



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvordan vernepleieren kan bidra til å avdekke posttraumatisk stresslidelse hos personer med utviklingshemming / How the social educator can detect posttraumatic stressdisorder in people with developmental disabilities

Ida Iselin Hansen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, Innleveringsdato: 25.05.2022



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 §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<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: Ragna Knardal

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: 25.05.2022

Antall ord: 10718

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Oppgavens oppbygging	2
1.2	Vernepleiefaglig relevans	2
2.0	Avgrensning av problemstilling	4
2.1	Begrepsavklaring	5
2.1.1	Utviklingshemming	5
2.1.2	Lett utviklingshemming	5
2.1.3	Moderat utviklingshemming	5
2.1.4	Alvorlig utviklingshemming	6
2.1.5	Posttraumatisk stresslidelse	6
2.1.6	Vernepleier	6
2.1.7	Kartlegging	7
3.0	Metode	8
3.1	Presentasjon av metode	8
3.2	Litteratursøk	8
3.3	Forforståelse	10
3.4	Kildekritikk	11
4.0	Teoridel	12
4.1	Historisk tilbakeblikk på behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming	12
4.2	Årsaker til PTSD	13
4.3	Symptomer og tegn på PTSD	14
4.4	Utfordrende atferd som tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming	15
4.5	Konsekvenser av uoppdaget PTSD	17
4.6	Diagnostisk overskygging	18
4.7	Vernepleierens kartlegging	19
4.8	Kjernerollene i kartlegging	21
4.9	Kartleggingsverktøy	22
4.10	Helsepersonell sitt perspektiv	24
5.0	Drøfting	25
5.1	Forskning og kjerneroller	25
5.2	Kan utviklingshemming påvirke tegn på PTSD?	27
5.3	Graden utviklingshemming og tegn på PTSD	30

5.4	Vernepleierens kartlegging.....	31
6.0	Avslutning og refleksjon.....	35
	Litteraturliste.....	38

1.0 Innledning

Temaet i min bacheloroppgave handler om hvordan vernepleieren kan avdekke tegn på posttraumatisk stresslidelse hos personer med utviklingshemming. Studien til Ryan viser at personer med utviklingshemming ofte blir misbrukt både fysisk, følelsesmessig og seksuelt. Dette ble oppdaget under et rutinemessig psykiatrisk intervju og journalgjennomgang (Ryan 1994). Bakgrunnen for valg av tema er ønsket om å tilegne meg kunnskaper som kan bidra til at jeg skal kunne observere og registrere tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Min problemstilling er som følger: ***Hva kan være tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og på hvilken måte kan vernepleieren kartlegge disse?***

Temaet anser jeg som samfunnsaktuelt da jeg har funnet flere saker gjennom aviser som belyser overgrep, og misbruk hos personer med utviklingshemming. I den anledning velger jeg å trekke frem to nylig saker for å belyse temaet sin relevans. Ene saken er for 2019, og trekker fram at en mann har misbrukt og utnyttet en person med lettere grad utviklingshemming (Størksen 2019). Andre saken er fra 2020, og handler om en person med lettere grad utviklingshemming som ble utnyttet til å ha samleie med en annen person (Braaten 2020). Gjennom mine litteratursøk har jeg ikke funnet omfattende studier som omhandler PTSD hos personer med utviklingshemming. Det kommer frem av litteraturen som jeg har lest at det har vært mange triste skjebner, historier og behandling rundt personer med utviklingshemming. Dette mener jeg øker behovet for å gjøre studier om mennesker med utviklingshemming og posttraumatisk stresslidelse.

Jeg har erfart at fagpersoner forklarer årsaken til utfordrende atferd på bakgrunn av diagnosen til personen. Det kan være andre årsaker som for eksempel både somatikk og miljø som kan ligge til grunn for utfordrende atferd. Om en person har begrenset verbalt språk kan gjenopplevelser vises i form av utfordrende atferd, og dermed være et resultat av opplevde traumer (Bakken og Foss 2012). Forklaringen om utfordrende atferd vil komme frem senere i oppgaven. Hensikten med oppgaven vil være å belyse kjennetegn på posttraumatisk stresslidelse hos mennesker med utviklingshemming. Med en slik forståelse

kan også utfordrende atferd bli forstått på en annen måte. Gjennom arbeid med oppgaven søker jeg å finne ut om det kan være en sammenheng mellom utfordrende atferd og posttraumatisk stresslidelse hos personer med utviklingshemming. Jeg vil også finne ut hvordan PTSD kan vise seg hos mennesker med utviklingshemming, og hvordan vernepleieren kan kartlegge disse.

1.1 Oppgavens oppbygging

Jeg starter med å presentere problemstillingen, deretter en avgrensning og begrepsavklaring. Gjennom begrepsavklaring belyser jeg forståelsen for begrepene som er benyttet i problemstillingen. Min forforståelse for temaet, og hvordan jeg har utført litteratursøk vil bli presentert i metodekapittelet. Videre ønsker jeg å trekke frem relevant teori om observasjonsmetodene funksjonell analyse og toleransevinduet, fordi de avdekker situasjoner som viser observerbare kjennetegn på PTSD i hvert enkelt individ. Jeg tar også med teori om helsepersonell sine fagkunnskaper i teori- og drøftingsdelen. Til slutt kommer avslutning og refleksjon.

1.2 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleiere yter blant annet tjenester til mennesker med utviklingshemming, og det er, slik jeg ser det, relevant å rette søkelys mot tegn på posttraumatisk stresslidelse hos denne gruppen mennesker. Ved å ha kunnskaper rundt dette kan vernepleiere dekke et omsorgsbehov, og utarbeide relevante tiltak til de som har PTSD. Min teoridel handler om å avdekke tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og hvordan vernepleieren kan kartlegge disse.

«Vernepleierutdanningen har historisk sett vært nær knyttet til omsorgen for mennesker med utviklingshemming» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015:15). Dette er en av årsakene til at temaet er vernepleiefaglig relevant. Det finnes flere grunner til at temaet er vernepleiefaglig aktuelt, da vernepleieren skal kunne legge miljøet til rette for økt mestring

og støtte (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). En vernepleier vil også kunne stimulere til både utvikling og læring for personer med utviklingshemming. Ved økt kunnskap om PTSD hos mennesker med utviklingshemming kan det være med på å styrke omsorgsbehovet til de som mottar tjenester.

2.0 Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen tar utgangspunkt i PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Da det er ulike grader utviklingshemming, har jeg besluttet å avgrense konsentrasjonen mot lett, moderat og alvorlig grad av utviklingshemming hos voksne. Det vil si at dyp, uspesifisert, annen utviklingshemming og barn blir utelukket. Litteraturen omhandler hovedsakelig personer med lett grad utviklingshemming, men jeg har også funnet litteratur som inkluderer moderat og alvorlig utviklingshemming. Mange artikler nevner disse tre gradene samtidig. Ved å ta utgangspunkt i de ulike gradene utviklingshemming, kan vernepleieren få oversikt over hvordan tegnene viser seg på ulike måter, og likhetstrekk. Det kan bidra til å synliggjøre hvorfor en generalisering kun av begrepet utviklingshemming kan føre til at man går glipp av viktige observasjoner.

Jeg velger å bare konsentrere meg om mennesker med utviklingshemming som er brukere av en kommunal omsorgstjeneste, av hensyn til oppgavens omfang. Subjektive symptomer er sykdomstegn som kun kan oppleves av en selv, mens objektive symptomer vil være det samme som tegn. Bakgrunnen for dette er at objektivitet kan iakttas av andre (Faiz 2018). Jeg velger å bruke benevnelsen tegn i problemstillingen, og ikke symptomer.

Problemstillingen inkluderer vernepleiere, og deres kartleggingskompetanse. Kartlegging er en av de mest omfattende delene av vernepleierens arbeidsmodell, kalt VerA på høyskolen i Molde. Selv om arbeidsmodellen fungerer som en dynamisk og helhetlig modell, ansees kartlegging som området med mest relevans når det kommer til observasjon og registrering av tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Oppgaven vil derfor ikke inkludere analyse-, målvalg, tiltak, og evaluering, da dette vil bli for omfattende for problemstillingen. Oppgaven vil også ta utgangspunkt i toleransevinduet, dokumentasjon, funksjonell analyse og kritisk refleksjon som kartleggingsverktøy, da vernepleierens oppgaver er begrenset når det gjelder utredning av PTSD hos mennesker med utviklingshemming.

2.1 Begrepsavklaring

2.1.1 Utviklingshemming

Definisjonen på psykisk utviklingshemming er ifølge ICD-10:

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale (Direktoratet for e-helse 2022).

Det er vanskelig å beskrive utviklingshemming generelt, da det er forskjellige grader utviklingshemming (Holden 2016). Selv om ICD-10 benytter begrepet «psykisk utviklingshemming», er dette noe jeg ikke kommer til å benytte i min oppgave. Ifølge Snoek og Engedal (2017) er psykisk utviklingshemming ikke en psykiatrisk lidelse i seg selv, derfor kommer jeg til å skrive «mennesker med utviklingshemming» istedenfor «utviklingshemmede» og «psykisk utviklingshemmede», da det er sentralt å plassere mennesket først, og ikke diagnosen.

2.1.2 Lett utviklingshemming

Ifølge ICD-10 er IQ-nivået til en person med lett utviklingshemming mellom 50 og 69. Hos voksne ligger mental alder mellom 9 og 12. Vanligvis følger lærevansker i skolen, men mange voksne er i stand til å både arbeide, ha gode sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats (Direktoratet for e-helse 2022). Korttidsminnet, og språket er konkret og umodent sammenlignet med jevnaldrende, og en begrenset forståelse av risikovurderinger kan også vise seg (Holden 2016)

2.1.3 Moderat utviklingshemming

Ved moderat utviklingshemming ligger IQ-nivået anslagsvis mellom 35 og 49. Hos voksne ligger mental alder fra 6 til under 9 år. Moderat utviklingshemming er vanligvis markert i barndommen, men de fleste kan lære seg å utvikle noen grad av uavhengighet når det gjelder å sørge for seg selv, og oppnå en tilstrekkelig kommunikasjon og noen

skoleferdigheter. Voksne vil kunne trenge varierende grad av støtte i det daglige (Direktoratet for e-helse 2022).

