



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Psykisk utviklingshemming og psykiske lidingar

Intellectual disability and mental disorders

Sneide, Silje

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 27.05.2020



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 URKUND, 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"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sandra Weltzien

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

Dato: 27.05.2020

Antall ord: 11993

Forord

Menneske med psykisk utviklingshemming er eit tema som alltid har hatt stor innverknad på meg. Eg hadde bestemt meg frå første stund på vernepleiestudiet. min bacheloroppgåve skulle handle om utviklingshemming og psykisk lidingar med fokus på angst. Gjennom arbeid med oppgåva hadde eg som mål å tileigne meg kunnskap og kompetanse om utviklingshemming og psykiske lidingar. Eg håper denne oppgåva kan gje dei som les den kunnskap samt refleksjonar over kor viktig tema dette er. Og bidra til at fleire kan få avdekka og hjelp med sine vanskar.

Eg ønsker å takke mine fire barn og mann som har vist stor tolmodigheit, tatt omsyn og vist god støtte gjennom denne tida. Til slutt vil eg takke min rettleiar Sandra for svært god oppfølging og rettleiing med oppgåva. Du har motivert meg gjennom heile prosessen, det sett eg stor pris på!

Eg avsluttar med dette avsnittet under til motivasjon og ettertanke:

En dag oppdaget jeg plutselig at jeg hadde et øyeblikk der jeg ikke kjente angst. Og så tenkte jeg at hvis jeg klarer ett sekund, klarer jeg kanskje to. Så begynte jeg å eie meg selv, sekund for sekund. Alle de kreftene jeg hadde brukt, vendte jeg nå innover i meg selv. Og det er voldsomme krefter. Men jeg klarte å stå i angsten, og stakk ikke av fra den, selv om den er en terrorfølelse det er vanskelig å gripe.

(Vigdis Garbarek, i Riise og Dalsegg, 1997, sitert i Eknes, 2011).

Samandrag

Bakgrunn for val av tema:

Ein ser ei stadig auke med psykiske lidingar hos menneske som har ei psykisk utviklingsdiagnose. Dessverre har dette temaet hatt lite fokus og det er eit område som har vore lita forska på inntil nyare tid. Ein ser i nyare studiar at psykisk liding er noko som rammar meir og meir menneske med psykiske utviklingshemming. Å belyse dette temaet vil kunne føre til eit økt fokus på at kunnskap og kompetanse er viktig for å kunne greie ut om tilstand og helse, behandle og gje eit betre tenestetilbod til denne gruppa.

Hensikt:

Hensikta med å utføre denne kvalitative litteraturstudien er å vise kva kompetanse ein vernepleiar har og korleis ein kan nytte denne kompetansen til å gje menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidingar eit best mogleg tenestetilbod.

Konklusjon:

Kunnskap og kompetanse er viktige element i vernepleiarens rolle. Gjennom observasjon og kartlegging kan ein fange opp symptom eller teikn på at endringar har skjedd. Miljøarbeid og systematisk arbeidsmodellar som kan føre til at menneske med psykisk utviklingshemming slepp å oppleve diagnostisk overskygging og kan få tilpassa tenestetilbod etter sine forutsetningar kan vere med på å heve tenestetilbodet.

Nøkkelord:

Psykisk utviklingshemming, psykisk liding, angst, vernepleier, psykisk helse og diagnostisk overskygging.

Innhold

1.0	Innleiing	9
1.1	Presentasjon av tema	9
1.2	Grunngiving for val av tema.....	9
1.3	Problemstilling	10
1.4	Avgrensing i problemstillinga	10
2.0	Omgrepsavklaring	12
2.1	Psykisk utviklingshemming	12
2.2	Psykisk lidningar	12
2.3	Angst	13
2.4	Brukar	13
2.5	Tenestetilbod	13
2.6	Miljøarbeid	13
2.7	Vernepleiar	14
2.8	Diagnose	14
2.9	Diagnostisk overskygging	14
2.10	ICD-10	15
3.0	Metode.....	16
3.1	Kvalitativ litteraturstudie.....	16
3.2	Litteratursøk	17
3.3	Positivisme	18
3.3.1	Validitet.....	19
3.3.2	Reliabilitet	19
3.4	Forforståing	19
3.5	Kjeldekritikk.....	20
4.0	Teori	21
4.1	Kva er angst?	21
4.2	Ulike formar for angst	22
4.2.1	Fobiar	22
4.2.2	Andre angstlidningar	23
4.3	Årsaker	25
4.4	Psykisk utviklingshemming	28
4.5	Ulike grader av psykisk utviklingshemming.....	29

4.5.1	Lett psykisk utviklingshemming	29
4.5.2	Moderat psykisk utviklingshemming	29
4.5.3	Alvorleg psykisk utviklingshemming	30
4.5.4	Djup psykisk utviklingshemming	30
4.6	Psykisk lidingar hos menneske med psykisk utviklingshemming	30
4.7	Diagnostisk overskygging	31
4.8	Livskvalitet	32
5.0	Drøfting	33
5.1	Vernepleiarens rolle	33
5.2	Vernepleiarens kompetanse	35
5.3	Vernepleiarens arbeidsmodell og miljøarbeid	36
5.4	Psykisk helse	38
5.5	Miljøterapi	39
5.6	Kognitiv tilnærming og perspektiv	41
5.7	Om målet er å bli kvitt angsten, vil det føre til betre tenestetilbod ?	42
6.0	Avslutning	43
6.1	Oppsummering	43
6.2	Konklusjon	43
	Referanseliste	46

Vedlegg 1: Vernepleiarens arbeidsmodell

1.0 Innleiing

1.1 Presentasjon av tema

Hovudtema i bacheloroppgåva er menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidningar, avgrensa til angst. I litteraturstudien min har eg undersøkt kva angst er og sett på dei ulike angstlidingane. Angst er emosjonell og kroppsleg reaksjon på overhengande fare eller opplevd fare. Oftast viser det seg at det ein er redd for er ufarleg (NAKU 2020). Videre ser eg på kva som er årsaker til at menneske med psykisk utviklingshemming er sårbare for å utvikle angstlidingar. Forsking viser indikasjonar på at det er opp mot 30% av psykisk utviklingshemma som oppfyller kriteria for å ha ein eller fleire angstlidingar (Whitney et.al., 2019, Reid et al 2011, White mfl., 2005; Nettelblandt mfl., 2009; Gustafsson og Sonnander, 2005, referert i NAKU 2020). I andre forskingar viser det at førekomsten av angstlidingar er enda høgare (NAKU 2020).

Videre nemnast diagnostisk overskygging og kognitiv overbelastning som to av årsakene til at utviklingshemma er meir sårbare for å utvikle angstlidingar (Bakken 2012). Ei god psykisk helse er viktig for alle. Kunnskap og kompetanse om utviklingshemming og angst hos vernepleiaren og andre nærpersonar er viktig for å kunne avdekke, forebygge og behandle angstlidingar som utviklar seg (NAKU 2016). Skal ein klare å betre tenestetilbodet hos utviklingshemma med angstlidingar vil ein vere avhengig av systematisk arbeid for å observere og avdekke symptom eller teikn (Snoek og Engedal 2017). Miljøarbeid, miljøterapi og kognitiv tilnærming er metodar som kan føre til at vernepleiaren bidrar til eit betre tenestetilbod.

1.2 Grunngeving for val av tema

Mi interesse for val av tema til problemstilling hadde eg allereie klart for meg då eg starta på vernepleieutdanninga ved høgskulen i Molde. Eg har tileigna meg yrkesrelaterte erfaringar gjennom snart 20 års innan vernepleietenesta, hovudsaklege hos menneske med psykisk utviklingshemming. Nokre av brukarane har eg følgd sidan eg starta i vernepleietenesta. Dei siste 5-6 åra forandra ein brukar åtferd og viste teikn på psykiske symptom. Opplevinga eg satt igjen med var at symptom som oppstod blei tilskriven den psykiske utviklingshemming diagnosen brukaren hadde. Bakken og Olsen (2012) viser til

at menneske med psykisk utviklingshemming som viste teikn til symptom på psykisk lidingar fekk symptoma relatert til si psykisk utviklingshemming diagnose sidan kunnskapen på dette området var relativt nytt. Konsekvensane av at symptom blei tileigna grunnlidningane var at det ikkje blei stilt noko diagnose. Ein ville då oppleve å få ein falsk negativ diagnose som førte til konsekvensar på grunn av mangelfull eller fråverande utredning og behandling (Bakken og Olsen 2012). Denne opplevinga førte til eit brennande engasjement hos meg for å tileigne meg kunnskap og kompetanse om psykisk lidingar hos menneske med psykisk utviklingshemming diagnoser.

1.3 Problemstilling

Korleis kan vernepleiaren bidra til eit betre tenestetilbod for menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidingar?

1.4 Avgrensing i problemstillinga

Menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidingar er hovudtema i denne oppgåva. Psykiske lidingar er eit emne som inneheld fleire ulike diagnoser, på grunn av oppgåvas omfang vel eg å avgrense psykiske lidingar til angstlidingar. Nasjonale og internasjonale forskning viser til at menneske med psykisk utviklingshemming er meir utsett og har større risiko for å utvikle psykiske lidingar enn kva befolkninga generelt har. Angst blir rekna som ein av dei vanlegaste innan psykiske lidingar (NAKU 2019). Ifølgje Bakken og Olsen (2012) er det i seinare tid blitt ein felles einigheit om at menneske med psykisk utviklingshemming utviklar psykiske lidingar på lik linje med andre i samfunnet. Wigaard og Bakken (2012) viser til at ein er særst disponert for å utvikle engstelse ved ei psykisk utviklingshemming. NAKU (2019) seier at menneske med psykisk utviklingshemming er påfallande sårbare for å kjenne på det å bli redd eller å få angst. I nyare litteratur om utviklingshemming hevdar White mfl., (2009) og Gillott og Stranden (2007) referert i Bakken og Olsen (2012) at sjølve grunnlidninga psykisk utviklingshemming disponerer for angstlidingar.

Vidare har eg valt å avgrense problemstillinga med å fokusere på menneske med psykisk utviklingshemming i lett til moderat grad. Balla og Zigler (1997); Lindsay og Michie

(1988); Matso (1981); og Matson mfl., (1997) referert i Eknes (2011) viser til at undersøkingar som har vore gjennomført har konsentrert seg om menneske med psykisk utviklingshemming i lett til moderat grad. Å beskrive symptoma som er relatert til angstlidingane vil krevje at ein kan forklare sine subjektive følelsar. For dei som har psykisk utviklingshemming i alvorleg til djup grad fører det til utfordringar i forhold til språkferdigheitene. Dei vil ha større vanskar med å uttrykke og skildre sine tankar og følelsar (Ollendick, Oswald Og Ollendick 1993, sitert i Eknes 2011). Eg har valt å avgrense psykisk utviklingshemming i lett til moderat grad på grunn av at det har blitt oppdaga svakheiter i undersøkingar hos dei som har ei meir alvorleg grad av psykisk utviklingshemming. I tillegg ser ein mindre førekomst av angstlidingar hos utviklingshemming i alvorleg til djup grad enn hos utviklingshemming i lett til moderat grad (Eknes 2011).

Hensikta med oppgåva er å vise til korleis vernepleiaren sin kompetanse kan bidra til at menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar angstlidingar får den psykiske helsehjelpa dei treng. Ved å yte psykisk helsehjelp som vernepleiar vil det kunne medverke til å sikre best mogleg livskvalitet og psykisk helse utifrå eigne forutsetningar

2.0 Omgrepsavklaring

Eg vel å definere omgrep som eg ser på som sentrale i denne oppgåva. Desse omgrepa vil eg komme tilbake til i oppgåva sin teori- og drøftingsdel.

2.1 Psykisk utviklingshemming

Ei psykisk utviklingshemming diagnose innebere at ein bruker lengre til på å tileigne seg kunnskap og har ei forseinking i utviklinga. Ein har ikkje klart å nådd kunnskap og ferdigheiter på same nivå som andre med tilsvarende alder, og moglegheitene for å oppnå det er reduserte. Det er viktig å påpeika at det alltid vil vere variasjonar hos menneske med psykisk utviklingshemming. Ein vil sjå store variasjonar frå dei som meistrar svært lite til dei som meistrar svært mykje (Holden 2016). Utviklingshemming er når «personen har svekkelser i intellektuelle funksjoner som resonnering, problemløysing, planlegging, abstrakt tenkning, vurdering, læring av skoleferdigheter og å lære av erfaring» (American Psychiatric Association 2013, referert i Holden 2016, 15). I oppgåva vil psykisk utviklingshemming også bli nemnt som «utviklingshemming».

