



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Psykiske lidelser hos utviklingshemmede: Hvilke faglige utfordringer står man overfor generelt og hos vernepleiere?

Reidun Anita Nekstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 29.05.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk:

Psykiske lidelser hos utviklingshemmede: Hvilke faglige utfordringer står man overfor generelt og hos vernepleiere?

Tittel på engelsk:

Mental disorders among mentally retarded: What are the professional challenges, in general and among social educators.

Forfatter: Reidun Anita Nekstad

Fagkode: VPL05.

Studiepoeng: 180

Årstall: 2009

Veileder: Karl Ingvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29. 05. 2009

Antall ord: 11588

Hemmeligheten i all hjelpekunst...

*Vil jeg virkelig lykkes i å veilede
et menneske mot et bestemt mål,
må jeg først og fremst passe på å finne
ham der hvor han er, å begynne akkurat
der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver som ikke kan det, lurер seg selv,
når han tror han kan hjelpe den andre.*

Søren Kirkegård

(født 5. mai 1813, død 11. november 1855)

Innhold

1.0 Innledning: Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming.....	7
1.1 Begrunnelse for valgt område	7
1.2 Formålet med oppgaven.....	9
1.3 Hvorfor er temaet relevant for vernepleieryrke?.....	9
2.0 Hovedproblemstilling.....	10
2.1 Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen	10
2.1.1 Psykisk helse	10
2.1.2 Utviklingshemmede	11
2.2 Avgrensning av hovedproblemstilling	12
2.3 Delproblemstillinger	12
2.4 Metode	13
2.5 Forforståelse	14
2.6 Feilkilder	14
3.0 Forholdet mellom psykiske lidelser, utviklingshemming og problematferd	15
3.1 Psykiske lidelser hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming	15
3.2 Risikofaktorer mht utvikling av psykiske lidelse.....	15
3.2.1 Kommunikasjon og språkvansker	15
3.2.2 Nedsatt sosial rollekompetanse	16
3.2.3 Institusjonsbakgrunn	16
3.2.4 Mangelfulle omsorgsmiljøer	16
3.3 Forholdet mellom adaptive ferdigheter og psykisk lidelser.....	17
3.4 Kartlegging og utredning	18
3.4.1 Formålet med diagnostisering	18
3.4.2 Diagnoseverktøy	18
3.4.3 Kriterier i DC-LD.....	19
3.4.4 Utredning	20
4.6 Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd	21
4.7 Forebygging og behandling	23
4.7.1 Medikamell behandling.....	23
4.7.2 Atferd psykologi / adferds endrende tiltak.....	24
4.7.3 Økologisk perspektiv på forebygging av psykiske lidelser.....	24
4.7.4 Fysisk aktivitet	26
4.7.5 Arbeidsmodell (AHA) og miljøarbeid	26
4.8 Etske og juridiske forhold i den praktiske hverdagen for vernepleieren	27
5.0 Drøfting	28
5.1 Hvordan arter psykiske lidelser seg hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming?.....	28
5.2 Hvilke utfordringer står en ovenfor ved kartlegging og utredning av psykiske lidelser hos alvorlig til dyp utviklingshemmede, og hvilke kartleggings metoder blir brukt?	29

5.3 A.) Hvilken sårbarhetsfaktorer medvirker til at utviklingshemmede kan få en psykisk lidelse?	30
B.) Kan mangel på adaptive ferdigheter utløse en psykisk lidelse hos en utviklingshemmet?	32
5.4 Er det en økning av psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen?	33
5.5 Kan psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming være årsaken til problemadferd?	33
5.6 Hvordan kan en forebygge og behandle psykiske lidelser hos utviklingshemmede?35	
5.7 Hvilken etiske og juridiske forhold må vernepleieren ha forståelse for i forhold til kartlegging av psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med alvorlig til dyp utviklingshemming?	39
6.0 Oppsummering og konklusjoner	41
6.1 Faglige refleksjoner.....	43
7.0 Litteraturliste.....	45
8.0 Selvvalgt litteratur	46

Vedlegg 1 : E- post fra, Olav Nytingnes , Rådet for psykisk helse

1.0 Innledning: Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming

1.1 Begrunnelse for valgt område

I rammeplan for vernepleieryrke står det blant annet i ”3.2 Formål” vernepleieren skal være brukerorientert og reflektert, og skal være kvalifisert til å utføre miljøarbeid og rehabilitering sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Det påpekes videre at mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe og derfor velger jeg å skrive om psykisk utviklingshemmede i bacheloroppgaven.

I opptrappingsplan for psykisk helse (2002 – 2008) satser de på å styrke det faglige nettverket som gir tilbud til personer med utviklingshemming. Det er kjent fra forskning at levekårene for utviklingshemmede sakker etter i forhold til befolkningen for øvrig. Sosial- og helsedirektoratet har tildelt Nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemmede [NAKU] et økonomisk tilskudd til oppretting og drift av et nasjonalt fagnettverk om utviklingshemming og psykisk lidelse. Tilskuddet er gitt med tanke på opptrappingsplanen for psykisk helse og et av målene er å styrke det psykiske helsetilbudet til mennesker med utviklingshemming. *”personer med utviklingshemming har de samme rettigheter som andre til å motta tjenester fra psykisk helsevern, både i form av samtaler og behandling med antidepressiva (Helsedirektoratet, 2008).*

St.meld.nr.40”*Nedbygging av funksjonshemmende Barrierer*” (2002-2003) peker man på noen av de utfordringer som man står ovenfor i oppgaven til å sikre gode levekår for mennesker med utviklingshemming. Det nevnes blant annet at det er viktig å nå fram til de som yter tjenestene i kommunene med kunnskap om levekår og hvordan tjenesten kan bedres. Jeg tolker det slik at intensjonene av det overordnede målet, er full deltagelse for alle, uansett funksjonshemming. I diskriminerings- og tilgjengelighetsloven står det skrevet,

”§ 1 Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til

nedbygging av samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes.¹”

Statusrapport 07: *Samfunnsutviklingen for personer med nedsatt funksjonsevne* viser imidlertid at det fortsatt er stort sprik mellom denne målsettingen og de funksjonshemmedes hverdag (Halvorsen 2007). Ellingsen (2008 NAKU) viser til at mennesker med utviklingshemming brukes sjelden som eksempler på hvordan tingenes tilstand er. Psykisk helse er kanskje det feltet som er minst prioritert i helsetilbudet for utviklingshemmede. Mennesker som har utviklingshemming og psykiske lidelser kan være underrepresentert når det gjelder utredning, behandling, forskning og faglig oppmerksomhet. Videre påpeker Ellingsen (2008) at de faglige utfordringene en møter når en skal arbeide med personer med utviklingshemming som har en psykisk lidelse er diagnostiseringen. Siden personer med utviklingshemming kan ha vansker med å opplyse om sin egen situasjon, vil en ofte være avhengig av nærpersoner (NAKU 2008).

I NOU's rapport "Levekår for psykisk utviklingshemmede" (1985:34) står det blant annet "omfattende befaringer viser at livssituasjonen og levekår for psykisk utviklingshemmede i institusjonen er menneskelig, sosialt og kulturelt uakseptabelt" (NOU.1985:34).

Ansvarsreformen for utviklingshemmede ble iverksatt på grunn av kritikken mot forholdene i HVPU (Helsevern for psykisk utviklingshemmede). Lossius utvalget ble nedsatt for å gjennomgå forholdene og utvalget konkluderte med at oppbygging av tjenestene utenfor institusjonene ville gi et bedre tilbud til utviklingshemmede. Forutsetningen for at utviklingshemmede skulle både oppfattes og se på seg selv som fullstendige samfunnsborgere.

I forbindelse med avviklingen av HVPU reformen 1. januar 91, medførte at kommunene fikk ansvar for bo – og tjenestetilbudet. I st. meld. nr 25 *Åpenhet og helhet, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (1996-97) understrekes det at utviklingshemmede har rett på spesialisthelsetjenesten på lik linje med "oss andre" (Sosial og helsedirektoratet 2001). Det hevdes også at personer med utviklingshemming har ofte så omfattende psykiske vansker at de trenger psykiatriske spesialisttjenester.

¹ <http://www.lovdatab.no/all/tl-20080620-042-0.html#1> lest 07.05.09

Det er generell enighet blant fagfolk at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant psykisk utviklingshemmede generelt enn i normalbefolkningen. I ICD-10 (2000) påpekes det også at forekomsten av psykiske lidelser hos utviklingshemmede, er minst tre til fire ganger større enn hos befolkningen ellers.

1.2 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å rette oppmerksomhet mot manglende forståelse for at mennesker med utviklingshemming kan ha psykiske lidelser og oppgaven bidrar til å fokusere på målgruppen. Derfor vil oppgaven være rettet mot tjenesteytere som samhandler daglig med utviklingshemmede. Teorien som belyser problemstillingen kan også bidra til aktuelle og nye problemstillinger. Målet med oppgaven er heving av egen og andres kompetanse på dette feltet, å øke kunnskapen om utviklingshemmede som kan ha en psykisk lidelse. Oppgaven belyser også problematikken som kan oppstå i utredning og behandling av en psykisk lidelse hos en person med utviklingshemming, generelt og i et vernepleierfaglig perspektiv.

1.3 Hvorfor er temaet relevant for vernepleieryrke?

Vernepleieren skal være brukerorientert og være reflekterende yrkesutøvere. Han / hun skal være kvalifisert til å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale vansker. En vernepleier har ferdigheter innen alternativ kommunikasjon og gjennomføre tiltak i samarbeid med bruker og andre profesjoner / tjenesteytere.

Ved at vernepleieren får bedre forståelse for psykiske lidelser hos utviklingshemmede, kan det bidra til at bruker får den optimale behandlingen fra profesjonelle fagfolk. Lov om helsepersonell § 4 annet ledd sier at *”helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig”* (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Vernepleieren skal også dokumentere, evaluere og kvalitetsikre eget arbeid. En vernepleier skal også ha evnen til og reflekterer over ulike etiske problemstillinger som kan dukke opp i samhandling med en utviklingshemmet.

2.0 Hovedproblemstilling

Ovenstående danner bakgrunn for følgende hovedproblemstilling:

- *Hvilken faglige utfordring står man overfor, både generelt og hos vernepleiere, når det gjelder den psykiske helsen hos utviklingshemmede?*

2.1 Begrepsavklaring i forhold til problemstillingen

2.1.1 Psykisk helse

Definisjon av psykisk helse;

«frihet fra den sorten besvær som kan karakteriseres som psykisk, dvs. frihet fra patologisk angst, fobier, tvangstanker, hallusinasjoner, forfølgelsesideer, bisarre vrangforestillinger etc .»(Henry Egidius 1994) NOVA 2002)

Et slikt fravær av psykisk besvær blir i forskningslitteraturen regnet som en forutsetning, for opplevelse av personlig velvære samt det å leve et sosialt virksomt liv.

I følge verdens helseorganisasjon (World Health Organization (WHO)) inneholder psykisk helse som en mulighet til å realisere sine evner, tilfredshet med livet, mestre hverdagens små og store utfordringer, mulighet til å realisere/bidra med noe og evne til å arbeide produktivt.

WHOs definisjon av psykisk helse er:

” a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community (Myklestad , Rognerud, Johansen 2008).