2.1.4 Alvorlig utviklingshemming

IQ-nivået hos personer med alvorlig utviklingshemming ligger mellom 20 og 34. Hos voksne vil en mental alder være fra 3 til under 6 år. Ved alvorlig utviklingshemming trenger vedkommende kontinuerlig omsorgsbehov (Direktoratet for e-helse 2022). Talespråket fremstår som både begrenset når det gjelder grammatikk og ordforråd, men kan forstå enkelt språk og gester (Holden 2016).

2.1.5 Posttraumatisk stresslidelse

Posttraumatisk stresslidelse kan ifølge Bakken og Foss (2012) defineres på følgende måte:

Posttraumatisk stresslidelse er en langvarig eller forsinket reaksjon på en meget belastende livshendelse eller situasjon. Belastningen skal være av usedvanlig truende eller katastrofal art (Bakken og Foss 2012:134).

Med usedvanlig truende eller katastrofal art menes traumatiske stressorer, som for eksempel ulykker eller overfall for å nevne noen (Bakken og Foss 2012). Posttraumatisk stresslidelse betyr derfor å ha en reaksjon på noe man har opplevd tidligere, som kan vise seg i form av ulike symptomer. Begrepet «PTSD» er forkortelsen for posttraumatisk stresslidelse, og vil i noen tilfeller benyttes i oppgaven.

2.1.6 Vernepleier

«Vernepleierens kompetanse beskrives ofte som tredelt – helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig» (Owren og Linde 2011:13). Vernepleiere er autorisert helsepersonell med både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag, dette er derfor noe som vil bli lagt vekt på i oppgaven. Vernepleierens kompetanse rettet mot mennesker med

kognitive funksjonsnedsettelse og tiltaksarbeid vil være hovedområde for oppgaven (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

2.1.7 Kartlegging

Kartlegging handler om innhenting av informasjon, som kan foregå gjennom for eksempel observasjoner, selvrapporteringer eller samtaler for å nevne noen. Informasjonen vernepleieren innhenter gjennom kartlegging varierer ut fra valg av kartleggingsverktøy (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). «Kartlegging er av avgjørende betydning for å unngå tilfeldigheter og sikre kvaliteten i resten av arbeidsprosessen» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015:69).

3.0 Metode

3.1 Presentasjon av metode

For å belyse problemstillingen har jeg valgt kvalitativ metode. «De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland 2012:112). Denne metoden er valgt fordi den vil bidra til å trekke frem opplevelsene tjenesteytere har opplevd når det gjelder PTSD hos mennesker med utviklingshemming, som kan bidra til forståelse. Oppgaven baseres på litteraturstudie. Dalland (2012) hevder at litteratur er et vesentlig grunnlag, da det er denne kunnskapen det blir tatt utgangspunkt i når problemstillingen drøftes.

3.2 Litteratursøk

Det overordnede tema for fremstillingen av litteratursøket er tegn på posttraumatisk stresslidelse hos mennesker med utviklingshemming. For å gjøre et systematisk søk har jeg valgt å dele problemstillingen inn i to områder. Det første området jeg ville undersøke er om temaet PTSD er utbredt, og hva slags tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming helsepersonell bør se etter. Det andre området jeg ønsker å undersøke er å finne ut hvordan helsepersonell opplever mennesker med utviklingshemming og traumer, og hva vernepleiere kan gjøre for å kartlegge tegn på PTSD. Dette handler om å få frem tjenesteyterens perspektiv i møte med personer som har opplevd traumer, og hvordan vernepleieren kan hjelpe.

Fremgangsmåten som er benyttet i litteratursøkene er søkebasene Psychinfo, Medline og Oria. I søkeprosessen startet jeg med å søke på norsk, her fant jeg ut at det ikke var mange forskningsartikler, og bestemte meg derfor for å søke på engelsk. Ved å søke med et internasjonalt språk viste dette en markert økning i antall artikler. Søkeordet «PTSD» ble benyttet, deretter valgte jeg «mp search as key word», på den måten får jeg frem alt som har med PTSD å gjøre. Videre velger jeg OR «posttraumatic stress disorder» for å få frem artiklene som ikke velger å bruke forkortelsen. Ved å bruke dette søkeordet fikk jeg veldig mange treff, noe som gjorde at jeg måtte kombinere ord med bindeordet AND. Dette gjorde jeg med søkeordene «Intellectual disabilities», OR «Intellectual Development» OR

«Developmental disabilities». Videre kombinerte jeg søkeordene «characters», «symptoms» og «signs». Ved å kombinere disse søkeordene har søket mitt blitt begrenset slik at jeg kun får artikler om utviklingshemming, PTSD, og tegn. Søkeordene «mild», «moderate» og «severe» har også blitt brukt der jeg har ønsket å finne artikler som kun har rettet seg mot en eller flere av gradene utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming med PTSD, har jeg funnet mindre forskningsartikler om, enn jeg hadde håpet, derfor har snøballmetoden blir benyttet på flere områder. Her har jeg startet med å lese gjennom det lille utvalget jeg hadde av artikler, for deretter å oppdage nye informanter gjennom disse. Snøballmetoden brukes for å beskrive en utvalgsmetodikk der man starter med et lite utvalg, som gradvis vokser ved at forskeren får tips til nye informanter gjennom førstekontaktene (Tjora 2012). Metoden førte meg for eksempel frem til en artikkel som omhandler utfordrende atferd som tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming.

Artiklene jeg henviser til gjennom oppgaven har jeg vurdert som relevante for å besvare problemstillingen. Artiklene er hovedsakelig fra Norge, men artikler fra Østerrike, Danmark og Storbritannia har også blitt inkludert. Tre av artiklene viser til studier utført i Norge, mens de tre andre er utført i Østerrike, Danmark og Storbritannia. Det viser at det forskers innenfor dette område, og det synes jeg er positivt. På grunn av at artiklene har vært engelskspråklig har det tidvis vært utfordrende å kvalitetssikre informasjonen til tross for bruk av både ordbøker og oversettelsesprogrammer. Feiltolkninger kan derfor forekomme i oppgaven.

Jeg har satt tre kriterier i arbeid med å søke etter relevant litteratur der første kriteriet er at artikkelen er basert på kvalitativ metode, det andre kriteriet er at litteraturen er reliabel og valid. Betydningen og benyttelsen av verdien av disse begrepene vil komme frem underkapittelet om kildekritikk. Det siste kriteriet er at litteraturen skal være norsk- eller engelskspråklig. «Når kilden er funnet, må den vurderes både i forhold til kvalitet og hvorvidt den er relevant for ditt arbeid» (Dalland 2012:63).

Pensumbøker fra alle tre årene, og andre relevante bøker har også blitt benyttet for å svare på problemstillingen. Spesielt angående kartlegging og vernepleierens kompetanse innenfor dette. Jeg har holdt meg til primærkilder både når det gjelder artikler og bøker. Om bøker eller artikler likevel nevner andre forfattere har jeg forsøkt å finne fram til disse gjennom deres litteraturlister. Der det ikke har vært mulig, grunnet begrensninger i tilgang, har jeg benyttet meg av sekundærkilder. Ifølge Dalland (2012) er det enklere å arve andres feiltolkninger og unøyaktigheter når forskere benytter sekundærkilder. Dette har jeg derfor vært bevisst på.

3.3 Forforståelse

Ifølge Dalland (2020) er det ønskelig å møte et fenomen så forutsetningsløst som mulig, men det er tilnærmet umulig å ikke ha noen tanker om temaet på forhånd. «Normen sier at du skal være din forforståelse bevisst» (Dalland 2020:60). Forelesninger fra første året handlet blant annet om historien og utviklingen av boforhold for mennesker med utviklingshemming. Her ble det også presentert at mange ble utsatt for overgrep og traumatiske hendelser. Tøssebro (2010) skriver for eksempel om en institusjon for mennesker med psykisk utviklingshemming, etablert av Emma Hjort i 1898. Av enkelte ble denne kalt torturkammer eller konsentrasjonsleir. Videre skriver forfatteren om at på 1900-tallet var det mange reaksjoner rundt begrepet normalisering av mennesker med utviklingshemming, for eksempel mente mange at dette var naivt da personer med utviklingshemming ble oppfattet som «ikke normale». Mens andre mente at de er syke og annerledes (Tøssebro 2010). Det at mennesker med utviklingshemming skal bli normalisert i samfunnet har skapt latterliggjøring, likegyldighet og forfølgelse gjennom tidene (Askheim 2003).

Jeg har altså fått mye informasjon om historien til mennesker med utviklingshemming gjennom forelesninger, som har bidratt til å forme min forforståelse. Dermed har jeg utviklet tanker om at mange kan ha opplevd traumatiske opplevelser og diskriminering gjennom livet. Denne forforståelsen kan ha påvirket problemstillingen min i den retning at jeg retter oppmerksomheten mot tegn på posttraumatisk stresslidelse hos mennesker med

utviklingshemming. I tillegg har jeg hørt lite om behandling av PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og har derfor utviklet en forforståelse for at det kanskje ikke ofte oppstår. Det kan tenkes at årsaken er mangel på kunnskaper om tegn og symptomer på PTSD, dette er derfor noe jeg ønsker å undersøke nærmere.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om metoder som er brukt for å skille verifisert opplysning fra spekulasjoner. Det stilles krav til at metodene som er brukt ved litteratursøk er troverdige, som vil si at validitet og reliabilitet må være oppfylt. Validitet handler om relevans og gyldighet. Det betyr at det som måles må ha relevans og være gyldig for problemstillingen eller det som skal undersøkes ellers. Reliabilitet betyr pålitelighet, det vil si at målingene som blir utført må gjøres korrekt. I tillegg må feilmarginer oppgis om det er tilfelle (Dalland og Trygstad 2012).

Ved utførelse av databasesøk fant jeg ut at det var få artikler som omhandlet temaet mitt. Det kan bety at det ikke har vært mye forskning på feltet, som har ført til at jeg har tatt i bruk eldre versjoner av artikler. Et eksempel på dette er artikler fra Ryan (1994). Ved måling av reliabilitet har jeg lagt merke til at noen av artiklene som eksisterer henviser til denne forfatteren. Dette styrker påliteligheten i denne personen sine artikler. I tillegg la jeg merke til at det ofte var de samme forfatterne som gikk igjen i flere artikler og bøker.