2.2 Psykisk lidningar

Det greske ordet for psykisk er «psykhe», som tyder sjel og karakterisere det sinnsmessige. Psyke er i den greske mytologien ein personifisering av menneskesjela (Snoek og Engedal 2017). Psykiske lidningar er ei fellesnemning på lidingar som rammer områder som tenking og følelsar. Ein ser og at kroppslege funksjonar kan bli ramma. Ved alvorlege depresjonar kan pasienten oppleve å bli kraftlaus, fordøyelsen blir treigare eller ein kan oppleve seksuell dysfunksjon. Psykosar, angst- og belastningslidningar, åtferdsforstyrningar, psykosar og stemningslidningar blir alle omfatta av psykiske lidningar (Bakken og Olsen 2012).

2.3 Angst

Angstlidningar er fellesnemningar for tilstandar der hovudsymptoma er frykt som er irrasjonell. Angsten kan sjåast i samanheng til bestemte situasjonar eller objekt. Den kan og ha ein meir ubestemt tilstand som vil vere prega av uro og bekymring (NAKU 2020). Det er vanskeleg å definere kva angst er. Ein årsak til det kan vere at for menneske vil opplevinga av å kjenne på angst opplevast forskjellig. Enkelte opplever at angsten kjem med sterke følelsar der ein opplever å bli redd, engsteleg eller sint (Berge og Repål 1997, sitert i Eknes 2011).

2.4 Brukar

Brukar er eit omgrep ein nyttar om menneske med psykisk utviklingshemming som i regi av det kommunale mottar tenester (Bakken og Olsen 2012).

2.5 Tenestetilbod

Helsetilsynet (2015) viser til alle har rett til eit verdig tenestetilbod. Ved val av kva slags bistand ein skal ha, utforming og utøvinga av bistanden skal det takast omsyn til tilstanden og dei individuelle behova brukarane har. Eit tenestetilbod skal ha ein etisk standard som er god.

2.6 Miljøarbeid

FO (2008) referert i Owren og Linde (2011) definerer miljøarbeid som systematisk arbeid med å legge til rette for fysiske, sosiale og psykiske faktorar i miljøet. Målet med dette systematiske arbeidet er å klare å nå personleg vekst og at kvar enkelte viser utvikling. Omgrepet miljøarbeid handlar om å kunne følgje opp menneske med psykisk utviklingshemming dagleg der målet er å auke grad av meistring hos kvar enkelt (Bakken 2011, sitert i Owren og Linde 2011). Miljøarbeid har til hensikt å skape utvikling av ferdigheiter eller endring av åtferd for å skape utvikling, vekst og mest mogleg grad av meistring (Owren og Linde 2011).

2.7 Vernepleiar

Vernepleiar er ein tittel som er beskytta og krev autorisasjon frå helsedirektoratet. Vernepleiarane er ei viktig profesjonsgruppe i tenester til menneske som har kognitive funksjonsnedsettingar. Gjennom utdanninga har vernepleiaren tileigna seg kompetanse til å drive miljøarbeid og habilitering- og rehabiliteringsarbeid hos menneske som har fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsvanskar. Dette vil på sikt føre til trivsel, velferd og god helse for tenestemottakarane. Som vernepleiar vil ein sjå på kvar enkelte sine ressursar før ein begynner med å legge til rette for utvikling og auke i livskvalitet. Meistring, opplæring og trening er viktig element i rolla som vernepleiar (Vernepleier 2020).

2.8 Diagnose

Diagnose er innan medisinsk verksemd eit kjerneomgrep (Bakken og Olsen 2012). Ved å få ei psykisk diagnose kan det opplevast som den beste forklaringa på pasienten sine plagar og vanskar. Først og fremst er den viktig for å kunne gi pasienten best mogleg behandling. Det er og nødvendig å ha eit felles sett av kjenneteikn på diagnosar slik at dei som forskar på sjukdommar kan identifiserer samanliknbare pasientar for å kunne akkumulere kunnskap om tilstandar og behandling (Bakken og Olsen 2012).

2.9 Diagnostisk overskygging

Hos menneske med psykisk utviklingshemming kan utredning av psykiske lidingar vere problematisk. Å skilje mellom kva teikn som kjem frå psykiske utviklingshemminga og psykiske lidinga kan vere vanskeleg. Diagnostisk overskygging er når utviklingshemminga skygger over symptoma som kjem frå den psykiske lidinga. Årsak til at det kan skje er fordi symptoma frå utviklingshemminga og psykiske lidinga har fellestrekk. Menneske med psykisk utviklingshemming og autismspekterforstyrningar er særleg utsett for diagnostisk overskygging (Helverschou, Bakken og Martinsen 2011, referert i Hovden og Bakken 2015).

2.10 ICD-10

ICD-10 kodeverket blir nytta for å kode sjukdom og samanfallande helseproblem. Norge nyttar i dag den 10. versjonen av ICD-kodeverket. Kodene brukast av spesialisthelsetenesta for å kunne rapportere diagnosar, helseregistre og nasjonale kvalitetsindikatorar. Hensikta med eit internasjonalt kodeverk er at ein på tvers av landegrenser kan samanlikna helsedata. Det er fleire medlemsland i WHO som tilpassar kodeverket, i Norge er det Direktoratet for e-helse som utviklar ICD-kodeverket, driftar og vedlikehald det (Direktoratet for e-helse 2020).

3.0 Metode

Tranøy (1986) sitert i Dalland (2007) seier at det å vere metodisk er å vere vitenskapelig. Han definerer metode som ein tilnæringsmåte for å få framstille kunnskap eller for å etterprøve påstandar som har blitt sett fram med krav om å bli stadfesta som sanne, gyldige eller haldbare. Vilhelm Aubert (1985) definerer metode i Dalland (2007) som ein tilnæringsmåte, eit middel for å løyse problem og der ein kjem fram til kunnskap som er ny. Uansett middel som tener til dette arbeidet vil det høyre med i arsenalet av metodar. Ifølgje Dalland (2007) er metode den reiskapen ein nyttar når ein vil undersøke noko. Metoden hjelper ein til å samle inn data som er informasjon ein treng til undersøkinga sin. Når eg samlar inn data er det eit grunnleggande krav til at data som blir samla inn må vere gyldig. For at data som blir samla inn skal vere gyldig må den vere relevant i forhold til problemstillinga mi (Dalland 2007).

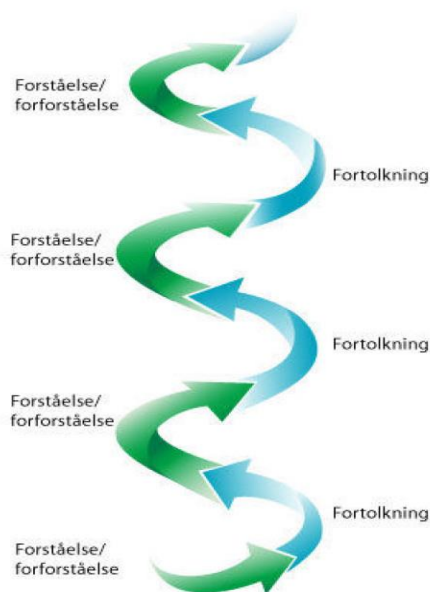
3.1 Kvalitativ litteraturstudie

Kvalitativ litteraturstudie er ein forskingstradisjon der metoden er opptatt av å kunne produsere målbare data som kan kvalifiserast. Denne forma for forskning handlar om å gå grundig inn i ei problemstilling for å finne kvalitet og ein djupare meining (Helgesen 2011).

«Kvalitative metodar er forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og eigenskapar eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud 2011, 26). Ifølgje Dalland (2007) er litteraturstudie ein kvalitativ metode som ein nyttar til å samle inn og analysere kvalitative data som bygger i hovudsak frå skriftlege kjelder som faglitteratur og artiklar. Ved å samle inn data til denne oppgåva fører det til at eg dannar sjølve grunnlaget til oppgåva. Når eg har samla inn tilstrekkeleg med data har eg materiale til å kunne belyse problemstillinga eg presenterer (Dalland 2007).

Dalland (2007, 60) skriv at ved hjelp av litteraturen vil ein sjå bakover og ein vil oppdage samanhengar og utviklingstrekk. Repstad (1993) referert i Aadland (2011) beskriver kvalitativt metodar med det å karakterisere. Ordet kvalitativt framstiller kvalitetane, det vil

sei eigenskapar eller særtrekk ved fenomenet. Ifølgje Aadland (2011) er opphavet til den kvalitative tilnærminga i den hermeneutiske tradisjonen. I ein litteraturstudie der oppgåva handlar det om å vise innsikt, tolke data, gjere greie for meining og hensikt er den hermeneutiske sirkelen (figur 1) ein metode som er relevant å nytte seg av. Hermeneutikken sitt fokus er på forståing og fortolkning



Figur 1: Den hermeneutiske sirkel (Forskning 2012).

Den hermeneutiske sirkelen viser eit bilde på korleis prosessen er. I ein slik prosess er dei ei stadig veksling mellom å sjå på heilheita og å granske dei enkelte delane. Den gjentakande bevegelsen i sirkelen fører til stadig utvikling i prosessen (Aadland 2011).

3.2 Litteratursøk

Eg har brukt litteratursøk for å skaffe meg litteratur, forskingsartiklar og tidskrifter. Ved søk har eg brukt «Idunn» og «Oria». «Idunn» er Universitetsforlaget sin digitale plattform for tidskrifter innan fag og forskning, der er og forskingsbøker som er tilgjengeleg. I Idunn finn ein over 32000 tidskriftsartiklar som er kvalitetssikra og bokkapittel i mange ulike fagområde. Det blir fortløpande lagt til nye bøker, tidsskrifter, artiklar og utgåver (Idunn 2020). «Oria» er ein søkemotor som ein kan søke i biblioteket sine samla ressursar, her finn ein elektroniske ressursar, artiklar, bøker og tidskrifter. Når ein søker i «Oria» blir ein

automatisk knytt til det bibliotek der ein er student, om ein vil søke hos andre norske høgskule- og universitetsbibliotek må ein velje funksjonen alle bibliotek (Bibsys).

Eg har nytta søkemotorane «Idunn» og «Oria» for å finne artiklar, tidskrift, bøker og forskning, som hadde relevans for problemstillinga mi og eg valt å ha søkeord på norsk. Ved litteratursøk har eg nytta meg av «Idunn» og «Oria» og brukt følgande søkeord «psykisk lidelse», «psykisk helse», «angst», «psykisk utviklingshemming», «utviklingshemming», «bruker», «kognitiv funksjonsnedsettelse», «livskvalitet», «tjenestetilbud», «vernepleier». Eg har og brukt funksjonen «avanserte søk» der eg har søkt etter litteratur som «psykisk utviklingshemming + psykiske lidingar», «utviklingshemming + angst» «angst + sårbarheit+ utviklingshemming», «utviklingshemming + angst + årsaker».

I tillegg har eg brukt søkemotor «Google». Eg har valt å bruke denne søkemotoren for å finne litteratur frå Helsedirektoratet, NAKU og Lovdata. Helsedirektoratet vurderer eg som påliteleg kjelde da den er underlagt Helse og omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet 2017). NAKU betraktar eg som ei sikker kjelde da Sosial- og helsedirektoratet oppretta NAKU i 2006 og det blir årleg statleg finansiert av Helsedirektoratet (NAKU 2020). Justisdepartementet og Det juridiske fakultet i Oslo oppretta ein privat stiftelse i 1981, Lovdata. Eg vurderer Lovdata som ei sannferdig kjelde da den har ei sentral rolle i forhold til forvaltinga av det norske regelverket (Lovdata 2020).

3.3 Positivism

I den naturvitskapelege tradisjonen er det positivistiske synet forankra. I Positivismen er der to kjelder til kunnskap. Det første er det ein kan observere og det andre er det ein kan rekne ut med bruk av sine logiske sansar. I dag finnes det anerkjente kunnskapskrav og metodereglar som er vitskapelege. Metodane må gi kunnskap som er truverdig. Det medfører at validitet og reliabilitet sine krav må være oppfylte (Dalland 2007).

