

Hvordan etablere en sunn livsstil hos en overvektig inaktiv kvinne med psykisk utviklingshemning

Christine Tørris¹, Mette Kristin Rach og Line Margrethe Solhaug

Christine Tørris¹, høgskolelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for atferdsvitenskap, Christine.Torris@hioa.no

Mette Kristin Rach, vernepleier, Bærum kommune

Line Margrethe Solhaug, vernepleier, Bærum kommune

Abstract

How to establish a healthy lifestyle in an overweight, inactive woman with an intellectual disability

Overweight and obesity are associated with increased health risks and shortened life span. The prevalence of overweight and obesity is increasing, and a higher prevalence of obesity has been observed in persons with intellectual disability than in the general population. In this study, we want to establish a healthy lifestyle with a healthy diet and increased physical activity in an obese, inactive women with intellectual disability. Using interventions based on applied behavioural analysis, the women have established new habits in terms of diet and increased physical activity. The number of hours with physical activity per week has doubled, and both weight and waist circumference decreased during the eight weeks of the study. She maintained her new healthy lifestyle, after the study. More research is needed in interventions that can help reduce obesity in persons with intellectual disability.

Key words/nøkkelord

Healthy lifestyle; diet; physical activity; overweight; intellectual disability; applied behavioural analysis

FOU-artikkel

Innledning

Forekomsten av overvekt og fedme er sterkt økende både i Norge og i andre deler av verden (Helsedirektoratet, 2010, 2011), og det er sett en høyere prevalens av fedme hos utviklingshemmede enn i befolkningen generelt (Hsieh, Rimmer, & Heller, 2014). Overvekt og fedme medfører økt helserisiko, forkortet livslengde, i tillegg til sosial isolasjon og vanskeligheter med å utføre oppgaver i hverdagen for utviklingshemmede (Rimmer & Yamaki, 2006). En moderat vektreduksjon på 5–10 % gir betydelig gevinst i forhold til blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og lette søvnforstyrrelser (*Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*, 2010). Redusert helsetilstand og fysisk funksjon vil være de største

faktorene som påvirker helse og livskvalitet. Det å opprettholde fysisk aktivitet vil derfor kunne hjelpe utviklingshemmede til å være uavhengige og ha et sosialt liv på egne premisser ettersom de blir eldre (Bondevik & Nygaard, 2012). Forskning på intervensjoner som kan bidra til å redusere overvekt hos utviklingshemmede er derfor svært viktig (Rimmer, Rowland, & Yamaki, 2007).

Overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, og henger sammen med et uheldig kosthold og manglende daglig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2011). Energiinntaket blir større enn energiforbruket, og et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet vil derfor kunne gi vektnedgang (Sortland, 2011). Et riktig sammensatt kosthold og er fysisk aktiv i minst 30 minutter per dag anbefales (Helsedirektoratet, 2014), og kan forebygge overvekt og livsstilssykdommer som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes, høyt blodtrykk og kreft (Sortland, Steensæth, & Gjerstad, 2011).

Flere utviklingshemmede i Norge bor i dag i bofellesskap der de har egen leilighet, samtidig som de har fellesareal og personale som hjelper de utviklingshemmede i hverdagen (Kittelsaa & Tøssebro, 2011). Helsepersonell som arbeider i bofellesskap skal drive forbyggende arbeid i forhold til utviklingshemmede, slik at de kan opprettholde en god helse og forebygge sykdom og skade (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2010). Dette innebærer at behovet for ernæring, kosthold og fysisk aktivitet skal tilpasset den enkeltes behov og helsetilstand.

I denne studien ser vi på hvordan en sunnere livsstil kan etableres hos en overvektig, inaktiv kvinne med psykisk utviklingshemning ved hjelp av atferdsanalytiske metoder. Dette er metoder som brukes blant annet i behandlingen av barn med atferdsforstyrrelser og trening av sosial kompetanse (Eikeseth & Svartdal, 2010). Moderne atferdsanalyse bidrar til forståelse av kompleks menneskelig atferd, og har bidratt til behandling av en rekke tilstander slik som autisme, problematferd og selvskading (Eikeseth & Svartdal, 2010). Atferdsanalysen ser blant annet på hvordan atferd kan forsterkes ved bruk av positive konsekvenser, eller svekkes ved å holde tilbake forsterkere som opprettholder problematferden (ekstinksjon) (Eikeseth & Svartdal, 2010).

