



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet  
Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer**

*En kvalitativ studie av vernepleierens erfaringer i å jobbe med mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer*

**Benedikte Sabine Sørensen**

*Masteroppgave i psykisk helsearbeid HEL-3965 mai 2022*

*Antall ord: 21.514*

**Dersom man mener alvor med idealer om likeverd,  
må det få konsekvenser for hvordan en ordner  
de menneskeskapte omgivelsene**

*(Jan Tøssebo, I Owren, 2011a, s.28)*

# Forord

Jeg var aldri i tvil om at jeg ønsket å ta masterstudie etter endt bachelor i vernepleie. For meg har masteroppgaven vært en krevende prosess, med varierende motivasjon til å fullføre.

Heldigvis har jeg mange rundt meg som uendelig mange ganger har minnet meg på at jeg kan og kommer til å mestre dette forløpet!

Proessen har vært lærerik og det har gitt meg muligheten til å fordype meg på et område som jeg brenner for! Jeg er stolt og lettet for å nå være i mål!

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Sidsel Tveiten for all den tiden du har viet til meg og mitt prosjekt! Du har vært en stor motivator og gitt meg konstruktive tilbakemeldinger hele veien. Din støtte gjennom prosessen har vært enestående. Jeg vil gå så langt å si at denne masteroppgaven aldri hadde funnet sted uten din hjelp og alle støttende ord disse månedene. Tusen takk!

Jeg vil også takke alle informantene som har bidratt med sine erfaringer. Uten dere ville det heller ikke vært noe masteroppgave. Dere er fantastiske! Det har vært spennende å få innsikt i den gode og viktige jobben dere gjør.

For ikke å glemme støtte fra familie, venner, samboer og kollegaer. Dere har gitt meg en ekstra motivasjon til å gjennomføre. Takk til min arbeidsgiver som har gjort det mulig for meg å sammenfatte mitt arbeid. Til slutt vil jeg takke min søster Iselin Sørensen for korrekturlesing.

Jeg håper at oppgaven byr på spennende lesning og at den kan være et nyttig bidrag til forskning knyttet til personer med utviklingshemming og psykisk helse.

Benedikte Sabine Sørensen

Harstad, mai 2022

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Tidligere var det lite kjent at personer med utviklingshemming kunne utvikle psykiske helseutfordringer. I en årrekke har de vært diagnostisk overskygget der kognitive utfordringer har overskygget symptomer på psykiske lidelser. I dag vet vi at personer med utviklingshemming har høyre forekomst av psykiske helseutfordringer enn befolkningen for øvrig og at de har høyere risiko for å utvikle det. Tidligere forskning viser at mennesker med utviklingshemming er underrepresentert ved utredning, behandling og fagoppmerksomhet innen psykisk helsevern. Personer med utviklingshemming mottar i stor grad kommunale tjenester med bistand fra helsepersonell. Det er derfor helt sentralt å sette fokus på tema, i denne sammenhengen gjennom å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell har når det gjelder utviklingshemming og psykiske helseutfordringer.

**Hensikt:** Å undersøke og få innsikt i hvilke mulige utfordringer vernepleiere møter på i arbeid med mennesker med utviklingshemming og samtidig psykiske helseutfordringer.

**Problemstilling:** *«Hvilke erfaringer og refleksjoner har vernepleiere ved omsorgsbolig når det gjelder å jobbe med personer med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer?»*

**Metode/design:** Studien har et kvalitativt eksplorativt design, med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Data er samlet inn gjennom semistrukturerte intervju med syv vernepleiere fra to kommuner og er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC).

**Resultat og konklusjon:** Resultatene peker på at det er udekkede behov hos de ansatte, og at det er behov for mer støtte og veiledning fra spesialisthelsetjeneste. Det er utfordrende skille mellom hva som er utfordringer knyttet til diagnosen utviklingshemming og hva som skyldes psykiske helseutfordringer. Resultatene peker på at det er usikkerhet både hos ansatte og samarbeidspartnere når det gjelder hvordan man kan møte utfordringer knyttet til psykiske helseutfordringer. Det er behov for mer kompetanse om hva psykiske helseutfordringer innebærer for mennesker med utviklingshemming. Resultatene peker på at mennesker med utviklingshemming kan ha økt behov for tilrettelegging, stabilitet og kontinuitet i hverdagen.

**Nøkkelord:** psykisk utviklingshemming, psykisk helse, psykiske helseutfordringer, miljøterapi

## Abstract

**Background:** There have been few studies conducted in regards to researching whereas people with developmental disabilities could develop mental health challenges. For several years, this group of people has been diagnostically overshadowed, as cognitive challenges have overshadowed symptoms of mental disorders. Today, we know that people with developmental disabilities have a higher incidence of mental health challenges than the general population, as well as a higher risk of developing mental health challenges. Previous research and findings indicate that people with mental disabilities are underrepresented in estimation, treatment and professional attention in mental health care. People with mental illness and disorders are entitled to comprehensive, accessible and individually tailored services. Therefore, it is important to focus on said topic; in this context by examining what experiences health professionals have when it comes to developmental disabilities and mental health challenges.

**Purpose:** To investigate and gain insight into the possible challenges that social workers face in working with people with developmental disabilities, who are struggling with mental health challenges.

**Research question:** *"What experiences and reflections do social workers have in care facilities when it comes to working with people with developmental disabilities and mental health challenges?"*

**Method/design:** The study has a qualitative exploratory design, with a phenomenological hermeneutic approach. Data were collected through semi-structured interviews with seven social workers from two counties and were analysed using systematic text condensation (STC).

**Results and conclusion:** The results indicate that there is an unmet need among the employees and that there is a need for more support and guidance from specialist health services. It is difficult to distinguish between what challenges are associated with the diagnosis of developmental disability and what may be due to mental health challenges. The employees experience a lack of focus on, as well as knowledge concerning the said topic, and they generally describe uncertainty both among employees, yet also among the collaborators when it comes to how to take on these challenges. There is a need for more competence about what mental health challenges entail for people with developmental disabilities. The results

indicate that people with developmental disabilities may have an increased need for facilitation, stability and continuity in everyday life.

**Keywords:** mental disability, mental health, mental health challenges, milieu therapy

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.1.1	Forskerens forforståelse .....	2
1.2	Studiens hensikt og problemstilling .....	4
1.3	Begrepsavklaring .....	4
1.4	Litteratursøk.....	5
2	Teoretisk grunnlag.....	6
2.1	Det diagnostiske begrepet «Psykisk utviklingshemming» .....	7
2.1.1	Utviklingshemming:.....	8
2.2	Psykisk helseutfordring .....	9
2.3	Utviklingshemming og psykiske helseutfordringer.....	10
2.4	Miljøterapi .....	12
2.4.1	Vernepleieren .....	12
2.5	Ulike forståelsesformer i psykiatrien.....	13
2.6	Forståelse i miljøterapi .....	14
2.6.1	Gap-modellen .....	14
2.6.2	Det salutogene perspektiv .....	15
2.6.3	Brukerperspektivet .....	16
3	Metode.....	17
3.1	Metodevalg .....	17
3.2	Intervju og intervjuguide .....	18
3.3	Utvalg av informanter.....	19
3.3.1	Rekruttering.....	21
3.4	Presentasjon av studiedeltakerne .....	22
3.5	Gjennomføring av intervju .....	23

3.6	Analyse .....	24
3.6.1	Transkripsjon.....	24
3.6.2	Systematisk tekstkondensering .....	25
3.7	Etiske betraktninger .....	28
4	Resultater i studien .....	30
4.1	Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer .....	30
4.1.1	Opplevelse av lite fokus på psykiske helseutfordringer.....	30
4.1.2	Opplevelse av manglende kompetanse .....	32
4.1.3	Usikkerhet når det gjelder forståelse av psykiske helseutfordringer og hvordan møte disse.....	33
4.2	Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg.....	36
4.2.1	Ulike uttrykksformer når det gjelder psykiske helseutfordringer .....	36
4.2.2	Beboernes evne til å uttrykke seg og forstå.....	38
4.3	Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming .....	39
4.3.1	Samhandling med brukere.....	39
4.3.2	Samhandling mellom ansatte .....	41
4.3.3	Samhandling med andre instanser.....	42
4.4	Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming.....	44
4.4.1	Manglende tilrettelegging .....	44
4.4.2	Stabilitet og kontinuitet .....	46
4.4.3	Systematisk og målrettet arbeid .....	47
5	Diskusjon.....	48
5.1	Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer .....	48
5.2	Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg.....	51



5.3	Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming .....	52
5.4	Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming .....	54
6	Studiens styrker og begrensninger .....	56
7	Avslutning .....	58
7.1	Konklusjon.....	58
7.2	Videre forskning .....	59
	Referanseliste .....	60
	Vedlegg .....	65
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	65
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	68
	Vedlegg 3: Godkjenning NSD .....	72

# 1 Innledning

Psykiske helseutfordringer er en av våre største helseutfordringer i samfunnet, og bidrar til betydelig helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018). Forskning indikerer at psykiske helseutfordringer er mer utbredt blant personer med utviklingshemning enn befolkningen ellers, og at de har høyere risiko for å utvikle psykiske helseutfordringer (Cooper et al., 2007, Smiley et al., 2007, I Bakken, 2020c, s.28). Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Aasan, 2016) viser til forskning som indikerer at 36-50% av voksne personer med en utviklingshemming har en psykisk lidelse, mot 16-22% hos den voksne befolkningen for øvrig (folkehelseinstituttet, 2018).

Personer med psykiske helseutfordringer har rett til et verdig liv med god tilgang på behandling og oppfølging. Tjenestene som gis skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Flere rapporter de siste årene har pekt på mangler og utfordringer i tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming, og at personer med utviklingshemming ikke har lik tilgang på forsvarlige helsetjenester som den øvrige befolkningen (NOU 2016:17). Flere forskere og rapporter viser til at personer med utviklingshemming er underrepresentert ved utredning, behandling og fagoppmerksomhet innen psykisk helse (Kittelsa, 2008, Bakken, 2017, SOR, 2005, Søndena & Skeie, 2010, Bakken & Sageng, 2016). Helsetilsynet avdekket mangler ved tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming under et landsomfattende tilsyn i 2016. I flere kommuner ble det blant annet avdekket manglende kompetanse, opplæring og forhold som tyder på lite brukerinvolvering (Helsetilsynet, 2017).

Ekenes (2014b) hevder i sin artikkel «likeverdige tilbud» at personer med utviklingshemming mottar varierende tilbud og kvalitet i tjenestene. Det er geografiske utfordringer når det gjelder tilbudet til mennesker med utviklingshemming, da tilbudet varierer i ulike deler av landet. Det er ikke alle spesialiserte tjenester som har kunnskap om psykiske helseutfordringer hos mennesker med utviklingshemming.

I regjeringens strategi for god psykisk helse peker de på at tjenestene må utvikles og tilpasses for å møte de særskilte behovene den enkelte har (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Psykisk helsearbeid overfor personer med utviklingshemming er lite studert (Bakken & Sageng, 2016, Adshhead, collier & Kennedy, 2015). Det mangler forskning på hvordan

tjenestene som står personen nær kan jobbe med mennesker som har en utviklingshemming og samtidig psykiske helseutfordringer. Kompetanse nær brukeren vil gi større trygghet i tjenestene (Søndena & Skeie, 2010). Studien søker å rette fokus på og undersøker vernepleierens erfaringer og refleksjoner knyttet til temaet utviklingshemming og samtidig psykiske helseutfordringer.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Da jeg startet på masterutdanningen i psykisk helsearbeid ble det naturlig for meg å se nærmere på temaer som jeg hadde mange spørsmål rundt. Emnevalget skyldes at jeg gjennom vernepleiestudiet og etter endt bachelor i vernepleie i all hovedsak har jobbet med mennesker som har en utviklingshemming av ulik grad. Gjennom arbeid på ulike institusjoner og heldøgns boliger har jeg erfaring med problemstillinger knyttet til psykisk helse blant mennesker med utviklingshemming og andre sårbare grupper. Personlig synes jeg at psykisk helse er et vanskelig tema når det gjelder mennesker med utviklingshemming. Det finnes ingen offisielle retningslinjer eller arbeidsmetoder for hvordan helsepersonell kan jobbe med ulike problemstillinger innen psykisk helsearbeid spesifikt knyttet til det miljøterapeutiske arbeidet med mennesker med utviklingshemming. Når jeg startet å jobbe som vernepleier vekket temaet tidlig interesse hos meg, noe som førte til at jeg valgte å se nærmere på forskning og litteratur om temaet når jeg startet på masterutdanningen. Det finnes lite forskning som belyser helsepersonellens erfaringer knyttet til psykisk helsearbeid overfor personer med utviklingshemming. Jeg ønsket derfor å undersøke andres erfaringer når det gjelder utviklingshemming og psykiske helseutfordringer.

### **1.1.1 Forskerens forforståelse**

Forskerens erfaringsbakgrunn har betydning for forskningens resultat og kvalitet (Kvale og Brinkmann, 2015). I forskningsprosessen er det derfor viktig å være bevisst og erkjenne egen forståelse. Malterud (2017, s.44) beskriver forforståelse som den ryggsekker jeg som forsker har med meg inn i studien min, og består av mine egne erfaringer, verdier og faglige perspektiver. Forskeren skal gjennom refleksjon vise evne og vilje til å stille egne konklusjoner til tvil og ettertanke. Dette kalles for refleksivitet i forskningen og har betydning for studiens pålitelighet, og kan vises gjennom at forsker avklarer egne forestillinger og posisjonering (Malterud, 2017, s.19).

Min posisjonering til feltet er relativt nært, og jeg har flere ting til felles med informantene som deltar i studien. Som beskrevet innledningsvis er jeg selv utdannet vernepleier og har

erfaring innenfor den problemstillingen studiet ønsker å undersøke. Erfaringen viser seg i dag gjennom et stort engasjement for å forbedre livene til mennesker med utviklingshemming, og som i denne sammenheng forskningen berører. Jeg er ikke bare engasjert, men nysgjerrig på andres erfaringer på området.

Med bakgrunn i egne erfaringer har jeg med meg med fordommer som kan ha betydning for forskningsprosessen. Jeg har stått over flere utfordringer knyttet til psykiske helseutfordringer. Jeg har en opplevelse av at det foreligger manglende forståelse for at mennesker med utviklingshemming kan utvikle psykiske helseutfordringer, og også i stor grad en manglende forståelse for hvordan det kan utvikle seg. Jeg har jobbet med mennesker med store atferds utfordringer hvor det har vært krevende å vurdere bakgrunnen for den utageringen som vi observerer og som vi i mange tilfeller erfarer rent fysisk. Jeg har også erfart mine egne begrensninger og at mitt erfarings- og kunnskapsgrunnlag ikke har vært tilstrekkelig for å hjelpe mennesker med utviklingshemming som står ovenfor belastende utfordringer knyttet til psykiske helseutfordringer. Med bakgrunn i denne erfaringen hadde jeg noen tanker om at informantene i denne studien ville skissere ulike utfordringer knyttet til kunnskap om psykiske helseutfordringer når det gjelder mennesker med utviklingshemming.

Jeg har vært bevisst egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen og forsøkt å identifisere mulige fallgruver med det. Forforståelsen ble gjort til gjenstand for refleksjon allerede før oppstart av studiet gjennom prosjektskissen. Egen forforståelse og engasjement har også vært en bekymring jeg har hatt, som ved flere anledninger har vært oppe til refleksjon mellom meg og min veileder. Ifølge Tjora (2021, s.279) må engasjement betraktes å være et «støy» i forskningsprosessen. Det er nesten umulig å forestille seg en nøytralitet. For øvrig er ikke nøytralitet målet i den kvalitative forskningen, men å redusere den påvirkningen den kan ha (Malterud, 2017). Det har vært viktig for meg å være åpen for at andre har ulike erfaringer enn hva jeg selv har, men også åpen for at informantene i studien har liknede erfaringer.

Gjennom utarbeidelsen av intervjuguiden har dette et viktig vurderingspunkt i samarbeid med veileder, hvor det var høyt fokus på at intervjuguide ikke skulle lede informantene inn i spor og retning mine egne antakelser og fordommer. I intervjusituasjonen stilte jeg undrende oppfølgingsspørsmål med utgangspunkt i informantens eget fokus. Gjennom intervjuene var jeg nøye med å holde tilbake egne synspunkter og erfaringer for å ikke påvirke informantene. Mitt utgangspunkt som forsker var at det var knyttet en del utfordringer til temaet, det er også

det studien har som hensikt å undersøke. For å få fram eventuelle kontraster til egen forforståelse oppfordret jeg informantene til å reflektere over aspekter rundt tema som de ikke opplevde som en utfordring. Analysen er et viktig punkt i studien hvor forforståelsen særlig kan vise seg gjennom hva jeg som forsker leter etter. For å begrense forforståelsens plass ble analysen gjort parallelt med veileder. Gjennom utvalg av informanter ble det helt naturlig at jeg hadde mange fellestrekk med mine informanter som beskrevet over. På bakgrunn av en allerede sterk nærhet ble et viktig kriterie å ekskludere tidligere arbeidssted og tidligere kollegaer. Dette valget ble tatt på bakgrunn av at jeg av høy sannsynlighet ville fått bekreftet min forforståelse på bakgrunn av tidligere tett samarbeid og at mine erfaringer er basert på erfaringer i felleskap med tidligere kollegaer og arbeidssted.

## 1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Studien skal bidra til å sette søkelyset på et område innen psykisk helsearbeid som er vanskelig, og hvor det historisk er rettet lite fagoppmerksomhet rundt. Hensikten med studiet er å undersøke og få innsikt i hvilke mulige utfordringer vernepleiere møter på i arbeid med mennesker med utviklingshemming og samtidig psykiske helseutfordringer. Studie har følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer og refleksjoner har vernepleiere ved omsorgsbolig når det gjelder å jobbe med personer med utviklingshemning og psykiske helseutfordringer?»*

## 1.3 Begrepsavklaring

**Psykisk helseutfordring:** Inkluderer både psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er noe de fleste av oss opplever fra tid til annen. Psykiske helseplager innebærer ubehag og tilstander som oppleves som belastende, men ikke i stå stor grad at det karakteriseres som en diagnose. Psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (folkehelseinstituttet, 2018, Bakken, 2015).

**Utviklingshemming:** Diagnosen innebærer intellektuell og praktisk fungering under normalområdet som vil si en intelligenskvotient under 70 og deles normalt inn i 4 nivåer: lett, moderat, alvorlig og dyp utviklingshemming (Bakken, 2020b). Det korrekte diagnosenavnet for utviklingshemming er «psykisk utviklingshemming». Jeg har i oppgaven valgt å bruke begrepet «utviklingshemming» uten «psykisk» foran. Bakgrunnen for dette kommer jeg

nærmere inn på. Begrepet «psykisk utviklingshemming» vil fremkomme ved definisjoner og direkte sitat.

**Vernepleier:** Vernepleieren er autorisert helsepersonell med treåring helse- og sosialfaglig bachelor, og har kompetanse innen helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi (FO, 2017).