3.3.1 Validitet

«Validitet står for relevans og gyldighet» (Dalland 2007, 48). Det ein skal måle må vere gyldig og ha relevans for problemet som skal undersøkast (Dalland 2007). Ifølgje Aadland (2011) er validitet når data ein har samla inn fortel noko om kor nøyaktig og grunnleggande betydning datamaterialet har.

3.3.2 Reliabilitet

«Reliabilitet betyr pålitelighet» (Dalland 2007, 49). Reliabilitet handlar om at målingane som blir utført må gjerast korrekt. Ein må angi eventuelle feilmargar (Dalland 2007). Det er viktig at data som blir samla inn ikkje er prega av tilfeldighet og at det har betydning for problemstillinga (Aadland 2011).

3.4 Forforståing

Ved oppstart av ei undersøking vil en alltid ha med seg sine fordommer eller sin forforståing. En fordom er en dom på forhånd, det betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det. Vi kan prøve å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men vi kan ikke unngå at vi har tanker om det. Tranøy (1986:90) sitert i Dalland (2007).

I prosessen med denne oppgåva trer eg inn i ei forskarrolle som studentskribent. I den rolla må eg vere bevist på å reflektere over korleis eg ser og tolkar oppgåva. Mine eigne perspektiv og premisser vil kunne påverke konteksten i oppgåva (Aadland 2011). Gjennom erfaringar vil eg utvikle omgrep og verdiar som eg vil nytte til å tolke og forstå dei faktiske forholda. Eg vil i alle situasjonar bruke min forforståing for å tolke noko som har skjedd. Forforståelsen eg har tileigna meg takast med til neste situasjon og nyttast igjen. Eg vil tileigne meg ulike forforståingar utifrå mine personlege, sosiale og kulturelle opplevingar og erfaringar men også gjennom utdanning og praksis. Denne kunnskapen og erfaringa vil påverke korleis eg tolkar og tilnærma meg situasjonar.

Min forforståing er nok farga av eigne erfaringar hos menneske med psykisk utviklingshemming som ikkje får avdekka eller behandling for psykiske lidingar som har

utvikla seg over lengre periodar. Eg må vere bevist på at mi forforståing nok er påverka av erfaringane eg har tileigna meg i frå praksis og yrkeserfaringar. Eg har vært vitne til eit mangelfullt tenestetilbod for brukarar som har utvikla psykiske lidingar, dette har hatt/ført til store konsekvensar for dei. I utdanninga har eg tileigna med kunnskap om kva som kan vere årsak til at psykiske lidingar ikkje blir avdekka. Ei av hovudårsakene til at psykiske lidingar ikkje blir relatert til utviklingshemminga er på grunn av diagnostisk overskygging (Bakken og Olsen 2012). Ifølgje Aadland (2011) er det viktig å veksle mellom sine refleksjonar, erfaringar, forforståing og tolking av erfaringar for å ha eit forståingsverktøy som er betydingsfullt.

3.5 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode for å fastslå om kjelda ein nyttar er truverdig, for å oppnå dette må ein reflektere og beskriv dei ulike kjeldene ein nyttar (Dalland 2007). Kjeldekritikk kan definerast som eit samleomgrep for metodar som skil stadfesta opplysningar frå opplysningar som ein antar er sanne (Leth og Thuren 2000, sitert i Dalland 2007).

Utfordringa ved litteraturstudie er at det oftast er sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur inneberer at teksten er presentert som eit omarbeida resultat av den opprinneleg forfattaren. Ved å nytte sekundærlitteratur må eg være bevist på at teksten er blitt tolka og omarbeida, dette kan føre til at det opprinneleg perspektivet i teksten har endra seg. Hensikta med kjeldekritikk er at eg skal kunne vise dei som les oppgåva mine refleksjonar over litteraturen eg nyttar i forhold til problemstillinga eg har valt. Ved å nytte kjeldekritikk vil det vise dei refleksjonane eg har hatt undervegs i arbeidet og sørge for at anvendt litteratur er gyldig og relevant (Dalland 2007).

4.0 Teori

4.1 Kva er angst?

«Frykt er et naturlig beskyttelsefenomen der kroppen gir oss melding om å vere på vakt for fare. Når frykten oppstår tilsynelatende utan grunn, kaller vi det angst» (Snoek og Engedal, 2017, 108). Angst er ein kombinasjonstilstand av tankar som er skrekkfylte eller fysiske symptom som til dømes hjartebank, skjelving, sveitning og vanskar med å puste. Å finne årsaker som utløyser angsten kan vere vanskeleg da det oftast er orsakar av symbolsk art (Snoek og Engedal 2017). Ifølgje (Eknes 2011) er angst i fagleg samanheng delt inn i tre hovudkomponentar. Angst kan påføre menneske kroppsleg reaksjonar der ein kan oppleve å få raske hjerteslag, skjelving, munntørreheit, varme- eller kuldetokter, bli bleik og klam i huden. Dette opplevast forskjellig frå menneske til menneske. Det er enkelte som opplever angst utan vesentlege kroppsleg aktivering. Angsten vil prege ein i so stor grad at ein forsøker å komme seg vekk eller unngår situasjonar som opplevast skremmande. Sjølve angstopplevinga vil kjenneteiknast som ein katastrofe eller at ein står ovanfor ein overhengande fare.

Alle menneske har gjort seg erfaringar med frykt og angst. Angsten kan opplevast som både rasjonell og funksjonell, andre gongar er angsten meiningslaus da den oppstår i situasjonar som kan sjåast på som ufarlege (Eknes 2011). Uforståeleg frykt og angst er hovudsymptoma på tilstander for angstlidingar. Angst blir assosiert til spesifikke situasjonar eller objekt. Den kan og vere knytt til ein tilstand som er meir ubestemt samt prega av bekymring og uro som fortsette å vare. Angsten er ikkje lik og den kan vise seg i ei form der ein ikkje kan relatere den til ein bestemt situasjon eller objekt. Ved slike hendingar kan ein oppleve å få vanskar med å forklare kva ein eigentleg er redd for. Mange som har angstlidingar viser ei aukande utvikling i det å unngå situasjonar eller objekt som ein vurderer til å vere eit utløysande faktor. Dette kan for mange vere det største daglegdagse problemet da ein opprettheld angsten når ein brukar all tid og krefter på å unngå angsten (Helse Norge 2018).

4.2 Ulike formar for angst

ICD-10 deler angstlidingane i to hovudgrupper, fobiske angstlidingar og andre angstlidingar (Helsedirektoratet 2020).

4.2.1 Fobiar

Fobiar oppstår når eit menneske møter situasjonar eller ting som direkte skaper ei førestilling om kva som vil skje. Dette opplevast svært skremmande men plagene forsvinn so snart ein ikkje er i situasjonen lenger. Slike fobiar er sosial fobi, agorafobi og spesifikke fobiar. Fobiske angstlidingar er ei gruppe lidingar der angst som regel oppstår i veldefinerte situasjonar som ikkje har ein reell fare. Ved slike situasjonar vil ein forsøke å unngå situasjonen eller gjennomleve den med frykt. Bekymringar ein kan oppleve er oftast fokusert på enkelte symptom som hjartebank eller svimmelheit som gjer ein oppleving av å skulle svime av. Desse symptoma heng ofte saman med den sekundære redselen for å miste kontrollen eller at ein dør. Mange opplever å få forventingsangst berre med tanken på å oppleve ein fobisk situasjon (Statens helsetilsyn/WHO 1998, sitert i Eknes 2011, 110).

Agorafobi er fobi for å oppsøke folkemengder, forlate heimen eller fly aleine. Panikkanfall er eit fenomen som oppstår hyppig ved episodar som er av nåverande og tidlegare episodar. Tvangssymptom, depressive symptom samt sosiale fobiar er oftast gjeldande som subsidiære trekk. Det er avgjerande oppførsel ved å unngå fobiske situasjonar og det er fleire med agorafobi som sjeldan opplever å slik angst fordi dei meistarar å unngå fobiske situasjonar (Statens helsetilsyn/WHO 1998, sitert i Eknes 2011,11).

Sosiale fobi handlar om frykta for at andre menneske skal sjå kritisk på ein. Dette fører som oftast til at ein unngår sosiale situasjonar. Sosiale fobi som er forbundet med dårleg sjølvbilde eller frykt for å bli kritisert er meir gjennomgripande fobiar. Det kan uttrykkes seg gjennom å få raudleg farge i ansiktet, ein blir uvel eller at ein skjelver på hendene. Her vil vedkommande oppleve at det er dei sekundære angstmanifestasjonane som primært er problemet. Desse symptoma kan utvikle seg vidare til panikkanfall (Statens helsetilsyn/WHO 1998, sitert i Eknes 2011, 112).

Spesifikke fobiar er bestemte ting eller dyr ein har tileigna ein uforklarleg frykt for der ein i stor grad prøver å unngå dei. Dette er den vanlegaste angstlidinga og det er mange som kan relatere seg til denne forma for fobi. Døme på slike fobiar er fly og slangar. Om ein kan leve med å unngå det som ein har fobi før, er det ingen grunn til at ein behøver hjelp til å takle den. Men om fobi fører til at ein ikkje får gjort noko ein ønsker, som til dømes å reise på ferie med fly kan behandling vere nødvendig (Snoek og Engedal 2017).

4.2.2 Andre angstlidingar

Angstlidingar er delt inn i hovudkategoriar og alvorsgrad. Plagene må ha vore til stades i minimum 6 månader før ein kan stille ei diagnose (WHO 1992, sitert i Wigaard og Bakken 2012, 67). Andre angstlidingar er panikkkliding, generalisert angst, blanda angst og depressiv liding og andre blanda angstlidingar. ICD-10 nemnar i tillegg andre spesifikke angstlidingar og uspesifikke angstlidingar (Helsedirektoratet 2020). I avsnittet under gjer eg greie for generalisert angst, panikkkliding, blanda angst og depressiv liding og andre blanda angstlidingar.

Generalisert angst handlar om å ha bekymringar som er urealistiske, vedvarande eller intense (Helse Norge 2018). Generalisert angst er ein tilstand der ein ikkje klarer å knytte angsten til ein spesifikk varig situasjon eller gjenstand. Ved denne tilstanden vil ein oppleve rastlausheit, uro, bekymring og symptom som er somatisk som svimmelheit eller hjartebank (Helse Norge 2018). Snoek og Engedal (2017) viser til at den generaliserte angsten er langt mindre dramatisk enn kva panikkkliding er. Ein får primære angstsymptom som auka sveitning, ein føler seg utilpass og får negative forventingar til at angsten skal komme nærmast dagleg i periodar. Å halde seg innafør sine eigne rammer som ein ser på som trygge fører til at ein har det forholdsvis bra.

Panikkkliding er ein form for angst som brått oppstår utan forvarsel der ein opplever ofte fysiske reaksjonar som hjartebank, fornemning av å bli kvelt, smerter i bryst og redsel for å dø. Slike anfall kan opplevast svært skremmande for den som har denne forma for angst. Dei fysiske symptoma kan opplevast so sterke og reelle at fleire mistolkar det og opplever følelsen av å vere akutt sjuk, som til dømes eit hjarteinfarkt. I slike situasjonar er ein ekstra var for endringar i kroppen og ein kan påføre seg sjølv endringar som rask pust og kraftig hjartebank (Helse Norge 2018).

Blanda angst og depressiv lidning blir nytta når symptomta som er til stede kan relaterast både til angst og depresjon. Men symptomta vil ikkje gje eit klart dominert bilde som gjer grunnlag for å kunne stille separate diagnosar på angstlidning eller depressiv lidning. Om der oppstår tilfelle der ein ser at symptomta på angst- og depressiv lidningar er alvorleg nok til at det bør settast individuelle diagnosar skal ein ikkje nytte denne kategorien ved diagnostisering. Da skal angstlidning og depressiv lidning bli registrert som individuelle diagnosar (Helsedirektoratet 2020).

Blanda angstlidningar handlar om angstsymptom som kombinert med fenomen frå andre lidningar i ICD-10 koder. Her må alle symptomta bli vurdert saman for å kunne sette ei diagnose. Blir dei vurdert separat er dei ikkje alvorleg nok til å stille diagnose (Helsedirektoratet 2020).