Metode

Bakgrunn og forfatternes bidrag

Denne studien er gjennomført av to vernepleie-studenter gjennom åtte uker, som et ledd i deres bachelorutdanning i vernepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Studien er gjennomført under veiledning av høgskolelektor.

CT bidro til utforming av studien, analyse og tolkning av data, i tillegg til utarbeiding av manuskript og kritisk revisjon av artikkelens innhold. MKR og LMS bidro til idé og utforming, datainnsamling, analyse og tolking av data, i tillegg til revisjon av artikkelens innhold. CT, MKR og LMS har godkjent artikkelversjonen som publiseres.

I en bolig for utviklingshemmede bor en psykisk utviklingshemmet voksen kvinne. Hun er overvektig og inaktiv. For at hun skal kunne opprettholde god helse og livskvalitet har hun behov for en sunnere livsstil.

Det er lagt stor vekt på brukermedvirkning, der det legges til rette for frihet og selvbestemmelse slik at beboere har valgmuligheter og innflytelse på egen hverdag (Bollingmo, Høium, & Johnsen, 2004). Frivillighetsaspektet til beboeren er ivaretatt, og det er også tatt hensyn til det at beboere kan få et avhengighetsforhold til personer som er tilstede i den perioden studien ble gjennomført. Dette er gjort ved en gradvis opptrapping av tilstedeværelse av de som gjennomførte studien de to første ukene, og deretter en gradvis nedtrapping av tilstedeværelse ved studiens slutt. Før gjennomføring av studien ble det innhentet samtykke fra pårørende, da kvinnen selv ikke har samtykkekompetanse. Det er kun brukt anonyme data som er samlet inn manuelt i denne studien.

Kartlegging

I løpet av to uker gjennomføres en kartlegging for å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilke forsterkere som eventuelt kan formidles for å fremme ønsket atferd hos kvinnen. Denne perioden er også en bli kjent fase for at kvinnen skal bli kjent med de som gjennomfører studien.

Intervju og observasjon

For å få informasjon om kvinnen, og de daglige rutine i bofellesskapet ble det foretatt observasjoner, i tillegg til et semistrukturert intervju, i form av samtaler med personer som kjenner kvinne godt. Gjennom kvalitative intervjuer får man frem erfaringer og oppfatninger (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Før intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide med spørsmål var relevant for problemstillingen.

Intervjuguiden inneholdt spørsmål som:

- Hvem har ansvaret for meny?
- Er det spesielle hensyn som må tas i forhold til mat og tilberedning?
- Hva er budsjettet på i forhold til handling?
- Bruker dere oppskrifter når dere lager maten?
- Spiser personalet middag sammen med kvinnene med felles mat?
- Er kvinne veid regelmessig de siste årene?
- Forsyner kvinne seg selv til middag, eller er det personalet som forsyner og serverer maten?

Registrering av kosthold, antropometriske målinger og fysisk aktivitet

I løpet av de to første ukene i studien ble kvinnens kosthold registrert i en dagbok. All mat ble veid med en vekt som oppga vekt i gram, og måltidene ble registrert med klokkeslett. Drikke ble målt, og registrert i dagboken. Dagsenteret der kvinnen oppholdt seg noen dager i uken, ble kontaktet for finne ut hva de serverte, slik at dette også kunne skrives i dagboken. For å regne ut kalorier og næringsinnhold etter kostregistrering, ble matvaretabellen brukt ("Matvaretabellen 2012," 2012).

Kvinnens fysiske aktivitet ble registrert ved baseline, og daglig i løpet av studiens 8 uker.

For å bestemme grad av overvekt, og for å se progresjon i studien blir antropometriske målinger (livvidde, vekt, høyde) utført ved baseline og underveis i studien.

Kroppsmasseindeksen (KMI) ble regnet ut ved hjelp av en formel: $\text{vekt} / \text{høyde}^2$ (Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten, 2012). For å måle livvidde, ble det brukt et målebånd uten elastikk fordi et målebånd med elastikk ikke gir korrekte målinger. Vekten ble målt en gang i uken på samme ukedag, og med den samme badevekten. Her ble batteriet til vekten byttet ved studiens start. For å definere overvekt ble både kroppsmasseindeks (KMI) og livvidde brukt (Tabell 1 og 2).