Ved databasesøk har jeg lest flere artikler, og observert at mange hevder det samme. Jeg stoler derfor på at det jeg skriver i oppgaven er korrekt. Dette styrker både påliteligheten og gyldigheten. For å vurdere relevansen av artiklene har jeg begrenset søkene mine ut fra problemstillingen. På den måten får jeg frem artikler som er relevante, og som kan brukes for å besvare oppgaven. I tillegg har jeg vurdert kilden ut fra sammendragene eller mellomoverskrifter for å avgjøre om artiklene belyser problemstillingen. For å avgjøre om litteraturen er relevant og pålitelig, har jeg lest og benyttet flere bøker, sammenlignet og funnet primærkilden, samt sett gjennom kapitler og stikkordliste.

4.0 Teoridel

4.1 Historisk tilbakeblikk på behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming

Rundt 1980-tallet var tanken om at mennesker med utviklingshemming kunne ha psykiske lidelser, veldig lav i de fleste fagmiljøer. Det var flere grunner til denne tanken. For det første ble symptomer på psykiske vansker og lidelser ansett å være en del av utviklingshemmingen. For det andre var tanken om at mennesker med utviklingshemming ikke hadde kognitiv kapasitet til å utvikle slike vansker. For det tredje ble det argumentert med at lidelsene de fikk, viste seg på en annen måte enn i befolkningen ellers. Det resulterte i underrapportering og underdiagnostisering ved psykiske forstyrrelser blant mennesker med utviklingshemming (Bakken 2012).

I 1991 ble HVPU-reformen avviklet. Forkortelsen står for «helsevernet for psykisk utviklingshemmede». Det var fylkeskommunal drift av institusjonene. Det ble bestemt i avviklingen at omsorgen for personer med utviklingshemming skulle bli flyttet til kommunene for å fremme normalisering og integrering (Tøssebro 2010). Når kommunene fikk ansvaret for helsetjenester, pleie og omsorg til mennesker med utviklingshemming fikk de også myndighet til å henvise til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Ulempen var at mange av disse ikke var villig og heller ikke kompetente nok til å ta ansvar for diagnostisering og behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Årsaken til dette var hovedsakelig fordi atferdsproblemer, ble antatt å være en del av utviklingshemmingen (Skullerud mfl. 2000). Dette gjorde at få eller ingen fikk diagnostisert ulike psykiske lidelser, og dermed behandlinger ut fra det.

4.2 Årsaker til PTSD

Det er finnes ikke mange publikasjoner som beskriver hva slags hendelser som typisk kan utløse traumer for mennesker med moderat, alvorlig eller dyp utviklingshemming. De publikasjonene som finnes om utredning og behandling, omhandler hovedsakelig lett utviklingshemming (Bakken og Foss 2012).

Posttraumatisk stresslidelse kan oppstå om man opplever hendelser som dødsfall, alvorlig skade eller seksuell vold (Kildahl mfl. 2020). Andre eksempler kan være krigshendelser, ulykker og brann (Bakken og Foss 2012). Det har også blitt rapportert om hendelser som omhandler flytting fra foreldre eller ofte flytting mellom ulike kommunale omsorgsboliger som årsak til PTSD (Bakken mfl. 2014).

En studie viser til et tilfelle hvor en person med alvorlig utviklingshemming nektet å dra på en undersøkelse og det ble vist gjennom utfordrende atferd overfor de ansatte, og som en reaksjon på dette igjen ble det utøvet fysisk tvang. Det gjorde at personen utviklet PTSD, og fikk tegn som unngåelse av å være passasjer i bil, og gjenopplevelser av traume når det gjelder sykehusuniformer (Kildahl og Jørstad 2021). Det kan derfor tenkes at vernepleiere bør være varsomme når det gjelder handlingsorientering da dette kan trigge PTSD. I slike tilfeller bør tjenesteytere derfor utføre en faglig og etisk vurdering på om handlingen kan føre til mer skade, for eksempel i form av PTSD. Owren og Linde (2020) hevder at samhandling og tjenesteutøvelse i stor grad er påvirket av skjønnsmessige vurderinger fra tjenesteyterne.

Det har blitt gjort funn på at utviklingen av PTSD har en sammenheng med graden av utviklingshemming. For eksempel har det blitt gjort undersøkelser der mennesker med utviklingshemming har en større sannsynlighet for å oppleve PTSD symptomer og tegn, da andre uten utviklingshemming ofte kan vurdere hvilke situasjoner som trigger gjenopplevelse av traume, og dermed unngå disse. Dette kan derfor bety at desto lavere utviklingsnivå en har desto større sannsynlighet er det for å utvikle PTSD symptomer (Mevisen og De Jongh 2010). Dette kan ha en betydning for årsaken til hvorfor PTSD symptomer oftere kommer frem hos mennesker med utviklingshemming.

4.3 Symptomer og tegn på PTSD

Det er tre kjernesymptomer på posttraumatisk stresslidelse, disse er: gjenopplevelse av traumet, unngåelse og hyperårvåkenhet som handler om å være overfølsom på omgivelsenes stimuli (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Dette kan vises gjennom symptomer slik som flashbacks og mareritt som handler om å gjenoppleve minner om traumet. I tillegg kan en oppleve å distansere seg fra andre mennesker. Unngåelse av aktiviteter eller situasjoner som kan fremkalle minner, vaksomhet, økt skvettenhet og søvnløshet er andre tegn. Angst og depresjon er vanlig, samt selvmordstanker (Direktoratet for e-helse 2022). Andre tegn kan være dramatiske som akutte utbrudd i form av aggresjon og humørsvingninger (Bakken og Foss 2012). Ved å ha kunnskap om symptomer og tegn på PTSD kan dette gjøre det enklere for en vernepleier å observere og registrere, for deretter å iverksette eventuelle tiltak og behandling.

Der det foreligger en moderat eller alvorlig utviklingshemming, kan utfordringer knyttet til manglende verbalt språk oppstå ved registrering av tegn på PTSD. Mennesker med moderat utviklingshemming har ofte verbalt språk, derfor ligger muligheten for å fortelle om traumatiske hendelser der, mens de med alvorlig utviklingshemming har begrenset med ordforråd eller kommuniserer ikke verbalt i det hele tatt (Bakken mfl. 2014). Desto lavere utviklingsnivå personen har desto høyere sannsynlighet er det for en atferdsendring, enn verbal selvrappport (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Derfor vil det være viktig å fange opp tegn som ikke alltid kan fortelles.

En gjennomført studie legger frem resultatene fra ulike observerbare symptomer på PTSD hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming. Noen observerbare og målbare tegn som ble vist hos to personer med moderat utviklingshemming var blant annet angstanfall, svetting, økt puls, hyperventilering, sinne og frustrasjon for å nevne noen. Hos de med alvorlig grad utviklingshemming ble det observert panikkanfall, kasting av

objekter, fysiske angrep mot personalet, selvskading, økt puls og deprimert atferd (Bakken mfl. 2014).

Det ble gjort en studie på flere personer med ulik grad utviklingshemming, der en av disse hadde lett utviklingshemming. Her kom det frem at helsepersonell observerte at personen hadde vanskeligheter med å uttrykke følelsene sine, sette grenser og kunne være sensitiv på omgivelsene, som igjen førte til sjenerthet. I tillegg viste personen både tegn til å unngå situasjoner som trigger traumatiske episoder, hukommelsesproblemer, dårlig personlig hygiene, lite kontroll over sosiale ferdigheter og i noen tilfeller viste aggressiv oppførsel (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Symptomene hos personer med lett utviklingshemming er likevel mer diskrete enn hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming. Gjennom en studie utført av Hall, Jobson og Langdon har en kartlegging av symptomuttrykket hos personer med lett utviklingshemming vist seg at de oftere rapporterte om kognitive og depressive kjennetegn, mens tjenesteytere rapporterte oftere om somatiske kjennetegn slik som hyperårvåkenhet. Dette kan handle om at tjenesteytere synes depresjon som tegn på PTSD er kamuflerende, og vanskelig å måle (Hall, Jobson og Langdon 2014).

Utredning i denne gruppen kan være særlig vanskelig når de ikke kan fortelle om tilbakevendende minner, og hvilke situasjoner som trigger følelsen forbundet med hendelsen, men om det ofte oppstår utagering, så burde kartlegging bli foretatt (Bakken og Foss 2012).

4.4 Utfordrende atferd som tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming

Utfordrende atferd kan defineres som følgende:

Kulturelt avvikende atferd(er) av slik intensitet, hyppighet eller varighet at personens egen eller andres fysiske trygghet ofte er i fare, eller atferd som trolig vil begrense personens bruk av vanlige samfunnstilbud alvorlig, eller utelukke personen helt fra slike tilbud (Emerson § Einfeld, 2011 s 4 i Holden 2016:29).

Utfordrende atferd blir brukt i sammenhenger der atferden enten er forstyrrende, ødeleggende eller uakseptabel. Ofte blir begrepet utfordrende benyttet om atferden både går utover personen selv, men også omgivelsene og menneskene rundt. Atferden kan bli ansett som noe personen er fornøyd med, eller ansett som et problem for vedkommende (Holden 2016).

Personer med utviklingshemming har nedsatt kognitiv kapasitet som gjør muligheten til å bearbeide traumatiske hendelser vanskeligere. I stedet kan mange vise utfordrende atferd som et resultat av gjenopplevelse av traumer. Derfor bør vernepleieren være oppmerksom på når mennesker med alvorlig utviklingshemming har vedvarende vansker med å regulere forskjellige følelsetilstander (Bakken og Foss 2012). Hos mennesker med lett og moderat utviklingshemming med språk, kan det å utrede for PTSD være enklere enn hos de med alvorlig grad utviklingshemming. Bakken og Foss (2012) hevder det er en forutsetning at man kan beskrive minner og opplevelser for å få utredning fra ICD-10.

Mangelen på språk er en sentral faktor når det kommer til utfordrende atferd. Når man ikke kan fortelle hvordan man føler det og har det, vil mer komme frem gjennom atferden. En studie viser at mangelen på språkferdigheter økte sannsynligheten for at posttraumatisk stresslidelse ble uttrykt gjennom utfordrende atferd, slik som for eksempel selvskading eller utagering. Personer med lett utviklingshemming hadde større sannsynlighet til å regulere følelsene sine (Kildahl mfl. 2020). Personer med utviklingshemming som har opplevd traumatiske hendelser spesielt i barndommen, kan vise tegn på vanskeligheter med følelsesregulering, som for eksempel gjennom hodebanking på seg selv, gråt og aggresjon ovenfor ansatte og objekter (Bakken mfl. 2014).