**Heldøgns omsorgsbolig:** Heldøgns omsorgsbolig kan være utformet på ulike måter. Med omsorgsbolig menes en bolig som er fysisk tilrettelagt for at beboere kan motta heldøgns pleie og omsorg etter behov. Med heldøgns menes at beboere har tilbud om tjenester og tilsyn gjennom hele døgnet, normalt er tilsynet i det omfang som ville blitt gitt i en institusjon. Omsorgen kan tilbys i eget hjem eller i samlokaliserte omsorgsboliger (Helse- og omsorgsdepartementet & kommunesektorens organisasjon, 2017).

## 1.4 Litteratursøk

Det ble gjennomført litteratursøk i flere steg og i flere faser av studie. Ved utarbeidelse av prosjektskisse ble det gjort et vidt søk for å gjøre meg kjent med forskning og for å få en oversikt over teamet psykisk helse og utviklingshemming. Litteratursøk ble også gjennomført før jeg gikk i gang med å diskutere resultater i studien for å undersøke om det kan ha kommet ny forskning som var relevant for forskningen. Jeg gjorde ustrukturerte søk med mange ulike ord og kombinasjoner, som ga mange treff i ulike databaser. Deretter gjorde jeg strukturerte søk i databasene: PubMed, PsycINFO, Idunn og Oria med varierende treff.

Jeg brukte disse engelske søkeordene i PubMed og PsycINFO, delt inn i tre kategorier som ble kombinert sammen:

1. *Mental illness, mental disorder, mental health problem, psychiatric disorder, mental health*
2. *Mental retardation, intellectual disabilities, learning disabilities, developmental disabilities*
3. *Mental health nursing, psychiatric nursing, milieu therapy, sosial worker*

I Idunn og Oria brukte jeg disse norske søkeordene, delt inn i tre kategorier som ble kombinert sammen:

1. *psykisk helse, psykisk lidelse, psykisk helseutfordring og psykisk plage*

2. *Psykisk utviklingshemning, utviklingshemning og utviklingshemming*

3. *Miljøterapi, Miljøarbeid og psykisk helsearbeid*

Jeg benyttet meg også av referansesøk, hvor jeg gjennom andres publikasjoner så nærmere på referanser og siteringer som jeg anså kunne være relevant for min studie.

Relevante publikasjoner rettet seg i stor grad mot forekomst av psykisk lidelse blant personer med utviklingshemming. Det ble gjort flere funn på studier hvor som fokuserte på metoder i behandling og effekten av ulike behandlinger for mennesker med utviklingshemming. Det ble også gjort funn på erfaring fra lege og spesialisthelsetjenester. Det var få treff på studier hvor en så på erfaringer fra ansatte i tjenestene rundt personer med utviklingshemming og arbeid med psykiske helseutfordringer. Å se nærmere på ansattes erfaringer er derfor relevant innenfor temaet. Aktuell forskning og litteratur som er relevant i dette studiet blir presentert i kapittel om utviklingshemming og psykiske helseutfordringer.

## **2 Teoretisk grunnlag**

Følgende kapittel og underkapitler vil omhandle det teoretiske grunnlaget og sentrale forståelsesrammer for studien. Teorigrunnlaget omhandler forhold for å belyse valgt problemstilling, og forhold som kan bidra til å belyse og forstå vernepleierens erfaringer og refleksjoner. For å se nærmere på temaet utviklingshemming og psykiske helseutfordringer er det nødvendig å gå inn i de ulike begrepene, hva de innebærer og hvordan begrepene samlet kan skape nye utfordringer for den det gjelder. Jeg vil presentere teori om utviklingshemming, psykiske helseutfordringer, utvalgt forskning og teori på området utviklingshemming og psykiske helseutfordringer, og miljøterapi som en fagideologisk tenkning.

Resultatgrunnlaget i studien er vernepleierens erfaringer og refleksjoner. Vernepleieren jobber tradisjonelt med personer med utviklingshemming hvor en helhetlig forståelse av mennesket står sentralt. Jeg vil derfor presentere vernepleierens kompetanse, tradisjonell forståelsesramme innen miljøterapi og utvalgte forståelsesrammer og perspektiver i miljøterapi som kan være viktig for å forstå og drøfte resultatene i studien. Det teoretiske

grunnlaget er utviklet og redigert underveis i lys av de perspektiver som kommer frem i resultatene i studien.

## 2.1 Det diagnostiske begrepet «Psykisk utviklingshemming»

Psykisk utviklingshemming er en omfattende diagnose, og omfatter mange mennesker.

Historisk har mennesker med psykisk utviklingshemming blitt omtalt med mange forskjellige betegnelser som «evneveike», «åndssvake» og andre betegnelser som de fleste av oss i dag oppfatter som negative, stemplende og stigmatiserende betegnelser (Ekenes, 2014a). I dag er den diagnostiske betegnelsen «psykisk utviklingshemming» det offisielle diagnosenavnet (Verdens helseorganisasjon, 2021). Diagnosenavnet psykisk utviklingshemming vært omdiskutert og mye tyder på at diagnosenavnet er i endring. I nyere litteratur, forskning og i offentlige dokumenter er det mest vanlig å omtale ved bruk av betegnelsen «utviklingshemming». Diagnosen utviklingshemming er i ICD-10 kategorisert som psykiatrisk diagnose (Verdens helseorganisasjon, 2021). Ifølge Holden (2008, s.23) kommer dette av at de fleste atferdsforstyrrelser som ikke har kjente biologiske årsaker ender i det psykiatriske diagnoseverket. Det kommer frem av definisjon i diagnoseverket at «*utviklingshemming kan komme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser*» (Verdens helseorganisasjon, 2021). Vi snakker om tilleggsdiagnoser som går utenfor det å ha en utviklingshemming. Diagnosenavnet «psykisk utviklingshemming» vil antakeligvis også endres til intellektuell funksjonsnedsettelse når den norske oversettelsen av ICD-11 kommer (Bakken, 2020, s.31). Ekenes (2014a, s.86) skriver:

*«Begrepet psykisk utviklingshemming er villedende, og det er grunn til å forlate dette begrepet. Psyken er som sagt ikke hemmet, men det er derimot kognitive prosesser. Ordet kognitiv utviklingshemming ville dermed vært bedre. Eller lærehemming, siden læringsevne er nedsatt»*

Videre i oppgaven kommer jeg til å bruke begrepet «utviklingshemming» for å skape et skille mellom «psykisk» som kan forstås som at utviklingshemming innebærer en psykisk lidelse og «utviklingshemming», som jeg mener er et mer korrekt begrep, og som også er et mindre stemplende begrep. Begrepet «psykisk utviklingshemming» vil likevel fremkomme ved direkte sitater eller definisjoner.



### 2.1.1 Utviklingshemming:

Å ha en utviklingshemming innebærer intellektuell og praktisk fungering under normalområdet, som vil si en intelligenskvotient under 70 (Bakken, 2020b, s. 20). I ICD-10 defineres psykisk utviklingshemming som:

*«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifester seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser»* (verdens helseorganisasjon, 2021).

Diagnosen utviklingshemming er en uensartet gruppe, hvor utviklingshemmingen viser seg på mange forskjellige måter. Diagnosen isolert viser i liten grad til den enkeltes individuelle behov, og det er store variasjoner i grad av kognitiv og praktisk fungering. Diagnosen sier heller ikke noe om årsaken til tilstanden (Bakken, 2020b, s. 20).

Diagnosen deles inn i ulike grader med tilhørende intelligensnivåer (IQ) og tilsvarende mental alder (Stubrud, 2020, s. 56). ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2021) deler diagnosen inn i lett, moderat, alvorlig eller dyp grad av utviklingshemming.

*Lett grad av utviklingshemming* innebærer IQ mellom 50-59 og en mental alder mellom 9-12 år. Mennesker med en lettere utviklingshemming har i stor grad språkferdigheter, hvor de kan forstå og bruke komplekst språk. Mange personer med lettere grad av utviklingshemming kan klare seg godt i dagliglivets gjøremål, men vil gjerne ha behov for veiledning til komplekse og avanserte oppgaver.

*Moderat grad av utviklingshemming* innebærer IQ mellom 36-49 og en mental alder mellom 6-9 år. Mennesker med moderat utviklingshemming vil kunne forstå vanlig talespråk, men bruker selv enkelt og konkret språk. De trenger ofte bistand eller veiledning i mange av dagliglivets gjøremål.

*Alvorlig grad av utviklingshemming* innebærer en IQ mellom 20-34 og en mental alder mellom 3-6 år. De kan lære og forstå enkel tale. Alvorlig grad av utviklingshemming vil ha sterkt behov for hjelp og støtte i hverdagen.

*Dyp grad av utviklingshemming* innebærer en IQ under 20 og en mental alder mellom 0-3 år. Dyp grad av utviklingshemming medfører alvorlige begrensninger på de fleste områder, og medfører omfattende behov for bistand. Kommunikasjonen er begrenset til lite eller ingen språk (Stubrud, 2020, s. 57).

Felles for mennesker med utviklingshemming er at de har nedsatt evne til læring og til å klare seg selv i samfunnet, i varierende grad. Utfordringene er knyttet til kognisjon og adaptive ferdigheter, og noen av disse vanskene er knyttet til oppmerksomhet, hukommelse, begrensninger i kognitiv bearbeidelse, nedsatt tidsoppfatning og nedsatte eksekutive funksjoner. Dette er viktige funksjoner for å løse oppgaver i hverdagen. Inndeling i ulike grader tilhørende IQ og mental alder vil ikke gi oss svaret på alt. Mennesker med utviklingshemming kan fungere bedre på noen områder, enn andre områder (Stubrud, 2020, s. 57, Holden, 2008).

Forståelse av diagnose er viktig for å gi riktig bistand, også innen psykisk helsearbeid. I studiens sammenheng, som omhandler psykiske helseutfordringer vil graden av utviklingshemming ha betydning for identifisering, utredning og behandling av psykiske helseutfordringer. Ifølge Holden (2008, s. 34) er det variasjoner i hvordan symptomer på psykiske helseutfordringer viser seg ut fra grad av kognitiv funksjonssvikt. Jeg kommer nærmere inn på psykiske helseutfordringer hos personer med utviklingshemming i senere kapittel.

## **2.2 Psykisk helseutfordring**

En skiller gjerne mellom psykiske plager og psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018). I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet psykiske helseutfordringer, som omfatter både psykiske plager og psykiske lidelser. Da forskning peker på at mennesker med utviklingshemming i mer eller mindre grad blir diagnostisk overskygget når det gjelder psykisk helse, er det relevant å utvide begrepet til å omhandle både psykiske plager og lidelser. Vernepleierne som deltar i studien kan komme til å jobbe med mennesker som har psykisk lidelse som tilleggsdiagnose, men også mennesker som mulig er diagnostisk overskygget, eller som ikke er diagnostisert, men som likevel kan ha psykiske plager eller lidelser som medfører belastning og utfordringer for brukeren.

Psykiske plager er noe de fleste av oss opplever fra en tid til en annen. Det innebærer ubehag og tilstander som oppleves som belastende, men ikke i stå stor grad at det karakteriseres som

en diagnose. Psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2018, Bakken, 2015). Psykiske lidelser er først og fremst en samlebetegnelse på en gruppe lidelser som viser seg på mange forskjellige måter. Generelt kan en si at det rammer tenkning og følelser, og medfører ofte endring i atferd og/eller kroppslige funksjoner. Psykiske helseutfordringer kommer av sammensatte årsaker, og kan medføre ulik grad av nedsatt funksjon i daglivet (Bakken, 2020, s.20). Mennesker med utviklingshemming har i utgangspunktet med seg kognitive begrensninger og nedsatte funksjoner i dagliglivet. Fokus på psykisk helsearbeid vil derfor være viktig for å forhindre ytterligere nedsatt funksjon i hverdagen.

## **2.3 Utviklingshemming og psykiske helseutfordringer**

Psykisk helse er noe vi alle har og det er flere faktorer som påvirker vår psykiske helse. Faktorer som påvirker psykisk helse for personer med utviklingshemming, skiller seg i utgangspunktet ikke ifra faktorer som påvirker den psykiske helsen til den øvrige befolkningen. Generelt kan en si at mennesker med utviklingshemming har samme grunnleggende behov som alle oss andre, men for personer med utviklingshemming som har utfordringer knyttet til forståelse for omgivelsene og seg selv, og i tillegg kan ha utfordringer med å fortelle hvordan de har det og hva de har behov for, så kreves det i de fleste tilfeller at behovene dekkes gjennom støtte, veiledning og tilrettelegging fra omgivelsene. I psykisk helsearbeid overfor mennesker med utviklingshemming er det viktig å ha fokus på forhold som fremmer god psykisk helse. Tre viktige faktorer som kan bidra til god psykisk helse er sunne relasjoner, opplevelsen av mestring, og at psykiske helseutfordringer oppdages tidlig (Bakken, 2015).

Det har ikke alltid vært kjent at personer med utviklingshemming kan utvikle psykiske helseutfordringer. Tidligere ble det blant annet argumentert for at personer med utviklingshemming ikke hadde kognitiv kapasitet til å utvikle psykiske vansker. I mange år har mennesker med utviklingshemming vært diagnostisk overskygget, der psykiske utfordringer ble knyttet direkte til vansker som kom av utviklingshemmingen (Bakken, 2015, Bakken & Olsen, 2012, I Aasan, 2016, Jopp & Kays, 2001, Reiss, Levitan, & Szyszko, 1982, I Bakken & Sageng 2016). I dag vet vi at personer med utviklingshemming utvikler samme psykiske helseutfordringer som resten av befolkningen, men at symptomtrykket kan vise seg annerledes (Skallerud, et.al., 2000, Cooper, et.al., 2007, Smiley et al., 2007, Emersom og Hatten, 2007, Myrbakk og Tetzchner, 2008, Bakken, 2014, I Aasan, 2016).

Identifisering av psykiske helseutfordringer hos personer med utviklingshemming er komplisert. Grensegangen mellom utviklingshemming og psykiske helseutfordringer har vært, og er vage. Psykiatriske diagnoser stilles på bakgrunn av atferdskriterier.

Utviklingshemmede har i utgangspunktet mer forstyrret atferd og deres uttrykksformer kan avvike fra hvordan atferden normalt opptrer hos personer med normal fungering (Holden, 2008, Bakken & Sageng, 2016). Personer med utviklingshemming har høyere risiko for å utvikle psykiske helseutfordringer (Cooper et. al., 2007, Smilet et. al., 2007, I Bakken, 2020c, s.28). Dette kommer av flere faktorer. Først og fremst står mennesker med utviklingshemming i fare for å bli misoppfattet. De har manglende evne til å uttrykke seg som medfører at de ikke kan si ifra om ubehag, noe som kan medføre voldsomme reaksjoner som aggresjon mot miljøet rundt seg (Bakken, 2015). I kunnskapsoppsummeringen til Bakken & Sageng (2016) ble det påpekt et behov for en mer tilrettelagt interaksjon mellom bruker og hjelpepersonell. Videre viser de til at helsepersonell kan ha vanskelig for å tolke brukere som har begrenset verbalt språk. I forskningen til Ahead, Collier & Kennedy (2015) fant de at helsepersonell ikke følte de hadde den nødvendige kunnskapen til å avdekke og følge opp psykiske helseutfordringer hos mennesker med utviklingshemming. Forskningen konkluderte de med at det var mangel på kompetanse, forståelse og ferdigheter til å møte denne pasientgruppen.

Noen mennesker med utviklingshemming lever i lite tilrettelagte omgivelser som er tilpasset deres behov og funksjonsnivå (Holden, 2008, s.125), dette medfører at de er utsatt for kognitiv overbelastning hvor personen over lengre tid blir stilt overfor oppgaver som en ikke kan løse (Bakken, 2015, Holden, 2008). Symptomer på psykisk helseutfordring kan derfor skyldes mistilpasning, som igjen kan forsterke en allerede forstyrret atferd. Dårlige tilrettelagte miljø kan også medføre innlæring av symptomliknende atferd (Holden, 2008). Overbelastning og atferdsvansker kan forveksles med andre plager som smerte eller psykiske helseutfordringer. Å skille mellom atferd som skyldes dårlige miljøbetingelser, overbelastning eller smerte er komplisert og medfører i noen tilfeller både under- og overdiagnostisering og behandling av psykiske helseutfordringer (Bakken, 2015, Bakken & Sageng, 2016).

Bakken & Sagen (2016) konkluderer i sin forskning med at mennesker med utviklingshemming i utgangspunktet kan dra nytte av samme type oppfølging og behandling som den generelle befolkningen så lenge den er tilpasset brukerens kognitive nivå og brukerens eget uttrykksnivå. Behandling og oppfølging av psykiske helseutfordringer hos

mennesker med utviklingshemming er krevende og krever mangle involverte (Bakken & Sageng, 2016).

## **2.4 Miljøterapi**

Det finnes ingen entydig definisjon på hva miljøterapi er. Synonymt med miljøterapi brukes ofte begreper som miljøbehandling, miljøarbeid og miljøterapeutisk arbeid. Begrepene har ingen avgrenset betydning og er vanskelig å skille fra hverandre (Jacobsen & Gjertsen, 2021).

Begrepet miljøterapi er satt sammen av to begreper; miljø og terapi. Hvor miljøet representerer omgivelsene, fysiske rammer og de mennesker som samhandler med brukeren. Terapibegrepet dreier seg overordnet om omsorg, symptomlindring, mestring, læring og personlig utvikling (Bakken, 2020, s.33).

Miljøterapi er et begrep som knyttes til organisering og tilrettelegging for utvikling og endring, gjennom en planlagt, systematisk og faglig begrunnet arbeidsprosess. Miljøterapi er ingen konkret metode, og kan forstås som en fagideologisk tekning hvor man jobber etter ulike faglige intervensjoner, tilnærminger og ideer. Et viktig prinsipp for miljøterapi er at arbeidet er planlagt og styrt i målrettede prosesser, som bygger på en helhetlig forståelse av at menneskelige aspekter står i gjensidig påvirkning av hverandre (Lillevik & Øyen, 2014). Begrepet miljøterapi gir grunnlag for en forståelse av at mennesket utvikler seg gjennom måter de blir samhandlet med av personer som utgjør deres miljø (Jacobsen & Gjertsen, 2021).

### **2.4.1 Vernepleieren**

Vernepleieren har en bred kompetanse som bygger både på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og har både helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse. Vernepleieren har historisk vært knyttet til omsorg for mennesker med utviklingshemming, men i dag ser vi at vernepleieren i stor grad også jobber på andre plasser i helse og omsorgsfeltet og er en ettertraktet profesjon på flere områder. Helt sentral i vernepleiefaglig kompetanse er å se hele mennesket, med fokus på hvordan tilrettelegge for å redusere konsekvensen av funksjonsnedsettelsen. Systematisk arbeid, med ferdigheter innen kartlegging, tiltak og evaluering er en av vernepleierens kjernekompetanse. Et viktig verktøy for det systematiske arbeidet er vernepleierens arbeidsmodell (Nordlund, Thorsen, Linde, 2015, FO, 2017).