Tabell 1 Risikokategorier basert på KMI i henhold til WHO (*Obesity: preventing and managing the global epidemic ; report of a WHO consultation, 2000*).

Klassifikasjon	KMI
Undervekt	< 18,5
Normalvekt	18,5 - 24,9
Overvekt	25 - 29,9
Fedme klasse I	30 - 34,9
Fedme klasse II	35 - 39,9
Fedme klasse III	≥ 40

Kroppsmasseindeks brukes for å definere over- og undervekt, men tar ikke hensyn om økt vekt skyldes muskler eller fett. Livvidden er derfor en mer nøyaktig indikator på fettdepot, som medfører individuelle helse- og metabolske risikoer (Bahr, 2009; Sortland et al., 2011). Metabolsk syndrom er en samling av risikofaktorer for kardiovaskulære sykdommer og diabetes 2, med metabolske forandringer (abdominal fedme, dyslipidemi, hyperglykemi og hypertensjon (Alberti et al., 2009; Alberti, Zimmet, & Shaw, 2005)).

Tabell 2 Livvidde og risiko for metabolske komplikasjoner i henhold til WHO (*Obesity: preventing and managing the global epidemic ; report of a WHO consultation, 2000*).

Risiko for metabolske komplikasjoner	Midjemål (cm)	
	Menn	Kvinner
Økt risiko	≥ 94	≥ 80
Kraftig økt risiko	≥ 102	≥ 88

Preferansekartlegging

Når atferd skal endres må årsaken til atferden studeres. Det er derfor viktig med en grundig kartlegging av kvinnens livsstil, rutiner, antropometriske mål, i tillegg til hennes preferanser (hva hun liker). Dette gjøres for å bestemme hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilke forsterkere som skal brukes.

For å øke sannsynligheten for at ønsket atferd skal skje igjen, brukes forsterkere som gis når ønsket atferd forekommer. For å finne ut hva kvinnen liker og hvilke forsterkere som kan brukes, ble det gjort en preferansekartlegging. Det å kartlegge effektive forsterkere er avgjørende for om et tiltak virker eller ikke. For å kartlegge hvilke stimuli som kan brukes som forsterkere, ble det brukt en standardisert liste til preferansekartlegging for personer med alvorlig til dyp utviklingshemming (Ottersen & Bech, 2008).

For å finne ut av hva kvinnen liker/ikke liker av mat, benyttes et kartotek med oppskrifter og bilder av matretter som kommunen tidligere hadde utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet. Dette kartoteket var tilgjengelig i bofellesskapet, men ble ikke benyttet i forkant av studien. På den ene siden av oppskriftskortet var det store bilder av matretten, og de egnet seg godt til å bruke til kartlegging av hva kvinnen likte å spise. Kvinnen kan peke på bilder av ulike matretter, for å fortelle hva hun ønsket å spise. Dette går på medbestemmelse og å kunne ta valg som påvirker ens eget liv (Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012).

Forsterkningsbetingelsene kan reverseres, ved at de forsterkerne som har opprettholdt problematferden presenteres når ønsket atferd forekommer. Dersom forsterkningen gis i store mengder, kan det oppstå metning slik at forsterkeren ikke lenger har effekt på atferd (Eikeseth & Svartdal, 2010).

Gjennomføring

Etter en kartleggings- og bli kjent fase på 2 uker skulle tiltak iverksettes for å bedre kvinnens livsstil. Dette med fokus på kosthold og fysisk aktivitet. Alle tiltak som ble iverksatt var på kvinnes nivå, og ble gjennomført på kvinnes premisser (Eide & Eide, 2007). Tiltakene som ble iverksatt skulle også være med på å strukturere hverdagen hennes.

