrekkelig hjelp i disse situasjonene, men påpeker likevel at unntakene kan forekomme i tilfeller der man overvurderer vedkommendes evner og senere oppdager at beboere kan finne på å spise frossent brød eller ikke mestrer å ta riktig mengde med smør på skiven. Dette beskriver at det i noen tilfeller kan være vanskelig å vurdere den enkeltes kognitive forståelsesevne og hjelpebehov. Christensen & Nilssen (2006) problematiserer i likhet med informantene at personer med utviklingshemming som kan kategoriseres som «kognitivt sterke», men som ikke spør om hjelp eller nekter å ta i mot hjelp er de som kan stå i fare for å oppleve svikt i tjenestene (Christensen & Nilssen, 2006, s. 55).

6 Avslutning

Formålet med bacheloroppgaven har vært å forsøke å kartlegge hvordan tjenesteytere tilrettelegger for selvbestemmelse og medvirkning i matssituasjoner og kosthold for mennesker med utviklingshemming. I oppgaven har jeg tatt for meg utfordringene tjenesteytere opplever i arbeidet med kosthold og kompleksiteten ser i stor grad ut til å ligge i balansegangen mellom selvbestemmelse og forsvarlig omsorg. Selvbestemmelse rundt eget kosthold vil kanskje ikke kunne regnes som høy grad av selvbestemmelse, men kan likevel føre til store langsiktige konsekvenser. Manglene evne til å se konsekvenser av valg ser derfor ut til å være den største trusselen mot at beboerne får bestemme selv. Som tidligere nevnt kan «utviklingshemming» i seg selv vanskeliggjør evne til rasjonell tenkning, kognitiv forståelse, abstrakt tenkning og å tolke kroppens signaler.

Alle informantene legger likevel vekt på at beboerne i størst mulig grad skal få bestemme selv når det kommer til ukes menyer, handleliste, deltakelse i matlaging og medvirkning på butikken. Tilretteleggelse for selvbestemmelse kommer i datamaterialet frem som en av de viktigste faktorene for muligheten til å bestemme selv. Informantene legger stor vekt på selvstendigjøring og fremmer viktigheten av å stille krav til å foretar egne valg og medvirke i eget kosthold. Informantene fremmer også en grunnleggende holdning som tilsier at tilretteleggelse handler om gjøre med og ikke for og at det er viktig å kun hjelpe med det vedkommende ikke mestrer selv. I datamaterialet legges det vekt på at selvbestemmelse er en læringsprosess det er viktig å støtte opp om. Tilretteleggelse for selvbestemmelse kommer i datamaterialet frem som å gi valgalternativer, veiledning, tilstrekkelig informasjon. Valgalternativer blir i stor grad brukt for å sikre mest mulig valgfrihet omkring eget kosthold for beboere som ikke alene klarer dette selv. Veiledning og tilpasset informasjon kan forstås som tilretteleggelse for at vedkommende skal få mulighet til å bestemme selv og samtidig opprettholde et godt kosthold. Porsjonering blir også brukt som et tiltak for å forhindre overvekt og overspising, men som samtidig i følge informantene en måte å selvstendiggjøre beboere i tilbedelsen av egen mat.

Det kan likevel se ut til at selvbestemmelse knyttet til kosthold og ernæring for mennesker med utviklingshemming i bolig i stor grad er avhengig av miljøarbeiderens tilrettelegging og kompetanse. Mulighetene beboerne har til å bestemme selv og fremme egne valg i eget kosthold ser i stor grad ut å være avhengig av at tjenesteyter tolker vedkommendes

preferanser og signaler. For beboere med manglende språk kan kommunikasjon være et hinder for selvbestemmelse dersom tjenesteyter ikke oppfatter hva vedkommende forsøker å formidle.

Utviklingshemming er en samlebetegnelse på en diagnose og mennesker med utviklingshemming kan som tidligere nevnt ikke forstås som en sammenfallende gruppe. Utviklingshemmede vil derfor ha ulike problemer tilknyttet kosthold. Det hadde vært interessant å i større grad fått kunnskap om konkrete ernæringsutfordringer mennesker med utviklingshemming som også har tilleggsdiagnoser strever med. I denne boligen var overvekt og overspising den mest sentrale utfordringen, men undervekts problematikk nevnes også.