Målet med god psykisk helse gjelder for alle mennesker. Psykisk helse er en integrert del av livskvaliteten til menneskene. Stubrød (2001) viser til at det er to hovedaspekter ved psykisk helse og det er emosjonelt velvære og støttende sosiale og interpersonale relasjoner. Emosjonelt velvære er en viktig del av vårt menneskelige liv. Inter -personlige

(relasjoner mellom deltakerne) og sosiale relasjoner er viktig for et fullverdig og rikt liv. Utviklingshemmede er i stand til å ha et fullverdig følelsesliv, og har ikke andre behov i forhold til menneskelige kvaliteter enn oss andre.

2.1.2 Utviklingshemmede

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for tilstander som innbefatter tilstander med ulike årsaker og forskjellige funksjonsforstyrrelser. Eknes (2000) henviser til NOU 1991 nr 20 der de påpeker at utviklingshemming er en administrativ diagnose eller kategori og ingen sykdomsbenevnelse. Utviklingshemming er en samlebetegnelse, også kalt sekkebetegnelse, som innbefatter tilstander med svært ulike årsaker og funksjonsforstyrrelser. Betegnelsen benyttes om personer med betydelig kognitiv svikt, som skal ha kommet til uttrykk i personens utviklingsperiode. Diagnostiseringen baserer seg delvis på målinger av kognitivt funksjonsnivå og deler gruppen inn i mild, moderat, alvorlig og dyp utviklingshemming (Snoek og Engerdal 2003).

Utviklingshemming er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av funksjonsnivå og evner. *Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter (ICD-10: 224).* Utviklingshemmingen kan forekomme med eller uten andre somatiske eller psykiske lidelser, men kan rammes av hele spektret av psykiske lidelser. Det konstateres også at forekomsten av psykiske lidelser hos utviklingshemmede, er minst tre til fire ganger større enn hos befolkningen ellers. Tilpassningsatferden er alltid svekket, ved et tilrettelagt sosialt miljø med støttespillere, vil ikke svekkelsen være så åpenbar hos mennesker med lett utviklingshemming (ICD-10).

F73 Dyp psykisk utviklingshemming. IQ nivået for denne gruppen utviklingshemmede estimert til under 20. I praksis betyr det at de rammede menneskene har svært begrensede evner til å forstå eller følge instruksjoner eller anmodninger. Mange har meget begrenset mobilitet, er inkontinente og i beste fall kan de delta i helt elementære /lettfattelige former for ikke verbal kommunikasjon (ICD -10).

Kognitiv svikt

Eknes (2000) påpeker at det som karakteriserer mennesker med utviklingshemming er nedsatt kognitiv fungering. Funksjoner som tenkning, problemløsning, hukommelse, persepsjon, og språk er redusert i ulik grad. Ved å ha en utviklingshemming kan det sies å

ha stor innvirkning på menneskets innlæringsprosess. Det er vanskelig for utviklingshemmede å bruke innlærte situasjoner i andre sammenheng. Ferdigheten må holdes ved like og må gjentas gang på gang.

Ulike grader av utviklingshemming

Gradering av psykisk utviklingshemming

ICD- 10-kode og Utviklingshemning

IQ-nivå	Mental alder (år)
F70 Lett 50–69	9 til under 12
F71 Moderat 35–49	6 til under 9
F72 Alvorlig 20–34	3 til under 6
F73 Dyp under 20	mindre enn 3

2.2 Avgrensning av hovedproblemstilling

Voksne (over 18 år) med alvorlig til dyp utviklingshemming. Dette er fordi denne gruppen har størst forekomst av psykiske lidelser og er minst tilgjengelig for hjelp og støtte.

Utviklingshemmede i denne kategorien kan også være mest utsatt for svikt i hjelpeapparatet.

2.3 Delproblemstillinger

- 1. Fenomenologi: Hvordan arter psykiske lidelser seg hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming?**
- 2. Risikofaktorer: a) Hvilken sårbarhetsfaktor medvirker til at utviklingshemmede kan få en psykisk lidelse?**

- b) **Kan mangel på adaptive ferdigheter utløser en psykisk lidelse hos en utviklingshemmet?**
3. *Diagnostisering:* **Hvilke utfordringer står en ovenfor ved kartlegging og utredning av psykiske lidelser hos alvorlig til dyp utviklingshemmede og hvilke kartleggingsmetoder blir brukt?**
 4. *Konsekvenser av nytt lovverk:* **Er det en økning av psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen?**
 5. *Forholdet mellom problemadferd blant utviklingshemmede og psykiske lidelser:* **Kan psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming være årsaken til problemadferd?**
 6. *Forebygging og behandling:* **Hvordan kan en forebygge og behandle psykiske lidelser hos utviklingshemmede?**
 7. *Vernepleierfaglige forhold:* **Hvilken etiske og juridiske forhold må vernepleieren ha forståelse for i forhold til kartlegging av psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med alvorlig til dyp utviklingshemming?**

2.4 Metode

Dette er en litteraturstudie. Det har av praktiske årsaker ikke vært aktuelt å samle data via for eksempel intervjuer for å belyse problemstillingen. Bachelor oppgaven bygger således på dokumentasjon som er offentlig tilgjengelig og den har et teoretisk perspektiv skrevet på eksisterende faglitteratur, diverse fagartikler og offentlige statistikk. Dalland (2007) henviser til Kirkevold (1992:30) som sier at en ”*teori er et forsøk på å ordne mange isolerte observasjoner eller erfaringer knyttet til ett eller flere fenomener, for å få økt forståelse av disse*” (Dalland 2007:109).

I denne sammenheng anvendes det en hermeneutisk metode. Garsjø (2001) skrev at innenfor hermeneutikken tyder man mellom to forutsetninger. Den ene er forholdet

mellom delene og helheten, *Helheten forstås som lys av delene og delene i lys av helheten* (Garsjø 2001:141). Den andre er hvis min forståelse kommer i strid med teksten, tvinges jeg til å revurdere min forståelse slik at den blir i samsvar med teksten (Garsjø 2001).

Pensumslitteratur for vernepleier utdanningen, annen litteratur og ulike søkemotorer ble også brukt for å prøve å belyse fenomenet jeg vil undersøke. Det ble foretatt søk i bibliotekbasen Bibsys mime på ordet utviklingshemming med treff på 2599. Deretter ble det søkt på utviklingshemmede og psykisk helse, som ga 192 treff. Etter dette ble det søkt ved flere forskjellige norske forsknings-, utdannings- og behandlingsinstitusjoner og kompetansesenter. Dette ga ytterligere informasjon i form av bøker, rapporter og artikler.

2.5 Forforståelse

Ved å skrive denne oppgaven setter jeg fokuset på personer med utviklingshemming som har / kan utvikle psykiske vansker eller en psykisk lidelse. Mangel av forståelse kan føre til at psykiske lidelser tilskrives utviklingshemmingen /diagnosen, som igjen kan medføre at brukeren ikke får adekvat hjelp. Dette fører til underdiagnostisering og feilbehandling av personen. Manglende kompetanse av helsepersonellet er også en årsak til at utviklingshemmede ikke blir henvist videre til spesialister.

2.6 Feilkilder

Selv om oppgaven er skrevet på eksisterende faglitteratur og ingen observasjonsmetoder, har jeg den oppfatning av at det kan være feilkilder i bacheloroppgaven. Min forforståelse kan bidra til at jeg bruker / eller søker litteratur for å forklare problemstillingen i oppgaven.

3.0 Forholdet mellom psykiske lidelser, utviklingshemming og problematferd

3.1 Psykiske lidelser hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming

Mennesker med utviklingshemming vil ha reduserte ferdigheter til å uttrykke seg og forklare ubehag, smerte eller hvordan de arter seg. De kan også ha problemer med å si hvor i kroppen det sitter. Ofte kan plagene vise seg indirekte gjennom personens oppførsel. I noen tilfeller kan en også se symptomer som en kan observere direkte. Er atferden bisarr eller uforståelig tenker mange på psykiske lidelser, og de blir da behandlet med psykofarmaka. Om dette på kort sikt løser problemet vil medikasjonen få urettmessig æren for at atferden opphører. Det kan føre til at personen blir behandlet med et unyttig, og kanskje skadelig medikament over lang tid (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

Holden (2008) påpeker at utviklingshemmede kan ha andre uttrykksformer / avvik fra hvordan tilsvarende tilstander opptrer hos personer som er normalt fungerende. Men det rådende synet på det, er at det dreier seg om de samme grunnleggende tilstander. Steven Reiss lanserte rundt 1980 et begrep om kombinasjonen psykiske lidelser og utviklingshemming som han kalte for ” *dobbeldiagnose*” (Holden 2008:113). Forfatteren poengterer også at psykiatriske diagnoser overlapper hverandre mye, og variasjonen blant mennesker med samme diagnose er generelt store.

3.2 Risikofaktorer mht utvikling av psykiske lidelse

Stubrud (2001) påpeker at mennesker med utviklingshemming står i konstant risiko for å utvikle psykiske lidelser og utfordrende atferd. Dette kommer i tillegg den enkeltes utviklingshemming og henger sammen med økt sårbarhet. Sårbarhetsfaktorene kan stamme fra den enkeltes utviklingshemming. Funksjoner som kan være nedsatt eller rammet er; formell kommunikasjon, sosiale forståelsesvansker, hukommelse, motorikk og så videre. Sårbarheten kan også ha utspring i miljøet med måten det opptrer på (Stubrud 2001).

3.2.1 Kommunikasjon og språkvansker

Nedsatt språk – og kommunikasjonskompetanse fører til nedsatt evne til å forstå og oppfatte hva andre sier eller meddeler (reseptivt språk). Dette fører også til at personene

har nedsatt evne til å kunne uttrykke seg, eller meddele til andre (ekspressivt språk). Dette vil medføre store vansker med å bringe fram sine ønsker, hensikter, tanker og følelser (Stubrud.2001). Stubrud (2001) påpeker også at personer med manglende språkkompetanse uttrykker seg atferdsmessig. Atferden kan da lett bli oppfattet som avvikende eller som problematisk. Nedsatt språk- og kommunikasjonskompetanse kan gi en person følelse av og være satt utenfor sosial deltagelse. Det vil også føre til manglende holdepunkter for rolleutførelse, oversikt og forvirring for den funksjonshemmede (Stubrud.2001)

3.2.2 Nedsatt sosial rollekompetanse

Nedsatt adaptive ferdigheter kan føre til at den utviklingshemmede føler nederlag og et svekket selvbilde. Dette kan føre til at personen vegrer seg mot å prøve situasjoner der sjansene for å føle seg mislykket er tilstede. Stubrud (2001) skriver videre at nedsatt adaptive ferdigheter fører til avhengighet av andre. Konsekvensene blir da bruker får en opplevelse av å være en avhengig og uselvstendig person, som bryter med hva som er vanlig forventet rolleutførelse (Stubrud 2001).

3.2.3 Institusjonsbakgrunn

Mange voksne utviklingshemmede kan ha lengre opphold på institusjoner som kan ha gitt en spesiell erfaringsbakgrunn. (Stubrud 2001). Utviklingshemmede med erfaring fra et liv i institusjon, har utviklet til dels alvorlige atferdvansker. Årsaken til det kan være begrenset livsutfoldelse, liten eller til dels meningsløse aktivitetstilgang, overfladiske og tilfeldige relasjoner, samhandling med dirigerende kommunikasjon og rigide rutiner. Stubrud (2001) poengterer at dette gir økt sårbarhet for å utvikle eller opprette den utfordrende atferden som er tilstede. Omsorgsmiljøer som er utilstrekkelige enten det er i dag eller tidligere gir *”manglede individualisering og et klientfiksert bilde”* (Stubrud 2001:33).