Fordi kvinnen har begrenset språk, gir hun uttrykk for hva hun liker og ikke liker gjennom bruk av mands. Dette er utsagn som har til hensikt å be om ønsket stimuli, eller å kunne si ifra hvis man vil ha noe fjernet (Horne, 2007). For å øke kvinnens medvirkning stimuleres kvinnen til å aktivt ta i bruk mands for å kunne gi uttrykk for hva hun ønsker/ikke ønsker. For å gjennomføre tiltakene blir det tatt i bruk hjelpestimuli som prompt og prompt fading. Dette er ulike teknikker som brukes innenfor atferdsanalyse. Prompt er en betegnelse på teknikker som benyttes for å hjelpe en person til å utføre en handling i en treningssituasjon. På sikt er det ønskelig at personen utfører handlingen uten prompts, og at hjelpen gradvis fjernes. Personen vil da tilslutt klare seg uten prompt/hjelp (Horne, 2007). Teknikker som benyttes for at personen skal utføre handlingen fjernes da gradvis, det er dette som kalles prompt fading (Cooper, Heron, & Heward, 2014). Prompt kan være verbale prompt ved å gi korte beskjeder, eller manuelle som det å peke eller berøre (Cooper et al., 2014). Vokale instruksjoner er mest effektive, samtidig som de er enklere å fade ut (Horne, 2007).

På et informasjonsmøte får personalet informasjon om anbefalinger for kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). De får også informasjon om nøkkelrådskost som passer godt for personer med overvekt og MetS (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012), og hvordan de kan bruke tallerkenmodellen (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012). De ble også fortalt om viktigheten av en god måltidsrytme, som vil gi et stabilt blodsukker. Dette er viktig for å unngå småspising. Et stabilt blodsukker vil også kunne gi en bedre søvnrytme og stabilisere humøret (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012).

En fire ukers meny med forslag til dagsmeny og måltidseksempler ble utarbeidet etter anbefalinger fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014), og ved hjelp av oppskriftene fra kartoteket. Det ble utarbeidet handlelister, og satt opp forslag til måltidsrytme etter nøkkelrådskosten (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012). Måltidene skulle bestå av tre hovedmåltider og to mellommåltider, dette for å sikre et stabilt blodsukker. Maten skal tilberedes sammen med kvinnen, og hun skal bidra i matlaging

ved å kutte grønnsaker og røre i grytene. Kvinnen skal også involveres når mat skal handles inn, og skal være med å hjelpe til når varer legges i handlekurven.

For å bidra til balanse mellom energi-inntak og energi-forbruk blir det iverksatt tiltak for å øke den daglige fysiske aktiviteten fra uke tre i studien. Fysisk aktivitet kan defineres som all kroppsbevegelse som følge av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk (Bahr, 2009). Fysisk aktivitet har effekt på forbrenningen i form av at energiforbruket øker drastisk under aktiviteten (Bahr, 2009). Fysisk aktivitet øker sjansen for å kunne være selvstendig og selvhjulpent, og det anbefales at voksne personer er i moderat fysisk aktivitet minst 30 minutter hver dag (Bahr, 2009). I samråd med personalet i boligen avbestilles transporten til dagsenteret, slik at kvinne kan gå til og fra dagsenteret. Det ble her benyttet prompt og prompt fading, for å hjelpe frem målatferden (ønsket atferd) som var å gå til dagsentret. Tiltaket ble iverksatt ved at kvinne ble fulgt til dagsenteret, for så å trappe det ned slik at kvinnen til slutt går på egenhånd (prompt fading). I tillegg til å gå til og fra dagsentret, skal kvinnen spasere en tur hver ettermiddag. Dette for å unngå at hun blir sittende så mye passiv. Det ble også laget en aktivitetsplan, med noen faste aktiviteter i nærområdet som hun kan spasere til og fra. På handledager kan kvinnen spasere til butikken med sekk på ryggen, slik at hun bærer sine egne varer hjem.

Oppfølging etter studiens slutt

En måned etter studiens slutt skal personalet i boligen kontaktes. Dette for å høre om de iverksatte tiltakene i forhold til kosthold og økt fysisk aktivitet fortsatt blir fulgt. Dette for å se om intervensjonen kan ha effekt, selv etter at de som gjennomførte studien ikke er der lenger. Dette er noe vi ser på som svært viktig.

Resultater

Baseline

Selv om kvinnen har begrenset språk, kan hun kan svare ja/nei på konkrete spørsmål og gi uttrykk for hva hun ønsker/ikke ønsker i form av mands. Kvinnen trenger bistand i det daglige, men kan utføre ulike oppgaver med veiledning og korte instruksjoner. Kvinnen sitter ofte passiv, og sover ofte sittende i sofaen. Det er ingen tiltak i forhold til fysisk aktivitet i boligen. Hun er glad i å være på dagsentret, der det er personer som kvinnen kjenner godt. Hun kjøres til dagsenteret i buss.