Snoek og Engedal (2017) viser til at hovudtrekka ved tvangslidningar er at tvangstankar eller tvangshandlingar er tilbakevendande samt ein kombinasjon av å oppleve begge samtidig. Tvangslidning (OCD) er tankar som ikkje er ønska eller er konstante der ein vil forsøker å oppretthalde ein form for kontroll med å ha handlingar som er ritualiserte (Helse Norge 2018). Tvangstankar er når idear, impulsar eller førestillingar tar overhand og blir repeterande. Dei dukkar stadig opp i bevisstheita, samstundes som ein ikkje klarer å slutte å tenke på dei (Snoek og Engedal 2017). Ei tvangshandling er ei repeterande åtfærd som er stereotyp. Slike handlingar har ingen nytte eller opplevast som behagelege for den som har dei. Hensikta for den som utfører tvangshandlingar er å kunne hindre at det skal skje skader, sjølv om det er svært usannsynleg at det skulle oppstå noko (Snoek og Engedal 2017).

«Posttraumatisk stresslidelse er en langvarig eller forsinket reaksjon på en meget belastende livshendelse eller situasjon» (Bakken og Foss 2012, 134). Belastninga må vere av katastrofal eller truande art, som overfall eller alvorlege ulykker (Bakken og Foss 2012). Posttraumatiske stresslidningar sine typiske trekk er at vedkommande får gjentatte opplevingar av påtrengande minner. Dei oppstår ofte i mareritt, drøymar eller ved plutslege tilbakeblikk av minner. Å distansere seg frå andre, ikkje respondere på omgivnadane eller unngå situasjonar som minner om traumet er vanleg. Ein er meir på

vakt, blir meir skvetten og har vanskar med søvn. Ein forbinder ofte slike symptom med angst, depresjon og sjølv-mordstankar (Snoek og Engedal 2017).

4.3 Årsaker

Nyare litteratur om utviklingshemming, og autisme spesielt, viser til det aukande fokuset på at det er sjølv grunnlidingane som fører til at ein er disponert for angst (White mfl., 2009; Gillot og Stranden 2007, referert i Wigaard og Bakken 2012). Her er det faktorar som direkte og indirekte er knytt til den medfødde og varige kognitive svikten som fører til ein auka risiko for å utvikle angst (White mfl., 2009; Gillott og Stranden 2007, referert i Wigaard og Bakken 2012). Menneske med psykisk utviklingshemming har svært store variasjonar i kognitive funksjonsnivå og ferdigheiter, men fellesskapen er at det er knytt spesifikk svikt til overordna kontrollfunksjonar (Rose mfl., 2009, sitert i Wigaard og Bakken 2012). Å sørge for menneske sitt beste er hovudoppgåva til den overordna kontrollfunksjonen. Overordna kontroll har fleire aspekt knytt til seg som oftast blir oversett til kognitive funksjonar, som til dømes det å kunne vurdere eigen gjennomføringar. Det er vanskeleg å skulle ta vurderingar over eigne handlingar, der ein skal reflektere over om handlingane fører til at ein oppnår mål eller ikkje. For å utføre hensiktsmessige handlingar i situasjonar ein ikkje har opplevd tidlegare inneberer det at deler av den kognitive eksekutiv funksjonen må vere fullstendig. Ved psykisk utviklingshemming vil der alltid vere ein svekking i å overføre lærdom og kunnskap frå ein situasjon til neste. I diagnosekriteria ved alle grader av psykisk utviklingshemming er redusert evne til å sørge for eget beste eit av kriteria (Wigaard og Bakken 2012). Majumdar mfl., (2005) referert i Wigaard og Bakken (2012) viser til at når ein har vanskar med å forstå sitt eget beste er ein meir utsett for å skape dårlege erfaringar og oppleve meir stress. Ein ser klare samanheng mellom oppleving av stress og grad av angst uavhengig av funksjonsnivå.

Kognitiv svikt blir knytt til det å ha redusert evne og vanskar med å vurdere og forstå situasjonar som oppstår i kvardagen. Menneske med psykisk utviklingshemming opplever dagleg situasjonar der dei får vanskar når det kjem til å tolke og forstå situasjonar. Det vil vere store variasjonar frå det å forstå litt til å ikkje forstå noko. Ved å ikkje forstå det som skjer vil det føre til at opplevinga av å miste oversikt og kontroll oppstår. Deretter oppstår opplevingar av at situasjonar som er ufarlege blir truande (Wigaard og Bakken 2012).

Rector mfl., (2011) sitert i Wigaard og Bakken (2012) skriv at overdrivne vurderingar av kva som er farleg og usikkerheit over situasjonar aukar risikoen for å utvikle angstlidingar.

Wigaard og Bakken (2012) referert i NAKU (2016) viser til at om dei som er rundt ein ikkje viser forståing for korleis det er å leve med ei kognitiv funksjonsnedsetting kan det føre til at risikoen for å utvikle angst aukar. Menneske med psykisk utviklingshemming kan oppleve det som vanskeleg når nærpersonar ikkje viser forståing for oppgåver som kan sjåast på som daglegdagse som til dømes å sette på ei oppvaskmaskin eller å dusje. Om oppgåver er utfordrande kan det vere svært krevjande sjølv om vedkommande har hatt lengre periodar med trening. Det å dagleg kjenne på situasjonar som opplevast krevjande kan føre til stor variasjon i å meistre oppgåver. Oppleving at ein ikkje meistrar oppgåver som ein sjølv eller andre, har forventingar til at ein skal klare kan vere vanskeleg og slitsamt. Ved å kjenne på slike følelsar over tid kan det føre til at ein blir mentalt utmatta, ein opplever ein kognitiv overbelastning. Ei slik overbelastning fører til ei auke i sårbarheit for å utvikle angstlidingar (Wigaard 2015, referert i NAKU 2016).

Wigaard og Bakken (2012) skriv at det å oppleve stress, å vere utsliten og overbelasta kan vere eit resultat av at den kognitive kapasiteten er fullstendig oppbrukt. Kognitiv overbelastning skjer når hjernen har hatt for store påkjenningar over tid. Hjernen har hatt for mange og vanskelege oppgåver som har opplevd som krevjande. Dette er ein tilstanden, og kan ikkje kategoriserast som ei diagnose. Tilstanden handlar om at hjernen er sliten etter påkjenningar og fungerer ikkje fullstendig. Det finst ingen testar eller instrument ein kan måle tilstanden på. Sjølv om tilstanden kan oppstå hos normalbefolkninga ser ein at menneske med psykisk utviklingshemming har større sårbarheit for å utvikle denne tilstanden (Wigaard 2012, referert i SOR 2015).

Når ein har eit funksjonsnivå som er redusert og varierende vil det i kombinasjon med å møte dagleg konstante krav som er høge føre til ei auke i risikoen for å oppleve overbelastning. Også det å oppleve stress over tid vil kunne påverke risikoen for å få ei overbelastning (Hall og Crisp 2003, sitert i Wigaard og Bakken 2012). Ein kan nærmast illustrere det som ein repeterande sirkel. Der overbelastninga ofte fører til auka risiko for å utvikle angst, og ved angst har ein auka risiko for å oppleve overbelastning (Wigaard og Bakken 2012). Masi mfl. (1999) referert i Wigaard og Bakken (2012) påpeikar at dette kunne forklarast som årsak til kvifor menneske med psykisk utviklingshemming som viste

teikn på at dei var utsliten hadde ein høg førekomst av angst. Det er vanskeleg for psykisk utviklingshemma å uttrykke tilstander som er komplekse som det å oppleve å vere utsliten. Masi mfl., (1999) referert i Wigaard og Bakken (2012) gjennomførte ein studie der dei nytta synlege symptom som var observert hos normalbefolkninga ved dystymi¹. Slike symptom var lavt sjølvbilde, irritabilitet og å vere depressiv. I andre studiar har ein sett på symptoma i samanheng med aukande utfordrande åtferd. I desse studiane har ein funnet ein samanheng med utfordrande åtferd og førekomst av bistand som er gitt. Der har ein og vurdert kva faktiske behov for bistand det var. Funn viste at der det blei gitt mindre bistand enn kva behovet tilsa, viste det seg med økt utfordrande åtferd (Lamoureux-Herbert mfl., 2010; Hartley 2008, sitert i Wigaard og Bakken 2012). Ein annan studie viste at ein har sett auke av førekomst av åtferd som er utfordrande samt symptom på at vedkommande er utsliten når det oppstår samhandling i sosiale settingar som opplevast som vanskeleg (Hartley og MacLean 2008, referert i Wigaard og Bakken 2012).

Enkelte menneske har ein biologisk sårbarheit som kan føre til at dei er meir utsett for å oppleve uro eller å få angst (Holden 2009). Miljørelaterte opplevingar i oppveksten som har vore dramatiske kan bidra til at vedkommande utviklar usikkerheit og sårbarheit som kan skape grunnlag for å utvikle angstlidingar seinare i livet. Det å gå med undertrykte følelsar i lengre periodar kan bli ei påkjenning over tid. Det vil føre til at ein blir sårbar for påkjenningar og resultere i at enkelte kan reagerer med frykt. Også det å bli utsett for mykje kritikk kan føre til menneske blir veldig kritisk mot seg sjølv. Det kan bli vanskeleg å ha trua på seg sjølv og sine vurderingar. I vanskelege periodar kan det føre til at ein ikkje klarer å styre impulsar som kroppen gjev, ein får vanskar med å halde kontrollen og angst kan oppstå (Eknes 2011).

Larsen og Wigaard (2014) seier at ein funksjonssvikt som enten kjem frå skade eller funksjonsfeil er av varig sort. Når eit menneske med utviklingshemming har lært seg ein ferdigheit er det ikkje eit resultat av at hjernen har oppnådd å reparere det. Hjernen har da funnet ein anna måte å løyse utfordringa på ved å ta i bruk andre områder enn det som er normalt. Repetisjonane kan også hatt hyppigare frekvens enn kva som er normalt.

¹ Dystymi er ein depressiv liding der ein har ein kronisk redusert stemningsleie i varigheit over fleire år.

Kostnaden av å lære seg ein ferdigheit er at det kan gå utover andre eigenskapar. Ein får ikkje lært seg nye eller ein må utsette innlæring av nye ferdigheiter. Når hjernen må jobbe på ein anna måte eller må lære seg meir enn vanleg over tid, kan ein anna kostnad bli at ein risikerer at hjernen bli overbelasta (Larsen og Wigaard 2014).

Sekundærvanskar oppstår både hos ei hjerne som er frisk eller har skade når meirbelastning føre til at hjernen blir sliten. Ved å utfører oppgåver som er utfordrande i forhold til eigne forutsetningar vil føre til at ein blir fortare sliten. Personar med psykisk utviklingshemming føreheld seg nærmast kontant med oppgåver som er mentalt utfordrande. Ei slita hjerne kan føre til ein auka risiko for å utvikle angstlidingar (Larsen og Wigaard 2014).

4.4 Psykisk utviklingshemming

Ein brukar nemninga psykisk utviklingshemming om menneske som har ein betydeleg svikt i dei kognitive funksjonane. Svikten i dei kognitive funksjonane viser seg oftast i mennesket si utviklingsperiode (Melgård 2011). Psykisk utviklingshemming er ein nemning der intellekt og korleis ein fungerer praktisk viser seg under normal nivå. Den seier ikkje noko om kva som er årsaka til det lave funksjonsnivået. Ein observerer større variasjon i veremåte og funksjonar hos menneske med psykisk utviklingshemming enn i normalbefolkning. Den psykiske utviklingshemminga sine hovudsymptom er intellektuell fungering som er under gjennomsnittet, altså intelligenskvotient målt under 70. Evna til å ta vare på seg sjølv, fungere sosiale og adaptiv fungering er i tillegg til dei kognitive funksjonshemmingane (Bakken og Olsen 2012).

Psykisk utviklingshemming blir definert i ICD-10 som ein tilstand der utviklinga av evner og funksjonsnivå er mangelfulle eller forsinka. Kjenneteikn er oppbremsing av ferdigheiter som viser seg i utviklingsperioden. Desse bidrar til intelligensnivået som viser seg i forsinka evner som til dømes ved kommunikasjon, motorisk, sosiale og kognitiv funksjonsnivå. Diagnosen bør settast før fylte 18 år og den skal vere medfødt eller ervervet på eit tidleg stadiet (Helsedirektoratet 2020).

4.5 Ulike grader av psykisk utviklingshemming

Klassifikasjonssystemet deler psykisk utviklingshemming inn i fire grader, der IQ har sentral betydning for kategorisering, men blir supplert med vurdering av andre forhold (Larsen og Wigaard 2014). Disse fire gradene vil bli presentert i avsnitta under.