Uansett hva slags grad av utviklingshemming vedkommende har, vil det være sentralt å registrere tegn på PTSD ut fra atferden. Hos personer med lett utviklingshemming kan tegn på PTSD være mer dempet i atferden, da de kan ha

høyere sannsynlighet for å regulere følelsene sine. Dypere grad utviklingshemming fører til økt selektiv atferd som utspilles. Om en person med lett utviklingshemming for eksempel gjenopplever en traumatisk situasjon, kan de vise ulik atferd fra gang til gang, mens hos en person med dypere grad utviklingshemming gjenopplever en traumatisk situasjon kan atferden være lik hver gang (Kildahl mfl. 2020).

Studien til Rittmannsberger hadde som mål å finne ut forholdet mellom utfordrende atferd, PTSD og utviklingshemming, og baserte seg på de med lett og moderat utviklingshemming. Bakgrunnen for studien er basert på hypotesen om at utfordrende atferd er hovedforskjellen på tegn hos mennesker med og uten utviklingshemming. I studien ble det gjort funn av at tegn som irritabilitet og aggressiv oppførsel som blir karakterisert som utfordrende atferd, ikke er symptomer på PTSD. Det var derfor ingen direkte sammenheng mellom PTSD, utviklingshemming og utfordrende atferd, men det kan ha det i noen tilfeller (Rittmannsberger mfl. 2020). Graden av utviklingshemming og utfordrende atferd kan ofte ha en sammenheng på grunn av begrensningen i verbal kommunikasjon, og denne type atferd kan være et tegn på både smerter og ubehag (Owren 2011).

4.5 Konsekvenser av uoppdaget PTSD

Studien til Borghus, Dokkedahl og Elklit har forsøkt å framstille kamuflerte symptomer på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, der fem av ni deltakere møtte kriteriene som er fremstilt i DM-ID, diagnostic manual – intellectual disability, som er et instrument som brukes for vurdering av PTSD. I denne studien ble også konsekvenser av PTSD fremstilt. En av deltakerne hadde opplevd seksuelle overgrep gjennom tvunget prostitusjon. I artikkelen ble det beskrevet at hun ikke kunne sette grenser for seg selv, og heller ikke kunne beskrive hva hun likte og ikke likte. Undersøkelsen fant også ut at hun ikke reagerte på sine egne kroppslige reaksjoner, slik som for eksempel svette og sterk kroppslukt. Det kan være sannsynlig at hennes syn på seg selv har blitt ødelagt da hennes grenser alltid har blitt tråkket over. En konsekvens av PTSD symptomer, som ikke har blitt

lagt merke til og behandlet kan ha ført til at hun har lært seg å undertrykke sine ønsker og behov (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020).

Forskning har vist at uønskede opplevelser i barndommen som mishandling, seksuelle overgrep eller vold kan føre til en rekke endringer i hjernens struktur og funksjon. Disse endringene kan påvirke flere områder i hjernen som påvirker hukommelse, affektregulering, somatiske forhold og aggresjon for å nevne noen (Perry et al 1995, i Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Om PTSD forblir ubehandlet kan dette bli kronisk. Ved forhøyet eller forstyrret utskillelse av kortisol kan dette føre til nedbryting på reguleringssystemet som igjen fører til celledød i hippocampus. Dette kan være en av årsakene til at mennesker med PTSD ikke slutter å bli overveldet av minner og forblir aktivert, noe som går utover søvnen og konsentrasjonen. Oksitocinnivået er ofte lavt hos mennesker med PTSD, som gjør det vanskeligere å bruke sosiale relasjoner som en type reguleringsstøtte, og dermed komme seg videre etter traumatiske hendelser (Nordanger 2014). Det at flere artikkelforfattere argumenterer for at ubehandlet PTSD kan påvirke hjernes funksjon gjør kilden mer troverdig.

Langtidseffekten av uoppdaget PTSD symptomer har vist seg å være en generalisert hyperarousal som vil si å konstant være i kamp- og fluktmodus (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Noen av konsekvensene ved uoppdaget PTSD symptomer kan være at symptomuttrykket blir kraftigere, for eksempel ved gjenopplevelser og dårligere livskvalitet. Det har vært lite forskning på hvordan uoppdaget PTSD symptomer påvirker personer med utviklingshemming (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Det kan likevel tenkes at disse konsekvensene også kan bli tilfelle hos mennesker med utviklingshemming.

4.6 Diagnostisk overskygging

«Når alle vansker en person har blitt tilskrevet funksjonshemming og ikke en tilleggslidelse, omtales det som diagnostisk overskygging» (Jopp og Keys 2001 i Bakken 2012:31). Mennesker med utviklingshemming kan ha vansker med å uttrykke og fortelle om traumatiske opplevelser, som kan føre til at psykiske lidelser de opplever kan komme til uttrykk på en annen måte enn hos andre. Dette kan igjen føre til diagnostisk

overskygging, og feildiagnostisering. Overskygging blir gjenkjent som en av grunnene til at det er vanskelig å både utrede og evaluere mennesker med utviklingshemming og PTSD (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020).

En studie om hvordan symptomer på PTSD kommer frem hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming, viser et eksempel på hvordan feildiagnostisering skjer i praksis. Studiet trakk frem at to personer med alvorlig utviklingshemming viste utfordrende atferd i form av angrep på personal, på gjenstander og verbale trusler. Personene ble i utgangspunktet diagnostisert med psykose og bipolar lidelse, men det viste seg at de egentlig hadde posttraumatisk stresslidelse, og at den utfordrende atferden oppsto under panikkanfall da den ene hadde opplevd seksuelt misbruk som barn (Bakken mfl. 2014). Dette kan handle om at tjenesteytere burde sette av nok tid til å kartlegge i hvilke situasjoner den «utfordrende atferden» forekommer. Slik at ikke diagnostisk overskygging, og feildiagnostisering oppstår.

Undersøkelser har vist at mennesker med utviklingshemming har hele to til fire ganger høyere sannsynlighet for å få psykiske lidelser sammenlignet med andre uten utviklingshemming. Når slike situasjoner oppstår blir det likevel ikke rapportert om, og hvis det blir rapportert om så blir det som regel sett bort fra (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Det kan være flere grunner til dette, og en av disse kan være diagnostisk overskygging. En annen årsak kan være at profesjonelle unngår å se på tidligere traumehistorikk i frykt for å skape en krise eller «aggresjon» som tegn (Nieuwenhuis mfl. 2019).

4.7 Vernepleierens kartlegging

«Arbeidsmodellen beskriver ulike faser eller fokus i en målrettet arbeidsprosess. Det er snakk om en problemløsningsmodell, som beskriver en prosess fra kartlegging via målvalg og tiltak og til evaluering» (FO, 2008 i Brask, Østby og Ødegård 2016:24). Denne arbeidsmodellen blir kalt VerA ved Molde høgskole, selv om VerA består av flere ledd, kommer kartleggingen til å være hovedområdet som blir lagt vekt på i oppgaven. Første steg ved en kartlegging er å innhente nødvendig samtykke. «All helsehjelp skal bygge på

gyldig samtykke, enten fra personen selv eller den som har hjemmel til å gi samtykke for vedkommende» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015:21).

En starter ofte kartlegging når en møter på et problem eller en utfordring (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). Kartlegging skal inneholde opplysninger for å beskrive en person sine ressurser, problemer og behov når det gjelder helsehjelp. Den bør inkludere psykisk og fysisk helse, kommunikasjon, sosialfungering og dagliglivsferdigheter for å nevne noen. I tillegg bør den være basert på observasjoner, og ikke tolkninger. Dersom tolkninger likevel blir inkludert skal disse ha en sammenheng med observasjonene (Bakke 2011). For å kunne arbeide på en helhetlig måte er en kunnskapsbasert praksis relevant, fordi det hjelper vernepleieren til å være faglig oppdatert, og utføre kritiske vurderinger av situasjoner og personen (Linde og Owren 2020). Dette vil bli ansett som særlig relevant i møte med mennesker med utviklingshemming, fordi vernepleieren involverer seg, og tar valg enten for eller med personer som ikke alltid har evnen til å gjøre kritisk vurdering av sine egne handlinger.

Dette styrker argumentet for at kunnskapsbasert praksis må bygge på grundig kartlegging som grunnlag for faglige argumenter i den videre arbeidsprosessen (Nordlund, Thronsen og Linde 2015). En kunnskapsbasert praksis er basert på flere elementer. Forskningsbasert kunnskap som handler om forskning på situasjoner om praksis og brukernærhet. Erfaringsbasert kunnskap handler om den kliniske erfaringen vernepleieren har. De to andre elementene er brukerkunnskap der vedkommende kommer med sine verdier, og erfaringer. Det siste elementet er kontekst som handler om miljøet og forutsetninger for eksempel i form av ressurser, etiske forhold eller kultur. Brukerkunnskap og brukermedvirkning kan bli en utfordring i vernepleierens kartlegging på vegne av personer med utviklingshemming om personen mangler verbalt språk. I slike tilfeller er tjenesteyteren, i denne sammenheng vernepleieren sin evne til kritisk vurdering av egne og andres tolkninger særlig viktig (Linde og Owren 2020).

Utredning av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming er en oppgave for spesialisthelsetjenesten (Bakken og Helverschou 2008). Det bør foreligge et samarbeid

mellom primærhelsetjenesten, fastlege og spesialisthelsetjenesten (Bakken og Eknes 2008). Her kan vernepleieren bidra med sine kartleggingsferdigheter.

4.8 Kjernerollene i kartlegging

Vernepleierens kjerneroller er med på å tydeliggjøre vernepleierens funksjon, og rolleforventninger og samsvarer med vernepleierens utdanning og erfaringer (Brask, Østby og Ødegård 2016). Når vernepleieren jobber med kartlegging, kan flere av kjernerollene bli tatt i bruk. Alle kjernerollene er beskrevet og definert her, men ansvarsrollen vil ikke bli diskutert videre.