Kvinnen blir ikke spurt om hva hun vil ha til middag. Middagsmenyen settes opp to dager i uka, og hva som står på menyen er avhengig av personalet som er på arbeid den dagen det handles inn. Etter å ha gått igjennom oppskriftene i kartoteket, viser kvinnen tydelig begeistring ved å smile peke på matretter hun liker godt.

Preferansekartleggingen viser at kvinne er glad i oppmerksomhet, det å bruke tullestemmer, lek og moro. Kvinnen er også glad i å gå tur, og liker også å være på bilturer med personalet. Det ble i studien valgt å bruke sensoriske stimuli som forsterkere, fremfor spiselige forsterkere. Dette både fordi det tok lang tid før metning oppstod ved sensoriske stimuli, og at det ikke er ønskelig å bruke spiselige forsterkere da de gjerne er usunne. Spiselige forsterkere krever også økonomiske midler. Det var spesielt to sensoriske stimuli som var effektive

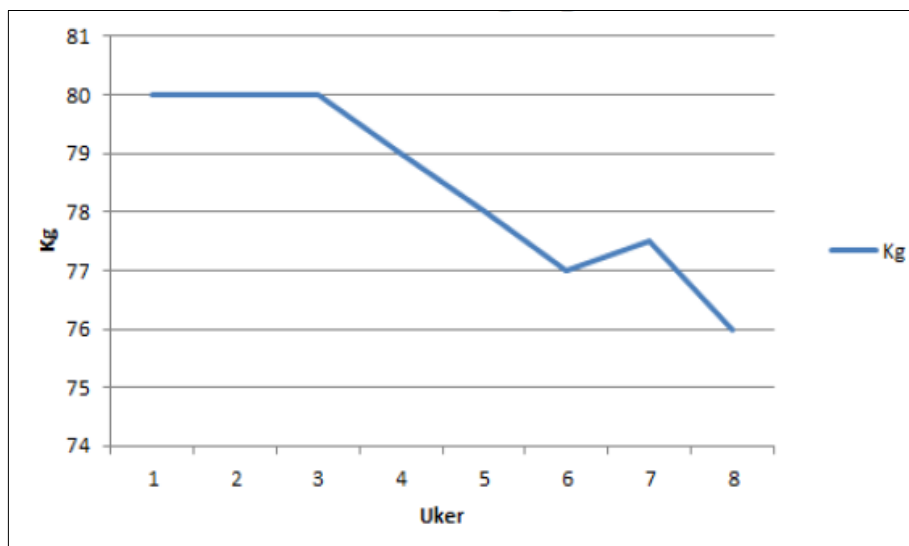
forsterkere. Det ene var å bli klødd på ryggen, og det andre var en spesiell tullestemme. Ros og oppmerksomhet var også potensielle positive forsterkere for kvinnen, og målatferd forsterkes derfor med oppmerksomhet og ros på vei til dagsentret. Kvinnen er svært glad i å være på dagsentret, slik at det å komme til dagsenteret fungerer som en sluttforsterker.

Ved baseline har kvinnen en livvidde på 123 cm, og en KMI på 38. Dette betyr at hun har fedme grad II, og at tiltak bør iverksettes for å bedre hennes helsetilstand (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012). Ved baseline var kvinnen fysisk aktiv i ca. 3,5 time per uke. Etter at kostholdet hadde blitt kartlagt i to uker viste resultatene at kvinnen hadde et sunt og variert kosthold, og at gjennomsnittlig energiinntak var 2200 kcal. Dette er normalt, da anbefalingene sier at en inaktiv kvinne bør ha et energiinntak på 9 MJ, noe som tilsvarer 2151 kcal.