4.5.1 Lett psykisk utviklingshemming

Menneske med psykisk utviklingshemming i lett grad er vurdert til å ha ein IQ som ligg mellom 69 og 50 og den mentale alderen blir antatt mellom 9 til 12 år. Å ha ei lett psykisk utviklingshemming diagnose inneberer at ein oftast er i stand til å ta vare på seg sjølv. Ein meistrar i stor grad dagleglivets krav som personleg hygiene, vask av bustad eller tøy og lage mat. Det som er meir utfordrande er teoretiske oppgåver som å lese og skrive, språkferdigheiter varierer med å forstå og bli forstått. Fleire er i vanleg arbeid eller får tilrettelagt arbeid utifrå eigne forutsetningar til å meistre oppgåvene på arbeidsplassen (NAKU 2019).

4.5.2 Moderat psykisk utviklingshemming

Ved moderat psykisk utviklingshemming er IQ mellom 49 og 35 og den mentale alderen er vurdert til å vere frå 6 til 9 år. Personar i denne kategorien vil ha meir avgrensa evne til å ta vare på seg sjølv, og motoriske ferdigheitar er redusert. Ein del vil ha behov for bistand med rettleiing og tilsyn gjennom livet. I denne graden av psykisk utviklingshemming vil det innebere at språket er forsinka utvikla samt evna til å kunne forstå og gjere seg forstått. Menneske med moderat psykisk utviklingshemming vil ha avgrensa evner når det gjeld å utvikle seg i skulefag som å lese, skrive og telle. Likevel ser ein at nokon har slike grunnleggande ferdigheiter og meistrar det å lese og skrive (NAKU 2019).

4.5.3 Alvorleg psykisk utviklingshemming

Menneske med psykisk utviklingshemming i alvorleg grad er vurdert til å ha IQ mellom 34 og 20 og ein har sett den mentale alderen til mellom 3 og 6 år (NAKU 2019). Ifølgje Holden (2016) vil dei intellektuelle ferdigheitene vere betrakteleg avgrensa og ein ser at forståing for skriftleg materiale er minimal. Språkferdigheitene er avgrensa i stor grad og det viser seg ofte med gjentakande enkelt ord eller setningar. Mange må nytte seg av alternativ kommunikasjon for å uttrykke seg. Menneske med alvorleg grad av psykisk utviklingshemming har behov for å ha tilsyn gjennom heile døgnet. Aktivitetar i dagleglivet er avhengig av at ein får bistand i form av langvarig støtte og hjelp.

4.5.4 Djup psykisk utviklingshemming

Den siste graden er djup psykisk utviklingshemming der IQ blir vurdert til å være under 20 og ein måler den mentale alderen til å være under 3 år. Djup psykisk utviklingshemming vil ha ein svært avgrensa kommunikasjonsevne og forstå den verbale kommunikasjonen. Menneske med djup utviklingshemming kan ha relative store avgrensingar med motoriske bevegelsar og evna til å ivareta sine personlege og praktiske behov er tilnærma liten eller ingen. Det medfører at der vil vere behov for kontinuerleg bistand. Ved denne graden av utviklingshemming følger det ofte med tilleggsdiagnose som autisme og epilepsi. Det er og mange som har nedsett syn og høyrsel (NAKU 2019).

4.6 Psykisk lidningar hos menneske med psykisk utviklingshemming

Ifølgje Fletcher (1993) i Eknes (2011) har enkelte sett på psykisk utviklingshemming som ein eigenhendig psykisk lidning medan andre har sett bort frå det psykiske aspektet og behandla det som ein åtferdsforstyrning. Mange har vore blinde for at menneske med psykisk utviklingshemming har ei psykisk helse med sanseliv og reaksjonar på motgang på lik linje som hos menneske som ikkje har ei psykisk utviklingshemming. Dette kan ha hatt ei medverkande årsak til at den faglege kunnskapen om mentale helse har blitt for lite

integreert i innsatsen og omsorga ein har gjett til menneske som har psykisk utviklingshemming. Det er i dei siste 10-15 åra at det har skjedd ei utvikling på dette området der ein ser og anerkjenner at også psykiske utviklingshemma har psykiske lidningar (Petrenko et.al., 1994, sitert i Eknes 2011).

Rose (1996) referert i Eknes (2011) viser til at psykiske lidningar er betydeleg meir utbreitt hos menneske med psykisk utviklingshemming enn resten av populasjonen.

Menneske med psykisk utviklingshemming vil ofte ha vanskar med å formidle sine problem gjennom det verbale språket. Det kan føre til at det blir utfordrande å diagnostiserer psykiske lidningar. Observasjonar frå pårørande eller tenesteytarar kan bidra til at det er mogleg å diagnostiserer. Det er svært viktig at personar med psykisk utviklingshemming får diagnostisert psykiske lidningar slik at dei kan få formålstenleg behandling (Eknes 2011).

4.7 Diagnostisk overskygging

Når ein pasient får åtferdsendingar som er forårsaka av psykiske vanskar der symptoma blir tilskriven funksjonshemminga blir dette omtalt som diagnostisk overskygging. Dette er ei av hovudårsakene til at psykiske lidningar ikkje blir oppdaga hos menneske med psykisk utviklingshemming. Dette er svært aktuelt hos menneske som har både utviklingshemming og forstyringa i autismspekteret (Bakken og Olsen 2012). Jopp og Keys (2001) referert i Bakken og Olsen (2012) seier at tidlegare blei psykiske tilleggsvanskar hos personar med psykisk utviklingshemming sett på som vanskar som var knytt til utviklingshemminga. Reiss, Leviatan og Szyszko (1982) referert i Bakken (2012) var dei første som omtalte diagnostisk overskygging, dette skjedd so kort tid tilbake som i 1982.

Det oppstår store utfordringar i forbindelsar med å utføre diagnostisk utredningar hos menneske som har vanskar med verbal kommunikasjon. Dei kognitive ferdigheitene er redusert hos menneske som har psykisk utviklingshemming. Å ha nedsett kognitive ferdigheiter fører til vanskar med å kunne forstå og gje svar tilbake i forhold til spørsmål som ei utredning krev. For å stille diagnose er det krav til den diagnostiske utredninga, ved nedsette kognitive ferdigheiter vil det vere vanskelegare å gjennomføre diagnostisk utredning. Vanskar med å kunne vurdere egne evner for dei som gjennomgår ei utredning vil risikoen for å få både falske positive diagnosar og falske negative diagnosar auke

betrakteleg. Å sette ei diagnose hos ein brukar som ikkje har diagnosen vil føre til at ein set ei falsk positiv diagnose. Om ein brukar ikkje får stilt ei diagnose som ein faktisk har vil det medføre til ein falsk negativ diagnose. Begge desse vil føre til vesentleg konsekvensar for brukarane (Bakken 2012).

4.8 Livskvalitet

Livskvalitet er «personens fysiske og psykologiske helse, grad av selvstendighet, sosiale relasjonar, individuell tro, tilgang på tilfredstilse og mulighet til å innvirke på sine omgivelser» (Innstrand 2009,31). Der er ingen klar felles definisjon av omgrepet livskvalitet. Dei ulike fagmiljøa varierer sine definisjonar. Når det kjem til å definere livskvalitet for menneske som har blitt diagnostisert med psykisk utviklingshemming er det viktig at definisjonen inneheld tankemessige vurderingar og emosjonelle tilstandar. Definisjonen må tillate at det blir gitt rom for forståing av at alle har forskjellige oppfatning av kva livskvalitet er. Innstrand (2009) har oversett Verdens helseorganisasjon sin definisjon på livskvalitet slik «Individet opplevelse av seg selv og sin situasjon i en gitt kultur og i et gitt verdisystem og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av» (Innstrand 2009, 31).

Omgrepet livskvalitet handlar om subjektive og objektive sider av livet. Den subjektive livskvaliteten handlar om korleis opplevinga for menneske er. Den inneberer gode følelsar som skapar glede og harmoni samt vurderingar i positiv tilstand som livstilfredsheit. Dertil opplevingar av livsglede, meining og meistring. I den subjektive livskvaliteten vil ein oppleve sin eigen situasjon som varierende frå god til dårleg. Sjølv ved sjukdom eller andre plagar kan ein oppleve å ha det godt. Den objektive livskvaliteten handlar meir om materielle levekår, ein godt betalt jobb, hus, bil med meir (Folkehelseinstituttet 2016).

5.0 Drøfting

Dalland (2007) viser til at drøfting handlar om å granske noko frå ulike sider for dertil å diskutere dei ulike sidene opp mot kvarandre. I drøftinga vil eg vise kva eg har tileigna av kunnskap gjennom arbeidet med oppgåva, samt refleksjonar rundt problemstillinga. I avsnitta under vil eg først drøfte vernepleiaren sin rolle og kva ein bør observere når yt tenester til menneske med psykisk utviklingshemming. Underdiagnostisering er eit utbreidd problem som det er viktig å ha fokus på. Deretter vil eg belyse vernepleiaren sin kompetanse og korleis ein kan nytte vernepleiaren sin arbeidsmodell for å skape eit betre tenestetilbod. Vidare ser eg på miljøarbeid og kva psykisk helse er. Deretter drøftar eg betydninga av miljøterapi og korleis ein kan ha ei kognitiv tilnærming og perspektiv. Eg avsluttar drøftinga med å sjå på kva tenestetilbodet betyr i forhold til mål med behandling av angst.

5.1 Vernepleiaren sin rolle

Menneske med psykisk utviklingshemming har større sannsyn for økt sårbarheit for å utvikle psykiske lidningar og årsak til økt sårbarheit er samansett (Bakken 2012). Genetisk og psykologisk sårbarheit samt ulike former for ytre stress kan ha ei medverkande årsak til at ein er meir utsett for å utvikle psykiske lidningar (NAKU 2020). Som vernepleier har ein ei viktig rolle der ein kan sette fokuset på at menneske med psykisk utviklingshemming utviklar psykisk lidningar. Behovet for at nokon ser dei er stort. I mange tilfelle kan det vere avgjerande for å betre tenestetilbodet til kvar enkelt.

Det kjem fram i litteraturen at fleire med utviklingshemming opplever at symptom på angst ikkje blir oppdaga eller relatert til utviklingshemminga (Helverschou 2018). Er det da nok kunnskap om dette tema i fagmiljø? Det er mange menneske med psykisk utviklingshemming som lid fordi at det ikkje blir oppdaga at dei har psykiske lidningar. For å klare å gje betre tenester må det aukast merksemd i tenesteapparata og betre tilgang på kompetanse som er spesialisert. Det viser seg å vere vanskeleg å kjenne att psykiske lidningar. Det kan føre til at psykisk utviklingshemma risikere å utvikle alvorlege plager utan å få hjelp med sine vanskar. Symptom eller teikn kan bli feiltolka eller oversett. Dette er menneske som har utfordringar med å formidle sine vanskar. Når i tillegg omgivnadane

relaterer vanskane dei opplever med utviklingshemningsdiagnosen, blir det enda vanskelegare. Symptom som søvnevanskar eller uro kan ha samband med angstlidningar. Det er nødvendig med å sette inn tiltak for å kunne auke kompetanse til å tolke eller kjenne igjen symptom eller teikn på angstlidningar. Slike tiltak vil da handle om å heve kunnskap og kompetanse blant tenesteytarane. Kunnskap kan tenesteytarane tileigne seg gjennom kurs på arbeidsplassen eller nettkurs. Vernepleiaren kan formidle relevant litteratur og kunnskap ein har tileigna seg gjennom utdanning til personalgruppa. Det er og mogleg å nytte seg av spesialisthelseteneste og foredragshaldarar om aktuelle tema som angstlidningar hos utviklingshemma (Helverschou 2018).

Kunnskapen er nok mangelfull fleire plassar i samfunnet og det kan vere ei medverkande årsak til at mange vil oppleve diagnostisk overskygging. Da vil ein verken få nødvendig oppfølging eller helsehjelp for dei vanskane ein kan oppleve å ha (NAKU 2020). Skal ein finne forhold eller årsaker til det som kan ha utløyst angsten må ein ta ei heilskapleg vurdering av personen. Det å finne årsak til kva som løyste ut angsten treng ikkje føre til at angsten forsvinn sjølv om ein kan endre eller løyse det som forårsaka angsten.

Angstlidningane kan fortsette som før da angsten vil kunne oppretthaldast av andre faktorar enn det som ein meiner var den utløysande faktoren. I vernepleierolla må ein derfor i behandlingsstrategiane vurdere å sjå på både oppretthaldande og utløysande faktorar, ein kan ikkje fokusere på kva den utløysande faktoren (Eknes 2011).