3.2.4 Mangelfulle omsorgsmiljøer

Utviklingshemmede har nedsatt språkkompetanse og sosiale evner. Det medfører vanskeligheter av å meddele; følelser, ønsker, hensikter inntresser og lignende. Personen uttrykker seg ofte med utfordrende atferd som aggresjon mot andre, selvskading, uro, ødeleggelse av inventar, nedstemthet, tilbaketrukkethet og andre uttrykksformer. En annen risiko som er skap av miljøet, er en tilværelse som har fravær av meningsfylde. Utviklingshemmede er avhengig av personalet for å kunne aktivisere seg eller beskjeftige

seg med meningsfylte aktiviteter. Stubrud (2001 :33) påpeker at mange lever et liv med ”dødtid og nær meningsløse gjøremål og aktiviteter” for det meste av tiden. På grunn av nedsatt sosial og språklig kompetanse, vanskeliggjør det muligheten for å kunne uttrykke seg (Stubrud 2001) .

3.3 Forholdet mellom adaptive ferdigheter og psykisk lidelser

Mangel på adaptive ferdigheter mens tilpassning til gjeldende kulturs standard som omfatter selvhjelpenhet, kommunikasjon, bo-ferdigheter, sosiale og relasjonelle evner, bruk av offentlige tjenester, funksjonelle adaptive evner, arbeid, fritid, helse og sikkerhet

Utviklingshemmede evner til å anvende hensiktsmessige mestringsmåter (tilpassning) i hverdagslivets krav er det som er mest iøynefallende ved atferden deres. Reduserte adaptive ferdigheter, det vil si vanskelig å tilpasse seg var tidlig for å vurdere om en person er utviklingshemmet (Løkke, Mæhle, Bakken og Eknes, 2008). Forfatterne skriver i sin bok *Utredninger og diagnostiseringer* at på 1900 tallet beskrev Tredgold utviklingshemming som en ufullstendig mental utvikling.

Løkke ,Mæhle ,Bakken og Eknes (2008) henviser til Luckasson (mfl 2002 :20) som har denne definisjonen på adaptive ferdigheter;

”of such a kind and degree that the individual is incapable of adapting himself to the normal environment of his fellows such a way as maintain existent existence independently of special vision ,control or external support (: 45).

Forfatterne viser også til at dette fremdeles er kjernen i definisjonen til adaptiv atferdigheter.

Holden (2008) poengterer at en kan ha en grov inndeling mellom utviklingshemmede. Skille går mellom ”1) Å ha et tilnærmet normalt talespråk og en tilnærmet normal forståelse for tale ,2) Å ha et klar forenklet talespråk eller ingen tale og tilsvarende problemer med å forstå tale” (Holden 2008:33). Alle som er i det lavere sjiktet av moderat utviklingshemming og alle som har dyp til alvorlig kommer i andre (2) kategorien. Holden (2008) skriver at disse overskrider den såkalte språkbarrieren og at denne todelingen ovenfor brukes på psykiske lidelser hos personer med alvorlig til dyp utviklingshemming. Årsaken til at denne todelingen sier noe vesentlig er at

mange symptomer på psykiske lidelser er verbale. Symptomene kan være noe personen forteller, sier på andre måter eller skriver. Det er en betydelig sammenheng mellom språklig og øvrig fungering når det gjelder evne til å vise symptomer på psykiske lidelser. Personer med alvorlig til dyp utviklingshemming kan vanskelig eller overhode ikke kan vis slike symptomer og at diagnostiseringen må baseres på andre observasjoner (Holden 2008).

3.4 Kartlegging og utredning

Psykiske lidelser blant utviklingshemmede er vanskelig å diagnostisere på grunn av ta utviklingshemmede ofte ikke vil kunne kommunisere om sitt problem og sin lidelse via språk (Eknes 2000). Diagnostiseringen baserer seg delvis på målinger av kognitivt funksjonsnivå og deler gruppen inn i mild, moderat, alvorlig og dyp utviklingshemming (Snoek og Engerdal 2003).

3.4.1 Formålet med diagnostisering

Formålet med diagnostiseringen er å finne fram til riktig forklaring på personenes problemer for å kunne gi optimal behandling og oppfølging. I forskningssammenheng er det den medisinske tilstanden som kan gi et felles sett av kriterier som gir forskerne muligheten til å identifisere sammenlignbare brukere. Dette vil kunne føre til bedre helsetilstand på grunn av at det bidrar til akkumulering som betyr at kunnskap om tilstanden blir samlet opp over tid. ”*Psykiatriske diagnoser er eksklusjonsdiagnoser, det vil si å være sikker på at ikke er en sykdom eller organiske sykdommer som ligger til grunn for symptomene* (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008: 89).

3.4.2 Diagnoseverktøy

Diagnoseverkene DSM-IV-TR og ICD -10 er laget for personer med normal intellektuell fungering. De fleste mener at de to verkene også stort sett fungerer på de som er lettere utviklingshemmet. Personer med store språkvansker har problemer med å beskrive egen atferd presist og nyansert. I hvilke situasjoner forekommer atferden og hvor, hva som motiverer og opprettholder atferden? Mange symptomer på psykiske lidelser krever at en person forteller om sine egne følelser, som for eksempel angst. Angst kan være lett synlig men angst i forbindelse med tvangslidelser og generalisert angst kan være vanskelig å oppdage for andre. Generalisert angst er ofte frykt for at du eller andre skal bli utsatt for noe. For utviklingshemmede som er svakt verbal fungerende må dette stilles ut fra ytre atferd enn verbale utsagn (Holden 2008).

DSM-IV-TR og ICD -10 er ikke alltid like greie å bruke ved diagnostisering av voksen utviklingshemmede og psykiske lidelser. Dette gjelder særlig personer som har fravær eller begrensninger av verbalt språk. Derfor er det utviklet et egne diagnose manualer for mennesker med utviklingshemming. DC-LD (Diagnostisk kriterier for psykiske lidelser for voksne med utviklingshemming) bygger på Verdens helseorganisasjons sitt system ICD-10 ,og DM-ID som er utarbeidet i USA og bygger på DSM-IV . DC-LD består av en manual av generell informasjon om diagnosegrupper, enkeltdiagnoser, og diagnostiske kriterier. Det vil si konkrete tegn eller symptomer på en psykisk lidelse, en psykisk lidelse består av flere symptomer. Manualen dekker bare de vanligste lidelsene for denne gruppen av utviklingshemmede, derfor må man mange ganger forholde seg til begge diagnosystemene (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

DC-LD består i høy grad av atferdskvilitater som betyr konkret beskrivelse av atferd i stede for tanker og følelser. Det gjør at man kan stille en diagnose ut fra personen gjør i stede for det de sier Nytt med DC-LD er at en skal diagnostisere utfordrende atferd i tillegg til vanlig psykisk lidelse. Begrunnelsen for dette er at problematferd forekommer ofte hos personer med utviklingshemming. Utfordrende atferd utgjør en stor del henvisningsgrunnlaget til spesialist helsetjeneste (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008:71).

3.4.3 Kriterier i DC-LD

Angst: en bør observere reaksjoner som hjertebank – sjelvinger, svimmelhet, hyperventilering eller lignende. De skal oppstå samtidig med unngåelse eller fluktatferd.
Depresjon: DC-LD skriver opp en rekke symptomer på depresjon som ikke inngår i kriteriene fra ICD-10.det er ,stemningslabilitet, sosial tilbaketrekking eller isolasjon ,endring i aggressiv atferd eller andre former for problematferd.

Psykose: Kriteriene i DC-LD er ganske lik kriteriene i ICD-10. DC-LD innfører imidlertid økt mangfold i denne kategorien ved at schizofreni, paranoide psykoser, akutt forbigående psykoser samles i schizofreni / paranoid lidelse. Det betyr i praksis at to personer med den samme diagnosen kan ha forskjellige plager og symptomer. Symptomenes varighet er også kortere i DC- LD en i ICD-10.

3.4.4 Utredning

Utredningen forankres i fire grunnpilarer.

"A.) Vurdering av evnemessige forutsetninger

B.) Vurdering av adaptiv funksjon

C.) Vurdering av trivsel, livskvalitet og habiliteringsbehov

D.) Vurdering av psykisk lidelse" (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008: 76)

A). Tilrettelegging av dagliglivet for en person med utviklingshemming står alltid i forhold til evnemessige forutsetninger. Det kan oppstå problemer som følge av at det er sprik mellom personens evnemessige forutsetninger og de forutsetninger som miljøarbeider har til personen (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

B.) Grunnpilaren nr to i utredningen av psykisk helse blant funksjonshemmede er adaptive funksjoner som sosial ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og ferdigheter i dagliglivet. Det som er mest brukt er Vineland Adaptiv Behavior Scales som gjør det mulig å samholde personens funksjonsevner på ulike områder ,men det som er vanlig i forhold til alderstrinnet (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

C.) Den tredje grunnpilaren er utredning av personens livssituasjon og trivsel. Dette for at en skal få mest mulig oversikt over personenes situasjon, for å kunne vurdere endringer i forhold som oppretter eller skaper problemer. Det blir vurdert endringer i forhold til skole, venner, arbeid, økonomi og bolig (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

D.) Den fjerde grunnpilaren er kartlegging av mulige symptomer på en psykisk lidelse. Ved utredning av personer med alvorlige utviklingshemming er det viktig å snakke med familie eller andre som kjenner personen godt, og som har kontakt med personen daglig. Ulike kartleggingsredskap blir brukt i klinisk utredning og forskning (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

Manglende evne til å kunne uttrykke / fortelle om symptomene trenger ikke være et avgjørende problem i forhold til diagnostiseringen. Mange psykiske lidelser og symptomer er åpenlyse (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008). Utviklingshemmede kan rammes av hele spektret av psykiske lidelser (ICD 10). Statens helsetilsyn (2000) viste til at personer med utviklingshemming har samme type lidelse som oss andre. De påpekte også at det

finnes sjeldne tilstander som bare forekommer blant mennesker med utviklingshemming. Psykiske lidelser er betydelig forstyrrelser i atferd, stemningsleie, tankeprosesser. Frekvensen på øker med økende grad av utviklingshemming, her nevnes noen affektive lidelser, personlighetsforstyrrelser, angstforstyrrelser, psykotiske forstyrrelser unngåelsesforstyrrelser, paranoid personlighets forstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelser (Stubrud 2008).

Stortings meld.nr.25 (1996-97) anslår de at 4.4 promille eller ca 19.800 personer av folket har diagnosen utviklingshemming. Det ble påvist at ca 50 % eller ca 10.000 personer av de utviklingshemmede hadde en psykisk lidelse med ulik alvorlighetsgrad.

Stortingsmeldingen foreslo å gjennomføre en kartlegging av ulike tjenestetilbudene til utviklingshemmede som hadde alvorlig atferds avvik og /eller psykiatrisk lidelse. Målgruppen var voksne personer med moderat, alvorlig til dyp utviklingshemming. Dette fikk støtte på Stortinget, og Statens Helsetilsyn fikk oppdraget med kartleggingen, som ga oppdraget videre til KRUT (Senter for velferdsforskning). KRUT gjennomførte en spørreundersøkelse i landets kommuner i 1999. Statens Helsetilsyn fikk rapporten i 2000 (Kittelsaa 2008).

Statens helsetilsyn kom med en vurdering på bakgrunn av denne undersøkelsen. Der erkjente de at antall personer med utviklingshemming som har alvorlige atferdsavvik og /eller psykiske lidelser er ” *betydelig større enn det som ble anslått i forbindelse med ansvarsreformen*”(Kittelsaa.2008:10 NAKU). Statens Helsetilsyn konkluderte også med kommunene fremdeles hadde problemer med og legg til rette tilbudet for utviklingshemmede, det var mangel på tilstrekkelig kvalifiserte personal og det manglet stabilitet i personalgruppen (Kittelsaa.2008).