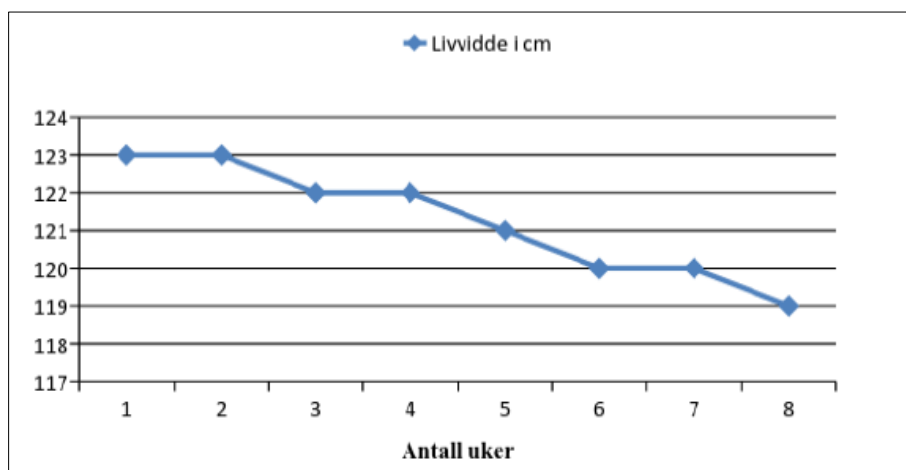
Etter intervensjonen

Personalet forteller at de synes kvinnen har blitt mer våken og opplagt etter intervensjonen, og at kvinnen nå prater mer på eget initiativ. Hun virker også mer fornøyd. Kvinnen har gått ned fire kilo, noe som utgjør 5 % av kroppsvekten. I tillegg er livvidden redusert med 4 cm (Figur 1 og 2). Etter innføring av intervensjon er kvinnen nå i fysisk aktivitet 7,5 time per uke, noe som er mer enn en fordobling i antall timer med fysisk aktivitet ved baseline (Figur 3).

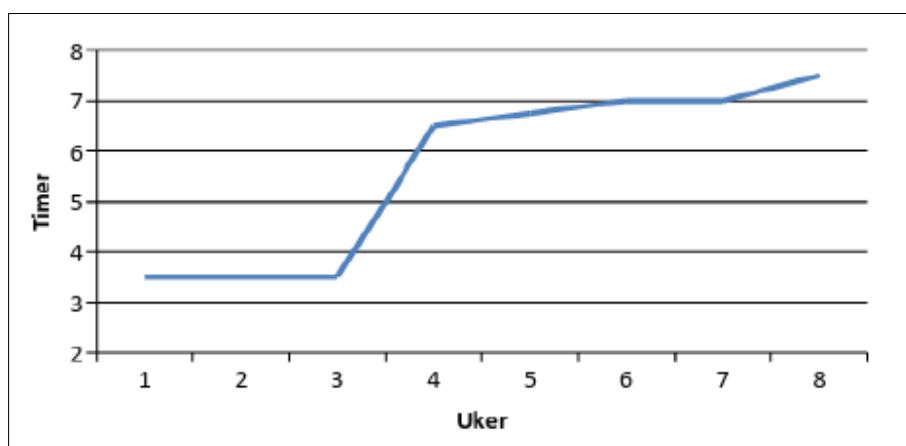
Gjennom studien har personalet fått kunnskap om hva som anbefales av kosthold og fysisk aktivitet, blitt bevisstgjort i forhold til hvordan de kan bidra til økt fysisk aktivitet og opprettholdelse av et sunt kosthold.



Figur 1 Kvinnens vekt (kg) gjennom åtte uker.



Figur 2 Kvinnes livvidde (cm) gjennom åtte uker.



Figur 3 Kvinnens fysiske aktivitet (t/uke) gjennom åtte uker.

En måned etter studiens slutt

En måned etter studiens slutt ble personalet i boligen kontaktet for å høre om tiltakene i fortsatt ble fulgt. De svarte at tiltakene i forhold til kosthold og økt fysisk aktivitet fortsatt ble fulgt. Kvinnen gikk til og fra dagsenteret hver dag, og målet var at hun skulle gjøre dette mesteparten av året.

Diskusjon

En sunnere livsstil

I denne studien har vi sett på hvordan en sunnere livsstil kan etableres hos en overvektig, inaktiv kvinne med psykisk utviklingshemning. Våre hovedfunn er at ved hjelp av atferdsanalytiske metoder ble nye vaner i forhold til kosthold og økt fysisk aktivitet etablert hos kvinnen. Antall timer med fysisk aktivitet per uke er mer enn doblet, og hennes vekt og

livvidde er redusert med henholdsvis 4 kg og 4 cm. Dette er med på å gi kvinnen bedre helse, fordi en vektreduksjon på 5 –10 % skal gi betydelig gevinst i forhold til blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier (*Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*, 2010). Vektreduksjonen kan også være med å bedre søvn, noe som kan være med på å øke kvinnens livskvalitet.

