



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

Assessment and treatment of mental disorders in people with intellectual disability

Bendiksen, Maren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 20.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Røvik

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 godkjenning.

Oppgaver 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: 20.05.2016

Antall ord: 9640

Forord

*Å møte mennesker med utviklingshemning
og psykisk lidelse er berikende og lærerikt.*

Det er også vanskelig.

Det er et kunststykke.

-Tullie Severin

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	2
1.2	Min forforståelse	3
1.3	Valg av problemstilling	4
1.4	Avgrensning av problemstilling	4
2.0	Metodekapittel.....	5
2.1	Presentasjon av metode	5
2.2	Kilder og kildekritikk	5
2.3	Litteratursøk	6
2.4	Erfaringer fra praksis.....	6
2.5	Begrepsavklaring.....	7
2.5.1	Utviklingshemning.....	7
2.5.2	Psykiske lidelser.....	8
2.5.3	Samlokaliserte boliger.....	8
2.5.4	Utfordrende atferd.....	9
2.5.5	Autismespekterforstyrrelser	10
2.5.6	Vernepleier.....	10
2.5.7	Utredning	11
2.5.8	Behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning	11
3.0	Teori og funn	13
3.1	Utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.....	13
3.1.1	DC-LD: diagnostiske kriterier for voksne mennesker med utviklingshemning 15	
3.1.2	PAS-ADD Checklist	15
3.1.3	Utfordringer knyttet til utredning.....	17
3.2	Behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning	20
3.2.1	Psykososiale behandlingsformer	22
3.2.2	Miljøbehandling	22
3.2.3	Biologiske behandlingsformer	23
3.2.4	Psykoedukasjon.....	24
3.3	Vernepleierens kompetanse.....	24
4.0	Drøfting	27
4.1	Vernepleierens rolle ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.....	27
4.2	Vernepleierens rolle ved behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.....	29
5.0	Oppsummering og konklusjon.....	33
6.0	Litteraturliste.....	34

1.0 Innledning

I denne oppgaven tar jeg for meg temaet psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Hovedfokuset i oppgaven er på hvordan en vernepleier kan bidra med sin kompetanse i prosessen ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos denne gruppen. Videre vil jeg belyse hvilke utfordringer som ligger til grunn ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming, samt å trekke inn hvorfor det kan være spesielt utfordrende hos personer som i tillegg har annen psykisk funksjonshemming; autismspekterforstyrrelser.

Bakken og Olsen (2012) skriver at det har tidligere vært liten forståelse i fagmiljøene for at også psykisk utviklingshemmede kan bli psykisk syke. Symptomer på psykiske lidelser ble sett på som en del av det å være utviklingshemmet, og et argument som ble mye brukt var at deres kognitive funksjon gjorde det umulig å utvikle psykiske lidelser.

På denne tiden ble symptomer på psykiske lidelser vurdert som en del av det å være utviklingshemmet.

Denne forståelsen har endret seg de siste årene, og det har nå kommet forskning som viser at utviklingshemmede har større risiko for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med «normalbefolkningen». Bakken og Olsen (2012) skriver at «utviklingshemming og autismspekterforstyrrelser medfører forstyrrelser i hjernens funksjon og derved bearbeiding av informasjon, noe som leder til en økt sårbarhet for å utvikle psykiske vansker» (Bakken og Olsen 2012;39).

Det er nok få fagpersoner som nå vil hevde at psykiske lidelser ikke rammer mennesker med utviklingshemming. Til tross av dette nevnes det på nettsidene til Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) at personer med utviklingshemming fremdeles er underrepresentert når det kommer til utredning og behandling av sine psykiske vansker.

En konsekvens av dette kan være at de får feil eller manglende behandling, og at de opplever nedsatt livskvalitet på grunn av de ikke får hjelp til å behandle sine plager.

Dette temaet anser jeg som svært relevant i forhold til vernepleiere, da denne profesjonsutdanningen er spesielt rettet mot målgruppen mennesker med utviklingshemming. På bakgrunn av denne spesialkompetansen er det mange vernepleiere

som jobber opp i mot mennesker med utviklingshemning, mange av disse har nok også en eller annen form for psykisk lidelse.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Bakgrunnen til at jeg har valgt dette temaet i min bacheloroppgave er at mennesker med utviklingshemning er en sårbar gruppe når det kommer til risiko for å utvikle psykiske lidelser. Skullerud og medarbeidere (2000) oppsummerer i sin artikkel, «psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning», at mennesker med psykisk utviklingshemning har høyere forekomst av psykiske lidelser enn andre deler av befolkningen. Mennesker med lett utviklingshemning har doblet risiko for å utvikle psykiske lidelser, mens personer med mer alvorlig utviklingshemning har opptil tre til fem ganger høyere risiko enn normalbefolkningen. Dette betyr at det dreier seg om et vesentlig problem hos denne populasjonen. Skullerud og medarbeidere (2000) skriver videre at mennesker med utviklingshemning ofte får lite hjelp til å behandle sine plager.

«Vernepleierutdanningen ble opprinnelig etablert som en utdanning for arbeid med utviklingshemmede, og dette vil fortsatt være en viktig målgruppe. I dag jobber imidlertid vernepleiere mye bredere, med en rekke målgrupper og i ulike funksjoner. Dette må gjenspeiles i utdanningen. En videreutvikling av utdanningen med fortsatt vekt på miljøterapeutisk arbeid og helsefaglig kompetanse vil kunne bidra til å styrke tjenestene innenfor både habilitering og rehabilitering og danne grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid» (Meld.st.13 2011-2012:83).

Vernepleiere er en profesjon som er spesielt rettet mot gruppen mennesker med utviklingshemning, og det er behov for at kompetansen om temaet økes. Målgruppen er avhengig av å ha kompetente tjenesteytere, da det er personene som er sammen med de hver dag som har den beste muligheten til å se om atferden deres endres. Vernepleieren kan også bidra i prosessen ved utredning og behandling av deres psykiske lidelser i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er som Bakken (2012) nevnte i et foredrag at det er lite vits i å ha et fullkompetent psykiatrisk helsevesen på spesialisthelsetjenestenivå hvis ingen oppdager at personen har det dårlig.

1.2 Min forforståelse

Min forforståelse av temaet er at det er for lite fokus på det, både i yrkeslivet og i utdanningsinstitusjoner. Forforståelsen min bygger på egne erfaringer fra yrkeslivet. Da jeg jobbet i en bolig som ga heldøgnstilbud til voksne mennesker med utviklingshemning, ble det fattet mistanke om at en av beboerne kunne ha en psykisk tilleggs diagnose. Jeg må innrømme at jeg hadde lite kunnskap om temaet på dette tidspunktet, og jeg opplevde det som at det gjaldt de aller fleste på arbeidsplassen. Dette synes jeg er for dårlig da Skullerud og medarbeidere (2000) sier at mennesker med utviklingshemning har høyere risiko for å utvikle alle typer psykiske lidelser sammenlignet med normalbefolkningen.

Utviklingshemning og psykiske lidelser er et relativt nytt fagområde som det er gjennomført få gode forekomststudier på. I min forforståelse ligger det en mistanke om at det er for liten kunnskap om dette temaet rundt hos de som yter bistand til mennesker med utviklingshemning. Dette tror jeg kan føre til at det blir underrapportering og underdiagnostisering av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning.

Jeg har også en forståelse av at det ofte skjer at symptomer på psykiske lidelser blir sett på som en del av det å være utviklingshemmet, noe som igjen fører til feil eller manglende behandling. Et eksempel her kan være en person som har Downs syndrom og fremviser symptomer som tretthet og manglende interesse for aktiviteter. Dette kan være symptomer på at personen er inne i en depresjon, men i mange tilfeller vil disse symptomene bli sett på som en del av utviklingshemningen.

Jeg har en mistanke om at når psykiske lidelser hos utviklingshemmede ikke blir behandlet, kan det noen ganger vise seg som utfordrende atferd.

Jeg tror at vernepleiere med sin spesialkompetanse kan ha en aktiv rolle, og bidra i prosessen ved utredning og behandling av psykiske plager i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

1.3 Valg av problemstilling

Hvordan kan vernepleieren bidra ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning?

Temaer jeg vil se nærmere på i min bacheloroppgave er hvordan vernepleieren med sin spesialkompetanse kan bidra i prosessen ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Hvordan går man frem for å utrede og hvilke utfordringer er knyttet til utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Jeg vil også se nærmere på hvilke behandlingsmetoder som blir benyttet, samt viktigheten av at nærpersoner og pårørende er delaktig i prosessen ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

1.4 Avgrensning av problemstilling

Grunnet oppgavens omfang og tidsbegrensning velger jeg å ha hovedfokuset i oppgaven på hvordan vernepleieren med sin spesialkompetanse kan bidra i prosessen ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. For å avgrense det enda mer vil jeg fokusere på mennesker med utviklingshemning som bor i samlokaliserte boliger med personalbase. I denne oppgaven har jeg valgt og sett på alle gradene av utviklingshemning.

2.0 Metodekapittel

Dalland (2012) henviser til sosiologen Vilhelm Aubert (1985) som beskriver metode som en fremgangsmåte som benyttes for å finne ny kunnskap, eller til å løse et problem.