4.6 Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd

Ofte kan psykiske lidelser hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming vise seg som atferdsforstyrrelser. Sosial og helsedepartementet har en definisjon på utfordrende atferd ”*En atferd eller handling som bryter med vanlige kulturelle normer til forventet væremåte ut fra en kontekst eller situasjon, alder tatt i betraktning (SHD, forskrift 6A.)*

Det viser seg at avvikende atferd hos personer med utviklingshemming har mange årsaker. Dette er gjort til en flerfaglig utfordring å utrede slik atferd (Eknes 2000). *Forholdet mellom psykiske lidelser og utfordrende atferd bærer preg av å være uavklart og overlappende* (Stubrud 2001:59).

Psykiske faktorer omfatter atferdsmessig uttrykk og endret symptombylde på psykiske lidelse. Utviklingshemmede har på grunn av kognitive evner få vansker med å gi uttrykk tolke og gi uttrykk for egne opplevelser, tanker, følelser og så videre. Dette kommer til uttrykk atferdsmessig i stedet. Jo mer betydelig utviklingshemming er, jo annerledes blir symptomene på psykiske lidelser. Symptomene endrer seg til å bli mer atferdsmessig (Stubrud 2001).

Problematisk atferd er vanlig å diagnostisere som psykiske lidelse. Mennesker som jobber innen helsesektoren i behandling og omsorg, møter ofte problematisk atferd hos brukerne. Det kan være uforståelig og merkelig atferd, unngåelse, angst, selvskading, aggresjon og vold. En kan beskrive slike problemer på ulikt hold 1) *Beskrive dem rett og slett som problematisk adferd, uten å bruke formell diagnose.* 2) *Beskrive den som en eller annen Psykisk lidelse* (Holden 2008:58). I norsk fagspråk er det den siste som er den vanlige betegnelsen av diagnoser innefor Psykiatrisk diagnoseverktøy som ICD-10 (Sosial og helsedepartementet.2008) og DSM-IV –TR (American Psychiatric Association 2000). En kan altså foreta en Psykiatrisk diagnose, og de to måtene er forenelig med hverandre. Nå problematferd nevnes kan en høre spørsmål som; *er dette atferd eller psykiatri ? eller er dette atferd eller en psykiatris lidelse*(Holden 2008:58).

Tetzchner (2003) henviser til Emerson (2003) som definerer utfordrende atferd som:

”kulturelt avvikende atferd med intensitet, frekvens, eller styrke som utsetter personen eller andre for fysisk fare, eller som i stor grad vil føre til begrenset bruk av eller tilgang på vanlig sosial deltagelse i samfunnet” ((Emerson 2003:3) Tetzchner 2003: 10).

Utfordrende atferd kan være selvskading, utagerende atferd mot personer eller ting, selvstimulering, avvikende seksuell atferd og brudd på sosiale normer og regler. Det ser ut

til at mellom 7 og 17 % av utviklingshemmede ofte eller i perioder har utagerende atferd(Eknes 2000).

Det syns å være en tydelig sammenheng mellom psykiske vansker og utfordrende atferd hos mennesker med lærehemming, og det blir pekt på nødvendigheten av å se dem i sammenheng. Det har blitt dokumentert i en rekke studier at det er mennesker med lærehemming som reagerer med utfordrende atferd også har en psykiatrisk diagnose. Noen steder har det også vist seg at mennesker med lærehemming og psykiatrisk diagnose har ofte forekomst av utfordrende atferd enn tilsvarende uten en psykiatrisk diagnose (Tetzchner 2003).

4.7 Forebygging og behandling

I de siste årene har det vært økende grad av blitt fokusert på at et bredt spekter av terapi og behandlingsstrategier kan være nyttig for utviklingshemmede. Det er sjelden at utviklingshemmede blir tilbudt behandling innefor det ordinære psykiske helsevesenet. Fagfolk har lenge ignorert at utviklingshemmede kan ha nytte av terapi. Flere hevder at kognitiv basert tilnærming ikke er forenelig med den utviklingshemmede kapasitet. Dette kan stemme for noen men ikke alle (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008).

4.7.1 Medikamell behandling

Flere undersøkelser viser til at det har vært stort overforbruk av psykotropiske medikamenter (psykofarmaka) hos utviklingshemmede. Når de får utskrevet medikamenter kan de bli stående på det samme medikamentet uten at effekten og bruker evalueres skikkelig. Forskningsstudier viser man til reduksjon av medikament bruk ikke fører til økning av registrerbare atferdsproblemer. Ved reduksjon av psykotiske medisin har også ført til reduksjon av adferdsproblemer. Dette mener forskningen er et bevis på at det blir foreskrevet medisin som personene ikke har nytte av (Eknes 2000)

Virkning av medikament

Biologisk psykiatri ser på avvik i nervesystemet som en viktig årsak til psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Selv om psykotopi medikasjon påvirker nervesystemet og dermed atferden. Polly og Byrne (2000) påpeker at virkningen av medikamentene kommer ann på mange forhold. Genetikk påvirker omsetningen og effekten av medisinen. ,kroppsvekt, alder, kjønn, spiller også inn (Eknes 2000).

4.7.2 Atferd psykologi / adferds endrende tiltak

”En atferdsanalytisk teori er en persons utvikling av utfordrende atferd i hovedsak av operant læring” (Tetzchner 2003:104). Historisk har atferdsendrende tiltak bestått av to tilnæringsmåter. Joseph Wolpe og Hans Eysenck tar utgangspunkt i teknikker fra klassisk betinging (Eknes 2000:44). Eikeseth og Svartdal skriver at utgangspunktet for klassisk betinging er at det er en stabil sammenheng mellom en stimulus og en respons, en kan også kalle det for refleks (Eikseth og Svartdal 2003).

Den andre er atferdesmodifikasjon representert av B.F Skinner som er teknikker basert på operant betinging (Eknes 2000:44). I dagligdags tale blir operant betinging betegnet som målrettet, viljestyrt, eller intensjonal, det omhandler endring av atferd. Operant defineres som *”atferd hos dyr og mennesker der konsekvensene av den atferden som utføres påvirker sannsynligheten for at atferden skal senere gjentas”* (Eikseth og Svartdal 2003:22).

Formålet med en operant betinging er å identifisere de faktiske kontrollbetingelsene for operant atferd i en gitt situasjon. Det anvendes i følgende tre begrep: Forutgående eller diskriminativ stimulus, og konsekvenser eller forsterkende stimulus. Oppsette blir da slik:

Diskriminativ stimulus ----- Respons----- Forsterkende stimulus.

SD

R

SR

Atferde endrende tiltak må ses på eller oppfatte som behandlingsrettet tiltak og det må skilles fra opplærings tiltak og omsorgstiltak. Det blir stilt strenge og mange krav til atferdsendrende tiltak. Blant annet skal det opprettholde eller forbedre gode utviklingsbetingelse, tilpassninger og andre økologiske endringer (Stubrud 2001).

4.7.3 Økologisk perspektiv på forebygging av psykiske lidelser

En økologisk utredning omfatter områder og temaer som har relevans for brukers utvikling, livskvalitet, psykiske vansker, trivsel og utfordrende atferd. Økologisk utredning retter seg mot omgivelsen rundt mennesket, altså en motsetning til den individuelle utredningen. Det sentrale er å vise til økologien rundt den enkelte bruker, best kan undersøkes med kvalitative tilnæringer. Vektlegging og forståelsesrammen av

økologiske faktorer bygger på en oppfatning av at enkeltpersoner inngår i samhandling og relasjoner og at de er i kontinuerlig endring (Stubrud 2001).

En Økologisk omsorgsmodell retter seg spesielt mot mennesker med alvorlig utviklingsforstyrrelser og de sosiale omsorgsmiljøene. En økologisk omsorgsmodell består av individer, sosiokulturelle, flere sosiale omsorgsmiljøer, omsorgshistorie og tidsakse. På intraindividuell nivå foregår erfaringer og modning knyttet til organer og deres funksjon. En dynamisk interaksjon med kontinuerlig og diskontinuerlig endring foregår på interindividuell nivå. Sosiale miljøet og interaksjon opptrer inne for tidstypiske oppfatninger av sosialpolitiske og omsorgsideologisk art (Stubrud 2001).

Spesifikt inngår det i den økologiske omsorgsmodell modellen;

Hver enkelt person – bistadmottaker og bistandsyter- som inngår i modellen, består av personlige egenskaper som personlighet, kognisjon, problemløsnings evne, holdninger, verdier, interesser, helse og fysiske egenskaper (Stubrud 2001:19).

Dette er av særlig interesse for å beskrive og avklare muligheter og begrensningene som foreligger ved alvorlig utviklingshemming. For miljøarbeidere som inngår i det sosiale omsorgsmiljøet er personlig og – omsorgs og interaksjonsevner, holdninger, empati, psykisk velvære, selvkunnskap og verdier, kunnskaper om funksjonshemninger er dette av stor interesse (Stubrud 2001:21)

Til den sosiokulturelle sammenheng inngår omsorgs- og behandlingssideologisk og holdningsmessig oppfatninger i omsorgsmiljøet. Det sentrale er å anerkjenne bruker som en verdig person med fullverdig behov- og følelsesliv. Subjektiv livskvalitet blir sett på som tilfredstilte av menneskelige behov og interesser. Stubrud (2001) skriver videre at den sosiokulturelle sammenheng inngår også forhold om hva som oppfattes som etisk og faglig forsvarlig omsorgsutøvelse, behandling og opplæring. Forfatteren påpeker at det er en interaksjon blant tjenesteyter og mottaker; utveksling av informasjon, ytelser og mottakelse av hjelp å så videre.

Sentralt innhold i interaksjonen med tjenstemottaker er kommunikasjon og språk, nonverbalt og verbalt. Mikroanalyse av interaksjonen mellom bruker og miljøarbeider er avgjørende for å danne seg et bilde av kvaliteten av samværet. Kvaliteten i samværet vil også gjennom hvorvidt bruker kan aktivt påvirke sin egen livsførsel, og muligheter for å inngå i stabile relasjoner (Stubrud 2001). Videre påpeker forfatteren at kvaliteten vil uttrykke seg i graden av individualisering av de tjenestene som bruker mottar. Kvaliteten vil være avgjørende for utvikling av trivsel, forebygging av mistrivsel, utnyttelse av utviklingsmuligheter og forebygging av utfordrende atferd. Mangel på kvalitet kan få drastiske følger for livsmiljøet, for brukers trivsel og livskvalitet, utviklingsmuligheter og utvikling av utfordrende atferd og psykiske lidelser.

4.7.4 Fysisk aktivitet

Betydningen av naturkontakt og friluftsliv for det psykisk og sosiale velværet er knyttet til opplevelsesaspektet for muligheten til å kunne utnytte hele sanseapparatet. Mulighet for utvikling, læring og mestring og muligheter for sosial omgang med andre personer og så videre. Fysisk mestring virker inn gunstig inn på det psykiske, den mentale helsa og sosiale velvære.