I tillegg til å få økt fysisk aktivitet og redusert sine kroppsmål, har kvinnen fått økt brukermedvirkning. Hun er nå med på å bestemme hva hun ønsker å spise, og har også blitt en aktiv deltager når det skal handles inn ved at hun er med på å handle. Hun er nå også med når mat skal tilberedes. Dette til forskjell fra tidligere, da hun satt passivt og ventet på at personalet skulle tilrettelegge for henne.

Personalet har gjennom studien fått kunnskap om hva som anbefales av kosthold og fysisk aktivitet, blitt bevisstgjort i forhold til hvordan de kan bidra til økt brukermedvirkning. Personalet har også fått erfare hvordan et kartotek med oppskrifter kan bidra til aktivisering av beboer, slik at hun ikke sitter passiv. På sikt kan dette medføre en sunnere livstil for andre, ikke bare denne kvinnen.

Før studien

Før studien var det personalet som planla meny, handlet og tilberedte all mat. Kvinnen var inaktiv, og satt ofte passiv på eget rom. Passivitet kan være lært og kan skyldes at omgivelsene oppleves som masete. Det kan også være mange krav, og kan oppleves som lite trivelige. Lært passivitet kan også skyldes at personalet har vært litt for «snille» og gitt for mye hjelp slik at oppmerksomhet fra personalet virker forsterkende. Det å stadig få nye instruksjoner ved ikke å utføre en oppgave, kan da «lønne» seg for personen (Horne, 2007). Det var opp til personalet om det skulle være aktivitet for beboerne i boligen, og hvilken type aktivitet dette skulle være. Det var derfor tilfeldig om kvinnen kom seg på tur, og hvilken type tur dette var. Hun ble sjelden spurt om hva hun ville gjøre, og det var opp til personalet hva som skjedde på kveldene. Blant personalet var det flere som ikke likte å gå tur om vinteren, og kvinnen ble derfor tatt med på kjøretur i bil når de skulle på tur. Kjøretur med bil kan ikke regnes som fysisk aktivitet.

Ved studiens start ble temaet kosthold og fysisk aktivitet møtt med skepsis blant personalet. Personalet har ofte egne oppfatninger av hva som er et bra kosthold. Noen kan lese i ukeblader om hva som er sunt, og andre igjen lager mat etter hvordan de selv er vant til å gjøre det. Personalet mente at tiltakene ikke ville fungere fordi kvinnen var sedat person, som ikke ville være med på aktiviteter.

Etter intervensjonen

Etter intervensjonen har kvinnen fått en mer aktiv livsstil, og er nå mer delaktig i egen hverdag. Til å begynne med fulgte vi kvinnen helt til dagsentret, men etter hvert gikk hun alene. En måned etter studien går kvinnen fortsatt alene til dagsenteret.

Personalet forteller at de synes kvinnen er blitt mer våken og opplagt, og at hun prater mer på eget initiativ. Hun virker også mer fornøyd. Personalet forteller at de er overrasket over resultatene, da de ikke trodde det var mulig å endre kvinnens livsstil. God informasjon og bevisstgjøring av personalet er viktig for å kunne gjennomføre endringer, og en god

ernæringspraksis krever kunnskap om kosthold og metoder for kartlegging, vurdering og hensiktsmessige tiltak. Personalet forteller at de nå har fått opp øynene opp for hvor viktig et sunt kosthold og fysisk aktivitet er, og ønsker å fortsette med tiltakene etter å ha sett de gode resultatene.

Kartleggingene viste at kvinnen var svært glad i gå tur uansett vær og føre. Dette viste hun tydelig ved at hun tok på seg jakke og sko og sa *tur*, når hun ønsket å gå ut. Etter at hun begynte å gå til og fra dagsentret og spasere en tur hver ettermiddag, har hun fått en fordobling av sin fysiske aktivitet, og hun har også fått redusert både vekt og livvidde. Personalet forteller at en måned etter studiens slutt, følges fortsatt tiltakene. Dersom personalet forsetter med tiltakene, kan det være med på å forebygge livsstilssykdommer hos kvinnen.

I tillegg til ernærings- og kostholdstatus er det svært viktig å se på andre forhold som kan påvirke matinntaket som: sykdom og diagnoser, tannstatus, ulike typer medikamenter og behov for spesiell tilrettelegging av matsituasjonen (*Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*, 2012). Mange utviklingshemmede har et høyt forbruk av psykofarmaka (Baasland & Engedal, 2009), noe som kan gi vektøkning ("Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge,").