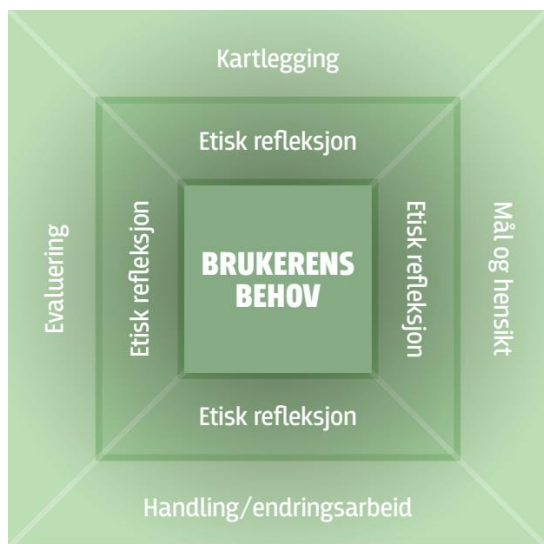
Fellesorganisasjonen beskriver vernepleierens kompetanse:

*Vernepleiere har kunnskap om hvordan legge til rette for å bistå personer med ulike emosjonelle-, fysiske-, sosiale- og kognitive utfordringer. Målrettet miljøarbeid og vernepleierens arbeidsmodell, er en modell for planlegging, gjennomføring og evaluering av arbeid der en person eller et miljø ønsker endring. Den gir vernepleieren et godt verktøy for systematisk problemløsning basert på brukerstyring og det å være et medmenneske i hverdagen (FO, 2017).*

Med sosialfaglig, helsefaglig og pedagogisk kompetanse skal vernepleieren ha et tverrfaglig perspektiv. Muligheter, mestring, selvbestemmelse, brukermedvirkning og deltakelse er sentrale verdier i arbeidet. Et sentralt perspektiv for vernepleieren er den rasjonelle forståelsen av funksjonsnedsettelse, den relasjonelle modellen, også kaldt Gap-modellen (Nordlund, Thorsen, Linde, 2015).

#### **2.4.1.1 Vernepleierens arbeidsmodell**

Et viktig prinsipp i vernepleie er problemløsning i samarbeid med de menneskene vi jobber med, hvor brukerens behov står i sentrum. Vernepleierens arbeidsmodell er en måte å sikre systematikk, faglig forankring og deltakelse fra personen en hjelper. Modellen er delt inn i fire ulike prosesser; kartlegging, målvalg, tiltak og evaluering (FO, 2017).



(FO, 2017).

## **2.5 Ulike forståelsesformer i psykiatrien**

Det finnes ulike modeller og ulike perspektiver for å forstå både helse og hvordan uhelse oppstår. Innenfor psykiatrien er det noen overordnede forståelsesmodeller: den biologiske

modellen, den psykologiske modellen, den sosiologiske modellen og en kombinasjon av disse, som betegnes som den biopsykososiale modell. Biopsykososiale modeller er de modeller med mest støtte i dag og bygger på en forståelse og generell enighet om at psykiske helseutfordringer må forstås ut fra et helhetlig perspektiv hvor det er samspill mellom ulike faktorer (Lauveng, 2020). Håkonsen (2000, s.22) beskriver at man i hovedsak kan skille mellom reduksjonistiske perspektiver som vektlegger at psykologiske fenomener kan forklares og reduseres til spesifikke årsaker og helhetlig perspektiver som vektlegger at psykologiske fenomener må forstås gjennom både biologiske, psykologiske, sosiale og relasjonelle forhold.

## **2.6 Forståelse i miljøterapi**

En grunnleggende forståelse i miljøterapien er at individ og miljø har en gjensidig påvirkning av hverandre over tid, og at psykiske helseutfordringer oppstår, mestres eller minskes gjennom relasjoner som utgjør det miljøet vedkommende er en del av (Skåderud, Haugsgjerd, Stânicke, 2018, Jacobsen & Gjertsen, 2021). Miljøterapi bygger på en helhetligforståelse av de utfordringer individet står overfor.

Sentrale områder en vernepleier jobber mot er mestring, deltakelse, selvbestemmelse og livskvalitet. Jeg vil i følgende underkapitler presentere forståelsesrammer innen miljøterapi som kan knyttes opp til overnevnte fokusområder, og vernepleiefaglig forståelse i møte med mennesker som har en utviklingshemming.

### **2.6.1 Gap-modellen**

Modellen viser til en relasjonell forståelse av hvordan funksjonsnedsettelse, sykdom eller uhelse oppstår i gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav eller forventninger. Vernepleierens oppgave innen denne forståelsen er å minske dette gapet, gjennom en tilnærming som har fokus på å påvirke eller bryte ned samfunnsmessige krav, herunder psykiske, fysiske og sosiale betingelser i miljøet på den ene siden, og å styrke individets forutsetninger på den andre siden. I Norge er det vanlig å ta utgangspunkt i denne relasjonelle forståelsen av at helse og uhelse oppstår i relasjon mellom individ og samfunn. Det er også en sentral forståelsesramme for vernepleiefaglig teori og praksis (Brask, Østby & Ødegård, 2016, Lauveng, 2020).

## 2.6.2 Det salutogene perspektiv

Sosiologen Aaron Antonovsky utviklet begrep og teori om salutogenese, hvor fokuset er på ressurser i mennesket og i omgivelsene som kan bidra til helse. Teorien om salutogenese kom som en motsats til patogenese, som beskriver sykdom og årsaker til sykdom. Antonovsky fokuserte i motsetning på hvilke kilder som bidrar til at mennesker opprettholder god helse til tross for ulik belastning eller påkjenning. I det salutogene perspektiv er helse definert som et kontinuum, hvor man har grader av helse, i motsetning til det patogene for en enten er syk eller frisk. Videre mente Antonovsky at helse var et spørsmål om hva vi utsettes for, men vår evne til å håndtere det vi blir utsatt for. Sentralt i salutogenese er vektleggingen av personens egen historie og opplevelse, samt eksisterende eller potensielle motstandsressurser (Antonovsky 1987, Langeland, 2012, I Langeland, 2014).

Et sentralt begrep innen teorien om salutogenese er «opplevelse av sammenheng», som omhandler i hvilken grad man har en gjennomgående opplevelse av at indre og ytre stimuli er begripelige, håndterlige og meningsfulle. Summen av disse komponentene mente Antonovsky avgjør hvordan vi mestrer påkjenninger og bidrar til ulik grad av helse, mestring og velvære (Antonovsky 1987, I Langeland, 2014).

I et salutogent perspektiv forsøker en å identifisere både personlige og kollektive motstandsressurser som kan styrkes. Antonovsky (1979, I Langeland, 2014, s. 13) identifiserte noen generelle områder for motstandsressurser:

Kvaliteten og opplevelsen av *sosial støtte*, hvor relasjoner av intim og emosjonell karakter er tilgjengelig er fremmet særs viktig. *Ego identitet* som omhandler hvordan man ser på seg selv fremmes som en ressurs på det emosjonelle nivå. *Kunnskap og intelligens* som en ressurs, hvor innsikt gir muligheter for valg og mestring av valg. *Kulturen* gir oss en plass og kan være en ressurs til opplevelsen av sammenheng ved å sette folk i stand til deltakelse og beslutningstaking. Videre er *kontroll, oversikt og kontinuitet* mestringsressurser, og som fremmes i de omgivelser du er en del av. *Religion og verdier* er mestringsressurser som gir retning i livet, og bidrar til forankring. Fysiske og biokjemiske motstandsressurser som omhandler gener og fysikken. Motstandsressurs i form av tilgang på *materielle verdier* som bolig og klær. Siste hovedområde for mestringsressurser er *mestringsstrategier* som er rasjonell, fleksibel og forutsigbar, med evne til regulering av følelser (I Langeland, 2014, s.13).



Salutogenese viser oss en teori og tilnærming som har fokus på mestring, deltakelse, brukermedvirkning og livskvalitet. Den viser til at helse ikke gjelder personen isolert, men i samspill og i relasjon med omgivelser. Omgivelsene spiller en viktig rolle gjennom å kunne skape muligheter og tilrettelegge for at personer kan håndtere livet på en måte som styrker opplevelsen av sammenheng. Hovedfokuset ligger på å gi oppmerksomheten til motstandsressurser som enten er til stede eller har et potensial for å finne sted (Langeland, 2014, Lauveng, 2020). En av de overordnede målene til vernepleieren er å bidra til høyest mulig grad av livskvalitet. Livskvalitet henger sammen med opplevelse, og egen vurdering av livet. Teorien om salutogenese viser til vernepleierens ramme innenfor helsefremmende tilnærming (Owren, 2011b).

### **2.6.3 Brukerperspektivet**

Brukerperspektivet står sentralt i vernepleiefaglig arbeid, vernepleieren skal arbeide med å fremme deltakelse, myndighet og selvbestemmelse. Brukeren skal være den sentrale aktør i eget liv og inneha en aktiv rolle som deltaker og medvirker. Økt kontroll og innflytelse kan ha en terapeutisk og helsefremmende virkning og dermed bidra til økt livskvalitet (FO, 2017, Brask, Østby & Ødegård, 2016).

#### **2.6.3.1 Empowerment**

Empowerment er en samlebetegnelse på en rekke begreper og tendenser som vektlegger brukerens rett til innflytelse. Empowerment handler om myndiggjøring og omfordeling av makt. Helt konkret handler det om å legge til rette for maktfordeling og større selvbestemmelsesrett. Empowerment blir ofte misforstått til å bety selvstendigjøring, men handler mer om opplevelse av kontroll og den faktiske muligheten de har til innflytelse, og om å gjøre i stand til og å tillate andre å ha kontroll (Lauveng, 2020, s.197).

Empowerment er særlig gjeldene for personer med langvarige funksjonsnedsettelse. Mennesker med utviklingshemming har i stor grad behov for langvarig bistand fra andre personer. Dette medfører at de er utsatt for å komme i en avmaktssituasjon. Empowerment viser til et positivt og rasjonelt syn på at mennesker kan og vet sitt eget beste dersom det blir langt til rette for det. Dette krever at vernepleieren aktivt arbeider med å forstå den enkelte og den enkeltes behov. Empowerment krever bevissthet på ulike nivå. Det ene er individperspektivet hvor vernepleieren har fokus på prosesser og tiltak for å sette i stand og muliggjøre økt kontroll over eget liv. Reel Empowerment krever også et samfunnsperspektiv, der man anerkjenner at avmakt henger sammen med samfunnsmessige og strukturelle forhold

hvor man må jobbe aktivt med å påvirke forhold som opprettholder makt og hindrer egenkontroll (Askheim, 2014).

### **3 Metode**

I dette kapitlet og tilhørende underkapitler vil jeg redegjøre for mine metodiske valg i studien og gjennomføringen av disse. Et viktig grunnprinsipp i vitenskapelig tradisjon er at forskningen skal være tilgjengelig for innsyn og utfordring (Malterud, 2017, s.36). Jeg skal derfor forsøke å beskrive og begrunne prosessen og de valg som er tatt, så tydelig som mulig. Studien har et kvalitativt eksplorativt design, med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming, hvor individuelle intervju er benyttet som metode for datainnsamling.

#### **3.1 Metodevalg**

Studien er utforskende, og går inn i et tema og et område som er lite utforsket og hvor det er begrenset kunnskap. Med hensikt å undersøke vernepleierens erfaringer og refleksjoner innenfor et lite undersøkt område er det nødvendig med et fleksibelt design som åpner opp for de variasjonene som erfaringene og refleksjonene til vernepleieren har. Et kvalitativt eksplorativt design og metode ble naturlig da kvalitative metoder er velegnet for områder hvor det er manglende kunnskap, og hvor en undersøker andres erfaringer (Malterud, 2017, Tjora, 2021, s. 287, Harboe-Jepsen, 1997, s.69).

I kvalitativ forskning erkjenner vi at det finnes flere gyldige versjoner av den kunnskapen vi fremstiller (Malterud, 2017, s.24). Forskningsmetoden og studien vil derfor ikke gi en entydig konklusjon, men kan bidra med ny kunnskap, innsikt eller en dypere forståelse for tema.

Den kvalitative datainnsamlingen er gjort gjennom individuelle semistrukturerte intervju av syv vernepleiere. Studien tar utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming, hvor vernepleierens erfaringer, perspektiver og måter å oppfatte fenomener på står sentralt i analyse, tolkning og drøfting. Fenomenologiens utgangspunkt er at menneskets subjektive erfaringer er gyldig kunnskap. Den fenomenologiske tilnærming forutsetter at en setter tidligere kunnskap til side, og forsøker å beskrive menneskelige erfaringer så nøyaktig som mulig (Malterud, 2017, s.28). Med et fenomenologisk utgangspunkt, vil jeg som forsker forsøke å være lojal mot vernepleierens erfaringer og opplevelser i lys av deres livsverden. Med et fenomenologisk utgangspunkt hvor vernepleierens erfaringer står sentralt, erkjenner jeg likevel eget ståsted, engasjement, erfaring og kunnskap på området, og at denne kan påvirke studien. I denne studien er systematisk tekst kondensering brukt for å analysere

intervjuene. Systematisk tekstkondensering er inspirert av fenomenologien, men vektlegger samtidig erkjennelsen av forskerens ståsted (Malterud, 2017, s.116). Gjennom en fenomenologisk tilnærming ønsker jeg å forstå meningen med et fenomen gjennom andres øyne, dette medfører et fortolkende perspektiv som jeg erkjenner å ikke kunne ta fullstendig avstand fra. Framfor å ta avstand fra egen forforståelse har jeg etterstrebet å avklare min posisjonering og forforståelse aktivt gjennom hele prosessen. Bevissthet rundt eget ståsted kan ifølge Malterud (2017, s.45) forebygge at man overdøver det empiriske materiale. Erkjennelsen av at forforståelsen har en betydning bringer det hermeneutiske filosofiske perspektiv inn i studien. Sentralt i den filosofiske hermeneutikk er at vi alltid ser noe ut fra et perspektiv som er formet av vår fortid. Forforståelsen kan gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon, men ikke ubegrenset (Thornquist, 2018, s.182). I dette ligger en erkjennelse av at ingen vil forstå nøyaktig det samme som meg, resultater i studien kan derfor se annerledes ut om noen andre følger samme spor.

### **3.2 Intervju og intervjuguide**

Datainnsamling gjennom semistrukturerte intervju ble valgt på bakgrunn av at det gir en fleksibilitet som tillater informanten å tale fritt, men samtidig en struktur og en retning som dekker viktige temaer knyttet til problemstillingen (Polit & Beck, 2020, s. 514).

Intervjuguiden ble til gjennom å lese forskning, teori og faglitteratur om utviklingshemming og psykiske helseutfordringer (Vedlegg 1). Intervjuguiden er strukturert med åpne og ikke-ledende spørsmål som lar informanten fortelle fritt. I det kvalitative intervju vil informanten ofte romme flere temaer og spørsmål underveis i sin fortelling (Kvale & Brinkmann, 2015). Den semistrukturerte intervjuguiden ble strukturert med innledende spørsmål, spørsmål med sikte på å besvare problemstilling og en oppsummerende del hvor informanten ble gitt mulighet til å løfte egne temaer inn i studie. Rekkefølgen på spørsmål ble tilpasset underveis i intervjuet ettersom hvilke temaer informanten selv kom innom.

Underveis i intervjuet ble det stilt oppfølgingsspørsmål der jeg som intervjuer så det som nødvendig og relevant, ofte i form av å be informanten å utdype eller konkretisere sine spørsmål i form av eksempler. Jeg fulgte også opp med oppsummeringer for å forsikre meg om at jeg hadde forstått det informanten fortalte om. Problemstillingen tar sikte på å innhente erfaringer og refleksjoner, som intervjuer stilte jeg også oppfølgingsspørsmål som hadde som hensikt å stimulere til refleksjoner. Eksempler på spørsmål som ble brukt for å stimulere til refleksjon var: «hva tenkte du da?» «hva tenker du om det du eller dere gjorde da?». Jeg var

derfor bevisst å ikke utdype egne erfaringer underveis i intervjuet. I et kvalitativt intervju er målet å innhente beskrivelser av informantens egen livsverden, og da ønsker en ikke å sette betingelser for den kunnskapen som informanten deler (Kvale & Brinkmann, 2015, Malterud, 2017). Jeg opplevde at informantene ofte kom innom tema og spørsmål i intervjuguiden spontant. Dette gjorde at intervjusituasjonen fikk en god og naturlig dynamikk, hvor informant kom inn på tema, og jeg som forsker viste interesse gjennom oppfølgingsspørsmål og oppsummeringer.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg to pilotintervju med to vernepleiere som hadde erfaring med målgruppen og problemstillingen for studie, men som ikke skulle være en del av resultatgrunnlaget. Disse ble gjennomført i god tid før gjennomføring av intervjuene til studie. Et av pilot intervjuene ble gjennomført over team og et fysisk. Jeg erfarte at begge intervjukontekster fungerte godt. Begge intervjuene ble gjennomført uavbrutt og ble avsluttet med en evaluering og tilbakemelding fra informantene. Informantene ga tilbakemeldinger på hvordan de opplevde spørsmålene og selve intervjusituasjonen. Tilbakemeldingene og erfaringen fra pilotintervjuene ga meg god trening i å intervjuer. Jeg opplevde at pilotintervjuet var en viktig kvalitetssikring i intervjuprosessen. Jeg erfarte betydningen av å være deltakende og ikke fullstendig passiv intervjuer. Det gjorde intervjuet til en mer naturlig situasjon. Gjennom denne prosessen ble jeg gjort oppmerksom på viktigheten av å stille korte og konkrete spørsmål, og å gi informanten tid og rom til å reflektere underveis i intervjuet. Det ga meg trening i å stille oppfølgingsspørsmål og jeg opplevde senere at det bidro til berikende svar fra informantene. Jeg fikk tilbakemeldinger på at noen av spørsmålene var vanskelig å forstå og at de opplevdes som faglig krevde. Intervjuguiden ble justert ut fra de tilbakemeldingene jeg fikk fra informantene.

### **3.3 Utvalg av informanter**

Utvalg av informanter ble gjort gjennom en nøye vurdering av hvem som best kunne bidra til å belyse problemstillingen, og vurdering av informasjonsstyrken utvalgsriteriene kunne gi. Informantene ble strategisk utvalgt. Med et fenomenologisk utgangspunkt ble første kriteriet at informanten hadde erfaring med aktuelle problemstilling (Malterud, 2017, Pilot & Beck, 2020).

Allerede i problemstillingen kom noen av studiens utvalgsriterier fram, det dreide seg om ansatte som jobber i heldøgns omsorgsbolig som har erfaring med tema for studie. I studien

var det kun vernepleiere som deltok og problemstillingen har senere blitt endret i tråd med dette. Jeg vil likevel beskrive utvalgsprosessen i sin opprinnelige helhet.

Selv om helsepersonell med erfaring på tema var et naturlig utgangspunkt ble det viktig vesentlig å reflektere over om det var hensiktsmessig å inkludere andre roller og tjenester i studien, og om det var andre personer som kunne gi meg «bedre data». Jeg gjorde meg noen tanker om at spesialisthelsetjenesten, fastlege, ledere eller andre profesjoner kunne være aktuell da de har en sentral rolle innen psykisk helsearbeid overfor mennesker med utviklingshemming. Jeg landet på at de beste svarene ville jeg få av helsepersonell som jobbet tett på gruppen gjennom hele døgnet, med den tanken om at de ville ha de beste forutsetninger for å beskrive «hele bildet». Som helsepersonell i omsorgsbolig er du ofte med i store deler av det psykiske helsearbeidet, når det gjelder observasjon, kartlegging og samarbeid med andre aktuelle instanser.