Forskning viser at friluftsliv kan bidra til å ender selvbilde, personlig vekst gjennom å takle de utfordringene en legger tilrette . Når personen føler at han mestrer og har overvunnet sin frykt er belønningen fysisk og mental tilfredsstillelse. Forskere påpeker at personen blir sikrere på sin identitet og stoler mer på seg selv(Helsedirektoratet 2005)

4.7.5 Arbeidsmodell (AHA) og miljøarbeid

Vernepleiers arbeidsmodell består av fire deler og det er behovskartlegging, målvalg , tiltaksarbeid. Modellen skal synliggjøre miljøarbeid som vernepleierens primære funksjon. Arbeidsmåten til vernepleieren skal være brukerorientert, yte bistand, legge tilrette for trivsel og gi daglig omsorg. Dette vil bety i praksis legge tilrette at personens funksjonelle ferdigheter opprettholdes eller og utvikling eller vedlikeholde funksjonen personen har eller /mistet. Vernepleiers oppgave er å være bevisst på hva som må kartlegges , vurdere det kartlagte opp mot relevant teori og empiri.

Linde og Nordlund(2006) henviser til Kokkin (2005:78) som skriver ; *en profesjonell miljøarbeider skal være bevisst sin verdiforankring valg av tilnæringsmåter i samhandling med mennesker* (Linde og Nordlund 2006:58). En plan for miljøarbeidet

bidrar til å gi en retning, og forutsetter at vi tar opp kursen til vurdering og justeres etter behov, en sirkulær prosess.

I praktisk miljøarbeid hvor ulike kunnskap og fagretninger knyttes sammen kjennetegnes ved sin systematikk. Systematikk betyr at en vernepleier jobber planmessig og gjennomtenkt. *I profesjonelt miljøarbeid må systematikken dokumenteres* (Linde og Nordlund 2006:60). Tilnærmings måten skal være tilpasset til det fenomenet som skal løses. For å avgjøre detaljert kreves kunnskap og forståelse om både tilnærmingsmåten og problemområde (Linde og Nordlund 2006).

4.8 Etiske og juridiske forhold i den praktiske hverdagen for vernepleieren

Yrkesetisk råd (2007, YER) henviser til Menneskerettighetene ”*Artikkel 3. Enhver har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet*”. (YER.07:8) Tjenestene som vernepleieren utfører i pleie og omsorgstjenestene reguleres av Lov om helsetjenester og Lov om sosialtjenester i kommunen. Det tilhører også ett sett av rundskriv og forskrifter som er med på å beskrive og regulere tjenestene. Innen helsetjenesten ivaretas brukeren rettigheter og medbestemmelse gjennom Lov om pasientrettigheter, mens det i Lov om sosialtjenestene har en egen paragraf § 8.4 som sikrer dette. Dette er rammen om etisk og faglig forsvarlighet av de tjenestene som en vernepleier yter. Tjenestemottaker kan ha sammensatte hjelpebehov på grunn av ulike funksjonshemninger eller alder. Det medfører reduserte evner til å si fra om ulike helseproblemer eller å vurdere sin egen situasjon. Vernepleieren gir i denne sammenheng helsehjelp og utførere sitt arbeid som helsepersonell (FO 2002). *Lov om helsepersonell § 4 gir en lovfesting av det generelle kravet om forsvarlig virksomhet som var bygd på rettspraksis og juridisk teori* (Seksjonsrådet for vernepleierne FO.2002:20).

NOU 1991 rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming tok også opp hvorledes kartlegging og observasjon skal finne sted. De skriver blant annet *observasjonstiltakene må være nødvendig ut fra faglige kriterier. Tiltaket må ikke overskride grensene for det nødvendige, hverken i tid eller styrke* (NOU.1991:20).

5.0 Drøfting

5.1 Hvordan arter psykiske lidelser seg hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemming?

Dypt utviklingshemmede har reduserte ferdigheter til å kunne uttrykke seg om sine lidelser eller smerter. Personer med store verbale språkvansker vil ha problemer med å kunne beskrive egen atferd nyansert og presist. Dette vil medføre store vansker med å bringe fram sine ønsker, hensikter, tanker og følelser (Stubrud.2001). Stubrud (2001) antyder også at personer med manglende språkkompetanse uttrykker seg atferdsmessig. (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle (2008) nevner at plagene kan vise seg indirekte gjennom personens oppførsel.

Vernepleiere trenger kunnskap for å handle. Vårt møte med den utviklingshemmede som har en psykisk lidelse innebærer mange og sammensatte utfordringer. Vi må innhente kunnskapen fra ulike hold. Dalland 91 (2001) skriver at erfaring er en type kunnskap, og forskningsresultater er en annen form for kunnskap. Vi som vernepleiere skal ha kunnskap om ulike temaer, og at vi skal kunne omsette dette i praksis. For å få innsikt i hvordan en psykisk lidelse arter seg hos utviklingshemmede er det viktig at vi som personell søker veiledning hos spesialisthelsetjenesten, som for eksempel habiliteringsteamet. Dette kan begrunnes med § 4 i helsepersonelloven:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Vernepleier må kjenne til hvordan de ulike symptomene beskrives og hvordan de blir behandlet. Ved å ha forståelse for symptomene på de ulike psykiske lidelser, bidrar vernepleieren til å kunne dokumentere eventuelle virkninger eller bivirkninger av de ulike behandlingsmetoder. Dalland (2001) påpeker at det ikke er nok å ha kunnskap, men den må også kunne anvendes. Ved å anvende den kunnskapen vi har tillært oss, kan det bidra

til at den utviklingshemmede får økt god psykisk helse, og at vi blir klar over de ulike sårbarhetsfaktorene som er gjeldene.

5.2 Hvilke utfordringer står en ovenfor ved kartlegging og utredning av psykiske lidelser hos alvorlig til dyp utviklingshemmede, og hvilke kartleggings metoder blir brukt?

Eknes, Bakken, Løkken, og Mæhle (2008) markerer at ”*Psykiatriske diagnoser er eksklusjonsdiagnoser, det vil si å være sikker på at det ikke er en sykdom eller organiske sykdommer som ligger til grunn for symptomene* (Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle 2008: 89). Forfatterne skrev også på at formålet med diagnostiseringen, er å finne fram til riktig forklaring på personenes problemer, for å kunne gi optimal behandling og oppfølging. Holden (2008) vektlegger forskjellen mellom psykiatriske og somatiske diagnoser. Somatiske diagnoser ofte er årsaksforklaringer, er psykiatriske diagnoser beskrivelser av personens atferd.

Trenger en alltid å stille en diagnose? Diagnose kan føre til at personen blir ytterligere stigmatisert. En diagnose fokuserer bare på begrensningene til bruker og ikke på resurssene. Holden (2008) underbygger dette med å henvise til Goffman (1963) som peker på at dette er en klassisk kritikk mot diagnoser. En diagnose gjør det vanskelig å ta hensyn til individet.

Eknes, Bakken Mæhle og Løkken (2008) antyder at i forskningssammenheng er det den medisinske tilstanden som kan gi et felles sett av kriterieier, som gir forskerne muligheten til å identifisere sammenlignbare brukere. Dette vil kunne føre til bedre helsetilstand på grunn av at det bidrar til akkumulering, som betyr at kunnskap om tilstanden blir samlet opp over tid.

Diagnostisering av psykiske lidelser hos normalpopulasjonen, har jeg forstått baserer seg på informasjon fra personen selv. Mennesker med utviklingshemming vil ha vansker med å kunne gjøre rede for sine problemer. En tanke blir da at diagnostisering av personer kan gi usikker validitet? Dette blir begrunnet av Martinsen, Bakke, Helverschou og Nærland (2006) i SOR rapporten nr. 4 at dette medfører mange falske og at det mangler informasjon om atypiske symptomer hos den utviklingshemmede. Rapporten fra SOR påpeker også at

det er nødvendig at personer som skal informasjon, bør ha god og langvarig kjennskap til målpersonen (Martinsen, Bakke, Helverschou og Nærland 2006).

Informasjon fra personer som har jobbet sammen med personen over lengre tid, blir da en viktig ressurs i kartleggingen. Stabilitet i personalgruppen er en forutsetning for at informasjonen skal ha validitet. Ved å ha en god og langvarig relasjon til bruker kan vernepleier/ miljøarbeider gi informasjon om variasjon i brukers atferd og stemningsleie over en viss tid. Kan ikke feilinformasjonen komme av at personalet ikke er godt nok kvalifisert, eller at de tolker atferden ut fra utviklingshemmingen? Vernepleiers oppgave blir da å veilede personalet på en slik måte at brukers behov er i fokus.

Eknes, Bakken, Løkken, Mæhle (2008) påpeker at det kan oppstå problemer, det er sprik mellom personens evnemessige forutsetninger, og de forutsetningene som miljøarbeideren har til personen. Spørsmålet kan bli da om personen har fått en lært atferd?

I min praksisperiode var jeg i samhandling med en bruker med dyp utviklingshemming uten verbalt språk. Personalet fortalte meg at bruker trengte bistand til alt i det daglige gjøremål. I mine observasjoner så jeg at den utviklingshemmede hadde god førlighet i begge armer. Jeg så personenes muligheter og ikke begrensninger. Personenes ressurser kunne brukes til noe positivt i miljøarbeidet. Enden på dette var at bruker spiste og drakk selv, med håndledning fra personalet. Det er viktig at vi som vernepleiere og personalet forøvrig gir riktig tilpasset hjelp etter personens forutsetninger. Ved god tilretteleggelse for personens funksjonsevner kan det føre til økt trivsel og mestringsfølelse. For at den utviklingshemmede skal få tilrettelagt etter sine evnemessige forutsetninger, er det viktig å tilrettelegge for mestring. Ved å anvende den kunnskapen vi har tilegnet oss, kan vi tilrettelegge slik at den utviklingshemmede får en mestringsfølelse, som igjen kan føre til god psykisk helse.

5.3 A.) Hvilken sårbarhetsfaktorer medvirker til at utviklingshemmede kan få en psykisk lidelse?

Stubrud (2000) påpeker at ved nedsatt språk – og kommunikasjonskompetanse fører til nedsatt evne til å forstå, og å oppfatte hva andre sier eller meddeler (reseptivt språk).

Forfatteren skriver videre at personen også har nedsatt evne til å kunne uttrykke seg eller meddele til andre (ekspressivt språk). Det medfører store vansker med å bringe fram sine ønsker, hensikter, tanker og følelser. Det kan tolkes slik at en vernepleier må kunne forstå egen og andres atferd i et samhandlingsperspektiv. For å ivareta den utviklingshemmedes livskvalitet må det foretas en kartlegging, beskrivelse og en analyse av omgivelsenes som påvirker brukers atferd og livssituasjon.

Som vernepleier må vi forholde oss til den utviklingshemmede som et subjekt og ikke bare som et objekt. Det er viktig at vi møter hele mennesket. Røkenes og Hansen (2002) skriver at objektet er en fysisk ting og subjektet kan en kommunisere og samhandle med. Vernepleieren må tenke over sin egen kommunikasjonskompetanse i samhandlingen med den utviklingshemmede. Ved å utvikle gode kommunikative ferdigheter gir vi oss selv et utgangspunkt for å løse problemet til bruker. Skau (2005) påpeker at det finnes *situasjoner der vi ikke kan tillate oss å uttrykke oss på uklar og missvisende måte* (Skau 2005:97). Denne setningen bør være en regel når vi som ”hjelpere” skal kommunisere med en utviklingshemmet. Vi bør være bevisst over vårt kroppsspråk slik at det ikke blir dobbelbudskap i det vi prøver å formidle.