Sentralt for partnerrollen er å finne relasjonen med den enkelte bruker, med vekt på dialog, individuell tilpasning og samarbeid på den andres premisser. Partnerrollen krever sensitivitet og tilpasningsdyktighet hos hjelperen, og en evne til å støtte opp om den andre og til «å spille den andre god» (Eggen 1999 i Brask, Østby og Ødegård 2016). For å kunne kartlegge den enkelte sine behov bør vernepleieren være i partnermodus. Partnermodus handler om å kunne både være åpen og lyttende, men også ha en sensitiv oppmerksomhet som fanger opp signaler. Dette krever både en opplevelsesevne, observasjonsevne og interesse for den andre fra vernepleieren (Brask, Østby og Ødegård 2016).

I noen situasjoner kan vernepleieren måtte innta en ansvarsrolle på individnivå. Her er vernepleieren handlende, og tar selvstendige beslutninger når det gjelder handlingsorientering på vegne av brukeren. Ansvarsrollen kan komme frem i de situasjonene hvor brukeren av en omsorgstjeneste ikke ser sitt eget beste, og vernepleieren må ta avgjørelser som kan stride mot brukerens egne interesser (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Brobyggerrollen er en rolle som handler om den samhandlende vernepleieren på systemnivå. Ofte vil vernepleieren se fordelene av samarbeid med flere på vegne av brukere av en omsorgstjeneste. Dette samarbeidet inkluderer familier, personale, nettverk eller kommunale tjenester (Brask Østby og Ødegård 2016).

Pådriverrollen er den handlende vernepleieren på systemnivå. Her er rollen å være en tilrettelegger og pådriver. Det handler om at vernepleieren kjemper for brukeren av en tjeneste sine rettigheter, og kan varsle om eventuelle svikter og mangler i tjenesten som brukeren selv ikke kan varsle om. Rollen handler altså om miljø og systemperspektivet og hvordan vernepleieren kan påvirke her (Brask, Østby og Ødegård 2016).

4.9 Kartleggingsverktøy

«I alt kartleggingsarbeid stilles det strenge krav til etterrettelighet, dokumentasjon og begrunnelser» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015:69). Dokumentasjon skal være et av de juridiske kravene som stilles til kartlegging (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Reglene som kommer frem under kapittel 8 om dokumentasjonsplikt i helsepersonelloven vil derfor være gjeldene. «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i §40 i en journal for den enkelte pasient» (Helsepersonelloven, §39, 1999). Paragraf 40 handler om innholdet i en journal, som for eksempel opplysninger om pasienten og helsehjelpen, opplysninger knyttet til nødvendig formål for å oppfylle meldeplikt og opplysningsplikt (Helsepersonelloven, §40, 1999). Dokumentasjon vil derfor være et verktøy som vernepleiere må benytte seg av for å følge et av de juridiske kravene til kartlegging.

Toleransevinduet er en forklaringsmodell for å visualisere den sonen av kroppslig aktivering som er gunstig for hver enkelt av oss, der man kan være oppmerksom på andre, konsentrere seg og lære (Nordanger 2014). Denne modellen består av en øvre og nedre grense. Om en person er over sin toleransegrense vil man være hyperaktivert, som vil si at aktiveringen er for høy for vedkommende. Symptomer på dette er alarmberedskapet uro, rastløshet, aggresjon og impulsivitet. Man kan også være under toleransegrensen, og i det tilfelle vil man være hypoaktivert, som vil si at aktiveringen er for lav for vedkommende. Her vil symptomer som nedstemthet, følelsen av tomhet, nummenhet og

handlingslammelse være vanlig. Målet vil derfor være å ligge i toleransevinduet, som er midt i (Nordanger 2014). For tjenesteytere som arbeider med mennesker med utviklingshemming, kan det tenkes at denne modellen kan bli brukt som et kartleggingsverktøy, for eksempel til å se etter tegn til posttraumatisk stresslidelse hos, og sammen med personer med utviklingshemming.

«Funksjonelle analyser er kjernen i anvendt atferdsanalyse. Gjennom funksjonelle analyser kartlegger en atferdens sammenheng med omgivelsene før en setter i verk tiltak basert på analysene» (Hanley et al. 2003 i Isaksen og Karlsen 2013:63). Når det gjelder mennesker med utviklingshemming kan deskriptive analyser som en underkategori for funksjonell analyse bli benyttet. Her handler det om observasjon og registrering av atferden hos personen det gjelder. Hendelser som skjer forut for en atferd og konsekvensen av atferden blir nedtegnet. På den måten kan relasjonen mellom omgivelsene og atferden identifiseres. Denne type kartlegging kan være positivt hos personer som har utviklingsforsinkelser, og som ikke kan gi hensiktsmessige beskrivelser av egen atferd for eksempel gjennom selvrapporing (Isaksen og Karlsen 2013:64). Atferden viser seg nødvendigvis ikke når vernepleieren som registrerer er til stede, men det kan også vise hvilke situasjoner personen ikke reagerer på (Holden 2016). Denne metoden er en anerkjent metode som undervises om i vernepleierutdanningen, som inkluderer både kartlegging og behandling av personer med psykiske lidelser og hos personer som viser utfordrende atferd (Bakke 2011).

Et annet verktøy er å være kritisk i egen refleksjon. Det handler om å vurdere den rådende sosiale rammen vi handler innenfor, og som mange tar som gitt, men som kan virke diskriminerende, undertrykkende eller urettferdig for andre. Dette gjelder også vår egen praksis. Det å kunne utfordre egen praksis i form av å utfordre måten man tenker på, hvordan man forholder seg til verden, hverandre og seg selv på. Dette vil være en del av den kritiske refleksjonen, som krever at tjenesteutøverne har evne og vilje til å kunne utfordre allerede eksisterende forståelser og grenser. En kritisk refleksjon kan gi en holdnings og handlingsendring ved å bringe frem ny kunnskap (Owren 2011). En slik refleksjon kan være lurt å ta med seg når vernepleiere forstår PTSD symptomer, og skal kartlegge område, som kan bidra til både en faglig og etisk forsvarlig praksis.

4.10 Helsepersonell sitt perspektiv

Ved å inkludere helsepersonell sine erfaringer med mennesker med utviklingshemming og PTSD kan dette bidra til å belyse problemstillingen. Det har blitt utført en kvalitativ undersøkelse der 25 intervjuer har blitt utført med deltakere fra seks ulike helsetjenesteområder i England. Målet var å finne ulike perspektiver på gjeldene helsetilbud og utvikling innenfor det å håndtere traumer blant mennesker med utviklingshemming (Truesdale mfl. 2019).

Ett av spørsmålene handlet om erfaringer deltakerne hadde om det å jobbe med voksne mennesker med utviklingshemming og traumer. Her kom ofte tema om kamouflerte traumatiske symptomer frem. Mange opplevde utfordringer når det gjaldt å vurdere og behandle både PTSD og andre psykiske helseproblemer hos voksne mennesker med utviklingshemming. Årsaken var ofte på grunn av et henvisningssystem som kun ga deler av bakgrunnen til personen. Det oppstår også overskygging av diagnosen i tillegg til kommunikasjon og kognitive begrensninger hos vedkommende. Henvisninger til spesialister var ofte av andre grunner enn traumatisk stresslidelse. For eksempel i situasjoner der personene oppfører seg aggressivt eller utfører selvskading. Den traumatiske stresslidelsesdelen ble derfor ikke behandlet, og det ble heller ingen endring hos personen (Truesdale mfl. 2019). Tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming kan dermed vise seg på en annen måte enn hos mennesker født uten utviklingshemming.

Videre i intervjuene ble det tatt opp hvordan helsetjenesten kan støtte mennesker med utviklingshemming som også har opplevd traumer. I dette tilfelle tar deltakeren opp at behandling og omsorg må tilpasses til hver enkelt person, og at det er viktig å ikke generalisere (Truesdale mfl. 2019). Dette er noe som vil være relevant når helsepersonell ser etter tegn til posttraumatisk stresslidelse hos mennesker med utviklingshemming. Nettopp det å se hver enkelt slik de er.

Videre blir det tatt opp at et tverrfaglig team vil kunne bidra til en mer helhetlig behandling da flere kan bidra med sitt perspektiv på effektiviteten av behandlingen (Truesdale mfl. 2019). En slik tilnærming vil også kunne lønne seg når man ser etter tegn og symptomer. Grunnen til dette er fordi det finnes forskjellige roller i det tverrprofesjonelle teamet, som kan føre til at de forskjellige profesjonene har mange måter å forstå tegnene på, og dermed kan det bli lettere å plassere tegnene til en helhet.

Både forskning og klinisk erfaring viser at dersom terapeuter over lengre tid har mye kontakt med traumatiserte klienter, så kan terapeutene oppleve både utbrenthet i form av å være utslitt, stresset og følelsen av meningsløshet. Bakgrunnen for dette ligger i at terapeutene opplever å måtte innfri krav som er vanskelig å oppnå. Det er derfor viktig at helsepersonell får veiledning om det er individuelt eller gjennom en gruppe (Bakke og Foss 2012).

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil problemstillingen «*Hva kan være tegn på PTSD hos personer med utviklingshemming, og på hvilken måte kan vernepleieren kartlegge disse?*» bli drøftet. Lite forskning på området vil bli drøftet opp mot kjernerollene sin betydning som kan øke kunnskap om PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Videre vil tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming bli drøftet, er det noe som skiller seg fra andre uten utviklingshemming? Deretter vil kartleggingsverktøy som kritisk refleksjon, toleransevinduet og funksjonell analyse bli drøftet mot hverandre.

5.1 Forskning og kjerneroller

Mevisen og De Jongh (2010) har funnet ut at det er en sammenheng mellom lavere utviklingsnivå, og sannsynligheten for å få PTSD hvor alvorlighetsgraden på symptomer og tegn er høyere enn hos andre med et høyere utviklingsnivå. Dette kan forklares ved at den intellektuelle utviklingen påvirker oppfatningsevne, og reaksjon på traumatiske

hendelser (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Til tross for at personer med utviklingshemming har høyere sannsynlighet enn andre uten utviklingshemming for å bli utsatt for traumatiske hendelser og utvikle posttraumatisk stresslidelse, er det lite forskning på dette området. Hvorfor foreligger det lite forskningsresultater på dette området?