Dalland (2012) skriver at valg av metode blir gjort på grunnlag av hva som vil gi gode data, og som vil belyse problemstillingen på en faglig interessant måte.

2.1 Presentasjon av metode

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av en litteraturstudie av faglitteratur og forskningsartikler, dette er en kvalitativ metode. Dalland (2012) skriver at dataen som kommer frem av en kvalitativ metode ikke er målbar. Metoden skal fange opp mening og opplevelse av data som blir innhentet.

Denne metoden vil gi meg mulighet til å svare på problemstillingen på bakgrunn av faglitteratur og forskningsartikler.

2.2 Kilder og kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk omhandler å gjøre rede for valg og vurderinger ved innhenting av data, samt å kunne begrunne relevansen. Dataen skal være relevant i forhold til problemstillingen, og være samlet inn på en pålitelig måte. Det er ikke tilstrekkelig at kun dataen er relevant, men den må også komme fra en relevant kilde.

Aadland (1997) skriver at validitet står for at temaet er treffsikkert og gyldig for problemstillingen, og at reliabilitet står for at kilden er pålitelig.

Ved at bacheloroppgaven min omhandler temaet psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming er det noen fagbøker som har blitt mye brukt, som jeg anser som reliable kilder. Dette er Eknes m.fl (2008), Bakken og Olsen (2012) og Eknes (2011).

I oppgaven har jeg i hovedsak benyttet meg av primærkilder. Dalland (2012) sier at så lenge det er mulig bør vi benytte oss av primærkilder, da teksten i sekundærkilder kan være unøyaktig eller feil oversatt som gjør de mindre troverdig. Sekundærkilder er når forfatteren refererer til en annen forfatter.

Jeg har likevel i noen tilfeller benyttet meg av sekundærkilder, da disse er lettere tilgjengelig.

Litteraturen det henvises til i oppgaven er skrevet av anerkjente fagpersoner, og jeg har også benyttet meg av noen nettsider slik som Norsk kompetansemiljø for utviklingshemning (NAKU), SOR (Samordningsrådet) og Tidsskrift for den Norske legeforening.

2.3 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur om problemstillingen har jeg benyttet meg av søkemotoren Oria. Jeg har brukt søkeord som «utviklingshemning», «utviklingshemming», «psykisk utviklingshemning» og «psykiske lidelser». Disse har jeg knyttet opp i mot søkeordene «utredning» og «behandling».

Jeg har også benyttet meg av søkemotoren «Google» for å finne frem til nettsider som NAKU (Norsk kompetansemiljø for utviklingshemning) og SOR (Samordningsrådet). Dette er nettsider som jeg anser som pålitelige.

2.4 Erfaringer fra praksis

Erfaringene jeg har gjort meg i praksis som omhandler dette temaet er knyttet til min forrige arbeidsplass, en bolig som gir heldøgntilbud til voksne mennesker med utviklingshemning. En av brukerne som bodde der begynte å endre atferd, og utviklet noe vi kalte for «sinneperioder» der hun ble veldig sint, hylte og prøvde å skade seg selv og personalet. Etter som tiden gikk forekom disse sinneperiodene hyppigere og varigheten økte. Det ble først forsøkt med å gi henne smertestillende x 3 per dag for å utelukke at det var smerter som lå bak. Dette ble det ingen virkning av, så dette ble igjen avsluttet. Etter hvert som tiden gikk ble det tatt mistanke om at det kunne være en psykisk lidelse som forårsaket denne atferden, men dette viste seg å være svært vanskelig å utrede. Brukeren hadde en dyp utviklingshemning, og ingen verbale evner. På grunn av dette ble observasjoner fra tjenesteytere som hadde kjent henne i mange år en av de få kildene til informasjon, men dette ble ikke tilstrekkelig for å klare å sette en diagnose. I dette tilfellet føler jeg at det ble litt mye prøving og feiling, noe jeg anser som et lite verdig tjenestetilbud. Likevel greier jeg ikke å se hva de skulle ha gjort annerledes. Etter de erfaringene jeg har gjort meg sitter jeg med den oppfattelsen av at det ofte er for lite kunnskap om dette temaet hos tjenesteytere, samt at det å skulle utrede en person med dyp utviklingshemning for psykiske lidelser er en svært utfordrende prosess.

2.5 Begrepsavklaring

2.5.1 Utviklingshemning

Holden (2009) skriver at psykisk utviklingshemning innebærer at en person har forsinket utvikling og at læring skjer saktere. Personen har ikke tilegnet seg ferdigheter på samme nivå som andre på sin egen alder, og kommer trolig ikke til å oppnå det. Eksempler på dette kan være språkferdigheter, praktiske ferdigheter som å spise, drikke og kle på seg. Det kan også ramme sosiale ferdigheter. Holden (2009) sier at utviklingshemning er en omfattende kategori som har et spenn fra svært svaktfungerende personer uten språk og praktiske ferdigheter, til personer som er nært normalfungerende. Eknes (2000) skriver at det er et annet begrep som anvendes en del i norske fagmiljøer for denne gruppen, mental retardasjon.

Eknes (2000) sier at det er ulike årsaker til psykisk utviklingshemning. Det kan være prenatale årsaker (genetiske), perinatale årsaker (komplikasjoner under fødsel) og postnatale årsaker (for eksempel hodetraumer).

Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle (2008) henviser til ICD-10 som i Norge anvendes for å stille diagnosen psykisk utviklingshemning. Det er tre kriterier som må oppfylles før det kan stilles en diagnose:

1. **«Evner:** Evnenivået skal være betydelig svekket, og i en slik grad at det medfører vansker med å tilpasse seg vanlige krav til fungering i det daglige og sosialt. Mental fungering skal ligge mer enn to standardavvik under gjennomsnittet for aldersgruppen, og evnenivået skal fastsettes ved bruk av psykometriske tester.
2. **Adaptive ferdigheter:** Sosial modenhet og evne til å tilpasse seg skal være betydelig svekket. ICD-10 anbefaler bruk av standardiserte vurderingsskalaer, med intervju av foreldre eller nærpersoner som har god kjennskap til hvordan personen det gjelder klarer seg i det daglige.
3. **Alder:** Funksjonsvanskene skal ha vist seg i løpet av utviklingsperioden, og senest før fylte 18 år» (Eknes m.fl 2008:17).

Eknes m.fl (2008) skriver at ICD-10 beskriver fire undergrupper av psykisk utviklingshemning, som er rangert etter evnenivå. Jeg har her satt de inn i en tabell for at det skal bli mer oversiktlig:

F70 – Lett utviklingshemning	IQ 50-69, mental alder mellom 9 og 12 år
F71 – Moderat utviklingshemning	IQ 35-49, mental alder mellom 6 og 9 år
F72 – Alvorlig utviklingshemning	IQ 20-34, mental alder mellom 3 og 6 år
F73 – Dyp utviklingshemning	IQ under 20, mental alder under 3 år

2.5.2 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en fellesbetegnelse på en gruppe lidelser som i første rekke rammer en persons tanker og følelser. Det kan også forekomme at kroppslige funksjoner rammes, som for eksempel ved depresjon der personen kan oppleve forstoppelse, mangel på energi og seksuell dysfunksjon. Psykiske lidelser omfatter psykososer, stemningslidelser, angst og atferdsforstyrrelser (Bakken og Olsen 2012).

Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud og Aarø (2011) skriver at kunnskapen om de eksakte årsakene til at psykiske lidelser utvikles fortsatt er mangelfull. Likevel er det kommet frem at det utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Det er mange forskjellige risikofaktorer som bidrar til at en psykisk lidelse utvikles, og en og samme risikofaktor kan utvikle flere forskjellige lidelser. Dette kan ha sammenheng med at det sjelden er spesifikke sammenhenger mellom risikofaktorer og typer lidelse.

2.5.3 Samlokaliserte boliger

Husbanken (2009) sier at for mennesker med utviklingshemning som trenger en varig bolig, men som ikke ønsker å leve i et bofelleskap, anbefales det å kjøpe en bolig selv. Ofte kan foreldrene til mennesker med utviklingshemning selv ta initiativ til å bygge selvstendige boliger, som er organisert som et borettslag. Disse selvstendige boligene kan gjerne ha et fellesareal som i tillegg fungerer som en personalbase, som for eksempel en egen boenhet.

«Selvstendige boliger skal gi plass til alle sentrale boligfunksjoner. Boligene må inneholde kjøkken, soverom, bad med plass til vask og tørk av tøy samt bod. Fordi boligene må legge til rette for hjelpemidler, bør arealet være 55 m² eller større. Det må være privat uteplass/terrasse. I boliger for personer som i mindre grad er avhengig av hjelpemidler, kan arealet reduseres noe. Mange brukere ønsker at omsorgsboligene bygges i tilknytning til fellesareal eller areal til tjenesteapparatet» (Husbanken 2009;10).

Husbanken (2009) skriver at fordelene ved å bo i en samlokalisert bolig kan være at de utviklingshemmede har mulighet til å oppsøke tjenesteyterne hvis de trenger hjelp eller støtte, kan få hjelp til å strukturere hverdagen og at de kan få trygghet ved at de får tilsyn av personalet.