Det neste ble å vurdere hvem i omsorgsboliger vil kunne belyse problemstillingen best? Alle ansatte i omsorgsbolig vil ha erfaring med studiens målgruppe og temaet som belyses.

Samtidig dreier forskning seg om utvalg som best kan besvare problemstilling.

Miljøterapeuter har faglig bakgrunn som medfører at de ofte innehar roller som primær- og sekundærkontakter. Det er ofte de som har ansvaret for å følge opp dialog og samarbeid med eksterne hjelpere, de jobber med å planlegge og sette i gang intervensjoner og tar del i mange av de faglige vurderinger i tråd av sin formelle kompetanse. På bakgrunn av det ble utvalgsriteriet at informantene måtte inne ha helsefaglig bakgrunn på høyskole og universitetsnivå.

Alle valg man gjør i utvalgsprosessen gjør man med målsetting om overførbarhet, som vil ha betydning i andre sammenhenger enn studien (Malterud, 2017, s.51). Da vil også et viktig prinsipp i kvalitative studier være å gjøre utvalg som kan bidra til et rikt og variert materiale. Det ble gjort strategisk utvalg med sikte på variasjon, overførbarhet, informasjonsstyrke og variert materiale (Malterud, 2017, s.52).

- Informantene måtte være miljøterapeuter med bachelorgrad innen helse og sosialfaglig utdanning og ansatt i heldøgns omsorgsbolig i kommunal eller privat sektor.
- Informanten måtte jobbe i heldøgnsomsorgsbolig.
- Informantene måtte jobbe tett på personer med utviklingshemming, inneha en større stillingsprosent og ha skiftarbeid.

- For å øke informasjonsstyrke måtte informantene ha jobbet minimum tre år med målgruppen for studien.
- I tillegg ble det vesentlig å rekruttere informanter fra forskjellige arbeidsplasser, både fra kommunal og privat sektor, og ulike kommuner for å styrke variasjon og overførbarhet i studien.

Vurdering av antall informanter til studie var vanskelig. I forskning snakker en om metning for å avgrense utvalget. Metning oppnås når intervjuene ikke synes å gi ny kunnskap på temaet (Malterud, 2017, s.65, Tjora, 2021, s.158). Ifølge Tjora (2021, s.158) forventer man et sted mellom 8-15 dybdeintervju i en masterstudie. Samtidig er det viktig at studie er realistisk utformet. Jeg hadde som utgangspunkt å inkludere minimum 8 informanter med det utgangspunkt at utvalget hadde en god informasjonsstyrke og at dette kunne være tilstrekkelig for et rikt materiale. Likevel var jeg bevisst at studie kunne representere færre informanter og at studien kunne måtte inkludere flere informanter gjennom vurdering av om datagrunnlaget underveis oppnådde metning eller om det var behov for å inkludere flere for å få dekket problemstilling tilstrekkelig. I kvalitativ forskning vil metning i prinsippet kunne oppnås med et lavt antall informanter dersom de har en høy informasjonsstyrke (Malterud, 2017, s.65).

Rekrutteringsprosessen resulterte i 7 informanter. Jeg lyktes ikke med å rekruttere flere innen tidsrammen for studie. Datagrunnlaget virket også å være dekkende gjennom 7 informanter, da intervjuene ikke syntes å gi noen overraskende ny relevant informasjon. Jeg valgte derfor å ikke gå videre med rekruttering av flere informanter. Jeg vil videre i fremstillingen omtale informanter med betegnelsen «ansatt».

### **3.3.1 Rekruttering**

Jeg startet med å ta kontakt med to kommuner for å kartlegge hvor mange omsorgsboliger kommunen har og for å få kontaktinformasjon til aktuelle omsorgsboliger og private aktører som kommunen kjøper tjenester hos. Første kontakt ble etablert ved at jeg tok kontakt med aktuelle ledere per telefon for å høre om de var positive til at deres ansatte deltar i studie. Deretter sendte jeg mail med informasjonsskriv til ledere som skulle videreformidle til ansatte i omsorgsboligene. Ingen ansatte tok kontakt. Direkte kontakt med de ansatte ble da etablert ved at jeg fikk kontaktinformasjon til fire ansatte fra ledere i ulike tjenester. Jeg sendte en mail til de fire ansatte, som da tok kontakt per telefon og var positiv til å delta. Jeg mottok ingen flere henvendelser. Jeg kontaktet personer i eget nettverk som informerte aktuelle ansatte. Gjennom eget nettverk fikk jeg en henvendelse om at leder var positiv og at

vedkommende gjerne ville delta. Videre sendte jeg forespørsel til informantene som allerede var rekruttert om de kunne spre budskapet om behovet for ansatte til å delta i studie. Jeg fikk da kontaktinformasjon til to aktuelle ansatte som jeg tok direkte kontakt med per telefon. Begge var positive og fikk godkjenning av leder til å delta. Totalt rekrutterte jeg syv ansatte fra to kommuner, med 4 og 3 i hver kommune. Alle ansatte oppfyller inklusjonskriterier. Selv om utvalgsriteriet var miljøterapeuter med helse og sosialfaglig bachelor, var samtlige av rekrutterte ansatte utdannet vernepleier. Dette henger nok sammen med at mennesker med utviklingshemming er en sentral målgruppe for vernepleiere og at disse ofte arbeider i omsorgsboliger. Problemstilling ble da endret i tråd med at det var vernepleierens erfaringer og refleksjoner som ble undersøkt.

### 3.4 Presentasjon av studiedeltakerne

Ansatt 1	Kvinnelig vernepleier, jobber i privat sektor og har jobbet med målgruppen i ca. 6 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.
Ansatt 2	Kvinnelig vernepleier, jobber i kommunal sektor og har erfaring med målgruppen i ca. 45 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.
Ansatt 3	Mannlig vernepleier, jobber i privat sektor og har erfaring med målgruppen i ca. 10 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.
Ansatt 4	Kvinnelig vernepleier, jobber i privat sektor og har jobbet med målgruppen i ca. 20 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.
Ansatt 5	Kvinnelig vernepleier, jobber i kommunal sektor og har erfaring med målgruppen i ca. 9 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.

Ansatt 6	Kvinnelig vernepleier, jobber i kommunal sektor og har erfaring med målgruppen i ca. 7 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.
Ansatt 7	Kvinnelig vernepleier, jobber i kommunalsektor og har erfaring med målgruppen i ca. 8 år. Jobber nå i heldøgnsomsorgsbolig.

### 3.5 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuet fikk alle ansatte tilsendt informasjonsskriv som inneholdt informasjon om tema, formål og hensikt med studie, informasjon om taushetsplikt, bruk av diktafon og rettigheter i forbindelse med deltakelse i studie (Vedlegg 2). Da UiT ikke har etablert rutiner for lagring av skriftlig samtykke, ble samtykke til deltakelse i intervju innhentet muntlig. Ved studiens slutt vil intervjuopptak og samtykke slettes. Dette i tråd med retningslinjer gitt ved masterstudiet ved UiT.

Det ble avtalt tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuene. De ansatte fikk selv velge om de ønsket å gjennomføre på egen arbeidsplass eller ekstern møteplass. Tre av intervjuene ble gjennomført på den ansattes arbeidsplass på egnet møterom. To av intervjuene ble gjennomført på ekstern møteplass hvor det ble leid møterom. Dette på bakgrunn av besøksbegrensninger på de aktuelle omsorgsboliger. To av intervjuene ble gjennomført over den digitale plattformen Teams av hensyn til anbefalinger og restriksjoner fra myndighetene i forbindelse med pågående pandemi i samfunnet. Teams som digital plattform er i tråd med UiT`s retningslinjer for behandling av data og opprettholder konfidensialitetskrav for data i denne studien.

Intervjuet startet med at de ansatte fikk informasjon om studie, rammer for intervjuet, anonymitet og taushetsplikt. Alle ansatte ble bedt om å unnlate å dele taushetsbelagt informasjon. Samtidig ble de informert om at jeg som forsker videre har ansvar for å slette eventuell informasjon som i etterkant blir vurdert til å være personsensitiv. De ansatte ble gitt anledning til å stille spørsmål rundt studie og gjennomføringen av intervjuet. Diktafon ble slått på og den ansatte ga sitt samtykke muntlig før intervjuet startet.



Alle intervjuene ble startet med spørsmål om bakgrunnsinformasjon som stilling, profesjon og erfaring. Videre fikk alle ansatte innledningsvis spørsmål om deres tanker om studiens tema. Første del av intervjuet var lik for alle deltakerne. Deretter ble intervjuguiden brukt som en guide for spørsmål som jeg ønsket at de ansatte skulle besvare (Vedlegg 1). Noen av spørsmålene kom de ansatte innom selv og noen av de ansatte kom inn på andre temaer som jeg lot de ansatte fortelle om. Jeg hadde en fleksibel gjennomføring, hvor intervjuene utartet ulikt. Alle de ansatte var gjennom spørsmålene i intervjuguiden på eget initiativ eller ved at jeg som intervjuer stilte de spørsmål. Det ble benyttet oppfølgingsspørsmål, og jeg som intervjuer deltok aktivt gjennom bekræftende kroppsspråk som nikk og kommentarer for å holde en naturlig dialog med den ansatte. Jeg benyttet meg også av oppsummering for å sikre at jeg har forstått det den ansatte formidlet. Alle intervjuene ble avsluttet ved å spørre om den ansatte hadde mer og tilføye eller om den ansatte hadde temaer som de tenkte var relevant og viktig for tema. Intervjuene hadde en varighet fra 35 – 90 minutter.

## **3.6 Analyse**

### **3.6.1 Transkripsjon**

I etterkant av hvert intervju transkribere jeg lydfilene. Transkribering betyr å skifte fra en form til en annen, i studiens sammenheng fra muntlig samtale til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s.204). Transkripsjon er første fase i analysen hvor en starter å bli kjent med materialet. Som første steg i å gjøre meg kjent med intervjuene startet jeg med å høre gjennom alle lydfilene. Deretter gikk jeg i gang med å omgjøre det til skriftlig form.

Ved transkripsjon kan mye meningsinnhold gå tapt, gjennom at man skaper konstruksjoner som kanskje ikke dekker samtalen og meningsinnholdet. Ironi og non-verbal kommunikasjon går tapt, transkripsjon er derfor de-kontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler. Gjennom å høre på lydfilene og å transkribere gjorde jeg meg viktige notater som kunne være viktig for analysen (Kvale & Brinkmann). Teksten ble transkribert til bokmål, for å opprettholde flyt i teksten og med hensyn til anonymisering da dialekten ville kunne avsløre kommunen den ansatte var tilknyttet.

Som forsker må en sørge for en transkripsjonsprosedyre som ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig måte (Malterud, 2017, s.78). Jeg etterstrebet at overføringen til bokmål ikke skulle endre innholdet i det som den ansatte formidlet. Jeg erfarte under gjennomlesning av transkripsjonene at jeg godt kunne kjenne igjen den ansatte i materialet. For å styrke

påliteligheten i transkripsjonen valgte jeg ved transkripsjon å tydeliggjøre uttrykk noen aspekter ved det usynlige språket gjennom eksempelvis å bruke tegn som anropstegn når den ansatte var tydelig og engasjert, gjennom å bruke punktum «...» for pauser, gjennom å direkte overføre det sosiale som latter gjennom å skrive «haha» i transkripsjon, og å ta med verbale uttrykk som «jaaaa, neeei», som viser til hvordan ansatte dro på noen av ordene sine. Dette gjorde også at jeg lett kjente igjen datamaterialet og intervjusituasjonen gjennom den videre analysen.

### 3.6.2 Systematisk tekstkondensering

Kvalitative analyser er dynamiske prosesser, hvor man gjerne går frem og tilbake i prosessen. Å analysere betyr å dele opp datamaterialet, for å få en innsikt og en dypere forståelse av intervjumaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.219). Jeg har valgt å støtte meg Malteruds (2017) systematisk tekstkondensering som analysemetode som utgangspunkt. Malteruds analysemetode er en modifisering av Giorgi fenomenologiske analyse. Analyseprosessen er komplisert og utfordrende å beskrive. Analyseprosessen skal være systematisk, for meg ble den ikke lineær, men en dynamisk fram og tilbake prosess, hvor jeg gikk tilbake til start flere ganger. Dette opplevde jeg etter hvert ble en styrke i prosessen, hvor jeg ble godt kjent med materialet. Analysens fire trinn bestod i denne studien av:

1) å få et helhetsinntrykk og notere foreløpige temaer	2) å identifisere meningsbærende enheter.	3) å kondensere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter til underkategorier	4) å abstrahere betydningen av disse til hovedkategorier
--	---	---	--

Det transkriberte materialet i sin helhet bestod av 74 sider med tekst. Å bli kjent med materialet startet allerede ved transkripsjonen. I trinn 1 jobbet jeg aktivt med å sette egen forforståelse og teoretiske ramme til side. Jeg hadde likevel problemstillingen med meg hele veien (Malterud, 2017).

Jeg startet med å lese gjennom det transkriberte materialet i sin helhet fire ganger. Deretter valgte jeg å høre på intervjuene på lydbånd, for så å lese gjennom intervjuene en gang til. Dette for å danne meg et helhetsinntrykk. For meg virket materialet å være omfattende og

prosessen med å bli godt kjent med materialet krevde at jeg bruke mye tid på trinn 1. Det var utfordrende å fatte noen umiddelbare temaer. Å snakke med ansatte som forteller om egne erfaringer og refleksjoner fører oss innom mange ulike temaer. Likevel kunne jeg se noen temaer som gikk igjen hos de fleste de ansatte som kunne representere helheten, utfordringen ble å begrense antall tema og å finne temaer som var beskrivende for det jeg satt med som helhetsinntrykk. Prosessen inneholdt flere runder med gjennomlesning og reformulering av temaer i samarbeid med veileder før jeg til slutt landet på disse foreløpige temaer:

1. Opplevelse av lite fokus på psykiske helseutfordringer
2. Undringer knyttet til egen og andres fagkompetanse
3. Rammer i miljøet
4. Diskrepans mellom krav til brukere fra personalet og brukernes mestringsmuligheter
5. Samhandling med brukerne
6. Samarbeid med andre fagpersoner
7. Usikkerhet når det gjelder forståelse av psykiske helseutfordringer og hvordan møte disse
8. Utfordringer knyttet til beboernes evne til å uttrykke seg og forstå
9. Ulike uttrykksformer når det gjelder psykiske helseutfordringer

Disse temaer fikk så hver sin farge som jeg tok med meg videre i trinn 2 i analysen.

I trinn 2 startet jeg å lete etter meningsbærende enheter. Det kunne være ord, setninger eller avsnitt som ga mening ut fra temaene og tilhørende farger fra trinn 1 og i forhold til problemstillingen. I denne fasen gikk jeg gjennom teksten systematisk. Dette trinnet handler om å identifisere det som gir mening, og kun det. Irrelevant tekst ble skilt fra relevant tekst (Malterud, 2017, s.101). Jeg leste materialet linje for linje. Også i denne prosessen gikk jeg fram og tilbake og leste gjennom materialet flere ganger, også i sin helhet. Jeg erfarte da at mine foreløpige temaer samstemte godt med det de ansatte snakket om, og ble beholdt de med noen justeringer. Jeg merket ord og setninger som ga meninger innenfor temaene, med ulike farger. Resultatet ble et fargerikt datamateriale som da videre ble løst opp og plassert i kategorier. Alle meningsbærende enheter som var gul ble samlet, alle blå ble samlet og så videre.

I trinn 3 la jeg til side det materialet som ikke var farget, og som ikke var meningsbærende. Alle de meningsbærende enheter fra trinn 2 med samme fargekode ble så kondensert ned til

underkategorier. I alt ble det 12 underkategorier. Videre leste jeg transkripsjonene på nytt for å forsikre meg om at jeg ikke hadde gått glipp av viktige elementer. Siste og 4 trinn ble å vurdere om de ulike underkategoriene kunne representere noe større. Underkategoriene ble abstrahert i denne prosessen til å ligge under hovedkategorier. Prosessen resulterte i 4 hovedkategorier. Hvert trinn i analysen ble drøftet med veileder, i tråd med Malteruds (2017, s.100) sine anbefalinger om at flere forskere bør analysere sammen. Analyseprosessens resultater er synliggjort i følgende tabell:

Hovedkategorier	Underkategorier
1) Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Opplevelser av lite fokus på psykiske helseutfordringer</li> <li>b) Opplevelse av manglende kompetanse</li> <li>c) Usikkerhet når det gjelder psykiske helseutfordringer og hvordan møte disse</li> </ul>
2) Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ulike uttrykksformer når det gjelder psykiske helseutfordringer</li> <li>b) Beboernes evne til å uttrykke seg og forstå</li> </ul>
3) Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Samhandling med brukere</li> <li>b) Samhandling mellom ansatte</li> <li>c) Samhandling med andre instanser</li> </ul>
4) Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Manglende tilrettelegging</li> <li>b) Stabilitet og kontinuitet</li> </ul>

gjelder mennesker med utviklingshemming.	c) Systematisk og målrettet arbeid
--	------------------------------------

### 3.7 Ethiske betraktninger

All forskning er underlagt etiske standarder som skal ivare ta det enkelte mennesket og beskytte deres rettigheter. Et helt sentralt i den etiske betraktningen er at formålet med studiet skal overveie den risiko og belastningen forskningen medfører de involverte (Malterud, 2017, s. 211). Studien ble tidlig vurdert som relevant og nyttig med det utgangspunktet at det foreligger lite forskning på helsepersonellens erfaringer og utfordringer knyttet til psykisk helsearbeid overfor personer med utviklingshemming. Videre ved at forskningen kan bidra til å rette søkelyset mot emne og forhåpentligvis kunne være et utgangspunkt for videre forskning som tar sikte på å øke kvaliteten på de tjenestene som gis. Potensielle negative konsekvenser for deltakelse i studiet er vurdert å være lav. Studiet har ikke som hensikt å innhente sensitive opplysninger og innebærer ikke intervjuer av sårbare grupper. Likevel innebærer studien intervju av ansatte som skal fortelle om forhold som angår en tredjepart som er definert å være en sårbargruppe. Det ble derfor lagt vekt på at de ansatte ikke skulle dele personopplysninger om beboerne som de hadde erfaring å jobbe med.

Studiens relevans ble gjennomgående vurdert. Det opplevdes som at intervjupersonene opplevde det som nyttig og spennende å delta i studiet og dette ble vesentlig i betydning av at det styrket overveielser av nytteverdien til å fremstille studien i sin helhet. Av etiske hensyn og av respekt for de ansatte ble framstilling av de ansatte hele tiden veid opp mot nytte av forskningen. Refleksjoner rundt hvordan de ansatte fremstilles for leser har hatt særlig prioritering. Ingen av de ansatte skal bære med seg risiko for negative følger av studien. Herunder også den ansattes arbeidsplass. Studien baserer seg på intervjuundersøkelse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s.95) er intervjuforskningen fylt med moralske og etiske spørsmål. Det er spørsmål som man må stille seg fra start til slutt. I tillegg til vurderinger av konsekvens og nytte, drar forfatterne fram informert samtykke og konfidensialitet som viktige etiske retningslinjer som vil redegjøres for under.