Litteraturliste

Selvvalgt pensum*= 888

Aune, E, K, (2004). Brukermedvirkning som bidrar til frigjøring I L. Bollingmo, K. Høium. & B. E. Johnsen (RED), *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye hjelperrøller i habilitering og rehabilitering*. Universitetsforlaget AS (3 opplag, s. 54-72) **18 sider** *

Bakken, L, T (2015): *Utviklingshemming og hverdagsvansker faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal akademisk. (s. 176-190) (s. 99-117) **32 sider***

Bjørnrå, T. H. (2008). Selvbestemmelse og hjelp til selvbestemmelse. I T. Bjørnrå, W. Guneriussen, & V. Sommerbakk (RED), *Utviklingshemming, autonomi og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget (s. 116-132) **16 sider***

Bollingmo, L. Ellingsen, K, E & Selboe, A. (2005). Perspektiver på selvbestemmelse. I A, Selboe L, Bollingmo & K, E, Ellingsen (RED), *Selvbestemmelse for tjenesteytere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (s. 17-37)* **20 sider**, lest resterende bok (s. 13-197) **184 sider***

Bollingmo, L, Høium, K & Johnsen, B, E (2004) Brukermedvirkning, kunnskap og handling. I L, Bollingmo, B, E Johnsen, K, Høium (RED), *Det er mitt liv brukermedvirkning og nye hjelperrøller i habilitering og rehabilitering*. Universitetsforlaget (3 opplag, s. 25-37) **12 sider** *

Christensen, K, Nilssen, E (2006). *Omsorg for de annerledes svake- et overvåket hverdagsliv*. Gyldendal Akademisk (s. 33-56) (s. 135-168) **56 sider** *

Dahlen, N, W. (2007). Retten til selvbestemmelse I K, E, Ellingsen (RED) *Selvbestemmelse- egne og andres verdier*. Universitetsforlaget (s. 143-158) **15 sider***

Dalland, O (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk (6 utg., s. 51-61) (s. 63-93) (s. 149-164) **55 sider** *

Eknes, J, (2014) *Hva er utviklingshemning? definisjon og begrepsbruk*

[https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2014/6/SOR%2080-](https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2014/6/SOR%2080-87%20Hva%20er%20utviklingshemning.pdf)

[87%20Hva%20er%20utviklingshemning.pdf](https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2014/6/SOR%2080-87%20Hva%20er%20utviklingshemning.pdf) (s. 80-87) **7 sider***

Ellingsen, K, E (2007). *Egne eller andres valg og verdier?* I K. E. Ellingsen (RED),

Selvbestemmelse- egnes valg og verdier. Oslo: Universitetsforlaget (s.165- 174) **9 sider**, lest

resterende bok (s. 13- 193) **180 sider***

Ellingsen, K. E. (2007). *Hvem sine valg og verdier?* I K. E. Ellingsen (RED),

Selvbestemmelse – egnes valg og verdier. Oslo: Universitetsforlaget (s. 25-36) **11 sider**

Ellingsen, K, E. (2014). *Utviklingshemning og deltakelse*. I K, E, Ellingsen (RED)

Utviklingshemning og deltakelse. Universitetsforlaget AS. (s. 143-176) **33 sider***

Ellingsen, K, E (2005). *Selvbestemmelse og brukermedvirkning* I A, Selboe, L, Bollingmo &

K, E, Ellingsen (RED), *Selvbestemmelse for tjenesteytere*. Gyldendal Akademisk. (39-69) **30**

sider*

Fellesorganisasjonen Fo.(2019). *Yrkesetiske grunnlagsdokument- for barnevernspedagoger,*

sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere [https://www.fo.no/getfile.php/1324847-](https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

[1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf)

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november

1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om

sosiale tjenester m.v <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (16.03.21).

Frost, T (2007). *Hva betyr det å bestemme selv?* I K, E, Ellingsen (RED) *Selvbestemmelse*

egne og andres verdier. Universitetsforlaget (s. 49-55)* **6 sider**

Guddingsmo, H. (2019). «Da må jeg spørre boligen først!»- Opplevelsen av selvbestemmelse

i bofelleskap. I J, Tøssebro (RED), *Hverdag i velferdsstatens bofelleskap*. Universitetsforlaget

(s. 78-93) **15 sider***

Heir, W & Sørhøy, S, M (RED) (2018): *Ernæring I helsetjenesten*

<https://ndla.no/nb/subject:4/topic:1:173260/topic:1:179199/resource:1:63067?filters=urn:filter:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9>

Helsedirektoratet (2019): *Utredning og diagnostisering av utviklingshemming-* rapport til helse- og omsorgsdepartementet <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-og-diagnostisering-av>