2.5.4 Utfordrende atferd

Holden (2009) skriver at utfordrende atferd deles inn i to grader etter alvorlighet, «mindre krevende utfordrende atferd» og «mer krevende utfordrende atferd».

Mindre krevende atferd

«Mindre krevende atferd» vil si at personen viser en eller annen problematferd, men ikke oppfyller noen av de fire kriteriene for mer krevende atferd. Mindre krevende utfordrende atferd er alvorlig problematferd, altså atferd som er vanskelig å håndtere dersom ikke spesielle tiltak settes i verk. Dette kan være ekstra solid utstyr, ekstra bemanning, fysisk atskillelse fra ting eller personer, eller andre forholdsregler» (Holden 2009;34).

Mer krevende atferd

«Mer krevende utfordrende atferd» krever i tillegg at minst ett av følgende kriterier er oppfylt:

- 1. Personen viser atferden minst en gang hver dag.*

2. *Atferden hindrer vanligvis personen i å delta i aktiviteter som passer med hans/hennes ferdigheter og generelle fungering.*
3. *Mer enn én person må som regel gripe inn fysisk for å kontrollere atferden.*
4. *En vanlig følge av atferden er betydelig skade på personen selv eller på andre personer (for eksempel smerter, sår, kutt eller brudd)» (Holden 2009;35).*

2.5.5 Autismespekterforstyrrelser

«Autisme forstås i dag som en livslang og gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Autisme omfatter tre hovedgrupper av symptomer: sosial fungering, markert nedsatt kommunikativ fungering, både verbalt og ikke-verbalt, og et repetitivt og stereotypet tanke- og atferdsmønster» (Bakken og Olsen 2012;18).

Bakken og Olsen (2012) nevner at det er høy forekomst av utviklingshemning blant personer med autisme, omkring 80 prosent. Det har imidlertid kommet til nyere studier som viser til at forekomsten av personer med Aspergers syndrom er høyere enn først antatt, noe som gjør dette anslaget noe usikkert. Bakken og Olsen (2012) sier at det er stor variasjon i symptomer og væremåte hos mennesker med autisme. Selv om kjernesymptomene er like for denne gruppen, vil det innebære så stor variasjon at det er vanskelig å utrede mennesker med utviklingshemning for autismespekterforstyrrelser. Dette gjelder særlig ved differensialdiagnostiske vurderinger av autisme kontra for eksempel angstlidelser.

2.5.6 Vernepleier

Vernepleier er en treårig bachelorgrad på høgskolenivå. Etter endt utdanning får man autorisasjon som helsepersonell med medisinsk kompetanse. Som vernepleier skal du gi tjenester til mennesker med ulike funksjonsvansker. Ved å jobbe med miljøarbeid, habilitering – og rehabiliteringsarbeid er vernepleieren med på å gi omsorg med sikte på trivsel, trygghet og god helse for den man yter tjenester til. Vernepleier er en profesjonsutdanning som er spesielt knyttet opp mot mennesker med utviklingshemning, men vernepleiere kan også jobbe med mennesker med demens, psykiske lidelser, rusproblematikk, fysiske funksjonshemninger og skole – og undervisningssektoren (Vernepleierportalen 2016).

2.5.7 Utredning

Eknes m.fl (2008) sier at begrepene utredning og diagnostisering prinsipielt handler om det samme. De handler om å kunne se og forstå en persons vansker, og på bakgrunn av dette kunne gi den rette behandling og oppfølging. Likevel er det noen forskjeller. Begrepet utredning er mindre spesifikt enn begrepet diagnostisering. Utredning innebærer å innhente informasjon om en persons vansker og gjøre vurderinger ut fra denne informasjonen. Utredningen som blir gjort kan munne ut i en eller flere diagnoser. Bakken og Olsen (2012) skriver at utredning og diagnostisering har to hovedformål. Det første formålet er å kunne gi en best mulig behandling for en persons plager, og det andre formålet er forskning. Ved å ha et felles sett av kriterier gir det forskere mulighet til å sammenligne tilstander, som igjen gjør det mulig å tilegne seg mer kunnskap om de forskjellige tilstandene. Dette vil på sikt kunne være med på å gi et bedre tilbud til pasientene. Eknes (2000) skriver at diagnosebruk kan blant annet gjøre det mulige å dokumentere effekt av behandling for personer med bestemte diagnoser. Samt å sette oss på sporet av aktuelle tiltak som er dokumentert effektive, og på denne måten unngå tiltak som virker mot sin hensikt.

Eknes (2000) sier at ved å diagnostisere mer presist og ved å la utviklingshemmede få del i de samme behandlingsmulighetene som andre deler av befolkningen, vil det øke mulighetene for treffsikkerhet og behandling.

«En korrekt diagnose gir et godt utgangspunkt for hvordan en person skal forstås medisinsk og psykologisk, og kan være av avgjørende sosial, personlig, rettslig, økonomisk og pedagogisk betydning» (Eknes m.fl 2008:35).

2.5.8 Behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

Bakken og Olsen (2012) skriver at behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning skal gis etter behov, og det skal tas hensyn til personens symptomer og skille disse fra vanlig væremåte når behandlingen skal velges. Aktuelle behandlingsmetoder vil kunne være psykososiale behandlingsformer, miljøbehandling, biologiske behandlingsformer og psykoedukasjon.

Jeg vil gå nærmere inn på behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning under kapittelet 3.0 Teori og funn.

3.0 Teori og funn

3.1 Utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

Psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten. Med psykisk helsevern betyr spesialisthelsetjenestens undersøkelser og behandling av mennesker med psykiske lidelser (Regjeringen 2009).

Eknes m.fl (2008) sier at symptomer på psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning kan være vanskelig å vurdere. Den viktigste informasjonen om sykdomsbildet vil som regel komme av en persons egne beskrivelser, både av tanker, følelser og oppførsel. Dette vil imidlertid bli utfordrende ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning som har nedsatt verbale evner.

Eknes m.fl (2008) skriver at på grunn av dette vil det bli vanskelig for andre enn de som kjenner personen godt å forstå hva personen uttrykker, og disse utfordringene vil øke med økende grad av utviklingshemning.

Eknes m.fl (2008) sier at i de fleste av tilfellene er det atferdsproblemer som ligger til grunn for at pårørende og helsepersonell ønsker en utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Eknes m.fl (2008) henviser til Holden og Gitlesen (2006) som nevner at mellom 10 og 20 prosent av de som har en utviklingshemning også har atferdsproblemer eller utfordrende atferd. Eknes m.fl (2008) skriver at over halvparten av de som viser denne atferden blir medisinerert med anti-psykotiske legemidler for å dempe den, og ofte ligger det ingen vurdering av psykiske lidelser til grunn for behandlingen. På grunn av dette er det svært viktig for utviklingshemmede som viser utfordrende atferd at de får en utredning av sine psykiske lidelser. En grundig utredning kan føre til at de som har behov for en psykiatrisk behandling får det, og unngå slik behandling i tilfeller der atferden ikke har sammenheng med en psykisk lidelse. Eknes m.fl (2008) sier at vurderinger av atferd som gir mistanke om psykiske lidelser, må være bredt anlagt for å avdekke om atferden skyldes andre forhold. Andre forhold kan være somatisk sykdom

eller smerter, og den generelle helsetilstanden må alltid utredes for å utelukke at den utfordrende atferden skyldes dette.

«Utredningen av den psykiske helsetilstanden til en person med utviklingshemning bør forankres i følgende fire grunnpilarer:

- A. Vurdering av evnemessige forutsetninger*
- B. Vurdering av adaptive funksjoner*
- C. Vurdering av trivsel, livskvalitet og habiliteringsbehov*
- D. Vurdering av symptomer på psykiske lidelser» (Eknes m.fl 2008;76).*

A. Vurdering av evnemessige forutsetninger

Eknes m.fl (2008) skriver at man må tilrettelegge dagliglivet for mennesker med utviklingshemning i forhold til deres evnemessige forutsetninger. Det kan oppstå vansker som følge av gap mellom personens evnemessige forutsetninger og de forventningene som stilles til deres funksjonsevne. Eknes m.fl (2008) nevner at evnemessige forutsetninger kan vurderes på ulike måter, og evnetester som ikke er avhengig av verbale ferdigheter egner seg best til personer med vansker for å uttrykke seg.

B. Vurdering av adaptive funksjoner

Eknes m.fl (2008) sier at denne grunnpilaren handler om å vurdere en persons adaptive funksjoner, som sosiale ferdigheter, kommunikasjonsferdigheter og andre ferdigheter i dagliglivet. Her er det blitt utviklet standardiserte utredningsredskaper som kan med fordel benyttes, den mest kjente er Vineland Adaptive Behavior Scales. Eknes m.fl (2008) skriver at denne gjør det mulig å sammenligne personens funksjonsevne med det man vanligvis forventer på ulike alderstrinn. Denne informasjonen brukes til å tilrettelegge personens tjenestetilbud.