Informert samtykke er en forutsetning for forskning som omfatter mennesker. Med *informert* er det sentralt at informasjonen skal sette våre studiedeltakere i stand til å gi et frivillig samtykke basert på vurderinger av fordeler og ulemper ved deltakelse (Kvale & Brinkmann,

2015, s.104). Alle de ansatte fikk tilsendt informasjonsskriv ved etablert kontakt (Vedlegg 2). Informert samtykke ble innhentet muntlig over diktafon, dette i tråd med UiT's retningslinjer.

Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om tema, studiens hensikt og deltakernes rettigheter tilknyttet deltakelse i studien. De ansatte ble informert om deres muligheter til å trekke seg i forkant, underveis og i etterkant av intervju. For å ivareta de ansatte ble det viktig å åpne for videre dialog. Alle de ansatte har kontaktinformasjon til meg som forsker for å lett kunne komme i kontakt ved eventuelle spørsmål. Jeg avsluttet alle intervjuene med å spørre hvordan de opplevde intervjusituasjonen, og tok meg tiden til å skape tillit gjennom uformell prat etter avslått diktafon.

Konfidensialitet står sentralt i kvalitativ forskning og skal beskytte den enkeltes rett til privatliv (Kvale & Brinkmann, 2015, s.106). Studie behandler personopplysninger og ble derfor sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning (Vedlegg 3). Alle deltakere ble informert om godkjenning og hvordan deres konfidensialitet ville bli ivaretatt. Personopplysningene som kunne kobles til enkelt personer ble anonymisert i alle faser lydopptak. I studien er det valgt å presentere informantene for at leseren skulle få et innblikk i og vurdere informasjonsstyrken i studien. Det ble reflektert rundt om dette kunne true deltakernes anonymitet, noe det ble vurdert til å gjøre gjennom å utgi for mye informasjon. I studien er det ikke opplyst om hvilke kommuner i Norge det gjelder. I tillegg ble transkripsjon standardisert gjennom å bruke bokmål. Dette til sammen utgjør at risikoen for å koble opplysningene til en enkelt person, til en enkelt arbeidsplass eller til en enkelt kommune er lav.

Under transkribering fikk hvert av intervjuene en kode for at personopplysninger ikke skulle bli med videre fra lydopptak og videre i studiet. Intervjuene og de ansatte fikk kode 1-7. Lydopptak og transkribert materialet er oppbevart separat. Før oppstart av studiet ble det gjennomført en risikovurdering i forhold til behandling av personopplysninger i samarbeid med prosjektansvarlig. Intervjuene ble tatt opp via databasen nettskjema-diktafon til UIO og videre lagret i Nettskjema. Lydfilene ble videre transkribert og analysert i sikkert område i Office 365. Dette i tråd med UiT's retningslinjer for oppbevaring og forvaltning av forskningsdata. I Office 365 og mailtjeneste ble det opprettet ekstra sikkerhet gjennom å bruke to-faktor autentisering. På datamaskinen er det opprettet en egen konto for å behandle alt som tilhører forskningsprosjektet.

## 4 Resultater i studien

Studiens resultater ble i analyseprosessen sortert inn i fire hovedkategorier: 1) Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer. 2) Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg. 3) Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming. 4) Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming. I det følgende presenteres resultatene.

### 4.1 Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer

Temaet handler om manglende fokus og kunnskap på psykiske helseutfordringer som viser seg gjennom at psykiske helseutfordringer kan tilegnes diagnosen utviklingshemming og at de ansatte beskriver manglende fokus på å undersøke om atferd kan skyldes tegn på psykiske helseutfordringer. Videre handler det om en generell usikkerhet hos de ansatte og andre samarbeidspartnere når det gjelder hvordan man kan forstå atferd, avdekke, hjelpe og møte mennesker når det gjelder psykiske helseutfordringer.

#### 4.1.1 Opplevelse av lite fokus på psykiske helseutfordringer

Fokus på psykisk helse var et område de ansatte hadde mye å fortelle. Det var en enighet rundt at det er for lite fokus på psykisk helse i omsorgsboligene, og at det er et samlet ønske om mer fokus på dette. De opplever manglende fokus mellom de ansatte som jobber i boligene, men også i andre sammenhenger som i samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjeneste, og også gjennom utdanningen. De ansatte forteller at vernepleiere har sin kjernekompetanse når det gjelder arbeid med utviklingshemming, men at det gjennom utdanningen var lite fokus på psykisk helse, og da særlig knyttet opp mot mennesker med utviklingshemming. En ansatt sa:

*«... det er mange som har psykiske lidelser og at det med fokus på psykisk helse i boliger kanskje blir litt sånn glemt og ikke fokusert nok på da- sett opp i mot atferd da for eksempel. Så det, jeg tenker at det henger mye sammen med at man må fokusere mer på det da. Og kanskje ha mer om det i andre på en måte yrkesgrupper også, ikke*

*bare vernepleier selv om det er kjernekompetansen til vernepleiere og utviklingshemning så tenker jeg at det er for lite snakk om det generelt i yrkesgruppene innen for sykepleiere innenfor barnehagelærere har for lite om det men og knyttet opp mot psykisk helse. Så når det kommer andre profesjoner inn i boliger så tenker jeg at ja at man må sette litt fokus på det rett og slett»*

Den ansatte beskriver her at man må sette mer fokus på psykisk helse og at psykisk helse kan bli glemt. Andre ansatte beskrev at psykisk helse kan bli glemt, gjennom at det er mange andre oppgaver man skal gjøre gjennom en dag. De ansatte beskrev at fokuset kan bli det somatiske og at de kan ha diagnoser som ikke blir sett. Flere av de ansatte beskrev også at det manglende fokuset viser seg gjennom at man er for dårlig til å sjekke opp hva utfordringene til beboerne egentlig består i.

*«... Jeg tror egentlig det er alt for lite fokus på kartlegging og sånt ute i boliger. Det kan også ha med bemanning å gjøre, kompetansen å gjøre. Men jeg tror det er alt for lite fokus på kartlegging og kartlegging av hva som er med på å trigge og utløse de utfordringer vi ser ...»*

Flere av de ansatte fortalte at fokus på psykiske helseutfordringer er større nå enn det var for noen år siden, men at man fortsatt har en lang vei å gå når det kommer til psykisk helsearbeid overfor denne gruppen. En av de ansatte forteller at de har klart å få til økt fokus på nåværende arbeidsplass:

*«... Her vi jobber i dag, gjør vi det. Da er det daglige observasjoner av ting som går på psykisk helse. Men jeg har jo jobbet andre plasser der det ikke er så veldig stort fokus på det, der det er det somatiske som har hovedfokuset, å få i seg mat og, så det kan absolutt bli større fokus på psykisk helse for utviklingshemmede rundt omkring»*

De ansatte beskrev mange måter det manglende fokuset kommer fram på. Dette gjennom at man ikke har fokus på å undersøke om det kan være psykiske helseutfordringer. En av de ansatte forteller at man er for dårlig til å bruke kompetansen i andre etater når man står overfor utfordringer. De beskrev at man velger å bare stå i det eller å tillegge det diagnosen utviklingshemning. De ansatte beskrev på ulike måter at man ikke gjør det man normalt ville gjort i situasjoner hvor mennesker på en eller annen måte viser at de er i akutte utfordringer. En av de ansatte viser forskjellen gjennom dette utdraget:



*«... Hos normalt fungerende personer ville man dratt til legevakt, fått samtaler om hva som skjer, men i en bolig gjør du ikke det. Vi tar ikke personen til legevakt eller DPS for vurdering ...»*

Manglende fokus viser seg på mange måter og det er enighet mellom de ansatte om at en må jobbe for å mer informasjon og mer fokus når det kommer til utviklingshemming og psykiske helseutfordringer på alle nivå.

#### **4.1.2 Opplevelse av manglende kompetanse**

De ansatte opplever at det er manglende kunnskap hos de ansatte i omsorgsboligene, både når det gjelder kunnskap om utviklingshemming, men også når det gjelder utviklingshemming og psykiske helseutfordringer. Opplevelsen av manglende fokus ble også beskrevet som et resultat av at en har manglende kompetanse.

*«Folk vet veldig lite om det, sånn jevnt over. Forstår kanskje heller ikke helt hva det innebærer å ha en kognitiv svikt av ulik grad, hvilken tilnærming man må ha ...»*

Den ansatte forteller her at hun opplever at folk vet lite om temaet, og viser også til at det kan handle om forståelse av hva det innebærer å ha en utviklingshemming. Ansatte forteller at de opplever manglende kompetanse hos fastleger og spesialister. Den ordinære psykiatritjenesten blir også nevnt som eksempel. En av de ansatte viste til opplevelsen av at fastlegen ikke har kompetansen som er nødvendig knyttet til psykisk helse:

*«... Og nok kunnskap om det her. Jeg opplever at det er for lite, generelt lite kunnskap om utviklingshemming og psykisk helse. Det gjelder jo fastlegeordningen også, de har jo heller ikke kunnskap på psykisk helse ...»*

En annen ansatt viste til manglende kunnskap om det å ha en utviklingshemming:

*«Jeg synes vi vernepleiere har for lite kunnskap, og da ser man ... Sånn som DPS har jo ikke, de har jo ikke god kunnskap på psykisk utviklingshemming og psykisk utviklingshemming. De har god kunnskap på psykisk helse»*

Flere ansatte fortalte at det finnes mange gode fagfolk som kan noe om psykisk helse. De opplever derimot at det kan virke som at det er en manglende kompetanse når det kommer til utviklingshemming. De beskrev manglende kunnskap og forståelse for denne brukergruppen sett opp imot den kunnskapen vi har om normalbefolkningen. Flere av de ansatte fortalte at

dersom kunnskapen hadde vært bedre ville oppfølgingen av psykiske helseutfordringer for utviklingshemmede gått mye raskere. Flere ansatte påpeker at det tidlig intervensjon er viktig og at det er noe som man ikke har god nok kunnskap om.

*«... Systemet har for lite kompetanse, gjerne på tidlig kartlegging av psykiske lidelser ...»*

De ansatte opplever at man tar avstand fra temaet psykiske helseutfordringer overfor utviklingshemmede fordi man tror det er noe helt annet enn normalbefolkningen med psykiske helseutfordringer. Flere ansatte presiserer at psykiske helseutfordringer overfor mennesker med utviklingshemming krever en spesiell kunnskap, men samtidig presiseres det at det ikke er snakk om motpoler hvor kunnskapen ikke kan overføres til å gjelde utviklingshemmede på noen måte. Det er tilpasning av eksisterende kunnskap som er nødvendig. En ansatt fortalte:

*«... Hadde man vært flinkere til å tilrettelegge og folk hadde vært mer opplyst så hadde det kanskje vært lettere»*

Sitatet viser til at det er nødvendig med økt kompetanse og mer tilrettelagt hjelp. De ansatte sier at de tror samarbeidet med andre instanser også ville vært bedre om det var mer kompetanse rundt temaet. Viljen til å lære mer om temaet er stort blant de ansatte, de ønsker både kurs og videreutdanning for å øke sin kompetanse.

*«Jeg ønsker mer kompetanse på psykisk helse for utviklingshemmede, og det miljøterapeutiske arbeidet og hvordan man konkret kan jobbe med det»*

#### **4.1.3 Usikkerhet når det gjelder forståelse av psykiske helseutfordringer og hvordan møte disse**

Usikkerhet var et begrep som ble mye brukt i intervjuene av de ansatte. De ansatte beskrev en del forhold som er knyttet til usikkerhet hos de ansatte og hos eksterne parter når det gjelder hvordan man skal forså og møte utfordringer hos mennesker med utviklingshemming. De ansatte opplever at de kan bli avvist eller henvist videre fordi man er usikker på hva utfordringene egentlig består i, og man kan oppleve at man blir møtt med avvisning som begrunnes i at det ikke er noe man får gjort med det.

*«... Psykiatrien synes det er vanskelig å utrede fordi man ikke helt vet hva det er»*

De ansatte opplever det som særlig vanskelig å skille mellom psykiske helseutfordringer og utfordringer som følge av diagnosen utviklingshemming.

*«Man er litt usikker, men så er det så mange kjennetegn og i forhold til hvis du skal diagnostisere så fyller person kanskje mange kriterier, men så er det sånn man – man vet ikke. Det blir liksom bare tolkning»*

*«Man vet jo ikke om det er diagnosen eller det utviklingshemminga. Eller er det psykiske lidelser eller er det diagnosen utviklingshemming. Det er veldig vanskelig å skille mellom det»*

Flere av de ansatte forteller at diagnosen noen ganger kan bli overskygget av at man tillegger de utfordringer beboer har til diagnosen utviklingshemming. De har ulike tanker om hvorfor det kan forekomme. Manglende kunnskap og fokus blir vektlagt, men også at de utfordringer man ser ikke blir sett på et symptom, bare en atferd, og at atferden overskygger tanker om at det kan være noe annet. De ansatte fortalte videre at dette kan ha en sammenheng med hvilke holdninger de ansatte har ovenfor mennesker med utviklingshemming.

*«Det er nok denne holdningen som vi snakker om. Å at – nei vi får ikke gjort noe, nå har vi prøvd alt, de er bare sånn. Også tror jeg også at det var lettere å ikke utfordre det»*

Den ansatte viser her til at det noen ganger kan være enklere å ikke utfordre det og at noen har holdninger om at «de er bare sånn» fordi de har en utviklingshemming. Medisinering var et tema som var viktig for de ansatte og hvor de uttrykte særlig usikkerhet. De ansatte reflekterte rundt bakgrunnen for at utviklingshemmede er overrepresentert når det gjelder bruk av psykofarmaka. En ansatt beskrev denne usikkerheten:

*«Jeg er litt bekymret for ... At man rett og slett ikke vet hva man behandler. Jeg tror ikke man vet hva man behandler, man bare gir en medisin for å sløve noen ned. Det er liksom, man vet ikke om det er egentlig smerte som ligger til grunnen. Kanskje det er fordøyelsesvansker som veldig mange utviklingshemmede har, kanskje de har problemer med å gå på do. Kanskje de har for lavt blodsukker og har de på en måte sjekket nok ut om det ligger noe somatisk til grunnen?..... Jeg tror man behandles mye*

*bare for å få unna atferd som kanskje er problem for miljøpersonale. Det er mine tanker»*

Den ansatte peker på at man må undersøke nærmere hva det er det gjelder og er usikre på om man egentlig vet hva man behandler. De ansatte er usikre på hvordan man skal forholde seg til ting og at det noen ganger kan synes å være en enkel løsning å gi medisiner, for å dempe en atferd.

*«Jeg tenker at det er lettvint»*

Flere ansatte fortalte at man må fokusere på andre tiltak framfor medisiner og at medisiner bør være en siste utvei. De er tydelige på at det krever mye arbeid og at man har en lang vei å gå når det kommer til fokus på miljøtiltak for å forebygge. En ansatt sa:

*«Noen trenger jo psykofarmaka, det er jo ikke til å komme bort i fra. Så man skal ikke være helt fyfy for alt medisiner, men det må utredes på en ordentlig måte, og ikke hos en fastlege»*

Den ansatte forteller at det er mange beboere som har behov for medisiner, men at de er opptatte av en holdning om at det finnes andre løsninger også. Det må utredes ordentlig og ikke bare skrives ut av en fastlege. Dette er de fleste ansatte enige i. Erfaringen til flere av de ansatte er at medisiner kan skrives ut på bakgrunn av en telefonsamtale hvor miljøpersonalet beskriver en atferd og det ble beskrevet å være for enkelt. En ansatt sa:

*«... det er veldig lettvint for en fastlege å bare – du får en beskrivelse av miljøpersonalet at nå ser vi sånn og sånn, dette kan vi ikke gjøre noe med- vi takler ikke å stå i det – personen må medisineres. Vi trenger noe! Vi garanterer at han eller hun er psykotisk for eksempel. Så tenker jeg at det er, det er vanskelig, det er veldig vanskelig»*

Sitatet viser til at det er veldig vanskelig. De ansatte står i mange situasjoner som er krevende. De ansatte beskriver at mange ikke forstår helt hvordan man kan nå fram på andre måter enn å bruke medisiner som tiltak. Man er usikker på hva man skal gjøre for å hjelpe personen, hvordan man skal jobbe, hvordan metoder man kan ta i bruk og hvordan tiltak man bør sette inn er vanskelig å finne ut av. Konsekvensen av det kan være at mange ikke blir utredet på en ordentlig måte og står på medisiner som kunne vært unngått ved god hjelp og veiledning fra

andre som har god erfaring med aktuell problematikk. En av de ansatte sier at utfordringen er å finne svar på:

*«Hvordan griper jeg dette an?»*

En annen ansatt sier:

*«... Man vet jo ikke, rett og slett».*

Det er stort fokus blant flere ansatte på at man «ikke vet». Man vet ikke hva man skal gjøre, man vet ikke hva personen egentlig har utfordringer med, man vet ikke hvordan medisinen fungerer, man vet heller ikke når man har oppnådd målet med god psykisk helse. Noen av de ansatte fortalte også at medisinerer er trygt for personalet og kan være nødvendig i en akutfase, og at det kan være vanskelig å skulle gjøre nye vurderinger vedrørende medisiner da man er redd for hva som kan skje. De ansatte beskrev et behov for faglig støtte i alle ledd når det gjelder å håndtere de utfordringer som utviklingshemmede står overfor.

## **4.2 Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg**

Temaet handler om at mennesker med utviklingshemming har ulike former å uttrykke psykiske helseutfordringer på, og at deres kognitive funksjonsnedsettelse medfører begrensning i evne til å forstå og å uttrykke seg verbalt.

### **4.2.1 Ulike uttrykksformer når det gjelder psykiske helseutfordringer**

De ansatte beskriver at psykiske helseutfordringer viser seg på mange forskjellige måter, akkurat som hos normalt befolkningen.

*«Åh, på mange forskjellige måter. Det er akkurat som med alle andre, vil jeg si. Nei, jeg tenker jo at som alle andre så, det er vel kanskje ikke noe egen, et eget uttrykk for de med psykisk utviklingshemming, kontra de uten. Men, men at psykiske helseutfordringer kan komme i mange forskjellige former»*

Den ansatte viser til at hun ikke tror det er noe eget uttrykk for psykiske helseutfordringer for mennesker med utviklingshemming, men at det kan komme i mange forskjellige former.