Når vi samhandler med mennesker i det daglige, gjør vi ikke en faglig vurdering av situasjonen. I samhandling med mennesker med utviklingshemming som har språkvansker, må vi tenke, reflektere og resonnerer. Loretzen (2006) skriver at dette skjer i faglige sammenheng hvor refleksjon og tenkning vil være den enkeltes faglige utgangspunkt. I en normal sammenheng ville jeg ikke foretatt en funksjonell analyse av adferden til ”naboen”, men det ville jeg ha gjort for å belyse adferden til en utviklingshemmet.

Stubrud (2001) antyder at utviklingshemmede er avhengig av personalet for å kunne aktivisere seg, eller beskjeftige seg med meningsfulle aktiviteter. For at personen skal få en meningsfylt aktivitet, er det viktig at vi kartlegger brukers interesser og ønsker. Askheim (2003) skrev i sin bok; *Fra normalisering til empowerment: at en må ta tak i den enkeltes funksjonsnivå for å kunne få ta i årsakene til at bruker fungerer som en gjør.*

Vi må tolke og forstå kroppsspråket til bruker i ulike situasjoner, slik at brukermedvirkningen blir ivaretatt. Vernepleieren må også forstå brukers kognitive forutsetninger slik at en kan tilpasse aktivitetene på en hensiktsmessig måte, slik at den

utviklingshemmede føler mestring. Konsekvensene blir da at bruker få en opplevelse av å være en uavhengig og selvstendig person i forhold til ulike adaptive ferdigheter.

B.) Kan mangel på adaptive ferdigheter utløse en psykisk lidelse hos en utviklingshemmet?

Løkke, Mæhle, Bakken og Eknes (2008) påpeker utviklingshemmedes evner til å anvende hensiktsmessige mestringsmåter (tilpasning) i hverdagslivets krav, er det som er mest iøynefallende ved atferden til personen. Mangel på adaptive ferdigheter, menes tilpassning til gjeldende kulturs standard som omfatter selvhjelpenhet, kommunikasjon, boferdigheter, sosiale og relasjonelle evner, bruk av offentlige tjenester, funksjonelle adaptive evner, arbeid, fritid, helse og sikkerhet.

Hvordan ser da en funksjonshemmede på seg selv om han mangler adaptive ferdigheter? Hvordan blir selvoppfattningen til personen? Garsjø (2001) skriver at selvoppfattning er hvordan vi oppfatter oss selv, har betydning for hvordan vi handler tenker og velger å handle. Forfatteren skrev vider at det også har med livshistorie, erfaringer og våres valg å gjøre. Selvoppfattelsen har det slik jeg forstår det, også noe med hvordan andre bedømmer deg og dine prestasjoner! Derfor er det viktig at vernepleieren legger tilrette for at den utviklingshemmede skal få en god selvoppfattelse, eller kan en si, utvikle en god selvoppfattning.

Kan den utviklingshemmede få sviktende psykisk helse på grunn av manglende verdsetting av seg selv? Som for eksempel: en utviklingshemmet prøver å formidle noe, men personalet forstår ikke hans måte å kommunisere på? Hvilke psykiske følger kan det få for den utviklingshemmede? Kan følgene bli at den utviklingshemmede føler seg usikker, avvist eller lite verdsatt? Garsjø (2001) antyder at det er en klar sammenheng mellom verdsetting av selvet, og symptomer på sviktende psykisk helse. Dette kan gi utslag i depresjon, psykosomatiske lidelser og emosjonelle problemer. Vernepleieren rolle blir her å legge tilrette for at den utviklingshemmede skal få god mestringsfølelse, og føle seg verdsatt, slik at en unngår en sviktende psykisk helse på grunn av mangel på adaptive ferdigheter.

5.4 Er det en økning av psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen?

De siste tiårene har det vokst fram en sosialpolitisk enighet om at alle borgere skal ha likverdig tilgang på samfunnet tjenester, og i prinsippet skal alle være likeverdige. Målet med ansvarsreformen var at utviklingshemmede skulle få muligheten til å leve så normalt som mulig. Undersøkelser som er gjort underveis viser at det er et godt stykke igjen før man er i nærheten av det målet (Sosial og helsedirektoratet.2007).

Etter egen erfaring har jeg sett at mange av de som flyttet til hjemkommunen fikk tildelt en bolig. De fikk ikke innflytelse på hvem de skulle dele bo - felleskap med. Hvordan kan dette oppleves for personen som er utviklingshemmet? Kan en si at det ligger på grensen til tvang og makt, og hvordan virker det inn på den enkeltes psykiske helse? Med tanke på de sosiale forholdene til personen med utviklingshemming, etter å ha flyttet til egen bolig? Opplever den utviklingshemmede ensomhet, i en slik grad at det kan føre til dårligere psykisk helse? Eller opplever mange at de er ”herre i eget hus” og føler at de har kontroll over eget liv og opplever mestring? Det er mange spørsmål som jeg stiller men ikke får svar på.

Å finne kilder på om det er en økning i psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen, har vist seg å være problematisk. Det har ikke vært mulig for meg som student å finne forskningsrapporter om dette temaet. Etter å ha vært i kontakt med Olav Nytingnes i ”Rådet for psykisk helse” pr e.post (se vedlegg) så skrev han at det er vanskelig å dokumentere og tolke på grunn av målproblemer, og kulturelle endringer. Samfunnsreformene vil også sterkt kunne påvirke hyppigheten. Nytingnes skriver også at i en mindre gruppe som ”dyp psykisk utviklingshemming”, med tilleggsvansker ”psykiske lidelser”, ville en kvantitativ tilnærning kunne si svært lite.

5.5 Kan psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming være årsaken til problemadferd?

Problematiske atferd er vanlig å diagnostisere som psykiske lidelse. Mennesker som jobber innen helsesektoren i behandling og omsorg, møter ofte problematiske atferd hos brukerne. Det kan være uforståelig og merkelig atferd, unngåelse, angst, selvskading, aggresjon og

vold. En kan beskrive slike problemer på ulikt hold 1) *Beskrive dem rett og slett som problematisk adferd, uten å bruke formell diagnose.* 2) *Beskrive den som en eller annen Psykisk lidelse* (Holden 2008:58). Eknes (2000) viser til at avvikende atferd hos personer med utviklingshemming kan ha mange årsaker, og at dette medfører en flerfaglig utfordring.

Sammenhengen mellom depresjon og utfordrende atferd er tydelig, men usikkerheten er om hva den forbindelsen består i? Tetzchner (2003) påpeker dette ved å stille spørsmål om ”*utfordrende atferd er et uttrykk for depresjon eller om depresjon er et resultat av den virkningen utfordrende atferd har på livskvaliteten til personen?*” (Tetzchner 2003:76).

En person med utviklingshemming har nedsatt kognitive evne, og kan oppleve at det blir stilt for store krav i forhold til deres kompetanse. Tilrettelegging av dagliglivet for en person med utviklingshemming skal ta utgangspunkt i evnemessige forutsetninger til personen. Når ikke dette blir lagt til grunn av miljøarbeideren, kan det bidra til at utagerende atferd oppstår? Årsaken kan da være, at atferden kommer som en følge av at det er språk mellom personens evnemessige forutsetninger, og de forutsetninger som miljøarbeideren har til den utviklingshemmede.

Stubrud (2001) understreker at utviklingshemmede som har nedsatt kommunikasjon og språkkompetanse, fører til nedsatt evne til å forstå og oppfatte hva andre sier eller meddeler (reseptivt språk). Dette vil medføre at personen har store vansker med å bringe fram sine ønsker og behov, hensikter og tanker. Forfatteren påpeker videre også at personer med manglende språkkompetanse uttrykker seg atferdsmessig.

Det tolker jeg som at utfordrende atferd kan være en måte å kommunisere på. Miljøarbeideren kan lett oppfatte atferden som problematisk og avvikende, hvis en ikke har forståelse for hvorfor atferden forekommer. Kan det være at miljøarbeideren ser bare utviklingshemmingen, og ikke at personen har en redusert forståelse av ulike hendelser i omverdenen. Tetzchner (2003) poengterer at hyppige missforståelser og uforståelige hendelser kan føre til at mennesker med lærehemming blir sårbare, får vrangforestillinger, og kunne utvikle depresjoner. Atferden kan da lett bli oppfattet som avvikende eller som problematisk. Nedsatt språk- og kommunikasjonskompetanse kan gi en person følelse av å

være satt utenfor sosial deltagelse. Det vil også føre til manglende holdepunkter for rolleutførelse, oversikt, og forvirring for den funksjonshemmede (Stubrud.2001).

For vernepleieren er det viktig å ha forståelse for personens kommunikasjonsferdigheter. Hvordan er den utviklingshemmedes situasjonsoppfattning, og forstår han meningen med budskapet? Kan utagering forekomme på grunn av at bruker feiltolker budskapet? Vi må også ha forståelse for hvilke ytre forhold er det som påvirker atferden til den utviklingshemmede. Den utviklingshemmede kan også være sårbar for korrigeringer og tåler ikke kritikk. Mange utviklingshemmede er etter min egen erfaring veldig avhengig av å få ros for de tingene som de utfører. Ved å ha forståelse for ulike sårbarhetsfaktorer som kan bidra til uønsket atferd bidrar det til god psykisk helse for den utviklingshemmede.

5.6 Hvordan kan en forebygge og behandle psykiske lidelser hos utviklingshemmede?

Eknes (2000) antyder at når utviklingshemmede får utskrevet medikamenter, blir de stående på det samme medikamentet, uten at effekten og bruken evalueres skikkelig. Når dette ikke blir utført, bryter ikke vernepleieren med Helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet? som påpeker blant annet at; *Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner*. Bryter ikke dette også med kapittel 4 A i helse og sosialloven § 4-3. *Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv*. Personer som ikke kan dra omsorg for seg selv har krav på bistand og tilrettelagt omsorg ut fra sine behov.

En av vernepleierens kompetanser er å tilrettelegge, og å dele ut legemiddel. I tillegg skal også vernepleier ha observasjonskompetanse for å kunne dokumentere virkning/bivirkninger av medikamenter. Kommunikasjonskompetanse og relasjonskompetanse er også viktige moment, det er viktig for å sikre at legemiddelhåndteringen blir utført på en trygg og forsvarlig måte. I ” § 39 Plikt til å føre journal ” påpekes det at ”*Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger*”. Paragrafen underbygger min påstand om vernepleiers dokumentasjonsplikt.

Medisinering er vel en del av den daglige omsorgen for den utviklingshemmede? Den skal forbedre både den psykisk og den fysiske helsen til personen. Dette forteller betydningen

av observasjonskompetansen til vernepleierne, ved å avdekke forhold som virkning/bivirkning av medikamentene kan det være med på å øke den utviklingshemmedes psykiske helse. Det kan også bli behov for å sette i gang adferdsendrede tiltak, slik at en unngår bruken av tvang og makt.

Holden (2008) poengterte at adferdsendrende tiltak blir satt i gang på grunn av at atferd som utgjør atferdsforstyrrelser, og psykiske lidelser produserer forsterkere som er straffbare, sosialt stigmatiserende, farlige, eller som er problematiske. Om den utviklingshemmede har en utfordrende atferd, må vernepleieren finne forsterkeren til den gitte atferden til den utviklingshemmede. Stubrud 2001 påpeker at *”atferden opptrer med en slik hyppighet at det er nødvendig å systematisere tiltaket”* (Stubrud 2001:121).

Vernepleieren oppgave blir da å tilrettelegge tiltaket på en etisk og forsvarlig måte. Tiltaket skal bygge på systematiske observasjoner, og analyseres grundig. Adferdsendrende tiltak skal også være såpass detaljerte at det blir forutsigbart for personen, uansett hvem som er på jobb. Med andre ord, jobber man systematisk, så jobber man gjennomtenkt, og systematikken innebærer også at man har en begrunnelse for å velge en analysemetode, fremfor en annen (Linde og Nordlund 2006).