C. Vurdering av trivsel, livskvalitet og habiliteringsbehov

Eknes m.fl (2008) viser til denne grunnpilaren som sentral i utredning av symptomer på psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning, og handler om personens generelle livssituasjon og trivsel. Ved å få oversikt over personens samlede situasjon, kan man vurdere om det er forhold her som opprettholder eller skaper problemene. Man kan her vurdere om det er behov for endringer i personens livssituasjon, som for eksempel skoletilbud og bolig.

D. Vurdering av symptomer på psykiske lidelser

Eknes m.fl (2008) sier at denne grunnpilaren av utredningen handler åpenlyst om kartlegging av symptomer på mulige psykiske lidelser. Ved utredning av mennesker med utviklingshemning, vil det ofte være behov for å snakke med familie og andre som kjenner personen godt for eksempel helsepersonell. Dette blir særlig viktig ved utredning av mennesker med mer alvorlig utviklingshemning.

3.1.1 DC-LD: diagnostiske kriterier for voksne mennesker med utviklingshemning

«Nå har det kommet et eget diagnosesystem for personer med utviklingshemning – DC-LD: diagnostiske kriterier for psykiske lidelser for voksne med utviklingshemning. I korte trekk består en slik manual av generell informasjon om diagnosegrupper, enkeltdiagnoser og diagnostiske kriterier, det vil si mer konkrete symptomer eller tegn på at man har en psykisk lidelse.

Flere av de symptomene som beskrives i de såkalte standard diagnosebøkene ICD-10 og DSM-IV, er ikke alltid like greie å bruke når en person har en utviklingshemning. Særlig vanskelig kan det være når de språklige ferdighetene er begrenset eller fraværende. Derfor er det utarbeidet egne diagnosemanualer for personer med utviklingshemning» (Eknes m.fl 2008;68).

3.1.2 PAS-ADD Checklist

Holden (2008) viser til en sjekkliste som brukes ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning, denne heter PAS-ADD Checklist. Denne sjekklisten skal fylles ut av tjenesteytere som kjenner den aktuelle personen godt. Holden (2008) nevner at denne sjekklisten skal fange opp mulige symptomer og lidelser, og at hvert punkt i denne listen dekker ett symptom. Tjenesteyteren skal krysse av ja/nei for om symptomet foreligger eller ikke. I tillegg skal tjenesteyteren angi i hvilken grad symptomene er tilstede. Holden (2008) sier at PAS-ADD Checklist opererer med terskelverdier, det vil si at et visst antall «poeng» trengs for å gi grunnlag for at personen bør vurderes nærmere med tanke på en lidelse.

PAS-ADD Sjekkliste (Holdens egen oversettelse)

1. *«Mindre i stand til å stelle seg selv, som av- og påkledning, bad/dusj, toalett og tilberedning av mat.*
2. *Mer glemsk eller forvirret enn vanlig, som å glemme hva som har blitt sagt, eller å gå seg bort på kjente steder.*
3. *Avbrudd i søvn: Våkner opp en time eller lengre før han/hun sovner igjen.*
4. *Mindre i stand til å konsentrere seg om egne aktiviteter, som å se på TV, lese eller andre hobbyer.*
5. *Rastløs og urolig, klarer ikke å sitte stille.*
6. *Irritabel eller i dårlig humør.*
7. *Tap av appetitt og matglede (Skyldes det slanking eller kroppslig sykdom, kryss av i den første ruten).*
8. *Økt appetitt, overspising.*
9. *Har endret vekt så mye at klær ikke passer godt lenger (Skyldes det slanking eller kroppslig sykdom, kryss av i den første ruten).*
10. *Skvetter lett av plutselige lyder og bevegelser.*
11. *Viser mindre selvtillit sammen med andre mennesker, for eksempel ved å stadig be om forsikringer.*
12. *Mistenksom, stoler ikke på andre, oppfører seg som om noen prøver å skade eller snakker om han/henne.*
13. *Unngår sosial kontakt mer enn han eller hun pleier.*
14. *Har mistet troen på seg selv, føler seg lite verd.*
15. *Sovner senere – minst en time senere enn personen pleier.*
16. *Våkner for tidlig (minst en time før personen pleier, og klarer ikke å sovne igjen).*
17. *Viser mindre interesse og glede, som å bruke mindre tid på det han/hun liker å gjøre.*
18. *Trist eller «nedfor» (observert minst tre dager i løpet av de siste fire ukene).*
19. *Plutselig intens frykt eller panikk som utløses av situasjoner eller ting, som å være alene, folkemengder, torden e.l.*
20. *Redd eller panisk (ikke utløst av situasjoner eller ting).*
21. *Repeterende handlinger, som å sjekke på nytt og på nytt at døren er låst, eller å måtte gjøre ting i en spesiell rekkefølge.*

22. *Overdrevet glad eller «høy» (observert minst tre dager i løpet av de siste fire ukene).*
23. *Merkelige, urokkelige oppfatninger som er umulige eller usanne, som å tro at han/hun har spesielle krefter, at noe kontrollerer hva han/hun tenker, eller at noen prøver å skade ham/henne.*
24. *Merkelige gester eller fakter.*
25. *Snakker på en merkelig og repeterende måte» (Holden 2008;118f).*

3.1.3 utfordringer knyttet til utredning

Bakken og Olsen (2012) sier at det finnes en rekke forhold som kompliserer utredningen av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

Dette er utfordringer som det er viktig at profesjonelle hjelpere har kjennskap til.

Disse faktorene er tett vevd sammen, men jeg vil her presentere de hver for seg.

3.1.3.1 Diagnostisk overskygging

Bakken og Olsen (2012) skriver at psykiske lidelser hos personer med utviklingshemning ble tidligere sett på som vansker knyttet til utviklingshemningen. Når atferdsendringer grunnet psykiske lidelser blir sett på som en del av utviklingshemningen, kalles det diagnostisk overskygging. Eknes (2000) nevner et fint eksempel på dette. Det er sjelden at en person med utviklingshemning som har symptomer som hyperaktivitet og liten konsentrasjonsevne blir mistenkt for å ha diagnosen ADHD. Denne diagnosen kunne lett blitt behandlet, men grunnet personens utviklingshemning blir tegnene på denne lidelsen oversett. Bakken og Olsen (2012) sier at diagnostisk overskygging er en av hovedgrunnene til at utviklingshemmede er underdiagnostisert, dette på grunn av at de psykiske lidelsene ikke blir oppdaget. Dette ses som et særlig stort problem hos mennesker som har utviklingshemning og autismespekterforstyrrelser.

Eknes (2000) henviser til Reiss m.fl (1982) som utførte et eksperiment vedrørende diagnostisk overskygging. I dette eksperimentet ba de helsepersonell om å stille diagnoser ut i fra skriftlige kasusbeskrivelser. I noen av tekstene skrev forskerne at personen hadde en psykisk utviklingshemning, i andre tilfeller utelot de denne opplysningen. Det som var interessant å se i dette eksperimentet var at helsepersonellet sjeldnere satte en psykiatrisk

lidelse på kasusbeskrivelsen der det var opplyst om utviklingshemningen, enn kasusbeskrivelsen der denne opplysningen ble utelatt. Forskerne mente i etterkant av eksperimentet at dette skyldtes at helsepersonellet ble så opptatt av utviklingshemningen i seg selv, at de overså alle symptomer på en psykisk lidelse.

Bakken og Olsen (2012) skriver at diagnostisk overskygging er et særlig stort problem når man skal utrede personer som har begrensede verbale evner. Disse begrensningene fører til at de ikke får fortelle om eller gitt uttrykk for sine vansker. Det er kjent at utviklingshemning medfører en kognitiv svikt, eller redusert kognitiv kapasitet, noe som gjør det vanskelig for personene å svare utfyllende og korrekt på spørsmålene som blir stilt de under utredning. Den kognitive svikten gjør det også vanskelig for andre å forstå hva det er de prøver å uttrykke. Disse utfordringene øker sannsynligheten for at det blir stilt falske positive eller falske negative diagnoser ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

Bakken og Olsen (2012) sier at en falsk positiv er å sette en diagnose hos en person som ikke har tilstanden, og at en falsk negativ er at en diagnose ikke blir stilt hos en person som har den. Begge disse tilstandene kan ha konsekvenser for behandlingen som blir gitt, og det kan føre til både feilbehandling, overbehandling eller manglende behandling.

3.1.3.2 Atypiske symptomer

Martinsen, Bakken, Helverschou og Nærland (2006) skriver at det er ikke noen fasit på hvordan psykiske lidelser fremtrer hos mennesker med utviklingshemning. Ofte kan symptomene vise seg annerledes enn de ville gjort i normalbefolkningen. Et eksempel her kan være mennesker med utviklingshemning og autisme. Bakken og Olsen (2012) sier at mennesker med utviklingshemning og autisme kan ha idiosynkratiske (særegne for personen) og atypiske (uvanlige) symptomer på psykiske lidelser. Atypiske symptomer som har blitt beskrevet hos denne gruppen er selvskadende atferd, økt repeterende og ritualistisk atferd, aggresjon og rasering av omgivelsene. Martinsen m.fl (2006) skriver at det også har blitt hevdet at mennesker med utviklingshemning ikke viser sinnsstemninger på samme måte som resten av befolkningen. Bakken og Olsen (2012) sier at et begrenset verbalt språk kan være med å øke risikoen for utfordrende atferd.