Dette var det flere av de ansatte som sa. De ansatte fortalte videre at mange av beboerne med utviklingshemming har begrenset mulighet for å uttrykke seg selv verbalt og at evne til å kommunisere har en betydning for hvordan de uttrykker seg. Psykiske helseutfordringer kan vise seg gjennom destruktiv atferd. Erfaringene er mange, men det de fleste beskrev at det gjerne viser seg gjennom atferd og da særlig atferd som utfordrer omgivelsene, men at det også kan handle om andre ting enn at det er uttrykk for psykiske plager eller lidelser. En av de ansatte forteller:

*«Jeg tenker at det kommer an på hvor verbal de er, hvordan de kommuniserer. Men jeg tror og erfaringsmessig at det ofte kommer til uttrykk gjennom atferd. Enten kanskje i form av selvskading eller ja at man går på kanskje til fysisk angrep på personalet eller at du på en måte kan se på hele kroppsspråket at det er en frustrasjon som ligg til grunnen der»*

En annen ansatt forteller:

*«Beklagelig vis så syntes jeg at mye kommer ut i utagerende atferd. De blir ikke forstått og de reagerer med typ sinne eller sånn. Jeg ser lite av sånn at de typisk blir lei seg eller, de viser ikke de type følelser som man kanskje, som kanskje jeg, jeg ville visst at jeg var veldig nedstemt, men jeg føler ikke at alle av de jeg jobber med klarer det da»*

De ansatte forteller her at de erfarer at psykiske helseutfordringer viser seg gjennom utfordrende atferd, men at det kan ligge en frustrasjon eller sinne til grunnen som resulterer i det. Begge ansatte viser til den observerbare atferden som uttrykk for psykiske helseutfordringer. Siste ansatt viser til at mennesker med utviklingshemming har vanskelig med å formidle følelser gjennom det vi ser på som den normative uttrykksformen. De ansatte beskriver at identifisering av psykiske helseutfordringer handler i stor grad om å tolke de observerbare endringene som de ansatte opplever i samhandling med brukerne. Psykiske helseutfordringer viser seg også på andre måter, da særlig gjennom at en observerer at beboer endrer rutiner i hverdagen. Eksempler som de ansatte kommer med er, endring i døgnrytme og matinntak, nedsatt evne til ivaretagelse av personlig hygiene eller manglende motivasjon og initiativtaking.

*«... Hvis du ser en endring i døgnrytmen og matinntak, det er nå det første»*

Den ansatte viser til at det første man gjerne ser tegn på psykiske helseutfordringer er gjennom endring i døgnrytme og matinntak. De ansatte beskriver også at psykiske helseutfordringer kan vise seg gjennom klare diagnostiske kriterier, men at det er store variasjoner og at det kan være svært utfordrende å finne årsaken til den atferden de ansatte observerer.

#### **4.2.2 Beboernes evne til å uttrykke seg og forstå**

De ansatte jobber med personer som har ulik grad av utviklingshemming og derfor også personer som har ulike evne til å uttrykke seg. De ansatte forteller at noen har liten evne til å uttrykke seg verbalt, andre kan ha gode kommunikative ferdigheter. De ansatte forteller om hvordan det gjør arbeid med personer med utviklingshemming utfordrende generelt, og at det helt klart blir mer utfordringer når en eventuell psykisk helseutfordring kommer i tillegg.

*«Mange av de med utviklingshemming har vanskelig med å forklare hva de tenker og føler, det er litt lettere for oss»*

*«Det er ikke alltid de klarer å formidle selv hva slags, hva utfordringen består i egentlig. Da tenker jeg hvor mange utfordringer de egentlig har som vi ikke klarer å skjønne at er en faktisk utfordring»*

De ansatte beskriver at mennesker med utviklingshemming kan ha vanskelig med å forklare hva de tenker og føler, og hvordan de noen ganger ikke heller klarer å forstå hva deres utfordringer er. En av de ansatte beskrev at det å ha det vanskelig med å uttrykke seg selv kan gjøre at beboeren viser det gjennom atferd og at dette også er en form for språk. Flere ansatte forteller at det er opp til de ansatte å forstå det språket som vedkommende bruker, og at de tror det i mange tilfeller er mange som opplever å ikke bli forstått.

*«Alle har jo et språk, men er det noen som forstår språket som da vedkommende bruker?»*

Mangler beboerne språk så må man observere over lang tid. De ansatte beskriver at det er vanskelig å kartlegge, diagnostisere og utrede når de ikke kan svare for seg selv. En utfordring som flere ansatte trekker fram er at de verktøyene en bruker både i kartlegging og i utredning stiller krav til gode kommunikative ferdigheter. En av de ansatte beskrev dette:

*«Kartleggingsverktøyene som vi vanligvis bruker i en sånn utredning, det fungerer ikke på grunn av at det stilles krav til adaptive ferdigheter, vedkommende har heller ikke forutsetninger til å svare på de spørsmålene som skal besvares. Klarer kanskje ikke å tenke seg tilbake i tid og forstå som egentlig skjedde og så skulle videreformidle det nå, også videre. Har ikke evne til å prosessere og forstå eller videreformidle. Har heller ikke ord eller begreper»*

Dette utdraget beskriver de forholdene ansatte trekker frem som en utfordring. Det er ikke bare språket som kan være en utfordring, det er også utfordringer knyttet til hukommelse og bearbeiding. De ansatte beskriver at forståelse av psykiske helseutfordringer, men også generell forståelse av mennesker med utviklingshemming baserer seg på at andre oppfatter en situasjon. Dette fortalte flere ansatte kunne skape en del misforståelser, fortvilelse og utsikkerhet på flere nivå.

Flere av de ansatte fortalte at man må bruke tid på å forstå beboerne. Når de ansatte reflekterer rundt hva som gjør det annerledes å jobbe med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer og det å jobbe med psykiske helseutfordringer overfor befolkningen for øvrig trekker de ansatte fram språket som en viktig forskjell. En av de ansatte sa:

*«Det som er annerledes er at det ikke går å kommunisere på samme måte»*

### **4.3 Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming**

Temaet handler om betydningen av samhandling med brukerne, mellom de ansatte og med andre instanser. Ansatte beskriver at samhandling på alle nivå er avgjørende for at beboerne skal oppleve god psykisk helse, og for at man best mulig skal finne gode løsninger i situasjoner hvor psykiske helseutfordringer er aktuelt.

#### **4.3.1 Samhandling med brukere**

Relasjon var et spesielt viktig tema for alle ansatte, og relasjonsarbeid beskrives som deres viktigste oppgave uavhengig av om de har psykiske helseutfordringer eller ikke. Gjennom kjennskap til beboerne og at beboerne kjenner personalet kan man skape trygge og stabile relasjoner. Dette igjen kan skape en trygg og forutsigbar hverdag. De ansatte fortalte at det å kjenne brukeren og det å ha en god relasjon er viktig for å vite hvordan den beboerne har det.



Samtidig er kjennskap viktig for å kunne hjelpe beboerne med de utfordringer de står ovenfor. en ansatt sa:

*«... Det å bli kjent med de man jobber med er jo det viktigste virkemiddel vi har for å lykkes vil jeg påstå.»*

Videre er de ansatte opptatte av at relasjonen må ivareta den enkeltes ønsker og behov. De ansatte fortalte at man må finne ut hva som gjør beboerne glad. Beboerne må føle seg sett og hørt, og man må legge til rette for at beboerne får muligheten til lykkes. En ansatt fortalte:

*«... At personen får innfridd sine virkelige muligheter, det de ønsker og klarer, å det handler jo på e måte om å lykkes. Det handler om å bli sett og å få ting til. Grip folk i å lykkes. Det er kjempeviktig».*

Det å få muligheten til å lykkes beskrives på mange måter av de ansatte. Selvbestemmelse og det å kunne ta egne valg mente flere ansatte var en forutsetning for å ha det bra. I forlengelse av det beskriver mange ansatte at beboerne i ulik grad kan ha mangel på valgmuligheter og kontroll i livet.

*«det her med selvbestemmelse og kunne ta egne valg, Det trenger ikke være store valg, kan være små valg – at man hvert fall legger til rette for det. Man har valg uavhengig om man har en kognitiv svikt eller ei. Man må legge til rette for selvbestemmelse»*

En ansatt beskrev konsekvensen av manglende kontroll i livet:

*«... det skaper en avstand, det gjør at folk mister integriteten sin, ikke klarer å stå opp for seg selv, ta egne val».*

Relasjonen må bære preg av respekt, tillit og ivaretagelse av den enkeltes behov og ønsker. Selvbestemmelse og det å ta egne valg mente flere av de ansatte var en forutsetning for å ha det bra. Samhandling med fokus på mestring og selvbestemmelse beskrives som helt sentralt for å ting til. Flere av de ansatte vektla at man må samhandle på en måte som gjør at den enkelte føler seg sett og hørt, og man må finne ut hva som gjør den enkelte glad.

Selvbestemmelse og det å kunne ta egne valg mente flere av de ansatte var en forutsetning for at beboerne skulle ha det bra.

### 4.3.2 Samhandling mellom ansatte

Oppfølgingen av beboere krever tett samhandling mellom de ansatte. Samhandlingen ble beskrevet å skje på flere områder: i personalmøter, avdelingsmøter, på overlapp eller vaktbytte, men også i de uformelle møter mellom de ansatte. Noen av de ansatte beskrev å ha et ekstra ansvar hvor de har rolle som primær eller sekundærkontakt og da kunne de ha møter med noen av de ansatte for å diskutere konkrete situasjoner. De ansatte var opptatte av at man måtte ha en kultur for å ta opp problemstillinger med sine kollegaer. En ansatt fortalte om sin erfaring:

*«... Min erfaring er hvis du har en del fagfolk som jobber i lag fra ulike profesjoner så får man det godt til».*

Det tverrfaglige samarbeidet ble fremmet av flere av de ansatte. Det ble vektlagt at man må ha en åpenhet for samarbeid og at man må bruke de ressurser man har rundt seg. De ansatte fortalte at det blir sårbart dersom man ikke har formelle samlingspunkt for samarbeid. En av de ansatte forteller at kommunen hun jobber er gått over til det som heter «stille overlapp», hvor de ansatte selv må lese seg opp på døgnrapporter. Erfaringen til den ansatte var at man da mister viktig informasjon. Samarbeid blir beskrevet som å være viktig. En av de ansatte sa:

*«Man må jo være åpen for å samarbeide med de rundt seg. Snakke, det er derfor det er veldig viktig med disse teammøtene, at man har en god ledelse som er lydhør. Viktig å kommunisere med de man jobber med»*

En annen ansatt sa:

*«...jeg syntes det funker godt med brain storming og sånt. Funker veldig bra, man reflekterer over ting, tenker forskjellige scenarioer, finne ut hva som kan være utfordringen»*

Flere av de ansatte trekker fram holdninger som viktige i personalgruppen. Holdninger de ansatte trakk fram som viktig er at man viser gjennom handling at man ønsker å bidra til en forskjell i livet til beboerne. Positive holdninger, felles holdninger og fokus på å være en problemløser er et tema hos flere ansatte. En ansatt fortalte:

*«Det er viktig at hele personalgruppen prater om det, at man ikke går i den fellen at man – ja hva er det no, det er så surt her nå, det går ikke an, vi må jo ha ei felles holdning. Det er jo pri en når man jobber, det er å ha felles holdninger rundt ting og gjøre ting mest mulig likt, at det blir forutsigbart. Men igjen så er vi jo alle veldig forskjellig, så man må diskutere seg fram til hva som blir rett og feil»*

Felles holdninger og lik praksis var forhold de ansatte trakk fram som nødvendig for å lykkes med å skape trygge og forutsigbare rammer. Samarbeid ble beskrevet som viktig for å få en samlet forståelse for det man gjør.

### **4.3.3 Samhandling med andre instanser**

Samhandling med eksterne parter er noe de ansatte mente var viktig og ble beskrevet som noe de er helt avhengig av. Eksterne parter de samarbeider med er mange, som fastlege, habiliteringstjeneste, psykiatritjeneste, skole, vekstbedrift og andre utenfor som er involvert i livet til den personen det gjelder på en eller annen måte. En ansatt fortalte:

*«... det er faktisk sårbart hvis du ikke har godt nok samarbeid med for eksempel habilitering tjenesten eller fastlege, eller skole, altså alle de som trenger på en måte å være rundt, eller arbeidsted, om man jobber på vekstbedrift eller sånt. Så tror jeg at hvis de tingene ikke er på plass, at noen kan følge opp og at det er i orden ...»*

Den ansatte viser til at det er sårbart hvis man ikke har godt nok samarbeid. Å få til et godt samarbeid ble også beskrevet som et organisatorisk ansvar. Arbeidstedet eller kommunen må ha et system for samarbeid med eksterne parter. Flere ansatte beskrev at det er viktig å få inn fagfolk som kan gi gode råd og å hjelpe de å forstå hva utfordringene dreier seg om. En ansatt beskrev dette:

*«En ting er at man kartlegger og gjør de tingene. Men så er det, Hva gjør man med dette? Denne kartleggingen? Hvordan bruker man kompetansen? Henter man inn utenfor? Jeg tror egentlig at boliger jevnt over er for dårlige til det ... Jeg tror at det tette samarbeidet, med flere samarbeidspartnere. Spesialister som kan på en måte faget da. Det er for dårlig brukt rundt omkring ...»*

Den ansatte viser til at hun tenker man er for dårlig til å bruke eksterne samarbeidspartnere. Flere ansatte fortalte at man i stor grad er for dårlig til å trekke inn andre fagpersoner utenfra.

De ansatte fortalte at tilgangen på tjenestene kunne vært bedre. En av de ansatte fortalte eksempelvis at habiliteringstjenesten er en av deres viktigste samarbeidspartnere, men at de holder til i en annen kommune som er over to timer unna. Samarbeidet blir da ofte over telefon, hvor de i mange tilfeller ikke møter beboeren selv. Flere av de ansatte påpeker at samarbeidspartnere ikke kjenner beboeren og ikke tar seg tiden til å bli kjent. De kan gjerne komme og observere i en time for så å sette en diagnose. I disse tilfeller er det vanskelig å få et godt arbeid rundt den det gjelder. En ansatt fortalte:

*«... man må jo se ungdommen eller brukeren i over en lengre periode. Ikke bare observere de i en time også komme med konklusjoner da ...»*

Å etablere et samarbeid beskrives som et ansvar den enkelte ansatte må ta og kan noen ganger være krevende. Man må bruke mye tid på å få til dette og man er avhengig av noen som kan koordinere. Fastlegen ble beskrevet av flere som den koordinerende part i samarbeidet. Noen ganger tar det lang tid å etablere et samarbeid fordi man rett og slett ikke vet hvem som kan gi den beste hjelpen. En ansatt fortalte at man må være sterk for å få nødvendig hjelp:

*«... Man må være ganske sterk for å den hjelpen som trengs. Være på hugget og man må kontakte habilitering og lege og verge og pårørende og ha et veldig godt samarbeid»*

Flere ansatte fortalte at det tar for lang tid når mange er involverte. En henvisning tar i utgangspunktet lang tid, og når en da avvises en plass og blir henvist til andre steder i flere runder så kan det ta veldig lang tid.

*«... det er lett å bli litt sånn kaste ball. Nei spør heller de, de har mere erfaring. Ja. Når vi har kontaktet dem så har vi blitt bedt om å heller kontakte Åsgård eller andre som kan ha mere erfaring ...»*

Noen av de ansatte beskrev også gode erfaringer med samarbeid med eksterne partnere. Når en først har fått til å etablere et godt samarbeid så får man ofte god hjelp, særlig dersom den eksterne parten har godt kjentskap til den det gjelder. En ansatt fortalte:

*«... Etter å ha vært i kontakt med habiliteringstjenesten så syntes jeg at vi fikk veldig mange gode råd i forhold til hvordan vi skulle gjøre det ... Men der var det også sånn at de kjente vedkommende veldig godt og har gjort det over flere år. Så da kunne de komme med ganske konkrete råd ...»*

Erfaringene til de ansatte er mange. Generelt mente flere ansatte at man må bli bedre på å involvere eksterne parter. Samtidig beskrev de at eksterne partere må være mer tilgjengelig, vurderinger må skje raskere og de må bruke tid på å bli kjent med den det gjelder. Flere beskrev at systemet ikke er tilpasset en målgruppe som i stor grad ikke kan ta ansvar for seg selv. En ansatt mente:

*«... det systemet er kanskje mere rettet mot normalbefolkningen ...»*

## **4.4 Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming**

De ansatte er opptatt av faktorer i miljøet som kan bidra til å opprettholde og utløse psykiske helseutfordringer og hvordan faktorer de tenker er viktig for å forbedre psykiske helsearbeid overfor mennesker med utviklingshemming.

### **4.4.1 Manglende tilrettelegging**

Tilrettelegging på alle nivå var et tema alle ansatte var opptatte av. Å jobbe med mennesker med utviklingshemming ble fortalt å i stor grad handle om tilrettelegging, og denne oppgaven ble beskrevet som helt sentral for beboernes psykiske helse. De ansatte erfarte at beboere i ulik grad kan stilles over for høye krav, som de har manglende muligheter til å innfri. En av de ansatte beskriver dette som et «gap» som man hele tiden må finne måter å tette på. Videre mente flere av de ansatte at mange av de psykiske helseutfordringer kunne vært unngått ved å tilpasse miljøarbeidet rundt beboernes faktiske muligheter. En ansatt beskrev dette:

*«Psykiske helseutfordringer ... den erfaringen jeg har med det er jo at ofte så ser det litt i sammenheng med det at kravene fra omgivelsene rundt og fra personer i, som har med personen å gjøre da. At kravene blir for høye og at man kanskje ikke helt strekker til og at det blir en ganske stor påkjenning. Som kan utarte seg som nedstemthet, eller*

*depresjoner eller sånn ja. Kan være mange ytre påvirkninger da som gjør det ekstra vanskelig ...»*

Det den ansatte beskriver her godt det flere ansatte har uttrykt. Det å bli stilt over for høye krav kan blir beskrevet å kunne være en stor belastning over tid. En av de ansatte fortalte også at utredninger i stor grad peker på nettopp at de ansatte stiller for høye krav og at disse må senkes til et nivå hvor personen kan klare å mestre. Den tilretteleggingen de ansatte viser til handler om å hele tiden finne måter å kommunisere på som den enkelte kan forstå, og gi støtte og veiledning til å mestre oppgaver og i noen tilfeller å skjerme noen helt fra enkelte oppgaver. En av de ansatte beskrev det som å hele tiden ha den enkelte i fokus og å legge til rette for at vedkommende kan lykkes gang på gang. En av de ansatte beskrev et enkelt tiltak som handler om tilrettelegging i hverdagen:

*«... et eksempel er at hvis du er veldig sensitiv for stimuli, høye lyder, så tilpasser man jo miljøet der etter, setter ikke på vaskemaskin hvis det er plagsomt et visst klokkeslett ...»*

Manglende tilrettelegging blir beskrevet å ikke bare gjelde i hverdagen og i omsorgsboligene. De ansatte viste også til manglende tilrettelagt helsehjelp. Flere ansatte fortalte at møte med eksempelvis fastlege og andre eksterne samarbeidsparter kan bli krevende for beboerne. I møte med spesialisthelsetjenesten når det gjelder psykiske helseutfordringer viste ansatte til at utredning og behandlingsmetoder ikke er tilpasset for mennesker med utviklingshemming. En ansatt sa:

*«... Disse utredningsmetodene som de har, de er ikke laget for en person med psykisk utviklingshemming som har en annen kognitiv funksjon enn det vi har...»*

De ansatte fortalte ulike eksempler på at beboere blir stilt over for høye krav i mange sammenhenger og at det totalt kan bli en stor belastning. Ansatte beskrev at det ofte er miljøpersonalet som må tale på vegne av beboeren, og at det i noen tilfeller kunne vært unngått. Det er enighet om at man må ha et større fokus på dette tema, at man jobber med å tilrettelegge omgivelsene i større grad for å lykkes i å forebygge psykiske helseutfordringer, og også for å mestre egne psykiske helseutfordringer.