Underdiagnostisering er utbreidd hos menneske med psykisk utviklingshemming. Mange får stort fokus på sjølv utviklingshemminga og overser symptom som kan vere relatert til ei psykisk lidning. Ved at symptom ikkje blir sett, opplever fleire med utviklingshemming at dei ikkje får behandling for sine vanskar (Helverschou 2018). Om angstlidningane hadde blitt diagnostisert ville truleg situasjonen vore annleis. Som tidlegare nemnt i oppgåva er dette diagnostisk overskygging (Reiss mfl., 1982, sitert i Eknes 2011). Menneske med utviklingshemming har større risiko for å utvikle psykiske lidningar enn normalbefolkninga. Likevel ser ein at det å oppdage dei psykiske lidningane, å utføre grundig utgreiing og behandle psykiske lidningar er vanskelegare enn kva normalt er (NAKU 2018). Som tidlegare nemnt kan utviklingshemminga ha sider som fører til at psykiske endringar er vanskelegare å oppdage. Mykje av dette handlar også om vanskar utviklingshemma kan ha med å forklare korleis dei har det. Psykiske lidningar kan karakteriserast i endringar som oppstår i åtferd, følelsar og tenking. Grad av utviklingshemming vil påverke kor store

endringar ein kan sjå. Dess meir alvorleg grad av utviklingshemming til større endring vil ein kunne sjå på åtferda. Som vernepleiar er det viktig å reflektere over alle formar for endringar som oppstår, det kan vere alt frå endra toalettvaner, søvnmønster, svekka orienteringsevne, tvangsritual, forandring i forhold til appetitt til utfordrande åtferd med sjølvskading og utagering. Vernepleiarane har ansvar for at alle slike endringar som oppstår blir journalført. Alle endringar undervegs eller forandring i intensitet og frekvens må bli observert og journalført. Dokumentasjon har stor betydning for å kunne utvikle og forme tenestetilbodet etter kvar enkelte tenestemottakarar sine behov for bistand (NAKU 2018).

5.2 Vernepleiarens kompetanse

FO (2017) viser til at vernepleiaren er den einaste profesjonen som har ein kombinasjon av helse- og sosialfagleg kompetanse. I utdanninga har sosialfag, helsefag, pedagogikk, psykologi og juss ei forankring i ei integrert heilskapleg kompetanse. Som vernepleiar er ein eit autorisert helsepersonell. Utdanninga er den einaste profesjonen som spesifikt rettar seg mot menneske med psykisk utviklingshemming og kognitive funksjonsnedsettingar. Ifølgje Ellingsen (2014, 23) viser omgrepet vernepleiarfagleg kompetanse til kompetansen vernepleiarprofesjonen har utvikla og byggjer på. Vernepleiarane er den profesjonen som primært har ein teoretisk og erfaringsbasert kompetanse.

Som vernepleiar har ein tileigna seg kunnskap som skal skape eit grunnlag for tenestetilbod som er likeverdig for alle i samfunnet. Gjennom utdanninga får ein kompetanse til samhandling og samarbeid til brukarar, pårørande, profesjonar og andre aktørar. Der fokuset er på å fremme deltaking, sjølvbestemming, helse, livskvalitet og meistring. Menneske med nedsette funksjonsevner skal ha moglegheiter på lik linje med alle andre til å utvikle og utfolde seg i eget liv. Som vernepleiar må ein tileigna seg gode kommunikasjonsferdigheiter, høge krav til eigen etisk bevisstheit og ein målretta og systematisk arbeidsmoral (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning 2019).

Ellingsen og Berge (2014) viser til at vernepleiarane har helsekompetanse og skal ha kunnskap om naturvitskapelege og medisinske emnar, psykisk helsearbeid, pleie og

omsorg. Funksjonsvanskar kan føre til hygiene og helsesvikt. Vernepleiarane må kunne vurderer, identifisere og møte behov som brukarane har for omsorg og pleie. Innan helsefremmande arbeid skal vernepleiarane sette i gang individuelle tiltak. I tillegg skal vernepleiaren ha kunnskap om psykiske lidingar og kunne forskjellige formar for førebygging, behandling og rehabilitering. Kunnskap og kompetanse som vektlegge meistring og evne til vurderer risikofaktorar er ein viktig del av vernepleiarrolla (Ellingsen og Berge 2014).

Kan vernepleiaren da med sin helse- og sosialfagleg utdanning påverke at tenestetilbodet blir betre for menneske med utviklingshemming som har angstlidningar? Vernepleie handlar i stor grad om miljøterapeutisk arbeid. Det grunnleggande fundamentet i miljøterapeutiske arbeid handlar om å sjå heilheiter og å yte bistand på område der ein vil fremme meistring, utvikling, livskvalitet og trivsel, parallelt med sterke fagmiljø som gjer utredningar og behandlar sjukdomar (Ellingsen og Berge 2014). Kunnskap vil rette merkning til der behovet for kunnskapen er. I slike situasjonar vil det i enkelte samanhengar vere behov for kompleks kunnskap som er integrert i handlingskompetanse, der ein observerer forholda som er viktige i situasjonen. Som vernepleier vil denne kompetansen kunne vise seg i form av fagleg skjønn der faglege vurderingar og observasjonar blir utført rutinemessig. I andre tilfelle vil vernepleiaren bruke fagleg vurderingar på kva ein bør observere eller avklare (Ellingsen 2014).

Har vernepleiaren god nok kompetanse til å gje eit godt tenestetilbod til utviklingshemma som får psykiske lidingar ? Psykisk helse er eit fagområde som er komplekst og ein kan ikkje gjennom vernepleiaren sin kompetanse aleine utvikle gode tenester. Fokuset må vere på tverrfagleg samarbeid med ulike profesjonar kor ein dekker medisinsk kompetanse, etikk, miljøterapi og relasjonskunnskap. Som vernepleiar vil dei miljøterapeutiske tiltak kunne føre til betre tenestetilbod og auka livskvalitet. Miljøterapeutiske tiltak har ein avgjerande faktor for å kunne oppretthalde meistring og utvikling (FO 2018).

5.3 Vernepleiarens arbeidsmodell og miljøarbeid

Brask, Østby og Ødegård (2016) viser til at ein sentral del av vernepleiarens kompetanse og arbeid er miljøarbeid. Miljøarbeid handlar om den faglege tilnærminga ein nyttar for å kunne påverke mennesket sine forutsetningar for å få ein positiv auke i livskvalitet og

oppleving av meistring samt rammefaktorar. FO (2008) sitert i Brask, Østby og Ødegård (2016) viser til nemninga *målretta miljøarbeid* der ein ser på den systematiske tilnærminga. Målretta miljøarbeid handlar om å kunne legge til rette for psykiske, fysiske og sosiale faktorar i miljøet rundt seg. Ein vil da kunne forsøke å oppnå ein personleg utvikling og størst mogleg livskvalitet.

Etter mange års arbeidserfaringar vil nok fleire med meg oppleve at i enkelte situasjonar rår tilfældigheitene. Om dette skuldast mangel på kompetanse i mindre fagmiljø eller om det er ein arbeidskultur som fargar situasjonar vil nok vere individuelt etter fagmiljø og arbeidsplass. Faglitteraturen er tydeleg på om ein skal ha gode tenestetilbod er systematikk og arbeidsmodellar gode verktøy. Ei vil da sikre i størst mogleg grad å få informasjon og observasjon om tenestemottakarane (Brask, Østby og Ødegård 2016).

For å unngå diagnostiske overskygging samt å fange opp symptom som brukarar med angstlidingar viser eller uttrykker er vernepleiarens arbeidsmodell eit godt verktøy. Ved å bruke vernepleiarens arbeidsmodell (vedlegg 1) kan ein gjennom observasjonar kartlegge årsaker. Å bruke ein slik arbeidsmodell der ein går gjennom ulike fasar fører til at ein får nytta ein målretta arbeidsprosess. Vernepleiarens arbeidsmodell (vedlegg 1) viser tydeleg systematikken i slike prosessar (FO 2008, referert i Brask, Østby og Ødegård 2016).

Vernepleiarens arbeidsmodell startar prosessen med kartlegging. Ein innhentar situasjonsbeskriving og vurderer korleis situasjonen er. Deretter definere ein korleis ein ønsker situasjonen skal vere. Her må det vurderast om det er omsyn ein burde ha med og kva som skal prioriterast og måloppnåing. Vidare ser ein på måtar ein trur kan skape endringar der formålet er å nå måla ein har sett seg. Slike måtar å handle på blir kalla å lage tiltak, der ein beskriv korleis ein skal gå fram for å nå måla. Til slutt i prosessen må ein innhente informasjon for å sjå om dei ulike tiltaka ein satt seg førte til endringar. Og om ein nådde måla som var sett. Ved å sjå på tilbakemeldingar og erfaringar kan ein evaluere om ein må justerer tiltak for å kunne ivareta omsyna på ein betre måte (Owren og Linde 2011). Vernepleiaren kan sikre at tenestetilbod blir betre ved å nytte arbeidsmodellen for kartlegging.

Vernepleiar skal ein ha tileigna seg kompetanse og kunnskap om observasjon, registreringar og ulike metodar innan kartlegging. Vernepleiaren må ha samhandlingskompetanse sidan det krevst i forhold til samarbeid med brukarane. Der

fokus er på å arbeide mot mål som brukarane har satt som ønske å nå. I samhandling og fokus på kva måloppnåing brukarane ønsker, må ein samtidig meistra å fullføre prosessen på ein målretta måte. Men det er ikkje nok for vernepleiaren å meistra å jobbe systematisk og målretta. Vist vernepleiaren ikkje er reflektert og evaluerande over korleis prosessen er undervegs, vil ein kanskje ikkje oppdaga at ein ikkje beveger seg i rett retning. Ein vil heller ikkje oppdaga at det kan vere behov for justeringar for å komme seg på rett spor igjen (Brask, Østby og Ødegård 2016). Løkke (2014) meiner at vernepleiarane sine arbeidsmodellar bør ha generelle evalueringar for å kunne vidareutvikle arbeidsmodellane. Ved å skape utvikling av arbeidsmodellane vil vernepleieprofesjonen bli eit levande fag.

Som vernepleiar er det særst viktig å sitje med spesiell kommunikasjonskompetanse sidan ein møter brukarar med ulike funksjonsnivå. Ein må vere rusta til å kunne legge til rette for ein god kommunikasjon både hos dei som har verbalt men og nonverbalt språk (Brask, Østby og Ødegård 2016). Kommunikasjon i relasjonar kan ifølgje Eide og Eide (2017) definerast som ein korrespondanse mellom to eller fleire personar gjennom nonverbal og verbale teikn og symbol. Ved personorientert kommunikasjon vil ein forholde seg til den andre gjennom å vere open og anerkjennande som eit unikt menneske. Dette avhenger av at begge sider viser at dei er oppmerksom mot og evner å lytte til det som den andre formidlar. Også det som kjem til uttrykk gjennom den nonverbale kommunikasjonen (Eide og Eide 2017).

5.4 Psykisk helse

Alle menneske har behov for å ha ei god psykiske helse. For å kunne oppleve psykisk helse som er god er det fleire faktorar som påverkar. Nokre av dei sentrale faktorane er å oppleve grunnleggande tryggleik på seg sjølv som menneske. Kjenne på at ein er glad i nokon og at nokon er glad i ein tilbake. Å kunne oppleve meistring i sin kvardag og føle seg inkludert i samfunnet. Menneske med psykisk utviklingshemming har større risiko for å kunne utvikle psykiske lidningar og årsakene til sårbarheita er samansett. Forsking viser at dei har ei økt psykologisk og genetisk sårbarheit. Samt ein auka risiko for å oppleve mental stress er og ein medverkande årsak (NAKU 2016). Ifølgje Eknes (2011) er angstlidningar i ein viss grad prega av stort fokus på å vike unna for det som opplevast som ubehag. Å oppleve ubehag eller angst vil kunne føre til ei endring i åtferd. Ein vil også sjå

auke i kroppsleg uro. Om helsepersonell ikkje er oppmerksom på signal som blir sendt risikerer brukarane å stå i ubehaget lenger enn nødvendig.