Eknes (2000) sier at alvorlige atferdsforstyrrelser hos mennesker med utviklingshemning vil ofte skyldes psykiske lidelser. For eksempel kan utagerende atferd være et symptom på at personen er inne i en psykose. På grunn av dette er det viktig at helsepersonell er åpne for at det kan være psykiske problemer som ligger bak atferdsforstyrrelsen, slik som psykoser, angst, depresjoner eller tvangshandlinger. Med tanke på behandling vil det ofte være hensiktsmessig å tenke at atferdsforstyrrelsen er et symptom på en psykisk lidelse.

3.1.3.3 Mangel på kunnskap

Bakken og Olsen (2012) skriver at det er lite forsket på hvordan psykiske lidelser arter seg hos personer med utviklingshemning. Erfarne klinikere kan identifisere psykiske lidelser hos utviklingshemmede, men det er ikke enighet om bruken av diagnostiske kriterier. Det finnes i dag sjekklister for utredning av psykiske lidelser hos utviklingshemmede, men det er påvist begrensninger hos de aller fleste. Disse begrensningene har vært både psykometriske, praktiske og teoretiske.

Det kan også være en utfordring når helsepersonell har manglende kompetanse. Når helsepersonell ikke har nok kunnskap til å se symptomer på psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning, vil dette føre til at de ikke blir henvist videre til spesialister.

«Statens helsetilsyn gjennomførte en undersøkelse som viste at det både i habiliteringstjenesten og i det psykiske helsevernet manglet relevant kompetanse med tanke på diagnostisk utredning av personer med psykisk utviklingshemning og samtidig alvorlig atferdsavvik eller mistenkt alvorlig psykisk lidelse» (Bygdnes og Kristiansen 2007;).

3.1.3.4 Begrensede verbale evner hos personen

Bakken og Olsen (2012) sier at mennesker med utviklingshemning ut over lett grad ofte vil ha vansker med å uttrykke seg, dette gjelder både ved følelser og behov.

Kommunikasjonsvanskene øker med grad av utviklingshemning, men vil også kunne påvirkes av annen psykisk funksjonshemming som for eksempel autismespekterforstyrrelser. Det er kjent at autismespekterforstyrrelser gir store kommunikasjons- og samhandlingsvansker.

Martinsen m.fl (2006) skriver i sin rapport at diagnostisering av psykiske lidelser i normalbefolkningen i hovedsak baserer seg på informasjon fra personen selv. Dette kan oppleves som en utfordring ved diagnostisering hos mennesker med utviklingshemning, da de kan ha vansker med å gjøre rede for sine problemer. På grunn av dette vil en god diagnostisk vurdering på bakgrunn av informasjon fra personen selv være begrenset. Martinsen m.fl (2006) sier at observasjon og informasjon fra en tredjepart kan gi usikker validitet, og vil kunne gi falske positive og manglende informasjon. Det er derfor behov for informasjon fra en nærpersion som har langvarig og god kjennskap til personen det gjelder, og kan ut i fra dette kunne si noe om forandringer i atferd og stemningsleie. I tillegg til dette er det nødvendig med direkte observasjoner for å få tilgang på informasjon om endringer fra den vanlige fungeringen.

3.1.3.5 Overlapp mellom symptomer

Med symptomoverlapp menes det at symptomer kan være tegn på flere forskjellige lidelser. Et eksempel på dette kan være symptomoverlapp mellom autisme og ulike psykiske lidelser, dette kan være en forklaring på hvorfor psykiske lidelser ofte ikke har blitt oppdaget hos mennesker med autisme (Eknes m.fl 2008).

3.2 Behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

Bakken og Olsen (2012) sier at ved behandling av psykiske lidelser er det særlig viktig å se på utviklingsforløpet for å finne ut når sykdomsforløpet startet. Ved å finne ut hvor lenge personen har hatt problemene, kan det gi antydninger for hvordan behandlingen bør legges opp. En person som har hatt problemer med en uoppdaget psykisk lidelse over lengre tid, vil kunne komme til å ha behov for en langvarig behandling. Det er derfor viktig å komme i gang med behandlingsaktivitet på et tidlig stadium av sykdomsforløpet.

Bakken og Olsen (2012) skriver at behandling av psykiske lidelser skal gis basert på behov, og at mennesker med den samme diagnosen kan ha forskjellige behandlingsbehov. På bakgrunn av dette kan man se at en viss type behandling av psykiske lidelser, ikke alltid

fører til bedring. Bakken og Olsen (2012) nevner at man av og til bør spørre seg om hvem det er som har behov for behandling. Og at man bør være bevisst på at det for pasienten kan ha stor betydning at nærpersionene har det bra. Det er også viktig for den aktuelle pasienten at familien og tjenesteyterne har tiltro til diagnosen som har blitt satt og den behandlingen de skal motta. På bakgrunn av dette er en viktig del av behandlingen av utviklingshemmede å skape allianser, skape tillitt og gi forståelig og viktig informasjon til pasientens nærpersioner. Eknes (2000) sier at mennesker med utviklingshemning er avhengig av at nærpersionen er i stand til å ta beslutninger og vise holdninger ovenfor ulike behandlingsalternativ.

Martinsen m.fl (2006) skriver i sin rapport at det i dag er enighet om at mennesker med utviklingshemning kan utvikle psykiske lidelser på samme vis som resten av befolkningen. Likevel mangler mennesker med utviklingshemning utover lett grad adekvate tjenester fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Bakken og Olsen (2012) sier at det er en utfordring å legge opp til et systematisk og adekvat tjenestetilbud for mennesker med utviklingshemning så lenge kunnskapsgrunlaget er begrenset. Bakken og Olsen (2012) viser til Chaplin (2009) som skriver at internasjonale erfaringer viser til at mennesker med utviklingshemning på samme måte som resten av befolkningen trenger differensierte psykiatriske tjenester.

Bakken og Olsen (2012) sier at det skal tas hensyn til personens symptomer og skille disse fra den typiske væremåten når man skal velge behandling. Behandlingen kan av og til oppleves eksperimentell for pasienter og deres pårørende, da man av og til må prøve seg frem ved behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Bakken og Olsen (2012) nevner at hvis en behandling ikke får ønsket effekt innen tiden som er forventet eller at behandlingen ikke får effekt på forventet måte, bør den ekskluderes. Utfallet av behandling kan få tre forskjellige resultater:

- «1. Pasienten blir bedre. Om pasienten blir bedre, men bivirkningene er store, får diagnosen støtte, men behandlingen var ikke egnet.*
- 2. Pasienten blir dårligere; diagnosen kan ha vært riktig eller feil; behandlingen var ikke egnet.*
- 3. Pasientens tilstand forblir uforandret. Diagnosen kan ha vært riktig eller feil; behandlingen var ikke egnet» (Bakken og Olsen 2012;38f).*

3.2.1 Psykososiale behandlingsformer

«Psykoterapi kan defineres som enhver intervensjon som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd eller fremme hensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan» (Snoek og Engedal 2000;46).

Snoek og Engedal (2000) nevner at i psykoterapi handler det om å få svar på en rekke hvorfor-spørsmål, dette gjøres ved analyserende samtaler. Et eksempel kan være hvorfor blir jeg svimmel og får hjertebank når jeg skal møte fremmede mennesker?

Videre skriver Snoek og Engedal (2000) at hensikten med terapi er å skape forandring, og dette kan gjøres igjennom forskjellige terapiformer, slik som dynamisk psykoterapi, støttesamtaler, atferdsterapi, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi.

Bakken og Olsen (2012) sier at en svært vanlig behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning vil være en kombinasjon av psykososiale behandlingsformer og medikamentelle behandlingsformer.

Snoek og Engedal (2000) skriver at behandlingsformen kognitiv terapi tar sikte på å endre en persons tankemønstre. Behandlingen kognitiv atferdsterapi har samme mål som kognitiv terapi, men inkluderer alternative handlinger som medium for endring.

Bakken og Olsen (2012) nevner at psykososiale behandlingsformer alltid skal ledsages av medikamentell behandling, og en kombinasjon av disse behandlingsformene vil i mange tilfeller være den eneste relevante behandlingen for psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

3.2.2 Miljøbehandling

«Miljøterapi er et terapeutisk arbeid som på en koordinert og systematisk måte søker å legge forholdene til rette for nye erfaringer ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet. Det er en behandlingsform som benytter aktiviteter og her-og-nå-situasjoner, gjerne i gruppe, for å skape en ønsket endring» (Snoek og Engedal 2000;53).

Bakken og Olsen (2012) sier at miljøterapeutisk arbeid er en viktig del av behandlingen av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Dette på bakgrunn av at utviklingshemmede vanligvis har behov for hjelp til å tilrettelegge hverdagen ved hjelp til å organisere og strukturere, og som ofte har vansker med å ta vare på seg selv. Bakken og Olsen (2012) nevner at miljøterapeutisk arbeid har særlig stor betydning ved behandling av alvorlige depresjoner.