#### 4.4.2 Stabilitet og kontinuitet

Stabilitet og kontinuitet var noe de ansatte beskrev som en utfordring. I boliger hvor det bor flere sammen så kan det bli store personalgrupper hvor det er mange ulike mennesker med ulik kompetanse som skal bistå. Da kan det bli vanskelig å sikre stabilitet og kontinuitet, som de ansatte beskrev som helt nødvendig for mennesker med utviklingshemming. En ansatt fortalte:

*«De særlige utfordringene er vel gjerne det at, altså det er jo selvfølgelig i hverdagen det er med at mange har et behov for mer kontinuitet og stabilitet ...»*

En annen ansatt fortalte:

*«Jeg har egentlig lyst å komme tilbake til på det her med, på det her med å klare å bidra til stabilitet i livet til den enkelte. For eksempel hvis du har en større personalgruppe enn her, for eksempel så kan man okei plukke ut tre personal. Tre personale skal følge den person opp, slik at ikke alle skal være med, involvert. Man kan på en måte lage smågrupper. Plukke ut og lage ressursgrupper ...»*

Gjennom de refleksjoner som de ansatte deler i sine intervjuer så fremkommer det at mindre personalgrupper vil være nyttig for å forebygge psykiske helseutfordringer. Turnus med mange vaktskifter kan medføre at man har mange brudd i hverdagen. De ansatte beskrev at beboerne trenger fast personal som kjenner beboerne og som er der jevnlig. Som en av de ansatte beskrev over så kan dette gjøres gjennom å opprette ressursgrupper. En av de ansatte fortalte at det er viktig å sikre en rød tråd i livet til den det gjelder:

*«Det er plasser med større personalgruppe hvor jeg har jobbet der du har vanskelig å få kommunisert for eksempel fra kveldsvakt, til nattevakt, til neste dag der du på en måte får en sånn her rød tråd i livet til den det gjelder. Og en rød tråd i den bistand vi skal yte, og det her med at plutselig så kommer ikke den på jobb den som man har tenkt kommer på jobb, eller det blir internt bytte for at den trengtes en annen plass. Så blir det en vikar som blir satt inn. Så det er veldig mange praktiske ting som på en måte, som kan gjøre at dette som man kaller miljøterapi ikke er så lett å gjennomføre»*

Fokus på gode tiltak for å sikre stabilitet og kontinuitet i livet til den enkelte er et tema de ansatte mener kan være en viktig forebyggende faktor, og som flere ansatte beskrev at man kunne bli bedre på.

### 4.4.3 Systematisk og målrettet arbeid

Den sentrale oppgaven ble beskrevet av de ansatte som å samhandle med beboerne til deres beste. Dette mente flere ansatte krever systematisk og målrettet arbeid. Flere av de ansatte påpeker hvor viktig det er at man ser «hele bildet».

*«... i et miljøterapeutisk arbeid så skal man jobbe målrettet hele tiden ...»*

Det systematiske arbeidet beskrives som å jobbe ut ifra mål, kartlegge, sette inn tiltak og undersøke alle forhold man tenker kan være et resultat av en utfordring man ser. Man må se på rammer og struktur, fokusere både på psykisk, fysisk, sosiale og åndelige behov.

*«... man må jo se på hele bildet og helheten ...»*

En av de ansatte sa: «kok det ned og finn ut av ting». Flere ansatte mente at man må ha fokus på å finne årsaker og da må en ha noe konkret å kunne se tilbake på. En ansatt beskriver hvordan de jobbet med det:

*«Så når vi kartla det, og fikk på en måte sett hva det er som er greia her, man tok liksom område for området, så man tok ernæring, fikk jobba med det og kartla også i tillegg i forhold til søvn og for å se på en måte om det var sammenheng. Men også i forhold til dette med medisiner og hadde tett samarbeid med fastlege om hvordan man kunne ordne det da, hvis det var noe, hvis man tenker justering, og tenke med tiden kunne være med å påvirke. Å der man, bevisst jobbet med ernæring og mat og kalorier og sørger for at personen fikk nok mat. Det var jo selvfølgelig utfordring i forhold til spising, men man så at vekta gikk opp og gleden kom på en måte gradvis tilbake ... Det funka. Men da jobbet alle systematisk. Men da hadde man vært i kartleggingsbanken, man hadde hentet ut et system som alle ble pålagt å følge opp»*

Den ansatte beskriver her viktigheten av å jobbe helhetlig og systematisk. Den ansatte understreker at det var det systematiske arbeidet som gjorde at man fant gode løsninger. Det å se på helheten beskrev en av de ansatte som å studere detaljene i livet til de mennesker man skal hjelpe:

*«... Det var e person som rett og slett ikke ville på jobb og ting gikk litt i stå, vedkommende klarte ikke å uttrykke seg verbalt men vi skjønnte at her var det noe som var feil der vi prøve å dissikere, dissikrere er et artig ord for jeg liker, elsker, jeg bruker å si*



*at livet til en person er sammensatt av bitte små detaljer, og det er summe av alle detaljer som gjør at folk får et godt liv eller ikke ...»*

Den ansatte viser til at man må være grundig og prøve å forstå hva det er som utgjør en forskjell. Å være observant, å ha en plan over ting og å kartlegge årsaker er temaer som går igjen hos flere av de ansatte.

## **5 Diskusjon**

Studien hadde til hensikt undersøke og å få innsikt i mulige utfordringer vernepleiere møter på i arbeid med mennesker med utviklingshemming når det gjelder psykiske helseutfordringer. Resultater i studien viser til flere utfordringer som vernepleieren møter på. Resultatene viser til at det oppleves som vanskelig å jobbe med psykiske helseutfordringer når det kommer til denne gruppen. Kompetanse, samhandling, kommunikasjon, usikkerhet, stabilitet og målrettet miljøarbeid på ulike nivå, var temaer de ansatte løftet fram i intervjuene.

De ansatte formidlet i stor grad manglende fokus og kompetanse på psykisk helseutfordringer både hos de ansatte og hos eksterne instanser, som igjen skaper utfordringer når det gjelder å yte god psykisk helsehjelp, særlig når det gjelder miljøterapi og samhandling mellom ansatte og andre instanser. Et interessant resultat i studien var at flere av de ansatte peker på en manglende tilrettelegging, og at manglende tilrettelegging i stor grad skaper utfordringer i livet til den enkelte. Det var stort fokus på faktorer som utløser eller opprettholder psykiske helseutfordringer hos mennesker med utviklingshemming. Kompetanse, samarbeid, målrettet miljøterapi, selvbestemmelse og tilrettelegging i forhold til den enkeltes behov, var temaer de ansatte mente var viktig i forebyggende arbeid.

Jeg vil i diskusjonskapittelet drøfte de viktigste resultatene i studien i lys av eksisterende forskning og teori på området. Strukturen i diskusjonskapittel gjenspeiler hovedkategoriene i resultatene.

### **5.1 Kompetanse er en forutsetning for å forstå og møte mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer**

Resultatene viser at de ansatte opplever manglende kompetanse og fokus på utviklingshemming og psykiske helseutfordringer, også hos eksterne samarbeidspartnere.

Manglende fokus på psykisk helse kan henge sammen med lite kompetanse på området, men det kan også henge sammen med at de ansatte har mange oppgaver som skal følges opp, noe som gjør at psykisk helse kanskje ikke blir prioritert. En av de ansatte viser til at psykisk helse fort kan bli glemt. Psykiske helseutfordringer har historisk vært et tema med lite fokus når det kommer til mennesker med utviklingshemming (Bakken, 2020c, s.28, Holden, 2008, s.113). Forskningen til Bakken & Sageng (2016) viser til at temaet fortsatt er lite undersøkt og at det er manglende forskning på området. En rekke rapporter og forskere viser til at det er manglende fagoppmerksomhet på området, også i utdanningene (Kittelsa, 2008, Bakken, 2017, SOR 2005, Bakken & Sagaeng, 2016, Søndena og Skeie, 2010). Samtidig viser en rekke offentlige rapporter og utredninger i nyere tid til mål som har til hensikt å øke fokus på og å styrke psykisk helsetjeneste for mennesker med utviklingshemming. I rapporten «deltakelse og mangfold» fremkommer det at regjeringen har et sentralt mål om å prioritere psykisk helse for mennesker med funksjonsnedsettelse (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). I rapporten «på lik linje» var 1 av 8 løft å styrke kompetansen i tjenestene (NOU 2016:17, s. 206). I 2006 ble «nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming» opprettet. I 2011 ble det opprettet videreutdanning i utviklingshemning og psykiske lidelser, for å øke kompetansen og fokuset på temaet. I dag har OsloMet videreutdanningen «utviklingshemming, psykisk helse og kvalitetssikring i praksis». I 2019 ble det opprettet eget nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming og psykiske lidelser med hensikt å bygge opp og spre kunnskap om temaet. I 2021 ble det lansert en nasjonalveileder for å sikre gode helse- og omsorgstjenester for mennesker med utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2022). Dette viser til at det i senere tid er et økende fokus på tema. Manglende kompetanse kan være til hinder for at mennesker med utviklingshemming får den hjelpen de trenger, da mennesker med utviklingshemming i de fleste tilfeller er avhengig av at andre ser deres behov.

Resultaten viser til at de ansatte betviler kompetansen til eksterne parter, og at de opplever at fastlege eller spesialisthelsetjenesten er usikker. De ansatte viser til at usikkerheten kan knyttes til tanker om at psykisk helse er noe annet hos utviklingshemmede enn hos øvrig befolkning. Opplevelsene til de ansatte sammenfaller i noen grad med eksisterende forskning. Eknes (2014b) viser til at det er varierende grad av kompetanse i spesialisthelsetjenestene, og at det er store geografiske forskjeller. Ekenes hevder også at spesialisthelsetjenestene betviler sin egen kompetanse. Usikkerheten kan henge sammen med at utviklingshemmede kan ha atypiske symptomer på psykiske helseutfordringer (Bakken 2020a, s.38, Holden, 2008, s.121), som kan tyde på at det er en manglende kompetanse på området. Selv om

utviklingshemmede kan ha atypiske symptomforløp viser forskning til at de vanligste psykiske lidelsene hos utviklingshemmede er de samme som hos befolkningen for øvrig (Hemmings og Bouras, 2016, Cooper et. al., 2017, Deb et.al., 2001, Jacobsen, 1999m Smiley et. al., 2007, I Bakken, 2020c, s.28). Usikkerheten kan derfor unødvendig være til stede. I doktorgradsavhandlingen til Fredheim (2014) viser han til at fastlegene baserer sitt arbeid primært på erfaringskompetanse og i liten grad på systematisk og forskningsbasert kunnskap. Resultatene i doktoravhandlingen kan tyde på at fastlegen ikke har den teoretiske kunnskapen, samtidig kan oppfølging av utviklingshemmede med atypiske symptomer kreve at man har erfaringskompetanse. Avhandlingen til Fredheim (2014) peker også på at fastlegene syntes temaet utviklingshemming og psykisk helse er vanskelig. Dette kan tyde på at det er en utfordring på tvers av profesjonene.

Når utviklingshemmede ikke kan si noe om atferden selv kan det bli vanskelig for både erfarne og uerfarne å si noe om hva atferden skyldes. Studien min gir ingen holdepunkter for å fastslå at kompetansen til spesialisthelsetjenesten er lav, men resultatene viser til at de ansatte har varierende erfaringer, og peker på en grad av mistillit hos de ansatte til at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen som er nødvendig.

Et viktig resultat i studien er at de ansatte beskriver det som utfordrende å skille mellom hva som kan være atferd knyttet til en psykisk helseutfordring og hva som kan være atferd knyttet til diagnosen utviklingshemming. Erfaringene til de ansatte finner støtte i en liknende masterstudie om barn og unges psykiske helse, hvor de ansatte i studien pekte på utfordringer knyttet til dette skillet (Helgesen, 2020). En grunn til dette kan være mangel på kompetanse hos de ansatte. Likevel er det ikke uvanlig at atferd blir sett på som en del av utviklingshemmingen. I en årrekke har denne gruppen mennesker vært diagnostisk overskygget der atferd har blitt forstått som en del av den kognitive utfordringer som utviklingshemmede har (Bakken & Olsen, 2012, I Aasan 2016). Bakken & Sageng (2016) viser til at atferd også feilaktig kan tilskrives psykisk lidelse, noe som viser til at det er vanskelig å gjøre vurderinger av hva atferden kan skyldes. Om det foreligger noen sammenheng mellom utviklingshemming og atferd er det usikkerhet rundt, også i fagmiljøene. Fredheim (2014) viser til at det foreligger noen studier om at det er en sammenheng, og andre studier som viser til at det ikke er noen sammenheng (Felece, Kerr & Hastings, 2009, Holden & Gitlesen, 2009, Hemmings, Gravestock, Pickard & Bouras, 2006, McCarthy et al., 2010, I Fredheim, 2014, s. 34). Diagnostisering og identifisering av psykiske helseutfordringer er komplisert og krever omfattende kartlegginger. Holden (2008, s.125)

viser til at symptomer vi ser kan være uttrykk for over eller understimulering. Dette kan forstås som at det er nødvendig å se på hvordan utfordringer miljøet stiller mennesker med utviklingshemming overfor. Det er nødvendig å bruke tid på å forstå årsaken til den atferden som observeres. Resultatene peker på at det er udekkede behov hos de ansatte, hvor det er behov for kompetanseheving hos ansatte og økt støtte og hjelp fra spesialisthelsetjenestene.

## **5.2 Mennesker med utviklingshemming har ulike forutsetninger for å uttrykke seg**

Psykiske helseutfordringer blir av de ansatte beskrevet som å vise seg i varierende former, men at det i stor grad viser seg gjennom utfordrende eller utagerende atferd mot seg selv eller andre i miljøet. At utviklingshemmede viser aggresjon kan forstås som et resultat av at de ikke har eller finner andre måter å kommunisere på, men det kan også forstås som et resultat av at andre eller tidligere tegn ikke blir forstått av ansatte eller andre nærpersoner.

Bakken & Sageng (2016) viser i sin kunnskapsoppsummering til at det er vanlig å observere aggresjon eller kaotisk atferd når det gjelder utviklingshemming og psykisk lidelse. En vanlig utfordring for utviklingshemmede er ulik grad av manglende mulighet til å uttrykke seg (Bakken 2020b, s.20, Holden, 2008, s.115), noe som samsvarer med resultatene i denne studien. Utfordringene blir større med økende grad av utviklingshemming og vil medføre utfordringer når vurderinger i all hovedsak baserer seg på observasjoner fra andre (Bakken, 2020c, s.30).

De ansatte kan mangle en viktig verbal kommunikasjons part i samhandlingen og i sitt arbeid, og må bruke mye tid på å tolke non-verbale uttrykk, eller atypiske uttrykk for ubehag. En av de ansatte forteller at alt blir jo bare «talking». Dette kan forstås som at de ansatte ikke nødvendigvis klarer å komme fram til tolkninger som er gjeldende. Selv om mennesker med utviklingshemming har utfordringer med å formidle egne utfordringer viser nyere forskning at de kan uttrykke seg i større grad enn hva man før trodde, dersom man i større grad legger til rette for at de kan delta i eksempelvis kliniske intervju. Det krever en ekstra innsats når det gjelder å forstå atferd ikke bare som avvikende, men som mulig tegn på psykiske helseutfordringer (Rose et. al., 2013, Douma et. al., 2006, Finlay & Lyons, 2001, I Bakken, 2020c, s.30).

Gode observasjoner, dokumentering, og samarbeid med andre fagpersoner kan være viktig for å øke forståelsen av beboere som har manglende evne til å uttrykke seg. I resultatene

fremkommer det også at de ansatte tror god samhandling mellom fagpersoner kan forebygge psykiske helseutfordringer. Sett i sammenheng med andre resultater i studien kan manglende kompetanse på hvordan man kan forstå og møte mennesker med utviklingshemming være en av grunnene til at atferd blir en fremtredende observasjon. Resultatene i studien peker på at det å forstå mennesker med utviklingshemming krever mye tid og mange involverte. Dette fastslår også forskning (Bakken & Sageng, 2018).

### **5.3 Samhandling er en forutsetning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming**

De ansatte beskriver erfaringer med hva som kan hjelpe beboer til å ha en god psykisk helse. Et viktig resultat i studien er fokuset på å etablere en trygg relasjon til beboer, og samhandling på ulike nivå. Trygge relasjoner er kjent som en viktig «buffer» mot stress (Bakken, 2015, s.161). Når ansatte kjenner beboeren kan de enklere fange opp endringer som er av betydning for den psykiske helsen og kan være særdeles viktig i arbeid med personer som har lite eller begrenset språk. Forhold som ble løftet fram en relasjon som er preget av respekt og hvor fokus på den enkelte, selvbestemmelse, mestring og kontroll i livet er sentralt. Resultatene viser til at de ansatte har et grunnleggende helsefremmende perspektiv. Selvbestemmelse, mestring, kontroll og gode relasjoner er beskrevet som viktige mestringsressurser i et salutogent perspektiv, og bidrar til opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987, I Langeland, 2014).

En av de ansatte beskriver relasjonsarbeidet som å dissekere detaljer i livet til den enkelte. Det å kjenne beboeren på detaljnivå kan gjøre at man unngår misforståelser og frustrasjon hos beboere. Bakken (2011, s. 29) viser til egen forskning som vektlegger et godt kjentskap til beboeren setter miljøterapeuten i stand til å respondere på en meningsfull måte overfor den det gjelder. Dette kan styrke selvbestemmelse, som er en viktig del av empowerment-tenkningen. En viktig forutsetning for selvbestemmelse er hvordan er samspillet mellom beboeren og omgivelsene, og hvordan de ansatte forstår andres kommunikasjonsuttrykk (Bakken, 2015, s.182). Gjennom fokus på relasjon og utvikling av forståelse, kan man la relasjonen styre miljøarbeidet (Jacobsen & Gjertsen, s.15). Kjentskap til beboer kan dermed forstås som en viktig forutsetning for at miljøterapeuten kan legge til rette for selvbestemmelse. Manglende kontroll ble av flere ansatte beskrevet som en av de utfordringene beboerne kunne stå overfor og var et område de ansatte beskriver å ha fokus på gjennom å bli kjent med beboerens ønsker og preferanser. De ansatte beskriver en praksis som kan knyttes til brukerperspektivet som vernepleieren har med seg, og viser til overføring

av kontroll og hvor empowerment blir en del av praksisen (Lauveng, 2020) Økt kontroll og innflytelse kan ha en terapeutisk og helsefremmende virkning og dermed bidra til økt livskvalitet, og er beskrevet som en viktig mestringsressurs av Antonovsky (1987) (I Langeland, 2014, FO, 2017).