I mitt valg av adferdsanalyse så kan jeg begrunne dette med at jeg bygger på atferdsanalytiske teorier. Den bygger på at utfordrende atferd i hovedsak er resultat av operant betinging (Tetzchner 2003). Operant betinging skjer ved at den handlingen som personen med utviklingshemming gjør, blir i fulgt opp av en forsterkende handling. Hvis dette øker frekvensen av den ønskede atferden som vernepleieren ønsker å oppnå, kalles dette for positiv forsterkning. Dersom et gode blir fjernet fra den utviklingshemmede, og atferden opprettholdes, kalles dette for negativ forsterkning. (Tetzchner 2003). Med dette forstår jeg at forsterkningen kan skje på to måter, når det fører til et gode, og når den fjerner et onde.

Ifølge Tetzchner (2003) mener atferdsanalytikere personens utfordrende atferd kan forklares ut fra konsekvensene som atferden får. En vernepleier som velger adferdsendrende tiltak, vil ha som mål å få den funksjonshemmede til å vise mindre, eller fjerne utfordrende atferd. Hovedmålet vil selvsagt være å få kontroll over forholdene som influerer atferden til personen.

Et oppsett på operant atferdsanalyse kan se slik ut:

OBSERVASJONER		
FØR (FORUTGÅENDE HENDELSE / STIMULUS)	UNDER (HANDLING I FOKUS)	ETTER ETTERFØLGENDE HENDLESER / STIMULUS

Miljøarbeid handler å legge tilrette omgivelsen for læring. Vernepleieren viktigste redskap i samhandling med den utviklingshemmede personen er ”egne reaksjoner på andres atferd og endring av andres atferd starter med egen atferd ” (Horne og Øyen 2005:15). Det tolker jeg dit at når den utviklingshemmede forandrer sin atferd ved tilrettelegging, må vernepleieren forandre sin egen atferd. Et eksempel kan være at vernepleieren reagerer positivt når den utviklingshemmede ikke har utfordrende atferd i en gitt situasjon, og personen trekker seg ut av miljøet om den utviklingshemmede utagerer i samme situasjon. Og resultatet av at miljøarbeideren endrer atferd, resulterer forhåpentligvis i at målpersonen endrer atferd.

Vernepleieren legger den helhetlige arbeidsmodellen til grunn for sitt arbeid med miljøarbeid. Arbeidsmodellen anvendes på ulike kontekster og på ulike arenaer. Fo skrev blant annet;

”Modellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleiere samarbeid med og være lydhøre overfor tjenestemottaker og pårørende. Ethiske dilemmaer og avveininger.....”(FO.2008. Om vernepleieryrke:14)

Skjematisk framstilt består den av følgende faser: Kartlegging, analyse, målvalg, metode, tiltak og evaluering. I praksis står fasene i et mer gjensidig forhold til hverandre. Vernepleierens faglige arbeid med den utviklingshemmede er å bidra til at personen oppnår høyst mulig livskvalitet.

Linde og Nordlund (2006) påpeker at det kreves kunnskap og forståelse, for både tilnæringsmåten og problemområdet. Her kommer den helhetlige arbeidsmodellen inn. I behovskartleggingen må vernepleieren bli grundig kjent med bruker, på grunn av kravet til validitet når det gjelder de observasjoner man foretar i kartleggingene. Etter å ha kartlagt vil vernepleieren foreta en analyse og et målvalg, prioritert på bakgrunn av individuelle behov og forutsetninger, og selvsagt ønsker til den utviklingshemmede. For å nå de individuelle målene må det lages et tiltak, og dette krever god planlegging. Hvilken metode skal en bruke for å nå målet? Hvordan skal en gjennomføre tiltaket? Vernepleierne må også sette opp en dato for hva som skal evalueres og hvem som skal evaluere måloppnåelsen. Denne prosessen er sirkulær og en kan endre eller avbryte tiltaket om dette er nødvendig.

Det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til at den utviklingshemmede oppnår høyest mulig grad av livskvalitet og god psykisk helse. Vernepleieren skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser i arbeidet med å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonsvikt og fremme økt livskvalitet. Som vernepleier vil jeg legge Skaus (2002) kompetansetrekant til grunn for mitt arbeid med utviklingshemmede og det er; yrkesspesifikke ferdigheter, teoretisk kunnskap og personlig kompetanse. En vernepleier skal være bevisst over det asymmetriske forholdet det er mellom en dypt utviklingshemmet og tjenesteyter. Hvis vernepleieren har forståelse for den enkeltes behov, ønsker, og de ulike kommunikasjonsformene, og at jeg opparbeider meg en god relasjon til den utviklingshemmede, vil dette bidra til bedre psykisk helse for den personen.

Holden (2008) påpeker at god psykisk helse er et mål for alle mennesker og at psykisk helse er en del av livskvaliteten. Siri Næss (2001) definerer livskvalitet slik

”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative.”

Slik jeg forstår denne definisjonen, så har den med den enkelte persons psykiske velvære å gjøre. Kan en si at det er en subjekt opplevelse av å ha det godt? Definisjonen inneholder både kognitive og effektive opplevelser hos den enkelte. Med det kognitive oppfatter jeg

det slik at det er våre tanker og opplevelser vi har av livet, og de affektive henviser til de følelsesmessige forhold.

For å stimulere alle sansene kan vernepleieren tilrettelegge for at den utviklingshemmede skal komme seg ut i naturen. Helsedirektoratet (2009) påpeker at friluftsliv er helsefremmende og en forebyggende miljøfaktor. Betydningen av naturkontakt og friluftsliv for det psykiske og sosiale velværet er knyttet til opplevelsesaspektret for muligheten til å kunne utnytte hele sanseapparatet (Helsedirektoratet 2009).

Vi kan for eksempel ta med bruker ut i kano, selv om det kan virke umulig eller vanskelig, så lar det seg gjøre. Om personen er dypt utviklingshemmet og er innmobil så kan en legge en ”saccosekk” i bunnen av båten, dermed sitter personen trygt og godt. Her får den utviklingshemmede opplevelser av lukt, lyder, bevegelse etc. Alt dette er med på å stimulere sansene. Sannsynligheten for å bevare god psykisk helse, antas å øke med gode muligheter til friluftsliv og naturopplevelse i nærmiljøet.

Et godt liv med god psykisk helse for en utviklingshemmet, er avhengig av trygge forutsigbare rammer, gode stabile relasjoner, og at vi som vernepleiere kjenner den enkeltes kommunikasjonsformer, vaner og forhistorie. Vernepleieren skal se muligheten til personen og ikke begrensningene. Ved å legge autonomi, empowerment og brukermedvirkning til grunn vårt miljøarbeid, vil dette bidra til at bruker får økt livskvalitet og dermed god psykisk helse.

5.7 Hvilken etiske og juridiske forhold må vernepleieren ha forståelse for i forhold til kartlegging av psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med alvorlig til dyp utviklingshemming?

Når vernepleierne skal ivareta brukers rettigheter, er det viktig at en har fokuset på fag, etikk og juss. FO's Yrkesetisk råd skriver at etikken er opptatt av hva vi må gjøre, faget kan bidra til å gi oss svar på hva som er mulig, og jussen avklarer hva som er lov.

Yrkesetisk råd (2007) i Fo skrev at det alltid er et personlig valg men må gjøre når man havner i en konfliktsituasjon. De viser til at ”*din beslutning påvirkes av regler, hvilken frihet du har til å ta egne beslutninger og hva omgivelsene venter av deg*” (Fo.2007:8). Vernepleieren er ansvarlig for sine etiske valg. Yrkesetikken er integrert og et fundament i vår yrkesutførelse som vernepleier. Kan en si at det hører til vår yrkesidentitet? Etikk søker

å beskrive, systematisere, forklare, analysere og begrunne moralske normer og verdier. Det finnes ikke en fasit på hva som er galt eller riktig i en gitt situasjon.

Ved å ha etisk tenkning om et fenomen, bidrar ikke til slik jeg ser det, å løse moralske problemer. Intensjonen ved å ha en etisk tenkning, er å bidra til at vernepleieren bli en ansvarsfull tjenesteyter som setter den utviklingshemmede i fokus. Vernepleieren har etiske teorier som vi kan bruke i kartleggingen av personer med utviklingshemming. Yrkestisk råd (07) påpeker at vernepleieren må tenke på pliktetiske konsekvenser, sinnelagsetiske konsekvenser og konsekvensetiske følger.

I forhold til pliktetikken må vernepleieren tenke på hvilken personlig konsekvens dette får, om dette er faglig forankret, og hvilke sosiale følger kartleggingen kan få for bruker?

I sinnelagsetikken er det vernepleieren spontane handlinger som kommer til uttrykk, det kan være hvordan spontane handlinger kommer til uttrykk som for eksempel å gi omsorg i en gitt situasjon. Konsekvensetikk handler om slik jeg forstår det, hvilke handlingsalternativer en har og hva blir følgene hvis vi velger det ene framfor det andre? Vi må også vurdere hvilken av de konsekvensene vi ønsker? Vernepleieren oppgaver blir da å legge den utviklingshemmedes ønsker og behov til grunn. Brukermedvirkning skal være fokuset i kartlegging. Innen helsetjenesten ivaretas brukeren rettigheter og medbestemmelse gjennom Lov om pasientrettigheter, mens det i Lov om sosialtjenestene har en egen paragraf § 8.4. Vernepleieren skal også ha respekt for enkeltindividet, det handler om å høre på eller å forstå personens ønsker og behov.

På grunn av rettsikkerheten til den utviklingshemmede må vernepleieren vurdere etiske og juridiske forhold før en setter i gang med atferdsanalysen og tiltak.

Kan en se på tiltak som endrer atferden for tvang og makt?

Helsetilsynet (2006) skriver på grunn av uklare kriterier angående tvangsbruk, og beskrivelse av faglig og etisk forsvarlige tvangsmetoder, er mye overlatt til den enkelte tjenesteyteren. Kommunene har plikt til å legge tilrette for at tvang og makt blir minst mulig brukt jf §4.A-4 i sosiallovgivningen. Med det menes andre løsninger til å forholde seg til utfordrende atferd på.

En person har rett til å være seg selv med sin særegenhet og væremåte. I NOU (1991.20) heter det

Alle mennesker har rett til å være seg selv . Dette innebærer også rett til å være avvikende. Et normaliseringsprinsipp betyr ikke at vi alle skal være eler blir likt behandlet . behandling, opplæring, trening, og omsorgstiltak vil kunne redusere skadelig eller farlig atferd (NOU 1991:41).

Videre påpekes det, at den enkelte har rett til å være i fred. Det jeg leser i disse uttalelsene er at vi bør ha en restriktiv holdning til både kartlegging/ registrering, og igangsettelse av tiltak i forhold til den utviklingshemmede. Vernepleieren bør diskutere nøye med andre fagfolk før kartlegging og tiltak blir igangsatt. Viktigheten er om tiltakene kommer personen tilgode? Om det er nødvendig å sette i gang tiltaket? Ved igangsettelse av tiltak skal det også innhentes samtykke fra berørte parter, jf Rettsikkerhet for mennesker med utviklingshemming.

6.0 Oppsummering og konklusjoner

HVPU reformens hensikter var å gi utviklingshemmede bedre levekår. Det ble fokusert på at personene skulle ha en livsstil på lik linje med andre, bolig, jobb, og innholdsrik fritid. Mye kan likevel tyde på at reformen først og fremst er blitt en boligreform? Men hva med intensjonene og det gode liv for den utviklingshemmede?