Bakken og Olsen (2012) vektlegger at behandling som bygger på læringsteoretiske prinsipper vil være lite hensiktsmessig i akutfasen hos mennesker med utviklingshemning. Akutfasen betyr den perioden symptomene på den psykiske lidelsen er på det sterkeste. I denne perioden vil personens kognitive ferdigheter være ute av spill, i større eller mindre grad. Ofte vil grensesetting av utfordrende atferd i akutfasen være nødvendig. Bakken og Olsen (2012) skriver at psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning krever særskilte samhandlingsstrategier, og ofte vil det være nødvendig å utarbeide alternative dags- og ukeplaner som benyttes i akutfasen. I disse planene bør det fremheves hvilke behov personen har for oppgaveavlastning, og kravene til oppgaveløsning bør tilpasses personens symptompres.

3.2.3 Biologiske behandlingsformer

«Legemiddelbehandling i psykiatrien er ikke rettet mot årsaker, men mot symptomer. Det vil si at det ikke finnes legemidler som kan helbrede schizofreni, depresjon eller angst, men de kan være gode hjelpemidler» (Snoek og Engedal 2000;56).

Bakken og Olsen (2012) sier at det er legemidler som har blitt mest brukt av de biologiske behandlingsformene overfor mennesker med utviklingshemning. Det har vært et problem at utfordrende atferd har blitt forsøkt behandlet med psykotrop medikasjon, noe som nyere forskning viser at ikke har effekt.

Bakken og Olsen (2012) skriver at medisinsk oppfølging blir særlig viktig hos mennesker som har en utviklingshemning utover lett grad. Dette skyldes at grunnet kommunikasjonsvansker og kognitiv svikt vil det være vanskelig å samarbeide om en behandling som handler om refleksjon og kommunikasjon rundt personens situasjon.

3.2.4 Psykoedukasjon

Bakken og Olsen (2012) sier at psykoedukasjon handler om å øke kunnskapen rundt personens sykdom eller tilstand, noe som kan bidra til at personen kan mobilisere de nødvendige kreftene som kreves for å komme seg videre. Ved psykoedukasjon hos mennesker med utviklingshemning blir utfordringen å formidle kunnskapen på et nivå som er tilpasset personens forståelse. Bakken og Olsen (2012) skriver videre at denne behandlingsformen også kan handle om å tilegne personen kunnskap om symptomene som tilstanden fører med seg, noe som kan gjøre de lettere å håndtere. Det er i tillegg viktig å etablere et samarbeid med den aktuelle personen, samt å formidle kunnskap om hva han eller hun kan gjøre for å få det bedre. Bakken og Olsen (2012) nevner at en del av psykoedukasjon kan handle om å gi kunnskap om den medikamentelle behandlingen, noe som kan føre til at personen tar medisinen til tross for eventuelle bivirkninger som kan oppstå. Psykoedukasjon rettet mot mennesker med utviklingshemning, er avhengig av personens kognitive nivå. Man vil forsikre seg om at det man forsøker og formidle, også blir forstått.

Bakken og Olsen (2012) viser til at en viktig del av psykoedukasjon i behandling av mennesker med utviklingshemning, vil handle om å formidle kunnskap til personens familie og tjenesteytere. Denne kunnskapen bør omhandle symptomer på lidelsen, samt forløp, prognose og aktuell behandling. Bakken og Olsen (2012) fremhever at det er særlig viktig med psykoedukasjon til ansatte i kommunale botiltak.

3.3 Vernepleierens kompetanse

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2002) skriver at vernepleierens kompetanse er bygd på en helhetlig forståelse av mennesket. En helhetlig forståelse av mennesket handler om å se sammenhenger mellom selve personen og dens omgivelser.

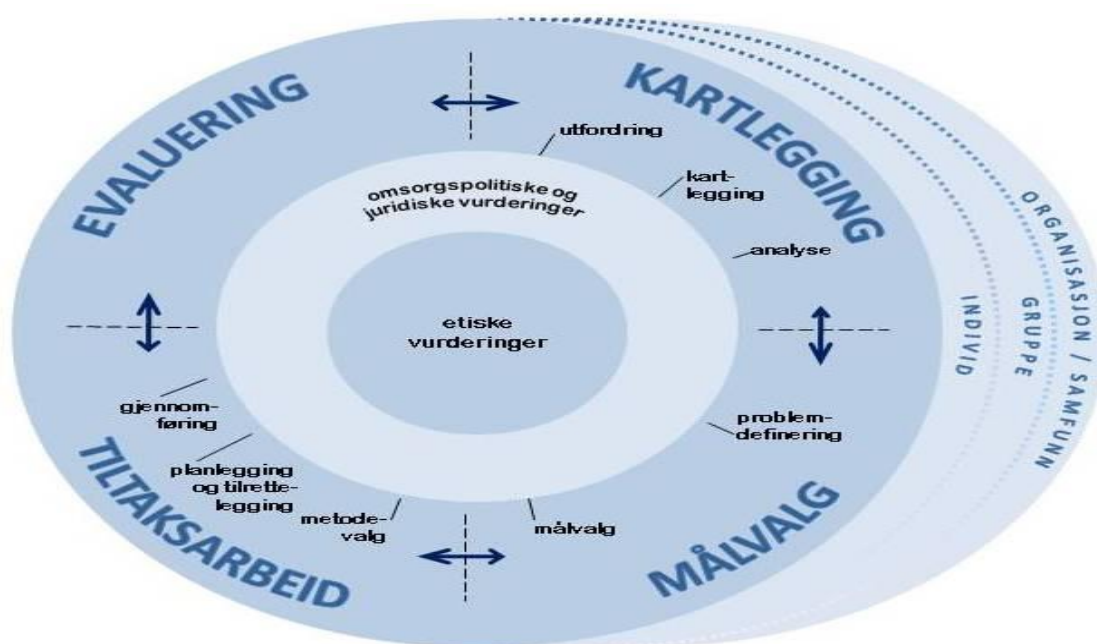
FO (2013) sier at vernepleierens kompetanse har igjennom årene blitt formet etter samspill og arbeid med mennesker med utviklingshemning. På grunn av vernepleierens bakgrunn har de hatt et ansvar for å bedre levekårene og tjenestene til mennesker med utviklingshemning, samt å motvirke stigmatisering og samfunnsskapt barrierer.

FO (2013) skriver videre at «vernepleierens spesialkompetanse er ikke rettet mot spesielle målgrupper, men mot utfordringer som enkeltindivider og grupper i befolkningen har» (FO 2013;2).

«Vernepleierens kompetanse bygger på en tosidig forståelse og tilnærming til brukernes behov, hvor oppmerksomheten er rettet mot rammefaktorer i omgivelsene og individuelle forutsetninger. Med sine kunnskaper skal vernepleieren kunne bidra til økt livskvalitet, selvstendighet og mestring for de menneskene man arbeider for» (FO 2002;8).

FO (2013) skriver at vernepleierne har en viktig rolle i koordinering av tjenester til personer med store og sammensatte utfordringer. Denne rollen vil innebære både å være koordinator, koordinere tjenestene og sikre nødvendig kompetanse. Vernepleierens fokus vil være å sikre personens selvstendighet og deltagelse i utformingen av sitt eget tjenestetilbud.

«Vernepleierens virkeområde er ikke styrt ut ifra arena, målgruppe eller deler av livsløpet. Det er enkeltindividets behov for tilrettelegging, i enhver situasjon, som er bestemmende for virkeområdet uavhengig av diagnose. Selvbestemmelse, inkludering og deltakelse er viktig i vernepleierfaglig yrkesutøvelse» (FO 2013;5).



Figur 1 – Vernepleierens Arbeidsmodell (VerA) (Fagplan vernepleie 2012;8).

«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 samarbeide med og være lydhøre overfor tjenestemottaker og pårørende. Etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres det på i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for tjenestemottaker» (FO 2008;16).

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg svare på min problemstilling: «*Hvordan kan vernepleieren bidra ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning?*».

4.1 *Vernepleierens rolle ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning*

Regjeringen (2009) skriver at det er spesialisthelsetjenesten som har i oppgave å utrede og behandle mennesker for psykiske lidelser. Dette betyr ikke at vernepleieren ikke har noen oppgaver ved utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Vernepleieren kan være en ressurs for spesialisthelsetjenesten og ha en aktiv rolle i prosessen da utredning av mennesker med utviklingshemning ofte er basert på informasjon og observasjoner fra nærpå personer som kjenner personen godt.

Eknes m.fl (2008) skriver at utredning av mennesker med autisme og utviklingshemning er en særlig utfordrende prosess, og er en klar oppgave for spesialisthelsetjenesten. Eknes m.fl (2008) skriver videre at «Det kreves høy kompetanse både i forhold til autisme, utviklingshemning og psykiske lidelser. Fagpersoner med slik spisskompetanse er samtidig avhengig av å samarbeide med nærpå personer med god kjennskap til den enkelte» (Eknes m.fl 2008;103).

Veien til en psykiatrisk diagnose kan være utfordrende og ta lang tid hos mennesker med utviklingshemning, og dette vil ofte oppleves som belastende for personen det gjelder og deres pårørende. Vernepleierens oppgave blir her å legge til rette for at rett diagnose kan bli stilt så fort som mulig og på et tidlig tidspunkt, slik at riktig behandling kan iverksettes. Dette kan gjøres ved at vernepleieren tar kontakt med fastlegen med en gang det fattes mistanke om en psykisk tilleggsdiagnose. Etter oppstart av utredning er det viktig at vernepleieren er opptatt av å skape et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og legger til rette for at de skal få den informasjonen de behøver for å kunne gjennomføre en utredning med god kvalitet.