For det første er det lite forskning på PTSD hos mennesker med utviklingshemming fordi det er mangel på psykiatriske vurderinger (Mevisen og De Jongh 2010). Dette kan argumenteres ut fra vanskelighetene når det gjelder utredning i denne gruppen. Når en person blir avvist for psykiatriske vurderinger fordi de ikke kan fortelle om tilbakevendende minner, og hvilke situasjoner som trigger følelsen forbundet med hendelsen, så blir utredning vanskelig (Bakken og Foss 2012). Sett fra vernepleiere og andre som kartlegger sitt perspektiv, så er de nødvendigvis ikke klar over hva de skal se etter, og trenger derfor ferdigheter innenfor hvordan de kan kartlegge tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Bakken (2011) hevder at en kompetent kommunikasjonspartner evner å forstå hva en person ønsker å si, selv om språket består av gester og nonverbalt språk. Ved at vernepleieren tar i bruk partnerrollen som innebærer individuell tilpasning, dialog og samarbeid på den andres premisser kan dette gi forutsetninger for en kartlegging av subjektive symptomer hos personen (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Sett fra tjenesteutøverens perspektiv kan det tenkes at kravene til vernepleieren, eller annet helsepersonell blir høyere, i form av kommunikasjon og samhandlingsferdigheter. Bakken og Foss (2012) hevder med sin forskning at terapeuter opplever utslitthet, i tillegg til både dårlig selvfølelse, mestring og meningsløshet om de jobber med traumatiserte klienter over lang tid. Videre trekkes det frem at veiledning og egenomsorg er veien å gå, men det blir ikke presentert hva veiledningen skal handle om. Egenomsorg kan vedlikeholdes ved tett samarbeid mellom flere fagpersoner når arbeidsmiljøet er belastende. Her kan vernepleieren gå inn i sin rolle som brobygger for å både fortsette kartleggingen på en gunstig måte, og bevare egenomsorgen. Brask, Østby og Ødegård (2016) hevder at gjennom brobyggerrollen skaper vernepleieren et samarbeid mellom flere parter på vegne av personen, som for eksempel familie og andre fagpersoner. På den måten kan vernepleieren søke å forstå hva slags tegn som er unormale for personen med

utviklingshemming, og hvilke som er ansett som normale, og sette dette i sammenheng med tegn på PTSD.

For det andre foreligger det mangelfull rapportering som er en bakenforliggende årsak til lite forskning på PTSD. Undersøkelser viser at der psykiske lidelser har blitt påvist hos mennesker med utviklingshemming, har det vanligvis ikke blitt rapportert om, og om det har blitt rapportert om så blir det likevel sett bort fra (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Dette kan handle om at profesjonelle unngår å undersøke tidligere traumatiske hendelser hos personen, i frykt for å skape en krise eller skape symptomer som «sinne» (Nieuwenhuis mfl. 2019). Om tjenesteutøvere frykter utfordrende atferd ved å ikke synliggjøre PTSD som en mulig årsak, forblir dette en privatsak, og kan gjøre temaet mer tabubelagt. Dette kan bli en utfordring når det gjelder kartlegging av tegn på PTSD, og det er derfor viktig at vernepleieren tar i bruk pådriverrollen, slik at det kan forebygges. Her bør vernepleieren kjempe for brukerens rettigheter, og varsle om svikt og mangler slik at endring blir gjort (Brask, Østby og Ødegård 2016). Dokumentasjon er et viktig kartleggingsverktøy, og det kan derfor være avgjørende for at mulige årsaker, hendelser, og symptomer på PTSD blir dokumentert slik at videre oppfølging av personen blir utført.

5.2 Kan utviklingshemming påvirke tegn på PTSD?

Personer med utviklingshemming kan ha flere ulike symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Likevel er noen tegn på PTSD hos personer med utviklingshemming annerledes enn hos mennesker uten. Studier har vist at mennesker med utviklingshemming responderer på traumer på en annen måte, for eksempel gjennom høyere nivåer når det gjelder selvskading, og mindre bruk av rusmidler som er vanlig ved PTSD hos mennesker uten utviklingshemming (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Også fysisk utagering blir oppfattet som et tegn på gjenopplevelse av en traumatisk hendelse hos mennesker med utviklingshemming (Kildahl og Jørstad 2021). Siden symptomene fremtrer på ulike måter enn hos mennesker uten utviklingshemming, kan en diagnostisk overskygging oppstå. Årsaken til diagnostisk overskygging kan være fordi terapeuter overser symptomer som en mulig årsak til psykisk lidelse, og argumenterer heller for at atferdsforstyrrelsen er en del av utviklingshemmingen (Mevissen og De Jongh 2010). Uavhengig av om man er en

person med eller uten utviklingshemming med symptomer på PTSD, så bør helsepersonell ha respekt for at hver enkelt er unik.

Manglende språk kan være en faktor som fører til utfordrende atferd, da hvordan man har det kommer frem gjennom atferden. Manglende språkferdigheter blir antatt at øker sannsynligheten for at posttraumatisk stresslidelse blir vist gjennom selvskading eller utagering (Kildahl mfl. 2020). Dette kan stemme overens med Owren sin årsaksforklaring, der han legger til grunn at utfordrende atferd ofte kan ha en sammenheng med begrensningen av det verbale språket da dette kan være en måte å formidle smerter og generelt ubehag (Owren 2011).

Ifølge studien til Rittmannsberger om sammenhengen mellom utfordrende atferd, utviklingshemming og PTSD, så har ikke utfordrende atferd og PTSD nødvendigvis en sammenheng, men det kan ha det. Denne studien baserte seg på mennesker med lett og moderat utviklingshemming. Det kan derfor tenkes at mennesker med alvorlig utviklingshemming har en høyere sannsynlighet for en sammenheng mellom utfordrende atferd og PTSD. Det kan likevel være tilfeller hvor utfordrende atferd viser seg som tegn på PTSD, derfor bør det være ett av kjernesymptomene ved diagnostisering av PTSD hos mennesker med utviklingshemming da det er et tegn som skiller seg fra mennesker uten utviklingshemming (Rittmannsberger 2020). På en annen side kan utfordrende atferd hos personer med PTSD også vise seg gjennom for eksempel selvskading, derfor kan det tenkes at tegnet utfordrende atferd kan være et kriterium hos både personer med og uten utviklingshemming med PTSD.

Argumentet for at utfordrende atferd kan vise seg som et tegn på PTSD har derimot blitt undersøkt i studien til Bakken. En av personene med alvorlig utviklingshemming hadde opplevd seksuelt misbruk, noe som ble vist gjennom utfordrende atferd slik som angrep på personal og gjenstander. Det viste seg at denne atferden ble fremtredende samtidig som et panikkanfall (Bakken mfl. 2014). Det kan derfor argumenteres for at panikkanfall og utfordrende atferd kan opptre samtidig.

Dette fremhever også viktigheten av at personer som kartlegger mennesker med utviklingshemming og mulig PTSD, må ta seg tid til å identifisere tegn som er spesifikt for dem, slik at rett diagnose blir satt. Den grundige kartleggingen som ble gjort i undersøkelsen medførte at man kunne se en sammenheng mellom utfordrende atferd og PTSD, i tillegg til å ha kunnskaper om forhistorien til vedkommende. Borghus, Dokkedahl og Elklit (2020) trekker frem at selv om psykiatriske lidelser har blitt vanligere hos mennesker med utviklingshemming, blir de vanligvis ikke ordentlig identifisert fordi systemet ikke legger til rette for det. Noe som ofte fører til feildiagnostisering eller overskygging av andre lidelser, som igjen fører til at mennesker med utviklingshemming ikke får behandlingen de har behov for.

Tegn på PTSD hos mennesker med lett utviklingshemming har vært uakseptabel sosial interaksjon, aggressiv oppførsel, hukommelsesproblemer, og manglende evner til å sette grenser for seg selv. Disse tegnene blir også ansett som en konsekvens av uoppdaget PTSD symptomer. Videre hevdes det at det har vært lite forskning på kamuflerte symptomer på PTSD hos mennesker med utviklingshemming (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Det kan derfor diskuteres om konsekvensene er direkte knyttet til PTSD, eller om det er en del av utviklingshemmingen. Noen av tegnene på lett utviklingshemming handler om blant annet korttidshukommelse, problemer med å oppfatte sosiale signaler og ha en akseptabel interaksjon i tillegg til å regulere følelser (Holden 2016). Å skille mellom tegn på PTSD og konsekvensen av ubehandlet PTSD, og tegn på utviklingshemming kan derfor være vanskelig. Noe som kan bidra til diagnostisk overskygging.

På en annen side hevder både Nordanger (2014) og Borghus, Dokkedahl og Elklit (2020) at konsekvensen ved uoppdaget og ubehandlet PTSD kan påvirke hjernen på flere måter, for eksempel i form av hukommelse-, søvnvansker og affektregulering. På den måten bør ikke diagnostisk overskygging foregå ved kartlegging og forståelsen av symptomer på PTSD. Ved å være klar over konsekvensene kan grensen for undersøkelse og kartlegging av personen være lavere. Vernepleieren bør ta hensyn til både fordeler og ulemper med å starte en kartlegging.

5.3 Graden utviklingshemming og tegn på PTSD

Som tidligere nevnt i oppgaven så er det ikke mange publikasjoner om PTSD og utviklingshemming. De som finnes handler hovedsakelig om utredning og behandling av mennesker med lett utviklingshemming (Bakken og Foss 2012). Likevel har litteratursøket etter symptomer på PTSD ved gradene lett, moderat og alvorlig utviklingshemming ikke gitt mange funn, og spesielt ikke tegn på PTSD hos mennesker med lett utviklingshemming. I artikler om utredning av mennesker med lett utviklingshemming har symptomer blitt forklart med kun «symptomer på PTSD», uten å nevne hvilke disse er. Når det gjelder moderat, og alvorlig grad utviklingshemming, finnes det artikler som nevner konkrete symptomer og tegn. Hva kan være årsaken til mangel på funn i litteraturen om symptomer og tegn hos mennesker med lett utviklingshemming?

I en artikkel som omhandler identifisering av PTSD hos mennesker utviklingshemming blir identifiseringen av lett utviklingshemming utelatt. Det blir trukket frem en argumentasjon som gjelder mennesker med moderat utviklingshemming, som handlet om at de som oftest kan kommunisere verbalt, og dermed rapportere om traumatiske hendelser på egen hånd (Bakken mfl. 2014). Det kan derfor tenkes at disse holdningene også blir overført til mennesker med lett utviklingshemming. Argumentasjonen om at mennesker med lett utviklingshemming har en større forutsetning for å regulere følelsene sine blir også benyttet (Kildahl mfl. 2019). Det kan tenkes at årsaken til få funn i litteraturen om symptomer på PTSD hos mennesker med lett utviklingshemming handler om at forskere, pårørende og tjenesteytere forventer at de med lett utviklingshemming skal være i stand til å fortelle om hendelser.