Et godt liv med god psykisk helse for en utviklingshemmet er avhengig av trygge forutsigbare rammer, gode og stabile relasjoner, og at vi som vernepleiere kjenner den enkeltes kommunikasjonsformer, vaner og forhistorie. Grunnet forebygging og tidlig intervensjon når vansker oppstår, er at den utviklingshemmede har et godt og tilpasset tjenestetilbud i det daglige, og her mener jeg at faglig godt miljøarbeid står sentralt.

Utviklingshemmede har to til tre ganger større fare for å utvikle en psykisk lidelse enn oss andre. Forebygging blir da hovedfokus til en vernepleier. Vernepleierens kompetanse baseres på en tosidig forståelse og tilnærming til brukerens behov, hvor oppmerksomheten er rettet både mot individuelle forutsetninger og faktorer i omgivelsene. Vernepleieren skal

ha fokus på misforhold mellom brukers forutsetninger og krav, slik at dette minsker. Vi skal også kunne øke brukers egenkompetanse for å påvirke og endre de ytre faktorene som kan virke funksjonshemmende. Vernepleierens hovedoppgave, slik jeg ser det, er å øke den utviklingshemmedes livskvalitet. Dette forutsetter at vi tilrettelegger for innflytelse og medbestemmelse for den utviklingshemmede. Spesielt er dette viktig dersom personen har vanskelig for å kunne uttrykke sine ønsker og behov.

Etter å ha fordypet meg i faglitteratur om psykisk helse blant utviklingshemmede, har jeg fått en relativt klar forståelse av det er mange utviklingshemmede som ikke får adekvat hjelp og behandling for sin lidelse. Dette kan skyldes mangt, men den viktigste årsaken kan være at den utviklingshemmede ikke forstås av omgivelsene, og at vedkommende etter hvert uttrykker sin frustrasjon via selvskading, utagering og utfordrende atferd. Her må vi som vernepleiere ha forståelse for hvordan psykiske lidelser kan arte seg hos personer med utviklingshemming og hvilke sårbarhetsfaktorer som kan ligge til grunn for denne type atferd, samt dynamikken mellom utviklingshemming og psykisk lidelse.

I følge helsepersonelloven (2001) har vi plikt til å respektere brukers selvbestemmelse. En kan si det slik at det er lovverket som styrer i praksis, mens vi som vernepleiere må være bevisst vårt ansvar ut fra et profesjonsetisk perspektiv. I forhold til medisinerer er det mange utviklingshemmede som blir feilmedisinert. Vernepleieren oppgave er å dokumentere eventuelle virkning eller bivirkning av medikamentet. En annen oppgave er å ha kartlagt brukers atferd. Hva er årsaken til at atferden endrer seg, er det en farmakologisk årsak eller har det en økologisk årsak? Ved å ha forståelse for dette kan vi bidra til at den utviklingshemmede ikke blir feilmedisinert.

I miljøarbeid skal vi legge den helhetlige arbeidsmodellen til grunn. Den bidrar til at vernepleieren jobber målrettet og bidrar til kvalitetssikring av det arbeidet vi utfører. Fokuset må være på forebygging, i stedet for behandling. Ved å anvende den kunnskapen vi har tilegnet oss, kan vi tilrettelegge og unngå risikofaktorer, slik at den utviklingshemmede får en god psykisk helse.

6.1 Faglige refleksjoner

Etter å ha søkt etter litteratur om hvorvidt det er en økning i psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen, viste dette seg å være vanskelig. Det er åpenbart behov for en større kartleggingsundersøkelse på dette området. For å få et mer helhetlig innblikk i kliniske utviklingstrekk og årsaksforhold, vil det være nærliggende at det også foretas en undersøkelse av problematikken via kvalitativ forskningsmetodikk.

Det er også verdt å merke seg at Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-7 pålegger kommunene å sørge for at ansatt helsepersonell får den opplæring og videreutdanning som kreves for å kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Virksomhetsleder skal således sørge for at enheten i sin helhet har tilgang på den kompetansen som tjenesteyteren har behov for.

Helsedirektoratet(2008) har følgende langsiktige mål på psykisk helse blant befolkningen. Ett av deres mål er å redusere psykiske lidelser i befolkningen og fremme god psykisk helse. Hvordan kan en da tilrettelegge for at den utviklingshemmede skal få god psykisk helse? Kan en bedre levekårene og den psykiske helse hos utviklingshemmedes ved og;

- ✓ Sette inn ressurser for å bedre kompetansen og få kvalifiserte personer som yter tjeneste til den utviklingshemmede.
- ✓ Sikre alle ansatte har kunnskap nok til å kunne stille spørsmål om atferden, eller endring i den, kan skyldes psykisk lidelse.
- ✓ Vernepleierens oppgaver blir å prøve å påvirke på systemnivå slik at den utviklingshemmedes levekår bedres.
- ✓ Det må settes fokus på det sosiale livet og nettverket til den utviklingshemmede.
- ✓ Fritidsaktiviteter som er tilrettelagt etter den enkeltes forutsetninger, ønske og behov.
- ✓ Ha brukerperspektivet i fokus når det gjelder å legge til rette for de enkelte utviklingshemmede i utformingen av tjenesten.

Dette er sentrale områder som en vernepleier skal ha fokuset på. Ved å få forståelse for utfordringene en møter, i forhold til en utviklingshemmet og psykiske lidelser, kan en fokusere på forebygging, i stede for behandling. Dette kan igjen bidra til at den utviklingshemmede få god psykisk helse.

7.0 Litteraturliste

- Askheim Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen. 2002. *Bære eller briste*. Oslo Fagbokforlaget.
- Dalland, Olav.2007. *Metode og oppgave skriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Eknes Jarle.2000. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo : Universitetforlaget.
- Eikeseth Svein og Frode Svartdal.2003. *Anvendt atferdsanalyse, i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Garsjø, Olav.2001. *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse-og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Horne, Hans og Bjarne Øyen .2005. *Målrettet miljøarbeid*. Lillestrøm: G:R:D forlag.
- Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2006. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetforlaget.
- Skau, Greta Marie.2005. *Gode fagfolk vokser* Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2000. *Psykatri*. Oslo: Akribe.
- Statens helsetilsyn. 2000. World Health Organization. *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Norske lover og tidsskrifter - elektronisk utgave :

Lov om helsepersonell. *Lov av 1999-07-02-64 Helsepersonelloven*

<http://www.lovdatab.no> Lest 11.05.09

Utdannings og forskningsdepartementet .2005. *Rammeplan for vernepleier*

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf 19.05.09

Barne- og likestillingsdepartementet. LOV 2008-06-20 nr 42. *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).*

<http://www.lovdatab.no/all/tl-20080620-042-0.html#1> Lest 27.05.09

8.0 Selvvalgt litteratur

Eknes Jarle, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkken, Ivar Mæle. 2008. *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser, og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget. **Kapittel; 1 – 7 antall sider = 150.**

Ellingsen, Karl Elling (Fil.dr/ Daglig leder NAKU). 2008. *Utviklingshemmede og psykiske helsetjenester*. En rapport fra NAKU: Nasjonalt kompetanse miljø om utviklingshemming. Trondheim: NAKU.

Holden, Børge.2008. *Psykiske lidelser og utviklingshemming*. Oslo: Gyldendal akademiske. **Kapittel 1- 3.antall sider = 120**

Stubrud Leif Hugo.2001. *Utviklingshemming i et økologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget. **Antall sider =137**

Tetzchner, Stephen Von.2003. *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemming*. Oslo: Gyldendal.

Lorentzen, Per. 2006. *Slik man ser noen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Internett sider

Johansen, Rune, Marit Rognerud ,Ingri Myklestad 2008:8 ”Levekårsundersøkelsen 2005 Utsatte grupper og psykisk helse”.

<http://www.fhi.no/dav/836ae5a58e.pdf> lest 12.05.09

Folkehelseinstituttet (2009) . *Miljø og helse – en forskningsbasert kunnskapsbase. C2 .friluftsliv og Naturkontakt.*

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4514:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70177::1:6043:2:::0:0#eHandbook701773

leste 21.05.09.

Fo .(2008). *Om vernepleier yrke* .

http://www.fo.no/getfile.php/Filer/Aktuelt%20pdf-filer/Om%20vernepleieryrket_A5.pdf Lest 24.05.09

Næss Siri , 2001 i samarbeid med Mastekaasa A, Moum T, Sørensen T. Livskvalitet som psykisk velvære. NOVA-rapport 3/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring,

http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf Lest 21.05 09.

Helsedirektoret (2008) Strategisk plan for Helsedirektoratet 2007-2010

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplaner/strategisk_plan_for_helsedirektoratet_2007_2010_237364 Lest 22.05.09

Helsedirektoratet 2009. *Aktivitetesbok , Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* .

http://www.fritidforalle.no/media/27025/aktivitetsh_ndboken_105169a.pdf Lest 22.05.09.

Fo .07. Yrkesetisk råd . ”Rett eller galt, eller noe i midten ”

<http://www.fo.no/getfile.php/Filer/Aktuelt%20pdf-filer/rettellergalt.pdf> Lest 24.05.09.

Statens helsetilsyn 2001. *Kompetansebehov i psykisk helsevern* .

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/kompetansebehov_psykisk_helsevern_ik-2740.pdf Lest 27.02.09.

Arbeids og inkluderingsdepartementet .St.meld. nr. 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne.*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-40-2002-2003-.html?id=197129&showdetailedtableofcontents=true>

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring 2002. NOVA

<http://www.nova.no/index.gan?id=2041&subid=0> Lest 27.05.09

Informant : Olav Nytingnes (2009 pr e.post) Rådet for psykisk helse. (Se vedlegg)

Hei!

Tror dessverre jeg må skuffe deg om dette. Endringer i forekomst av psykiske lidelser er svært vanskelig å dokumentere og tolke på grunn av måleproblemer og kulturelle endringer. Samfunnsreformer vil også sterkt kunne påvirke hyppighet. I en mindre gruppe som ”dyp psykisk utviklingshemming”, med en tilleggs vanske ”psykiske lidelser”, ville en kvantitativ tilnærning kunne si svært lite. I tillegg kjenner vi ikke til tall på dette, som du også finner. I Norge er det Folkehelseinstituttet www.fhi.no som har ansvaret for epidemiologisk overvåkning og som eventuelt kan ha oversikt eller kjenne til forskning, men jeg tviler på at du finner forskningen du kanskje håper på.

Lykke til!

Olav Nytingnes
Rådet for psykisk helse

Fra: Bjørn Lydersen
Sendt: 13. mai 2009 15:04
Til: Olav Nytingnes
Emne: VS: Bacheloroppgave

Hei!

Kan du hjelpe med denne henvendelsen?

På forhånd takk!

Bjørn

Fra: Reidun Nekstad [mailto:reidunek@online.no]

Sendt: 12. mai 2009 12:34

Til: Bjørn Lydersen

Emne: Bacheloroppgave

Hei

Jeg er en vernepleier student som skriver bachelor oppgave om dyp utviklingshemming og psykisk helse .

I den forbindelse leter jeg etter forskningsartikler som kan gi meg svar på om det er en økning i psykiske lidelser blant utviklingshemmede etter HVPU reformen .Dette har vist seg å være vanskelig å finne , så jeg lurere på om dere har noe tips?

På forhånd takk

MVH

Vpl. stud.

Reidun Anita Nekstad