Kunnskap om utviklingshemming og angst er sannsynlegvis mangelfull fleire plassar i samfunnet. Dette kan vere ei medverkande årsak til at mange vil oppleve diagnostisk overskygging. Dette medfører at brukarane får verken nødvendig oppfølging eller helsehjelp for vanskar ein opplever å ha (NAKU 2016). Skal ein klare å heve tenestilbodet innan psykisk helse må ein sørge for at nærpersonane som yter dei daglege tenestene har tileigna seg den nødvendige kompetansen om psykisk utviklingshemming og psykisk helse. Kompetansen handlar både om kunne sette i gang førebyggjande arbeid og å avdekke psykiske lidingar. Det er og viktig at fastlege har kompetanse om psykiske vanskar og psykisk utviklingshemming, og at ein lyttar til erfaringane og kunnskapen som pårørande har om sine (NAKU 2016).

Stort fokus på tverrfagleg samarbeid og organisering både hos helsetenestene i kommune samt hos spesialisthelsetenesta og skape gode tverrfaglege samarbeid er viktig for kunne gje menneske med psykisk utviklingshemming gode psykiske helsetenester (NAKU 2016). Psykiske lidingar har fått eit økt fokus som tema når det kjem til omsorg og behandling hos menneske med psykisk utviklingshemming. Skal ein få til eit betre tenestetilbod må alle profesjonane som yter tenester ha kompetanse om psykiske lidingar. Kommunane nyttar habilitering- og spesialisthelseteneste som bistand når behova for slike instansar er til stede. I det tverrfaglege samarbeidet må målet vere å forene dei ulike kompetansane. Samarbeid må stå i fokus slik at ein kan gje betre tenestetilbodet og gje den bistanden som kvar enkelt fortener å få. Tverrfagleg samarbeid skal ha brukarane sine behov i fokus og det skal den tverrfaglege innsatsen og omsorg gjenspeile (Eknes 2011).

5.5 Miljøterapi

Ifølgje Snoek og Engedal (2017) handlar miljøterapi om å gje bistand til brukarane med å planlegge og få ein strukturert kvardag. Målet er å kunne gjere brukarane i best mogleg stand til å meistra eigen kvardag og livssituasjon. Miljøterapi er ein systematisk og koordinert metode der ein forsøker å legge til rette for å skape nye erfaringar ved å nytte det sosiale og materielle miljøet. Egedius (2000) og Geanellos (2000) referert i Vatne (2006) viser til at miljøterapi kan definerast som ei behandlingsform der fokuset er på dei

terapeutiske prosesser i miljøet som brukaren held seg i. «Den miljøterapeutiske funksjonen innebærer å skape betingelser som støtter endring hos pasienten» (Vatne 2006, 23). Vatne (2006) viser til at miljøterapi dreier seg om legge til rette for og arbeide med brukarane sine miljø og forhold som omhandlar dagleglivet. Slike forhold er til dømes det å skulle handle inn matvarer, oppretthalde personleg hygiene eller det å finne ein god balanse mellom søvn og aktivitet. Denne behandlingsforma er aktivitetsorientert som peikar mot brukaren sine praktiske, sosiale og kognitive ferdigheiter. Ein vil fokuserer på å auke brukaren sitt sjølvbilde og meistringsoppleving. I miljøterapi er struktur og føreseielege kvardagar to viktige element. Miljø og menneske skaper gjensidigheit til kvarandre på grunn av at menneske alltid vil ha samspel med omgivnadane som er omkring ein (Vatne 2006).

Er menneske med utviklingshemming i stand til å mestre å takle angst på eigenhand? Oftast vil menneske med psykisk utviklingshemming ha behov for hjelp frå andre for å kunne lære seg å takle angsten. Erfaringar tilseier at det oftast fungerer best å ha hovudbehandligna i nærmiljø som heimen da det er der vanskaner som regel oppstår. I stor grad må miljøarbeidarane og miljøterapeutane dekke hjelpebehova. Er det meir massive eller kompliserte angstlidningar vil fagpersonar med spisskompetanse stå som rettleiande ved behandling (Eknes 2011). Ein slik innsats vil vere tidskrevjande og forlange ein del av dei som skal utføre den. Før ein sett i gang slike tiltak må det vere godt drøfta i personalgruppa. Det bør vere ein felles einigheit om at det skal prioriterast angsttrening for vedkommande. Vernepleiaren har ein ei viktig rolle med å formidle kunnskap til faglært og ufaglærte. Der ein kjem med tydeleg retningslinjer for korleis personalet si aktive rolle skal vere. Ein må og sørge for at alle forstår kor stor betydning ein slik innsats har (Eknes 2011). I den grad det er mogleg skal ein forsøke å sette konkrete mål saman med hovudpersonen. Det vil vere ein balansegang mellom å oppfordre og presse til å gjennomføre trening. Vernepleiaren må ha fokus på å unngå mistillit. Sørge for eit tilfredsstillande forarbeid, skape gode faglege refleksjonar og rett haldning (Eknes 2011).

5.6 Kognitiv tilnærming og perspektiv

Eknes (2011) viser til at kognitiv tilnærming handlar om å kunne supplere med kognitive strategiar når den andre personen viser interesse for å snakke om angsten. I slike samtaler er det viktig å få den andre personen til å forstå og bli bevist på sin åtferd, følelsar og tankar i situasjonen. Ved kognitiv tilnærming handlar det ikkje om å finne kva den eigentlege årsaka i fortida. Fokuset skal være på tankesettet til personen som skjer i nåtida. Utgangspunktet i kognitiv tilnærming er at ein hending ikkje fører automatisk til at det skal oppstå ein følelse. «Mellom hendelsen og følelsen finner det sted en tolkning av hendelsen, våre tanker om hendelsen: hendelse → fortolkning/tankemåter → følelse» (Eknes 2011, 103). Korleis ein tenker i ulike situasjonar kan slå meir uheldig ut enn andre måtar å tenke på. Ved angst har katastrofetankar eit stort fokus og slike tankar skaper frykt og bekymring. Fellestrekk ved slike tankar er at dei inneheld ei overvurdering av kor alvorleg situasjonen er og risikoar for å kunne oppleve ein forferdelege situasjon. Samstundes som ei overvurderer farane vil ein undervurdere egne evner til å klare å meistre frykta si (Eknes 2011).

Manglande forståing for kva det vil sei å leve med utviklingshemming i ulike grader er ein av faktorane som er indirekte knytt til den kognitive svikten. Å forstå korleis det opplevast å leve med ein kognitiv svikt som er knytt til kognitive eksekutive er vanskeleg å skjønne. Kan ei årsak til at det ikkje blir tatt nok omsyn vere fordi andre ikkje forstår vanskanen? Når det oppstår store variasjonar i funksjonsnivå vil det føre til at det blir utfordrande å ta slike omsyn. For menneske med psykisk utviklingshemming vil det alltid vere variasjonar og vanlege oppgåver kan vere utfordrande sjølv om tidlegare meistra dei (Wigaard og Bakken 2012).

I vernepleierrolla vil ein del av det å heve tenestetilbodet hos psykisk utviklingshemma som har angstlidningar handle om å informere vedkommande om angst. Som vernepleiar må ein tilpasse kunnskap ein formidlar til funksjonsnivået. Ein må vurdere forutsetningane brukarane har for å kunne forstå det som blir formidla. Menneske med psykisk utviklingshemming har også behov for kunnskap om kva opplevingar angst gjer. Som vernepleiar må ein tydeleggjere forskjellen på det som er ubehageleg og ikkje farleg å oppleve og kva som faktisk er farleg. Vernepleiaren har tileigna seg kompetanse gjennom utdanningsforløpet med å tilpassa informasjon der ein nyttar bildar eller andre

framstillingar som den utviklingshemma har kjennskap eller erfaring med å bruke (NAKU 2020).

5.7 Om målet er å bli kvitt angsten, vil det føre til betre tenestetilbod ?

Det er menneske sine opplevingar og erfaringar ein har tileigna seg gjennom livet som har ein avgjerande faktor for korleis angsten vil komme til uttrykk, varigheit og i kor stor grad styrke den vil vise seg. Dette til tross av at angst delvis byggjer på biologisk tilbøyelegheit for frykt av enkelte stimuli. Det viser seg at det som regel er enklare å klare å sjå på kva faktorar som skal til for å bli kvitt angsten, enn å finne årsaker til angsten. Årsak til at angst oppstår er oftast svært komplekst (Eknes 2011).

Å betre tenestetilbod hos menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar angst treng ikkje alltid handle om at målet skal vere å bli kvitt angsten. Kan vi sjå på angst som ein ressurs og ikkje kunn eit vonde? Enkelte meiner at mild grad av angst ber med seg positive opplevingar og. Ved milde grader av angst vil ein skjerpe oppmerksamheita og gjere ein ekstra innsats. Når det oppstår slike situasjonar ser ein at mange bidrar ekstra. Men korleis kan ein vite kor grensa går frå positiv oppleving til å bli negativ ? Ifølgje Eknes (2011) er menneske ulike på mange måtar men når nivået for angsten kjem over i ein viss grad av terskel med intensitet og styrke vil det opplevast i meir negativ retning enn positiv. Menneske med utviklingshemming som opplever angst vil ofte vise teikn på at dei er stressa. Dei kan gje uttrykk for at dei ikkje følar seg trygge og er ikkje tilfreds i kvardagen sin. Som vernepleiar kan ein bidra til betre tenestetilbod for menneske med utviklingshemming ved å forsøke å skape trygge rammer og å behandle langvarig angst. Behandlinga må vere både årsak- og symptomsretta da angsten kan fortsette sjølv om ein finn årsak til utløysande faktor. Her må vernepleiaren gje bistand til brukaren med å møte angsten på ein langsam og målretta måte (Eknes 2011).

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

I denne oppgåva har eg forsøkt å finne ut korleis vernepleiaren kan bidra til eit betre tenestetilbod hos menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidningar. Relevansen for temaet har blitt grunnlagt der eg blant anna tok utgangspunkt i vernepleiaren sin kompetanse. Eg har og belyst betydninga av å ha kompetanse og kunnskap om dette temaet ute i fagmiljøa slik at symptom på sjukdomsbilde blir fanga opp. Eg tok utgangspunkt i kvalitativ litteraturstudie som metode for å skaffe meg relevant og gyldig data for å kunne svare på problemstillinga. Eg presenterte teori utifrå det som var relevant for problemstillinga, der hovudfokus var på psykisk utviklingshemming og angstlidningar. Deretter blei det gjort greie for ulike årsaker til at menneske med psykisk utviklingshemming er meir sårbare for å utvikle angstlidningar. Vidare blei det drøfta vernepleiaren sin kompetanse, vernepleiarens arbeidsmodell, miljøarbeid, betydning av å ha ei god psykisk helse, korleis miljøterapi kan bidra til betre tenestetilbod og kognitiv tilnærming og perspektiv.

6.2 Konklusjon

Da eg tok fatt på denne oppgåva hadde eg med meg min forforståing som sa at menneske med psykisk utviklingshemming som utviklar psykiske lidningar ofte ikkje får avdekka eller behandling for sine psykiske lidningar. Diagnostisk overskygging er ei av årsakene til at psykiske lidningar ikkje blir oppdaga (Bakken 2012). Gjennom arbeidet med oppgåva har eg fått ein økt forståing av betydninga til det systematisk arbeid ved å kunne observere og avdekke symptom. Kartlegging og dokumentasjon er to viktige element for å kunne forme og utvikle tenestetilbodet til kvar enkelt brukar. Som vernepleiar skal ein gjennom utdanning ha tileigna seg kunnskap og kompetanse på observasjon og kartlegging. Brask, Østby og Ødegård (2016) viser til at miljøarbeid er ein sentral del av vernepleiarens kompetanse. I miljøarbeid arbeidar ein med ein fagleg tilnærming for å kunne påverke ein auke i meistring og livskvalitet. Vernepleiarens arbeidsmodell (vedlegg 1) er eit

systematisk kartleggingsverktøy som bør brukast meir innan miljøarbeid for å kunne avdekke angst og andre psykiske lidningar.

I litteraturstudien har eg tileigna meg kunnskap om at det ofte er sjølv grunnlidinga psykisk utviklingshemming som fører til økt sårbarheit for å utvikle angstlidningar. Studien har bekrefta at nærpersonar må ha kunnskap om utviklingshemming og angst. Det har stor betydning for å kunne forebygge, avdekka og kunne gje behandling for angstlidningane som oppstår (NAKU 2020). Kunnskapen om psykisk utviklingshemming og psykiske lidningar var avgrensa fram til siste 15-20 åra. Tidlegare var mange ikkje klar over at utviklingshemma hadde ei psykisk helse med sanseliv og reaksjonar på motgang slik resten av befolkninga hadde jf. punkt 2.3. Faglitteraturen på dette feltet viser ei tilnærma lik einigheit om at utviklinga med å anerkjenne at utviklingshemma kan utvikle psykiske lidningar er relativ ny.