Det kan derimot bli argumentert mot, da mennesker med lett utviklingshemming kan ha forståelsesvansker, og vanskelighet med å uttrykke seg, spesielt følelsesmessig. Dette kom frem gjennom en studie om symptomer på PTSD, som kan være vanskelig å legge merke til (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Det kan derfor argumenteres for at alle som er i kontakt med de bør være observant på at ikke alt fortelles, til tross for at forventningen ligger der grunnet forutsetning for verbal kommunikasjon.

En annen studie fra Hall, Jobson og Langdon har vist at mennesker med lett utviklingshemming rapporterer selv om tegn på affektive depressive symptomer, mens de som yter tjenester eller pårørende til mennesker med lett utviklingshemming heller rapportere om somatiske kjennetegn (Hall, Jobson og Langdon 2014). Affektive depressive symptomer er vanligvis subjektive, og har et behov for å bli beskrevet, mens somatiske kjennetegn er objektive i den form at tegnene kan observeres.

Symptomer på lett utviklingshemming kan være å unngå situasjoner som trigger gjenopplevelse av traumatiske episoder, og i noen tilfeller aggressiv oppførsel og depressivt stemningsleie (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Disse symptomene kan også være gjenkjennelige hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming som, for eksempel depressivt stemningsleie, og i noen tilfeller aggressiv atferd som uttrykk for panikkanfall (Bakken mfl. 2014). Det kan derfor være noen likhetstrekk mellom gradene utviklingshemming og tegn på PTSD. På en annen side bør man ikke generalisere symptomene som viser seg hos mennesker med lett og moderat utviklingshemming med personer med alvorlig utviklingshemming (Kildahl mfl. 2020).

5.4 Vernepleierens kartlegging

Vernepleiere i samhandling med mennesker med utviklingshemming og mulig PTSD, bør være observant på symptomer som kan være tegn på PTSD. Det å kunne reflektere rundt sin egen praksis, og stille seg kritisk til sin forståelse av symptomer på PTSD kan bidra til å begynne en kartlegging. Dette krever at tjenesteutøvere har både vilje og evne til å kunne utfordre allerede eksisterende forståelser, og stille spørsmål som ikke stilles (Owren 2011).

Som tidligere nevnt kan PTSD hos mennesker med alvorlig utviklingshemming komme til uttrykk gjennom atferden på grunn av manglende verbalt språk. I disse tilfellene må tjenesteytere ha en god observasjonsevne for å legge merke til tegn på mulig PTSD (Kildahl mfl. 2020). I slike tilfeller kan vernepleieren ta i bruk partnerrollen gjennom kartleggingen, ved å være tilpasningsdyktig når det gjelder personen sin kommunikasjonsmetode. For eksempel kan vernepleieren rette sin oppmerksomhet mot å innhente små signaler, dette kan gjøres ved at vernepleieren har interesse for den andre personen, og har et ønske om å forstå (Brask, Østby og Ødegård 2016). Partnerrollen kan

derfor bidra til kartlegging av tegn på PTSD, da vernepleieren inkluderer brukeren og ser verdien av brukermedvirkning.

På en annen side er det likevel utfordringer når det gjelder kartlegging hos mennesker med utviklingshemming uten tale. En studie om helsepersonell sine erfaringer med traumer hos mennesker med utviklingshemming, har det kommet frem gjennom intervjuobjektene at helsepersonell synes det var utfordrende å legge merke til symptomene da tegn ofte var kamuflerte. Spesielt hos de med moderat eller alvorlig utviklingshemming da de ofte har kommunikative begrensninger som gjør registreringen vanskelig (Truesdale, Brown og Taggart 2019). Helsepersonell bør derfor være bevisst på at symptomer på PTSD hos mennesker med utviklingshemming kan utspille seg annerledes. Nordlund, Thronsen og Linde (2015) hevder at kartlegging ofte starter når man ser et problem eller en utfordring. Om diagnostisk overskygging ofte skjer i praksis vil symptomer ikke oppfattes som en utfordring, men heller kun som en del av utviklingshemmingen som kan føre til ingen kartlegging.

Om utagerende atferd ofte oppstår så bør dette kartlegges (Bakken og Foss 2012). Vernepleieren kan derfor ta i bruk både toleransevinduet, og/eller funksjonell analyse som kartleggingsverktøy. Dette kan bidra til å få en forståelse for om den underliggende årsaken er PTSD.

Toleransevinduet som en forklaringsmodell handler om å registrere når personen er hyperaktivert, i toleransevinduet, hypoaktivert og hvilke symptomer som kommer til uttrykk. Dette kan gjøres både gjennom observasjon og samtale med personen. Noen kjennetegn på at en person er hyperaktivert kan vise seg gjennom rastløshet, aggressivitet og uro (Nordanger 2014). Symptomer og tegn på PTSD hos mennesker med moderat utviklingshemming kan være hyperventilering, uttrykt frustrasjon og økt puls som en form for hyperårvåkenhet, mens hos mennesker med alvorlig utviklingshemming kan tegn som kasting av objekter, selvskading for å oppnå unngåelse fra noe vise seg (Bakken mfl. 2014). Disse tegnene på PTSD hos mennesker med moderat og alvorlig utviklingshemming kan for eksempel registreres som hyperaktivering. Ut fra teorien kan

denne forklaringsmodellen være hensiktsmessig ved registrering av tegn som kan observeres. På en annen side kan forklaringsmodellen møte utfordringer når det gjelder å se sammenhengen mellom atferd og omgivelsene. Et eksempel kan være om en person uttrykker sinne ved å vise nonverbale tegn som å knytte nevene og bli rød i ansiktet når dørrer blir smelt. Med denne forklaringsmodellen blir kun tegnet sinne registrert, og ikke sammenhengen med at døren blir smelt igjen.

Hypoaktivering vises gjennom symptomer og tegn som nedstemthet, ytring av tomhetsfølelse og handlingslammelse (Nordanger 2014). Dårlig personlig hygiene, hukommelsesproblemer og vanskeligheter for å uttrykke følelser kan være tegn på PTSD hos mennesker med lett utviklingshemming for å nevne noen (Borghus, Dokkedahl og Elklit 2020). Dette kan være et eksempel på hvordan hypoaktivering kan registreres og kartlegges av vernepleieren, og i tillegg kan samtale benyttes. Det kan være utfordrende å registrere om noen er nedstemt, da dette er individuelt og kan være skjult. Gjennom en undersøkelse kom det frem at helsepersonell oftere la merke til somatiske kjennetegn enn kognitive kjennetegn hos mennesker med utviklingshemming (Hall, Jobson og Langdon 2014). På en annen side kan vernepleieren registrere nedstemthet ved at personen ikke like interessert i områder som vedkommende vanligvis har vært. Her kreves det at vernepleieren benytter seg av de tilgjengelige ressursene i kartleggingen, som for eksempel familie og fagpersoner i tillegg til tidligere erfaringer med vedkommende, den såkalte brobyggerrollen.

En funksjonell analyse dekker de områdene toleransevindumodellen ikke gjør, som er sammenhengen mellom omgivelser og atferd. Denne type kartleggingsverktøy kan være en fordel å bruke hos mennesker som har utviklingsforstyrrelser, og som derfor ikke kan gi beskrivelser og refleksjoner over egen atferd gjennom selvrapporing (Isaksen og Karlsen 2013). Funksjonell analyse kan være en metode å benytte seg av i kartleggingen av PTSD hos mennesker med moderat eller alvorlig utviklingshemming som ikke har verbalt språk. Holden (2016) trekker frem at utfordringer kan skje om atferden ikke er til stede når registreringen foregår. Det kan være en ulempe om atferd og tegn på PTSD ikke kommer frem når vernepleieren er til stede for å registrere, men det kan også bli ansett som

positivt på den måten at vernepleieren vet i hvilke situasjoner personen ikke opplever tegn på PTSD.

I møte med personer med utviklingshemming og PTSD kan en derfor anta at funksjonell analyse er et nyttig verktøy for å se sammenhenger mellom atferd og omgivelser for eksempel ved å observere og registrere hva som kan trigge tegn på PTSD. Bakken (2011) hevder at funksjonell analyse er et anerkjent og nyttig verktøy i møte med personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. Nordlund, Thronsen og Linde (2015) støtter anerkjente metoder med sine krav til etterrettelighet.

6.0 Avslutning og refleksjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hva som kan være tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og hvordan tegn kan observeres og registreres gjennom kartleggingsverktøy som vernepleieren kan benytte seg av. Gjennom arbeidet med oppgaven har dette derimot vist seg som utfordrende å finne ut av. Årsaken kan være både mangelen på teori og forskning, men også vanskelighetene når det gjelder å skille tegn på utviklingshemming, og tegn som kan være PTSD da disse kan overlape hverandre, en såkalt diagnostisk overskygging. Disse faktorene har gjort det særlig utfordrende å fange opp hvilke tegn som er spesielt hos mennesker med utviklingshemming og PTSD, og hvordan vernepleieren kan bidra.

Manglende språkferdigheter blir antatt å øke sannsynligheten for at posttraumatisk stresslidelse blir vist gjennom selvskading eller utagering (Kildahl mfl. 2020). En kan anta at utfordrende atferd eller agering kan være et tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og spesielt hos mennesker med moderat eller alvorlig utviklingshemming som skiller seg fra andre uten utviklingshemming. Det argumenteres for at utfordrende atferd bør være et av kjernesymptomene når tjenesteytere skal se etter tegn på PTSD, hos mennesker som mangler språk (Rittmannsberg mfl. 2020). Det trenger nødvendigvis ikke å være en sammenheng mellom utfordrende atferd og PTSD, men det bør utelukkes gjennom grundig kartlegging. Det er derimot ikke kun utfordrende atferd som kan bli sett på som tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Borghus, Dokkedahl og Elklit (2020) trekker frem at atferdsendring kan være et tegn. Det kan derfor tenkes at nedstemthet i perioder kan være et symptom på depresjon, men også økt skvettenhet i form av hyperårvåkenhet, gjenopplevelse, humørsvingninger og unngåelse kan være tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming.