Når tiltak iverksettes er det viktig at de er enkle å gjennomføre, og at de evalueres for å se om de virker. Personalet forteller at tiltakene som ble iverksatt var enkle å følge, og at det derfor vil være enkelt å opprettholde. Alle tiltak ble dokumentert, slik at de kan følges uansett hvem som har ansvar i boligen. Det at de personalet også fikk se hvordan evalueringen ble gjort, og at resultatene av tiltakene ble så gode er med på at tiltakene opprettholdes. Det kan også være at andre beboere i boligen nå kan dra nytte av personalets nye kunnskap.

En svakhet ved studien er at ikke all mat og fysisk aktivitet ble kartlagt, og at det her kan ligge feilkilder. Personalet som arbeidet i helgene deltok ikke i registreringen av kosthold og fysisk aktivitet, og kvinnen var noen ganger på steder der registrering ikke ble gjort. Vekten som ble brukt ble ikke kontrollert får å se om den var korrekt, men batteri ble skiftet ved oppstart av studien.

Konklusjon

I denne studien har vi sett på hvordan en sunnere livsstil kan etableres, hos en kvinne med psykisk utviklingshemning. Ved hjelp av atferdsanalytiske metoder har hun fått nye vaner i forhold til kosthold og økt fysisk aktivitet. Studien ble gjort i forhold til en person, men vi mener at disse gode resultatene kan ha overføringsverdi til andre. Forskning på intervensjoner som kan bidra til å redusere overvekt hos utviklingshemmede er viktig, og det er behov for flere studier i forhold til dette viktige temaet.

Litteratur

Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., . . . Smith, S. C., Jr. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National

Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120(16), 1640-1645. doi: CIRCULATIONAHA.109.192644 [pii] 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644

Alberti, K. G., Zimmet, P., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet*, 366(9491), 1059-1062. doi: S0140-6736(05)67402-8 [pii] 10.1016/S0140-6736(05)67402-8

Baasland, G., & Engedal, K. (2009). Bruk av psykofarmaka hos mennesker med utviklingshemming. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 17, 2009; 129: 1751-3.

Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. [Oslo]: Helsedirektoratet.

Bollingmo, L. r., Høium, K. r., & Johnsen, B.-E. r. (2004). *Det er mitt liv: brukervedvirkning og nye hjelperoller i habilitering og rehabilitering*. Oslo: Universitetsforl.

Bondevik, M., & Nygaard, H. A. (2012). *Tverrfaglig geriatri: en innføring*: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2014). *Applied behavior analysis*

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eikeseth, S., & Svartdal, F. (2010). *Anvendt atferdsanalyse: teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge.

Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (2010). Nasjonale faglige retningslinjer / Helsedirektoratet,

Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning, og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge: nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*

Horne, H. (2007). *Målrettet miljøarbeid: anvendt atferdsanalyse : D. 2 : Opplæringsteknikker* (2. utg. ed.). Oslo: G.R.D. forl.

Hsieh, K., Rimmer, J. H., & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 58(9), 851-863. doi: 10.1111/jir.12100

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.

Kittelsaa, A. M., & Tøssebro, J. (2011). *Store bofellesskap for personer med utviklingshemming: noen konsekvenser*

Kosthåndboken veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. (2012). Oslo: Helsedirektoratet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2010). (Vol. 91(HOD)(2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Matvaretabellen 2012. (2012). from Mattilsynet, Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo

Obesity: preventing and managing the global epidemic ; report of a WHO consultation. (2000). (Vol. 894). Geneva: WHO.

Ottersen, K. O., & Bech, H. (2008). Utarbeidelse av standardiserte lister over stimuli som kan brukes til kartlegging av forsterkere hos personer med alle grader av utviklingshemning. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 4, 179–190.*

Rimmer, J. H., Rowland, J. L., & Yamaki, K. (2007). Obesity and secondary conditions in adolescents with disabilities: addressing the needs of an underserved population. *J Adolesc Health, 41(3), 224-229.* doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.05.005

Rimmer, J. H., & Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 12(1), 22-27.* doi: 10.1002/mrdd.20091

Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

Sortland, K., Steensæth, Y., & Gjerstad, R. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke.* Bergen: Fagbokforl.