Kunnskap- og kompetanseheving må stå i fokus framover, noko behovet og tilseier (Eknes 2011). Sjølv om eg såg på ulike kjelder var det ein tilnærma felles einigheit i at ein må auke kunnskapsnivået om psykiske lidningar hos psykisk utviklingshemma for å kunne avdekke, gjere utredning og behandle lidningane (NAKU 2020). Å oppfordre vernepleiarane og anna helsepersonell om å kontinuerleg vise sin nødvendige og unike kunnskap vil føre til betre helsearbeidarar. Ein bør bidra til at kompetanse- og fagmiljøa er endringsvillige og har eit kontinuerleg fokus på å tileigna seg kunnskap og kompetanse. Kunnskap skapar endring og utvikling der resultatet vil vere eit tenestetilbod som kan møte utfordringar med kompetanse til å handtere dette.

Dagens status er at det for over 20 år sidan begynte det å skje utvikling med fokus på at utviklingshemming utviklar psykiske lidningar på lik linje med normalbefolkninga. Sidan det har skjedd relativt nyleg at ein har anerkjent og sett at utviklingshemma utviklar psykiske lidningar stadfesta denne litteraturstudien mine meiningar. Det har vore for lite fagleg kunnskap om mental helse og ikkje vore nok integrert i tenestetilbodet til menneske med utviklingshemming. Eg håper denne oppgåva kan bidra til å belyse betydninga av å ha kunnskap om psykiske lidningar hos menneske med psykisk utviklingshemming.

Vernepleiaren har ei viktig rolle i det daglege tenestetilbodet retta mot utviklingshemma. Funn i litteraturstudien viser til kor viktig rolle nærpersonane som yter dagleg tenester har i forhold til å ha den nødvendige kompetanse. Det er her ein kan starte forebyggande tiltak

eller å avdekke teikn, signal og symptom som brukarane ein yt tenester til viser (NAKU 2016).

I mange tilfelle er utviklingshemma heilt avhengige av at vernepleiarane fangar opp signal eller symptom slik dei kan få tilpassa tenester etter deira behov. Utviklingshemma kan ha vanskar med å beskrive korleis dei har det eller dei ikkje evnar til å forstå eget sjukdomsbilde. For å kunne få eit betre tenestetilbod og livskvalitet vil vernepleiaren gjere ein forskjell gjennom observasjonar og kartlegging. Angst er mentalt krevjande, det er slitsamt og opplevast som ubehageleg. Utviklingshemming diagnosen kan føre til at symptoma på angst utartar seg på andre måtar enn hos andre. Det viser kor viktig det er å arbeide systematisk med dokumentasjon slik ein kan klare fange opp endringar som oppstår hos kvar enkelt brukar (Wigaard og Bakken 2012). Min konklusjon er at funn eg har gjort i faglitteratur stadfestar at vernepleiaren kan bidra til at tenestetilbodet kan bli betre for kvar enkelt brukar gjennom eit systematisk arbeid slik eg har lagt fram i drøftinga.

Referanseliste

Aadland, Einar. 2011. *Og eg ser på deg...* Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise. 2012. «Særlige utfordringer.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*, redigert av Mette Egelund Olsen, 31-35. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen (red.). 2012. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise og Nils Egil Foss. 2012. «Posttraumatisk stresslidelse.» I *Psykiske lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*, redigert av Mette Egelund Olsen, 133-144. Oslo: Universitetsforlaget.

Bibsys. Biblioteket ved Høgskulen Molde. *Hva er Oria?* <https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/prim-explore/search?vid=HIM&lang=no> sist sett 19.05.2020

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter 4.utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Direktoratet for e-helse. 2020. *ICD-10*. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1> sist sett 21.05.2020

Eide, Hilde og Tom Hilde. 2017. *Kommunikasjoner i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eknes, Jarle. 2011. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.). 2009. *Utviklingshemning og habilitering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling (red.). 2014. *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling (red.). 2014. «Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn.» I *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*, redigert av Karl Elling Ellingsen, 23-45. Oslo: Universitetsforlaget.

Ellingsen, Karl Elling og Kim Berge. 2014. «Helsefagets rolle i den vernepleiefaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn.» I *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*, redigert av Karl Elling Ellingsen, 192-212. Oslo: Universitetsforlaget

Fagplan for vernepleie utdanning. 2012. Høgskulen i Molde. Henta frå <http://studiehandbok-arkiv.himolde.no/content/download/15011/350296/version/1/file/Fagplan%2B2012%2Bvernepleie-revidert2014.pdf>

Fellesorganisasjonen (FO). 2017. *Vernepleier. Om vernepleieyrket*. <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf> sist sett 12.04.2020

Fellesorganisasjonen (FO). 2018. *Vernepleiere i psykisk helse*. <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf> sist sett 18.05.2020

Folkehelseinstituttet (FHI). 2016. *Fakta om livskvalitet og trivsel*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/> sist sett 06.05.2020

Forskning. 2012. *Hva er hermeneutikk?* <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732> Sist sett 14.04.2020

Forskrift om nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanning. *Forskrift om nasjonale retningslinjer for vernepleierutdanning*. Fastsatt ved kgl.res. 15.mars 2019.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411> sist sett 02.05.2020

Helgesen, Leif A. 2011. *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Helsedirektoratet. 2017. *Dette gjør helsedirektoratet*.
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> sist sett 15.04.2020

Helsedirektoratet. 2020. *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra
<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599502> sist sett 19.05.2020

Helse Norge. 2018. *Angstlidelser*. <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser> sist sett: 01.05.2020

Helsetilsynet. 2015. *Rett til et verdig tjenestetilbud*.
<https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/helse--og-omsorgstjenester/rett-til-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/rett-til-et-verdig-tjenestetilbud/> sist sett: 29.04.2020

Helverschou, Sissel Berge. 2018. «*Psykisk helse hos personer med autisme og utviklingshemming*.» NAKU. <https://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-autisme-og-utviklingshemming> sett: 24.05.2020

Holden, Børge. 2009. *Utfordrende adferd og utviklingshemming. Adferdsanalytisk, forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Holden, Børge. 2016. *Utfordrende adferd og utviklingshemning. Adferdsanalytisk, forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hovden, Tarjei og Trine Lise Bakken. 2015. «Utviklingshemming, autisme og schizofreni: En pasienthistorie om kommunale tjenester.» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 12 (3): 239-248

https://www.idunn.no/tph/2015/03/utviklingshemming_autisme_og_schizofreni_enpasient_histor sett: 24.05.20

Idunn. 2020. *Om Idunn*. <https://www.idunn.no/info/om> sist sett: 28.04.2020

Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet.» I *Utviklingshemming og habilitering*, redigert av Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 31- 44. Oslo: Universitetsforlaget.

Larsen, Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard (red.). 2014. *Lærebok utviklingshemming og aldring(2utg)*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Lovdata. 2020. *Om lovdata*. https://lovdata.no/info/om_lovdata

Løkke, Jon A. 2014. «Sjekkliste inkludert kasusformuleringer som støtte ved skjønn i målretta miljøarbeid.» I *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn*, redigert av Karl Elling Ellingsen, 119 – 137. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Melgård, Torhild. 2011. «Utviklingshemming.» I *Utviklingshemming og psykisk helse*, redigert av Jarle Eknes, 11-32. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). 2016. *Hva er god psykisk helse* <https://naku.no/kunnskapsbanken/hva-er-god-psykisk-helse> lest sist sett 27.04.2020

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). 2018. *Om påvisning, utredning og behandling av psykiske lidelser blant mennesker med psykisk utviklingshemming* <https://naku.no/kunnskapsbanken/pavisning-utredning-og-behandling>
Sist sett 06.05.2020.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). 2019. *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming> sist sett 27.02.2020

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). 2020. *Angst hos personer med utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-angst> sist sett 11.04.2020

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU). 2020. *Om naku* <https://naku.no/omnaku> Sist sett 13.04.2020

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

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykatri for helse- og sosialutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

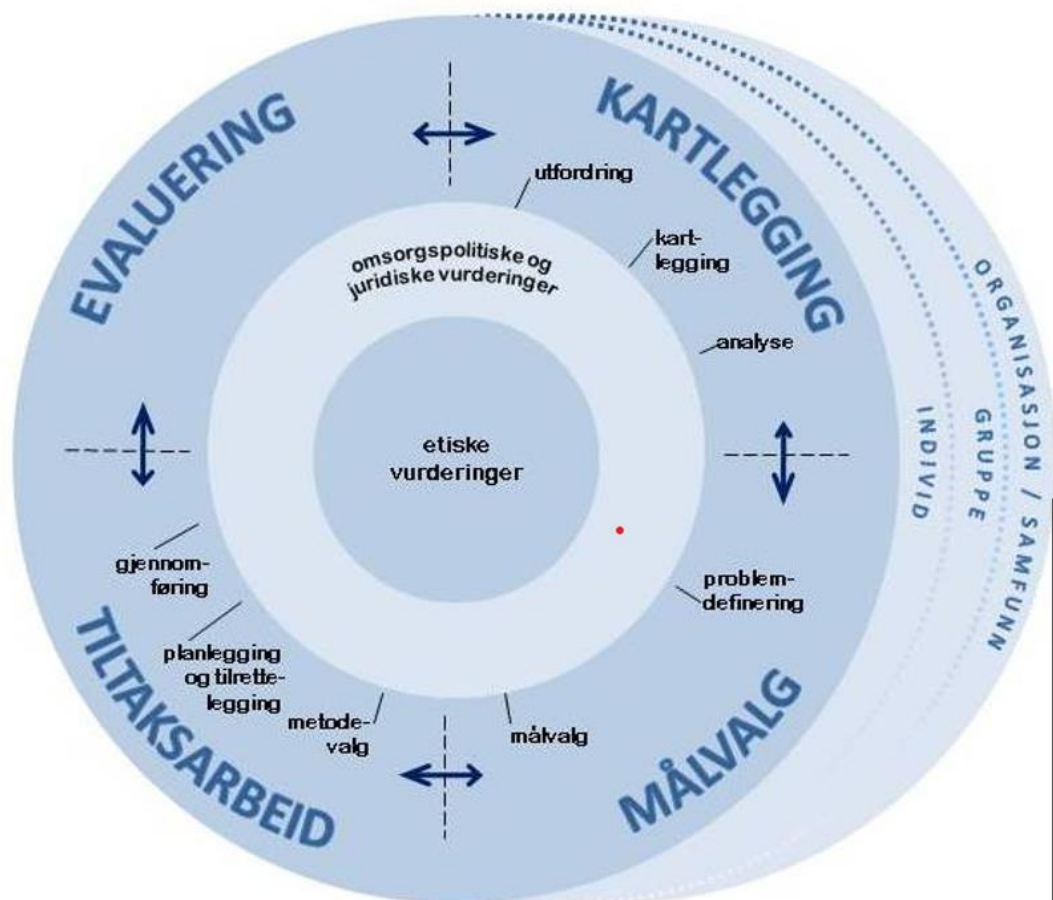
Stiftelsen SOR (SOR). 2015. *Sensoriske dysfunksjoner og kognitiv overbelastning hos mennesker med psykisk utviklingshemming*. <https://www.stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2015/4/SOR%20Rapport%20%204-2015%20s%2014-31%20Sensoriske%20dysfunksjoner%20og.pdf> Sist sett 01.03.2020

Vatne, Solveig. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vernepleier. 2020. *Vernepleier, hva er det?* Sett: 20.05.20 <https://vernepleier.no/vernepleier/>

Wigaard, Elisabeth og Frode Kibsgaard Larsen. 2014. «Hva vil det si å ha en utviklingshemning?» I *Utviklingshemning og aldring*, redigert av Elisabeth Wigaard, 21-25. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Wigaard, Elisabeth og Trine Lise Bakken. 2012. «Angstlidelser.» I *Psykiske lidelse hos voksne personer med utviklingshemming*, redigert av Mette Egelund Olsen, 62-78. Oslo: Universitetsforlaget.



Figur 1 - Vernepleierens arbeidsmodell (VerA)

Bilde tatt frå (Fagplan for vernepleieutdanning ved høgskulen i Molde 2012)