Kartleggingsverktøyet som toleransevinduet kan være godt egnet hos personer som har opplevd traumer. Funksjonell analyse ser sammenhengen mellom atferd og omgivelsene blir antatt å være aktuelle direkte mot personer med utviklingshemming og PTSD. Det finnes utfordringer med alle kartleggingsverktøy, men en utfordring med toleransevinduet kan være at kun atferd blir registrert, og ikke sammenhengen med omgivelsene.

Utfordringen med funksjonell analyse kan være at uttrykk for PTSD ikke kommer frem når vernepleieren skal registrere (Isaksen og Karlsen 2013).

En forutsetning for å kunne se tegn, og starte en kartlegging eller undersøkelse ligger i forståelsen til vernepleiere og annet helsepersonell. Hvordan et helsepersonell forstår ulike tegn kan ha avgjørende betydning for mennesket det er snakk om, man bør være seg bevisst på konsekvensene av å ikke handle. For eksempel kan en konsekvens være påvirkningen det har på hjernenes funksjon i form av søvn og konsentrasjon (Nordanger 2014). Borghus, Dokkedahl og Elklit (2020) hevder at også kraftigere symptomuttrykk som kan føre til nedsatt livskvalitet er en konsekvens av uoppdaget PTSD. En kritisk refleksjon kan føre til holdning og handlingsendring, og kan utføres ved å utfordre egen måte å tenke på ulike saker på, og stille seg kritisk til hvordan man forstår PTSD som uttrykk (Owren 2011). Forståelse for at PTSD kan forekomme hos mennesker med utviklingshemming, og at denne gruppen er særlig utsatt for å oppleve noe traumatisk vil kunne ha betydning i kartlegging av tegn på PTSD.

Gjennom refleksjon over eget arbeid med bacheloroppgaven har jeg erkjent at problemstillingen har vist seg å være omfattende, noe som har gjort arbeid med oppgaven utfordrende. En avgrensning av problemstillingen kunne derfor gjort det lettere å besvare oppgaven. Her kunne jeg ha lagt vekt på en eller to grader utviklingshemming og ikke tre. For å konkretisere drøftingen ser jeg i ettertid at jeg kunne ha benyttet case for å gjøre drøftingen mer konkret. Jeg har fått kjennskap til flere tegn på PTSD hos mennesker med utviklingshemming, og hvilke kartleggingsverktøy som kan benyttes. Dette vil jeg ta med meg videre i yrkeslivet.

Lite forskning om område tilsier at det kreves flere studier om temaet, også omkring kartlegging av tegn selv om funksjonell analyse antas å passe godt til kartlegging av PTSD hos mennesker med utviklingshemming uten og med språk. Videre i oppgaven har jeg registrert at jeg ikke har tatt omfattende hensyn til hvordan personen selv opplever tegn på PTSD som kan være nyttig informasjon i kartlegging, men på en annen side har perspektivet mitt vært rettet mot hvordan vernepleieren og andre tjenesteytere kan se tegn. Jeg har fått inntrykk og kjennskap til at noen av kjernerollene kan ha en nyttig funksjon på kartleggingsprosessen når det gjelder PTSD hos mennesker med utviklingshemming. Der

vernepleierens observasjons-, samarbeids- og pådriverevner kan bidra til å registrere tegn på PTSD, og bidra til økt kunnskap på område. Personlig sitter jeg igjen med tanker om at fordypningen i denne oppgaven har gitt meg mye læring og ny kunnskap som vil være verdifullt når jeg skal ut i arbeidslivet.

Litteraturliste

Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra Normalisering Til Empowerment : Ideologier Og Praksis I Arbeid Med Funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bakken, Trine Lise og Nils Egil Foss. 2012. «Posttraumatisk stresslidelse». I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning : forståelse og behandling*, Redigert av Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 133-144. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Bakken, Trine Lise. 2012. «Kunnskapsgrunlaget». I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning : forståelse og behandling*, Redigert av Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 23-28. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise og Jarle Eknes. 2008. «Diagnostisering av atferdsforstyrrelser, psykiske og nevropsykiatriske lidelser». I *utredning og diagnostisering : utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*, redigert av Jarle Eknes, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle, 127-129. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise og Sissel Berge Helverschou. 2008. «Utredning av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemning», i *utredning og diagnostisering : utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*, redigert av Jarle Eknes, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle, 102-120. Oslo: Universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise. 2011. «Kommunikasjon og samhandling». I *samhandling med og uten ord : miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*, redigert av Trine Lise Bakken, 22-31. Stavanger: Hertervig forlag.

Bakke, Marion Cecilie. 2011. «Kartlegging, observasjon og dokumentasjon». I *samhandling med og uten ord : miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser*, redigert av Trine Lise Bakken, 53-63. Stavanger: Hertervig forlag.

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

Braaten, Magnus. 2020. «Tiltale: Finnmarking fikk psykisk utviklingshemmet til å ha sex med samboeren». Oppdatert 22.Mai, 2020. <https://www.tv2.no/nyheter/11461625/>

Bakken, Trine Lise, Arvid Nikolai Kildahl, Vibeke Gjersøe, Espen Matre, Tone Kristiansen, Arvid Ro, Anne Louise Tveter, og Siv Helene Høidal. 2014. «Identification of PTSD in Adults with Intellectual disabilities in Five Patients in a Specialised Psychiatric Inpatient Unit». *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 8 (2): 91-102. DOI:10.1108/AMHID-01-2013-0002

Borghus, A., S. Dokkedahl, og A. Elklit. 2020. "Pilot Study: Undetected Post-traumatic Stress Disorder Symptoms among Intellectually Disabled." *International Journal of Developmental Disabilities* 66 (1): 36-45. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20473869.2018.1475539>

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, Olav og Hilde Trygstad. 2012. «Kilder og Kildekritikk» i *metode og oppgaveskriving*, redigert av Olav Dalland. Kapittel 4. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Direktoratet for e-helse. 2022. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10). Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet: 09.12.2021.

Faiz, Kashif Waqar. 2018. "Symptomer Er Subjektive – Tegn Er Objektive." *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.17.1043

<https://tidsskriftet.no/2018/04/sprakspalten/symptomer-er-subjektive-tegn-er-objektive>

Hall, James C, Laura Jobson og Peter E. Langdon. 2014. «Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities : The development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs). *British Journal of Clinical Psychology: the british psychological society* 3 (53): 315 -332. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjc.12048>

Holden, Børge. 2016. *Utfordrende Atferd Og Utviklingshemning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr 64*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Isaksen, Jørn og Are Karlsen. 2013. *Innføring i atferdsanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordanger, Dag Øystein. 2014. «*Nevrobiologi som veiviser for traumearbeid*» i *Traumebehandling – komplekse traumelidelser og dissosiasjon*, red: Anstorp, Trine og Kirsten Benum, 39-51. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie – kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nieuwenhuis, Jeanet Grietje, Hedwig Johanna Henrica Smits, Eric Onno Noorthoorn, Cornelis Lambert Mulder, Engelbertus Johannes Maria Penterman, and Henk Llewellyn Inge Nijman. 2019. "Not Recognized Enough: The Effects and Associations of Trauma and Intellectual Disability in Severely Mentally Ill Outpatients." *European Psychiatry* 58 (uten) : 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.02.002>

Mevissen, Liesbeth og Ad de Jongh. 2010. «PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature». *Clinical Psychology Review* 30(3):308-316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.005>

Kildahl, Arvid Nikolai, Sissel Berge Helverschou, Trine Lise Bakken, and Hanne Weie Oddli. 2020. «“If We Do Not Look for It, We Do Not See It”: Clinicians' Experiences and Understanding of Identifying Post-traumatic Stress Disorder in Adults with Autism and Intellectual Disability.» *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 33 (5): 1119-1132. <https://doi.org/10.1111/jar.12734>

Kildahl, Arvid Nikolai, and Ingvild Jørstad. 2021. "Post-traumatic Stress Disorder Symptom Manifestations in an Autistic Man with Severe Intellectual Disability following Coercion and Scalding." *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1-5. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13668250.2021.1995930>

Ryan, R. 1994. «Posttraumatic stress disorder in persons with developmental disabilities». *National Library of Medicine – National Center for Biotechnology Information* (1):45-54. <https://doi.org/10.1007/bf02188874>

Rittmannsberger, D., T. Yanagida, G. Weber, and B. Lueger-Schuster. 2020. "The Association between Challenging Behaviour and Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder in People with Intellectual Disabilities: A Bayesian Mediation Analysis Approach." *Journal of Intellectual Disability Research* 64 (7) : 538-50. <https://doi.org/10.1111/jir.12733>

Størksen, Terje. 2019. «Dømt til fengsel for å ha skaffet seg sex gjennom misbruk og tillitsforhold». Oppdatert 15. November, 2019. <https://www.h-avis.no/domt-til-fengsel-for-a-ha-skaffet-seg-sex-gjennom-misbruk-av-tillitsforhold/s/5-62-902471?key=2021-12-20T14%3A09%3A15.000Z%2Fretreiver%2F6089db39e2668a273ec70571e995fb12f1362da7>

Snoek, Jannike Engelstad, and Knut Engedal. 2017. *Psykatri : For Helse- Og Sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Skullerud, Elisabeth, Olav M. Linaker, Anne Cathrine Svenning og Harald Torske. 2000. «Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning». *Tidsskriftet Den Norske*

Legeforening 2000 (120):3246-8. <https://tidsskriftet.no/2000/11/klinikk-og-forskning/psykisk-helse-blant-mennesker-med-psykisk-utviklingshemning>

Tøssebro, Jan. 2010. *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tjora, Aksel Hagen. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal

Truesdale, Maria, Michael Brown, Laurence Taggart, Aoife Bradley, Douglas Paterson, Chammy Sirisena, Robert Walley og Thanos Karatzias. 2019. «Trauma-informed care: A qualitative study exploring the views and experiences of professionals in specialist health services for adults with intellectual disabilities». *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 32 (6): 1437-1445
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jar.12634>

Owren, Thomas. 2011. «Myndiggjøring og kritisk refleksjon». I *vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver*, 241-262, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde. Oslo: Universitetsforlaget

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2020. «Faglig skjønn i tjenesteyting. Tre struktureringsnivåer». I *vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver*, 141-169, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde. Oslo: Universitetsforlaget.

Linde, Sølvi og Thomas Owren. 2020. «Lokal kunnskapsutvikling». I *vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver*, 67-87, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde. Oslo: Universitetsforlaget.