En annen oppgave vernepleieren bør ta er å trygge pasienten og hans/hennes pårørende at de blir tatt på alvor og på en måte som føler at de blir hørt, samt å gi dem svar på eventuelle spørsmål de måtte ha. Det vil også være vernepleierens oppgave å legge til rette

for at personen under utredning skal få uttrykt sine ønsker. Eknes m.fl (2008) sier at «Mange mennesker med utviklingshemning har nedsatt evne til å fortelle om sine problemer, og for dem som har både autisme og utviklingshemning vil språk- og kommunikasjonsvanskene være særlig store» (Eknes m.fl 2008;106).

Ved utredning av mennesker med slike sammensatte vansker kan det være at vernepleieren må tolke det personen prøver å kommunisere under utredningen, dette kan være en møysommelig og tidkrevende oppgave. Det vil være en fordel at det er vernepleieren som fungerer som tolk istedenfor spesialisthelsetjenesten, da vernepleieren ofte vil kunne ha gode relasjoner til personen. Røkenes og Hanssen (2002) skriver at «I den typen arbeid med mennesker som er rettet mot læring, utvikling, endring, omsorg eller økt livskvalitet, er det særlig viktig å legge til rette for en prosess som skaper en god hjelperelasjon» (Røkenes og Hanssen 2002;26). Røkenes og Hanssen (2002) skriver videre at en relasjon oppstår ikke av seg selv, men er et resultat av samhandling.

«Når fagpersonens handlinger er forankret i det at hun forstår den andre, vil handlingene igjen virke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skaper tillitt, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Å føle seg forstått er også viktig i seg selv for å skape endring» (Røkenes og Hanssen 2002;27).

Holden (2008) viser til sjekklisten PAS-ADD Checklist som kan brukes ved utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Dette er en sjekkliste som skal fylles ut av tjenesteytere som kjenner personen godt, og kan være en aktuell oppgave for vernepleieren.

En vernepleier vil i slike situasjoner gjerne innta en omsorgsrolle overfor personen som er under utredning. Vatne (2006) skriver at å innta en omsorgsrolle handler om å være tilstede for pasienten, være observant på deres behov og forsøke å tilfredsstille disse. Omsorgsrollen innebærer en komplementær omsorgsrolle, noe som i dette tilfellet vil handle om at vernepleieren gir tjenester til personen som er under utredning på grunnlag av det han/hun oppfatter som personens behov. Dette kan for eksempel være behov for trygghet, tilfredstillende av psykososiale behov og behov for normalitet. Vernepleieren bør også forsøke å skape en forutsigbar og strukturert hverdag for personen da utredningsprosessen kan oppleves som kaotisk.

4.2 Vernepleierens rolle ved behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning

Det er ved behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning at vernepleieren har de fleste oppgavene sine. Rollen som vernepleieren bør innta er å være hjelper for den aktuelle personen. Eknes (2000) sier at den som har rollen som hjelper skal forsikre seg om at fremgangsmåten, som i dette tilfellet blir behandling, er i samsvar med faglige prinsipper. Grunnen til at vernepleieren får rolle som en hjelper ved behandlingen, er på grunn av at det er spesialisthelsetjenesten som tar valget om behandling skal startes, hvilken behandlingsmetode som skal benyttes og hvilke legemidler som er aktuelle. Eknes (2000) skriver at mennesker med psykisk utviklingshemning er avhengige av at deres nærpåsoner er i stand til å ta beslutninger og vise holdninger overfor ulike behandlingsalternativ. Disse nærpåsonene kan være familie, men familien kan ofte ønske at vernepleieren som de har et forhold til uttrykker seg i saken. Dette vil si at vernepleieren gjerne kan komme med forslag og synspunkter vedrørende behandlingen, men det er ikke her vernepleierens hovedansvar vil ligge.

Vernepleieren vil ha som oppgave å gi forståelig informasjon, til både personen med utviklingshemning og hans/hennes pårørende. Det er viktig å la de spørre og få svar på sine spørsmål. Vernepleieren må legge frem informasjonen på en slik måte at den blir forståelig for personen med utviklingshemning. I dette ligger det at vernepleieren skal gi psykoedukasjon, noe som vil si veiledning eller undervisning. Dette vil i hovedsak være rettet mot personen selv, men kan også omfatte personens pårørende og annet personell som skal bistå personen med utviklingshemning. Vernepleieren skal legge til rette etter personens mentale nivå, som er i samsvar med hans/hennes evne og realistiske mål. En annen viktig oppgave vil være å fremstå som motivert, samt å motivere den aktuelle personen til å gjennomføre behandling.

Som tidligere nevnt i oppgaven kan symptomer på psykiske lidelser fremtre som utfordrende atferd. Det er da viktig at vernepleieren minner seg selv og annet personale på at personen er ikke vanskelig, men han/hun har det vanskelig. Lorentzen (2003) nevner at i slike situasjoner kan det være aktuelt å etablere et omsorgsmiljø, der personalet gir trygghet og sikrer personen på at de vil hjelpe han/henne når situasjoner blir for vanskelig å takle.

Etter oppstart av behandling bør vernepleieren fortløpende vurdere personens effekt av behandlingen, og eventuelle bivirkninger som oppstår, både fysisk og psykisk.

Vernepleieren skal jobbe for å skape trygghet og forutsigbarhet for personen under behandling, og skal gjøre dette ved god tilrettelegging og kommunikasjon.

Miljøterapeutisk tilrettelegging vil kunne være rettet mot både det fysiske og miljøet.

Vernepleieren skal også jobbe for at personen skal få oppleve å ha en meningsfull hverdag.

Det finnes både fordeler og ulemper med å få en psykiatrisk diagnose. Noen av fordelene har tidligere blitt nevnt i oppgaven, som at en diagnose er en forutsetning for å motta behandling for sine plager. Eknes m.fl (2008) sier at psykiatriske diagnoser tidligere har vært sterkt kritisert, blant annet at det har blitt fokusert på det som feiler personen istedenfor ressursene han/hun innehar. Eknes m.fl (2008) skriver videre at diagnostisering av psykiske lidelser har også blitt kritisert på grunn av at psykiatriske diagnoser har ført til stigmatisering. Grunnet at mennesker med utviklingshemning allerede kan oppleves som en stigmatisert gruppe, er det viktig at vernepleieren jobber for at personen med psykiske lidelser og utviklingshemning ikke skal bli ytterligere stigmatisert.

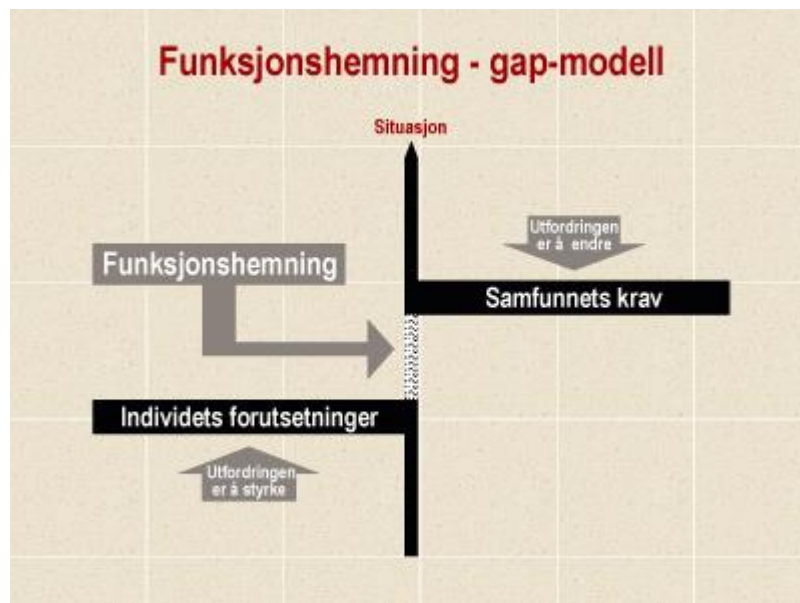
Vernepleieren bør være opptatt av å skape gode relasjoner til personen som er under behandling. Dette kan bli gjort ved å kommunisere godt, hensiktsmessig, yte god omsorg til personen og være etisk bevisst

*«For at et møte med et annet menneske skal bli godt, er det viktig at du anerkjenner den andres rett til å være annerledes enn deg selv, og at du forholder deg konstruktivt til forskjellene, slik at den andres verdighet blir respektert og ikke krenket. Det er også viktig å godta at du selv er forskjellig fra andre mennesker, for eksempel når det gjelder alder, kjønn, interesser, kultur, verdier og normer»
(Røkenes og Hanssen 2002;90).*

Det er viktig at vernepleieren legger til rette for at personen skal oppleve selvbestemmelse, eller empowerment under gjennomføringen av behandling. Askheim (2003) skriver at «selve begrepet empowerment viser at begrepet har med overføring av makt å gjøre. Makten må gis eller tas tilbake av de avmektige». Askheim (2003) sier at empowerment brukes i forbindelse med grupper som befinner seg i en posisjon av avmektighet, i dette tilfellet personen med utviklingshemning og psykisk lidelse. Ved å legge til rette for at

personen opplever empowerment under behandlingen vil det kunne føre til at personen føler seg i kontroll over sin egen livssituasjon og sitt tjenestetilbud.