[utviklingshemming/Rapport%20om%20utredning%20og%20diagnostisering%20av%20psyki-sk%20utviklingshemming.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-og-diagnostisering-av-utviklingshemming/Rapport%20om%20utredning%20og%20diagnostisering%20av%20psyki-sk%20utviklingshemming.pdf/) /attachment/inline/f6c8ed73-c1d0-4819-9f83-b69bfbe17f38:bd58feb11efd678f91da43e173453bcef93ffb97/Rapport%20om%20utredning%20og%20diagnostisering%20av%20psykisk%20utviklingshemming.pdf (1-43) **42 sider***

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (Lov-2011-06-24-30) Lovdata. <https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/2011-06-24-30>

Høium, K. (2004). Selvbestemmelse for voksne utviklingshemmede, hva vil det kreve? I L Bollingmo, K, Høium, & B.E. Johnsen (RED), *Det er mitt liv. Brukermedvirkning og nye roller i habilitering og rehabilitering* Oslo: Universitetsforlaget (3 opplag, s. 154- 176) **22 sider***

ICD-10, (2021) *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*, Direktoratet for e-helse <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Jacobsen, D, I (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring innføring i metode for helse- og sosialfagene*, Høyskoleforlaget 2010 (2 utgave, s. 87-110) **23 sider***

Kittelsaa, A. (2019). Boligen- hjem og arbeidsplass: I J. Tøssebro (RED), *Hverdagen i velferdsstatens bofelleskap*. Universitetsforlaget (s. 95-117) **22 sider***

Kolset, S, Hope S, Retterstøl K, Nordstrøm M, Iversen P. (2018) “*Securing rights and nutritional health for persons with intellectual disabilities- a pressing challenge*” <https://foodandnutritionresearch.net/index.php/fnr/article/view/1268/4773> (s. 1-3) **2 sider***

Kolset, S, O (2020): «*Ernæring og helse for personer med utviklingshemming*»
<https://naku.no/kunnskapsbanken/ernæring-og-helse-personer-med-utviklingshemming>

Lorentzen, P. (2007). *Selvbestemmelse i et psykologisk perspektiv*. I K, E, Ellingsen (RED) *Selvbestemmelse, egne og andres verdier*. Universitetsforlaget AS (s. 93-113) **20 sider***

Lystad, S, M, (2017), *Ernæring, kosthold og diagnose*
<https://naku.no/kunnskapsbanken/ernæring-og-diagnose>

Maier, F, S, & Seligman, E, P, M. (1976) *Learned Helplessness: Theory and Evidence*
<https://psycnet-apa-org.ezproxy.uis.no/fulltext/1976-20159-001.pdf>
 (s. 3- 46) **43 sider***

Meld. St. 45 (2012-2013): *Frihet og likeverd- om mennesker med psykisk utviklingshemming-*
 Barne, likestillings og inkluderingsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/41a94b47679f477086d3f537d401d50a/no/pdfs/stm201220130045000dddpdfs.pdf>

Meyer, J. (2008). *Mennesker med utviklingshemming og sosial kapital*. I T. Bjørnrå, W, Guneriussen & V. Sommerbakk (RED), *Utviklingshemming, autonomi og avhengighet* Oslo: Universitetsforlaget (s. 58-69) **11 sider***

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

Postholm, M, B (2010). *Kvalitativ metode – en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget (2 utgave, s. 68 -85) **17 sider ***

Sullivan, S, L & Niker, F (2018): *Relational Autonomy, Paternalism and Maternalism*
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1007/s10677-018-9900-z> (650-666) **16 sider***

Svendsen, L.F.R (2009). *Libertariansk paternalisme- en kritisk analyse*. Oslo: Civita (Civita notat nr. 13/2009) <https://www.civita.no/assets/2009/09/1093-civita-notat-13-2009.pdf>
 (s. 1-13) **12 sider***

Svendsen, L.F.R (2019): *Hva er autonomi?* <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-autonomi>

Lastet ned: 13.03.21

Tuntland, H. (2006). *En innføring i ADL- teori og intervensjon*. Høyskoleforlaget. (227-257)

30 sider *

Tøssebro, J. (2014). Trender i utviklingshemmedes levekår og deltakelse: I K-E, Ellingsen (RED), *Utviklingshemming & deltakelse*. Universitetsforlaget AS (52-83) **31 sider***

Wehmeyer, M & Schwartz, M (1998): *The Relationship between self- determination and Quality of life for adults with mental retardation* <https://www.jstor.org/stable/23879037> (s. 3-12)

9 sider*