Pasient og brukerrettighetsloven (2001) § 3-1, sier blant annet at pasient og bruker har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Det må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. I § 3-2 nevnes det at pasienten skal få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen han/hun mottar.



Figur 2 – Gap modellen (hentet fra Nasjonal Digital Læringsarena).

Owren og Linde (2011) skriver at gap-modellen viser at «vanskene oppstår i samspillet mellom individ og omgivelser, knyttet til konkrete situasjoner» (Owren og Linde 2011;37). Owren og Linde (2011) skriver videre at en funksjonshemming er definert som et gap mellom samfunnets krav og personens forutsetninger. Disse kravene kan være både fysiske og sosiale, og det dreier seg ikke kun om uttalte krav. Det kan også være hvordan en bygning er utformet eller krav og forventninger til hvordan en person skal oppføre seg. For en person som er under behandling for psykiske lidelser vil disse kravene kunne være uoppnåelige, derfor vil det være vernepleierens oppgave å legge til rette for å minske gapet. Vernepleieren bør tilrettelegge for mestring i behandling, og ved å senke kravene i miljøet vil det gi større forutsetninger for mestring og en vellykket behandlingsprosess.

Bakken og Olsen (2012) sier at behandling som bygger på læringsteoretiske prinsipper vil være lite hensiktsmessig i akuttfasen, det vil si den fasen i sykdomsforløpet der symptomene på den psykiske lidelsen er på det sterkeste. I denne fasen vil personens kognitive ferdigheter mer eller mindre være ute av spill. På grunn av dette bør vernepleieren utarbeide alternative dags- og ukeplaner for personen som er under behandling, og i disse planene fremheve hvilke behov personen har for oppgaveavlastning, og hvilke krav som skal settes i forhold til oppgaveløsning. Disse bør tilpasses personens symptompres.

Et godt samarbeid i arbeidsgruppen vil være viktig ved behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. En arbeidsgruppe kan være en gruppe tjenesteytere som jobber opp i mot den aktuelle tjenestemottakeren. Denne gruppen samarbeider om å utarbeide og tilrettelegge tjenestetilbudet som personen mottar. Grunnen til at et godt samarbeid i arbeidsgruppen er viktig er at mennesker med utviklingshemning som oftest mottar behandlingen av psykiske lidelser i hjemmene sine, og er sjelden innlagt på institusjon. Bakken og Olsen (2012) skriver at det er viktig med diskusjon i arbeidsgruppen, og dette blir mer avgjørende ved økende grad av utviklingshemning og kommunikasjonsvansker. Når man skal bistå personer med lite verbal kommunikasjon, vil det kreve desto bedre kommunikasjons og informasjonshåndtering av tjenesteyterne. Det er som oftest personalet som bistår personen som oppdager at noe ikke er som det pleier. Slike atferdsendringer bør alltid følges opp og diskuteres i arbeidsgruppa. I tillegg bør pårørende kontaktes å gis mulighet for å komme med synspunkter. I disse arbeidsgruppene vil vernepleieren ha en sentral rolle, sammen med andre fra personalet som har kjent personen lenge. Selv om behandlingen som personen mottar fører til bedring av situasjonen, må man huske på at psykiske lidelser har en tendens til å gi tilbakefall, selv etter mange år med god funksjon. En vernepleiers rolle her vil kunne være å utarbeide en individuell plan der det beskrives hvordan man skal gå frem hvis det mistenkes tilbakefall av psykisk lidelse. En individuell plan er i følge Linde og Nordlund (2006) en plan som skal utarbeides i samarbeid med tjenestemottakeren og den skal utformes slik at de opplever den som deres plan. Linde og Nordlund (2006) skriver videre at «den skal vise hvordan man kan ivareta komplekse hjelpebehov, tilrettelegge tjenester med utgangspunkt i personens ressurser og behov, og gi oversikt, trygghet og forutsigbarhet for den funksjonshemmede og eventuelle pårørende» (Linde og Nordlund 2006;91).

5.0 Oppsummering og konklusjon

Utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning er en kompleks prosess, og er en klar oppgave for spesialisthelsetjenesten. Litteraturen viser at veien til en psykiatrisk diagnose og riktig behandling for mennesker med utviklingshemning kan ta lang tid og føles belastende for personen det gjelder og deres pårørende. Det er viktig å huske på at det er individuelle forskjeller og at det er variasjon i hvor stort hjelpebehov personene har. På grunn av dette er det vanskelig å si noe bastant om hvilke oppgaver en vernepleier har under utredning og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning.

Likevel har jeg funnet frem til noen generelle slutninger ut i fra problemstillingen. Vernepleieren vil kunne sitte på mye informasjon og kunnskap som bør videreformidles til andre, og på denne måten være en ressurs for spesialisthelsetjenesten. Med sin spesialkompetanse vil vernepleieren kunne ha en viktig rolle som hjelper for personen med utviklingshemning under prosessen ved utredning og behandling. Ut i fra dette kan det konkluderes at vernepleierens oppgave vil være å tilrettelegge for at prosessen skal oppleves minst mulig belastende og legge til rette for at den utviklingshemmede skal få uttalt seg og medvirke ved valg av behandlingsmetode. Oppgavene vil også innebære og tilrettelegge for at personen skal få oppleve trygghet, mestring og selvbestemmelse. Ved at vernepleieren tar rollen som hjelper under utredning og behandling vil det øke forutsetningene for at personen skal få oppleve fravær av sykdom, økt livskvalitet og en vellykket behandlingsprosess.

6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar (1997). *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.utgave, 2.opplag 2013. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Askheim, Ole Petter (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. 1. Utgave, 7. Opplag 2011. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bakken, Trine Lise (2012). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemning. Kunnskap og tjenester i 2012.

<http://kurs.helsekompetanse.no/rehabilitering/12870>

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen (2012). *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bygdnes, Anne Marit og Arve Kristiansen (2007). «*Psykotrope legemidler til personer med psykisk utviklingshemning*». Tidsskrift for Den norske legeforening.

<http://tidsskriftet.no/article/1517001>

Dalgard, Odd Steffen, Kristin Schjelderup Mathisen, Erik Nord, Solveig Ose, Marit Rognerud og Leif Edvard Aarø (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

<http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utgave, 1. opplag 2012. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Det kongelige kunnskapsdepartementet (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Meld. St. 13.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Eknes, Jarle (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. 3. Opplag 2003. Otta: Forfatterne og Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle (2008). *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsvansker*. 3. Opplag 2015. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Fagplan i vernepleie (2012). Høgskolen i Molde.

<http://www.himolde.no/studier/Bachelorivernepleie/Documents/Fagplan%20vernepleie%202012.pdf>

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2002). «*Om vernepleierens helse-faglige kompetanse*».

<https://www.fo.no/getfile.php/06%20Profesjonene/Vernepleiernes%20helsefaglige%20kompetanse.pdf>

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2008). «*Om vernepleieryrket*».

https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2013). «*Vernepleiere og vernepleiefaglig kompetanse*».

<https://www.fo.no/getfile.php/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierfaglig%20kompetanse.pdf>

Holden, Børge (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Holden, Børge (2009). *Utfordrende atferd og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. 3. Opplag 2012. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Husbanken (2009). «*Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*».

<http://nedlasting.husbanken.no/Filer/8f7.pdf>

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2. utgave, 6 opplag 2013. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Lorentzen, Per (2003). *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. 3. Opplag 2010. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, Harald, Trine Lise Bakken, Sissel Berge Helverschou og Terje Nærland (2006). «*Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. 2:De faglige utfordringene*». Sor rapport nr. 4.

http://www.samordningsradet.no/sitefiles/4055/Arkiv_Rapport/Artikler/2006/Martinsen_m_fl_Psykiske_lidelser_Del_2_4_06.pdf

Nasjonal Digital Læringsarena (2009). «*Gap-modellen*».

<http://ndla.no/nb/node/14938>

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (2016). Lest 12.05.16

<http://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-0>

Owren, Thomas og Sølvi Linde (2011). *Vernepleiefaglig teori og praksis – Sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Regjeringen (2009). «*Spesialisthelsetjeneste (Psykisk helsevern)*». Lest 09.05.16.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/spesialisthelsetjeneste-psykisk-helsever/id439529/>

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. Utgave 2012. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Skullerud, Elisabeth, Olav M. Linaker, Anne Cathrine Svenning og Harald Torske (2000). «*Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning*». Tidsskrift for Den norske legeforening. <http://tidsskriftet.no/article/208128>

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2000). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. 3. utgave 2008, 6. opplag 2013. Oslo: Akribe Forlag AS

Vatne, Solfrid (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. 1. Utgave, 4. Opplag 2012. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vernepleieportalen (2016). «Vernepleier, hva er det?» Lest. 01.05.16
<http://vernepleierportalen.no/vernepleier/>