Samarbeid mellom de ansatte var også et tema de ansatte mente var viktig. Ansatte som samarbeider vil kunne gjøre bedre vurderinger av den psykiske helsetilstanden til den enkelte. Oppfølgingen kan også bli bedre gjennom at tiltak er godt kommunisert mellom de ansatte. Grunnlaget for miljøterapien er de observasjoner og dokumentasjoner vi innhenter. Ifølge Løkke & Halvorsen (2020, s.370) må denne informasjonen behandles som i en forskningsmetode. Vurderingsgrunnlaget må bære preg av nyansering og ulike perspektiver. Observatørene må dele informasjon og bli enige om hva som blir den korrekte slutningen å ta. Med andre ord så fremmes samarbeid og enighet som helt sentralt i miljøterapeutisk arbeid. Samarbeid i personalgruppe kan også bidra til økt kompetanse. Luteberget & Gjermestad (2014, s.182) påpeker at det er «lite å lære i tause kulturer». Personalet kan gjennom refleksjoner skape nye forståelser sammen.

Gode tjenester for utviklingshemmede krever omfattende samarbeid (Bakken & Sagaeng, 2016). De ansatte har erfaringer med at de kan bli avvist av andre eksterne partnere og opplever i stor grad at det tar lang tid å få hjelp. Når de ansatte blir avvist kan det forstås som at de ikke blir tatt på alvor og at beboerne ikke får hjelp som de kan trenge. Det kan også forstås som at eksterne parter ikke har den kunnskapen som er nødvendig. Ekenes (2014b) viser til at tilbudet til denne gruppen er mangelfullt, og at helsepersonell må etterspørre hjelpen. Resultatet i studien kan forstås som at de ansatte har en forståelse at de har et ansvar for å etterspørre denne hjelpen. Likevel peker resultatene i retning av at de ansatte velger å håndtere mange utfordringer selv. «Tradisjonelt har det i tjenestene til personer med utviklingshemming vært en tendens til silo-tekning» (Kildahl & Engebretsen, 2020, s.253), hvor de ulike profesjoner og tjenester gjør sitt. I dag er det stort fokus på at man skal ha et tverrfaglig samarbeid, ikke bare innad i den enkelte tjenesten, men på tvers av ulike tjenester. I doktoravhandlingen til Fredheim (2014) poengterte fastlegene nødvendigheten av samarbeid. Fastlegene så det som helt nødvendig med informasjon fra de som står beboeren nærmest. Holden (2008) på peker på at ansvaret for utredning ligger hos spesialisthelsetjenestene. Likevel vektlegger han personalet som en viktig rolle ved at de står i beste posisjon til å gjøre observasjoner. Det er åpenbart en forutsetning at man har et godt samarbeid for å sikre god psykisk helsehjelp.

I nasjonal veileder «Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» vises det til at kommunen har et ansvar for å sikre tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2022). At spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenesten skal samarbeide er godt forankret i lovverk. Samhandlingsreformen (2008-2009) er at av de virkemidler for å fremme dette som forplikter kommune og andre helseforetak til å samarbeide og koordinere (Helse og Omsorgsdepartementet, 2011). I forskningen til Bakken & Sageng (2016) viser deres funn at hovedutfordringen til helsepersonellet ikke var koordineringen av tjenesten, men grad av kompetanse og manglende kompetanse. Forskningen er til dels sammenfallende med resultatene i dette studiet, hvor de ansatte både etterspør kompetanse, men også peker på at kompetansen er en utfordring i møte med andre samarbeidspartnere. Selv om noen ansatte opplever å bli avvist, beskriver ansatte også gode erfaringer med samarbeidet. En av de ansatte presiserte at erfaringen med samarbeidet er godt når eksterne samarbeidspartnere kjenner beboeren. Samarbeidet blir også beskrevet som godt når det først er etablert.

Resultatene i min studie peker på et behov for tettere samarbeid mellom tjenestene. Fokus på og informasjon om psykiske helseutfordringer for utviklingshemmede kan trygge både primær- og sekundærhelsetjenesten på at de har med seg kompetanse til å bidra å løse disse forskjellige utfordringer sammen. Kjentskap til beboer synes også å være en forutsetning for godt samarbeid. Sett i sammenheng med andre resultater i studien så kan økt fokus og kunnskap om psykiske helseutfordringer for mennesker med utviklingshemming være nødvendig for at samhandling mellom involverte parter kan bli bedre.

#### **5.4 Kontekst og rammer har betydning for psykisk helsearbeid når det gjelder mennesker med utviklingshemming**

Resultatene viser til at de ansatte har en grunnleggende forståelse av at miljøet har en betydning for beboernes psykiske helse. Krav som stilles fra miljøet beskrives som å være av betydning for beboerens muligheter for å mestre. Beboerens manglende mulighet til å innfri krav beskrives som et gap, og kan knyttes til en relasjonell forståelse av hvordan uhelse oppstår (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s.34, Lauveng, 2020, s. 57).

Et viktig resultat i studien er at de ansatte opplever at beboerne kan stilles over for høye krav. At beboerne blir stilt over for høye krav kan forstås som at de ansatte overvurderer beboerens funksjons- og mestringsnivå. Det kan også peke på at de ansatte mangler forståelse for, eller kompetanse på å vurdere beboerens funksjonsnivå. Ifølge Holden (2008, s.125) lever mange mennesker med utviklingshemming i lite tilrettelagte miljøer. Å vite hva som er optimalt for

den enkelte kan være vanskelig. Miljø som ikke er tilrettelagt for den enkeltes individuelle behov kan medføre kognitiv overbelastning, som innebærer at hjernen blir utslitt av å løse for vanskelige oppgaver over lang tid. Kognitiv overbelastning kan medføre psykiske helseutfordringer (Bakken, 2015, Holden, 2008). Resultatene i min studie viser til at manglende tilrettelegging kan vise seg i frustrasjon hos beboere. Dette kan forstås som at krav fra ansatte kan utløse reaksjoner som viser seg i utagerende atferd. Ifølge Bakken (2020d, s.359) er det vanlig at mennesker med utviklingshemming som over tid stilles over for høye krav kan vise seg i frustrasjon og aggresjon. Gjennom å tilpasse miljøbetingelser kan ansatte tilrettelegge for begripelighet og håndterbarhet. I et helsefremmende perspektiv er dette to viktige komponenter for å mestre livets påkjenninger (Antonovsky, 1987, I Langeland, 2014).

Helhetlig forståelse var et mye brukt begrep i intervjuene og ble løftet fram som viktig av de ansatte for å forstå utfordringer som mennesker med utviklingshemming kan stå overfor. Dette kan forstås som at de ansatte er opptatte av at man ikke ser på utfordringer isolert, og kan forstås som at de ansatte har en grunnleggende forståelse for at utfordringer er sammensatt av flere faktorer. En vanlig forståelsesform i psykiatrien er at psykiske helseutfordringer kommer av et samspill mellom ulike faktorer og kan sjeldent forklares utfra en enkeltfaktor (Lauveng, 2020). Resultatene viser til at de ansatte er opptatte av at det er nødvendig å kartlegge og systematisk undersøke årsaker til de utfordringer som beboerne står overfor. Systematisk og målrettet arbeid er grunnprinsippet i miljøterapi (Lillevik & Øyen, 2014, s.77). For å kunne si noe om årsaker til noe eller forholdet mellom noe krever det at en går systematisk til verks. Vernepleierens arbeidsmodell er en modell for å sikre et systematisk arbeid (Fo, 2017). Bruk av modell for systematisk arbeid vil kunne synliggjøre det arbeidet som ansatte skal jobbe med. Det viser også til dokumentasjon og faglige begrunnelser. Systematisk arbeid innebærer å følge faglige prinsipper, hvor en tar utgangspunkt i dokumentert kunnskap og tar bevisste valg på bakgrunn av kunnskap og faglig skjønn. Systematisk arbeid er nødvendig for at miljøterapien ikke skal være tilfeldig (Nordlund, Thorsen & Linde, 2015). Mennesker med utviklingshemming har behov for struktur og forutsigbarhet i hverdagen, for at verden ikke skal være uforståelig (Owren, 2003). Mennesker med utviklingshemming som mottar heldøgnsomsorg kan måtte forholde seg til flere ansatte i løpet av en dag. Resultatene i denne studien peker på at det er utfordrende å sikre stabilitet og kontinuitet for mennesker med utviklingshemming, i en større personalgruppe hvor mange skal bistå. Om alle de ansatte lar sine egne ulike personlige holdninger og verdier ligge til grunn for sin praksis kan dette representere en uforutsigbar



hverdag fordi de ansatte jobber ulikt. Dette representerer en ustabilitet hvis man ikke systematisk jobber for å motvirke dette. Miljøterapeutisk arbeid har som mål å bidra til endring og utvikling, og at denne endringen kan skje på måter miljøet organiserer seg på (Jacobsen & Gjertsen, 2021), gjennom systematisk arbeid kan man aktivt jobbe for at miljøet representerer forutsigbarhet. Ifølge Owren (2003) må tjenesteytere jobbe ut fra en felles forståelse av mål og prinsipper i arbeid med den enkelte. Selv om alle jobber etter gode faglige prinsipper kommer man aldri langt, så lenge man jobber mot forskjellige mål og tilnærmer seg på ulike måter. Å skape et miljø som representerer struktur og forutsigbarhet kan forstås som viktige elementer for opplevelse av sammenheng i det salutogene perspektiv, hvor omgivelsene blir begripelige og håndterlige for mennesker med utviklingshemming (Antonovsky 19787, I Langeland, 2014). Resultater i studien peker på at det systematiske arbeidet er viktig når det kommer til å undersøke og å hjelpe personer med utviklingshemming som kan ha psykiske helseutfordringer.

## **6 Studiens styrker og begrensninger**

Styrker og begrensninger i forskningen ble vurdert med bakgrunn i begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Dette er vanlige kriterier for vurdering av troverdighet og kvalitet i den kvalitative forskningen (Tjora, 2021, s. 259).

I studien har det vært etterstrebet en grundig redegjørelse for forskningsprosessen. I metodekapittelet er forskningsprosessen beskrevet med hensikt at andre kan følge min prosess og gjenta prosjektet. Forskeren har i denne studien forsket i eget felt. Dette kan være både en styrke og svakhet. Å studere i eget felt krever en spesiell oppmerksomhet og bevissthet. På den ene siden kan nærhet resultere i at man har redusert evne til å ha et kritisk blikk på forskningsfeltet. Det kan vanskeliggjøre refleksivitet ved at man identifiserer seg så sterk til eksempelvis noen forhold ved resultatene at man ikke klarer å se alternative løsninger. På den andre siden kan nærhet være en fordel gjennom at man lettere kan forstå studiedeltakerens livsverden. Kjentskap til feltet kan også gjøre studie mer målrettet og relevant (Kvale og Brinkmann, 2015, Malterud, 2017).

Tema og problemstillingen er vid og kan være en begrensning ved studie. Målgruppen er en svært uensartet gruppe med mange undergrupper, det samme kan en si om psykiske helseutfordringer. En vil sannsynligvis oppnå en større metning og en dypere forståelse for et mer spesifikt område i studie, om studiens tema og problemstilling fokuserte på et smalere

område. Prosjektets tema og problemstilling er styrt av min erfaring og forforståelse, som et resultat av at jeg forsker i eget felt. Uten den erfaringen jeg har med meg ville ikke jeg ha forsket innenfor dette tema. For å sette meg selv som forsker i stand til å vurdere meg selv utenifra har jeg delt min forforståelse og motivasjon med leseren. For å styrke troverdigheten i studien har jeg aktivt drøftet forforståelsen gjennom prosessen med min veileder. Videre er det teoretiske grunnlaget utviklet i nærhet til resultatene i studien for å sikre at det er de ansattes perspektiv som står sentralt og at ikke forskerens eget forhåndsbestemte perspektiv.

Jeg opplevde det som en fordel å ha nærhet til tema, da jeg lett kunne kjenne meg igjen i og forstå det de ansatte formidlet i intervjuet. I intervjusituasjonen sjekket jeg regelmessig om jeg hadde forstått det den ansatte formidlet, noe som kan være en styrke og representerer en felles forståelse. Dette kan også ha vært en styrke i analysen.

Individuelle intervju fungerte godt for å undersøke erfaringene og refleksjonene til vernepleieren. Metoden har sine begrensninger, og et fokusgruppeintervju kunne også vært en foretrukket metode for å stimulere til dypere beskrivelser og refleksjoner. Imidlertid har også gruppeintervju noen begrensninger, og en inkludering av kombinerte metoder kunne vært en styrke i videre kunnskapsforskning på tema.

En begrensning ved studie er at jeg er ny som forsker. Det har derfor vært sentralt å bruke mye tid på å sette seg inn i metodelitteratur og å ta metodiske valg i samråd med veileder. For å styrke intervjuprosessen og for å generere høyere kvalitet i resultater gjennomførte jeg to pilotintervju. En begrensning ved intervjusituasjonen var at noen av spørsmålene var av generell karakter. Spørsmål av generell karakter, ga også noen generelle svar. Mer spesifikke spørsmål kunne stimulert til dypere refleksjoner. En metodisk styrke i forskningen er at analysen er gjort parallelt sammen med veileder. Dette har vært betydelig for å styrke troverdigheten og begrense forforståelsens påvirkning.

En begrensning kan være er at resultatene i studiet kun er innsamlet fra en yrkesgruppe. Det kunne også vært interessant å belyse erfaringer til andre yrkesgrupper eller andre instanser, og undersøke om de har andre utfordringer. Selv om det kun var vernepleiere som deltok i studien antar jeg at erfaringene og resultatene i studien kan være gjenkjennbar for andre yrkesgrupper i mer eller mindre grad, da det er nærliggende å anta at de erfaringene som vernepleieren har med seg er erfart i et samhold med andre kollegaer. Studiet har ikke fokus på en enkelt erfaring, men erfaringer som kan representere intervjuene som helhet. At

vernepleieren er en sentral yrkesgruppe i omsorgsboliger for mennesker med utviklingshemming og samarbeider tett med ulike profesjoner på sine arbeidsteder kan gjøre at resultatene har en overføringsverdi til andre yrkesgrupper som jobber i omsorgsboliger.

En styrke ved forskningen er studiens spredning. Studien har intervjuet i 2 forskjellige kommuner, både i privat og kommunal sektor. Ulike kommuner og ulike arbeidsplasser jobber ut fra ulike faglige prinsipper. Informanter som representerer en enkelt arbeidsplass eller kun en enkelt kommune ville kunne vært en begrensning i spørsmål om betydningen og nytteverdien utenfor forskningens sted. Gjennom intervju i flere kommuner og ulike arbeidsplasser er erfaringene til de ansatte blitt til under ulike betingelser og i ulike kontekster. Resultatene vil derfor kunne være gjenkjennbar for andre og i større geografiske områder. Relevans og nytteverdi av forskningen har vært sentral. Relevansen ble tidlig vurdert å være sterk med bakgrunn i tidligere forskning og manglende forskning på helsepersonellens erfaringer. Resultater i studien kan være til nytte både for kommunene og de ansatte i ulike omsorgstilbud, gjennom at de får innsikt i de utfordringene som andre har erfart. Dette kan stimulere til en ny forståelse og til refleksjon over egen praksis. Spesialisthelsetjenesten kan også dra nytte av de ansattes erfaringer gjennom at funnene skisserer behov hos de ansatte og viser til utfordringer de kan stå overfor, og videre andre resultater som er presentert i forskningen.

## **7 Avslutning**

### **7.1 Konklusjon**

Studien tar for seg ansattes erfaringer og refleksjoner i arbeid med mennesker med utviklingshemming og psykiske helseutfordringer. Studien peker på flere forhold som gjør det utfordrende å jobbe med psykisk helsearbeid og å gi god psykisk helsehjelp. Resultater peker på at det er udekkede behov hos de ansatte, hvor kompetanse løftes frem som en særlig utfordring når det gjelder psykiske helseutfordringer. Det er behov for mer kompetanse om hva psykiske helseutfordringer kan innebære for mennesker med utviklingshemming, og hvordan møte disse utfordringene. Noen av resultatene peker også på at det kan være behov for kompetanse rundt hvilke konsekvenser det kan innebære å ha en utviklingshemming. Det løftes også frem utfordringer knyttet til samarbeid med eksterne parter. Resultatene peker på at de ansatte betviler spesialisthelsetjenestens kompetanse, og at det er behov for økt støtte og hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Samarbeid på ulike nivå løftes fram som en sentral faktor for å styrke psykisk helsearbeid når det gjelder arbeid med mennesker med utviklingshemming.

Resultatene viser til at de ansatte har en grunnleggende forståelse forebyggende arbeid, og trekker fram forhold de mener er nødvendig for å bidra til å opprettholde god psykisk helse. Resultatene peker også på at mennesker med utviklingshemming kan ha økt behov for tilrettelegging, stabilitet og kontinuitet i hverdagen. Mer kompetanse om hva det innebærer å ha en utviklingshemming kan sette de ansatte i stand til å tilrettelegge miljøterapien på en måte som bidrar til å opprettholde god psykisk helse, og samtidig forebygge psykiske helseutfordringer.

## **7.2 Videre forskning**

Resultatene peker på mange utfordringer, og det vil være behov for flere studier som kan gå mer i dybden på enkelt temaer innenfor de resultater som foreligger i denne studien. Noen av resultatene i studien sammenfaller med tidligere forskning, særlig når det gjelder manglende fokus og kompetanse i tjenestene. Studiens brede inngang åpner opp for mange problemstillinger som andre forskere kan gå inn i. Det ville vært nyttig å undersøke erfaringene til andre instanser som er involvert i arbeid med mennesker med utviklingshemming. Resultatene peker blant annet på at det er behov for tilrettelagte verktøy for å avdekke psykiske helseutfordringer. Forskning som tar sikte på å undersøke hvordan man kan identifisere psykiske helseutfordringer for mennesker med utviklingshemming kan være et viktig bidrag for å styrke tjenestene både i omsorgsboligene, men også i andre tjenester. Et annet viktig bidrag til tjenestene ville vært forskning som tar sikte på å utarbeide noen retningslinjer som ansatte i omsorgsboliger kan dra nytte av i det miljøterapeutiske arbeidet. Det ville vært et krevende prosjekt, som mulig krever flere delprosjekter.

## Referanseliste

- Aasan, S. (2016). *Psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant personer med utviklingshemming* (NAKU Rapport). Hentet fra [https://naku.no/sites/default/files/kba\\_uploads/naku\\_rapport\\_psykiske\\_lidelser1\\_2016.pdf](https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/naku_rapport_psykiske_lidelser1_2016.pdf)
- Adshead, S., Collier, E. & Kennedy, S. (2015). *A literature review exploring the preparation of mental health nurses for working with people with learning disability and mental illness. Nurse education in Practice*. 15, 103-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.004>
- Askheim, o. P. (2014). Vernepleieren som aktør for en «empowerment»-orientert praksis. I K.E. Ellingsen (red.), *vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 65-84). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, T. L. & Sageng, H. (2016). *Mental health Nursing of Adults With intellectual Disabilities and Mental Illness: A review of Empirical Studies 1994-2013*. Archives of Psychiatric Nursing. 30, 286-291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.006>
- Bakken, T. L. (2011). Kommunikasjon og samhandling. I T. L. Bakken (Red.), *Samhandling med og uten ord: miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse* (s. 22-31). Stavanger: Hertervig forlag.
- Bakken, T. L. (2017). *Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming: faser, varseltegn og håndtering av kriser*. NAKU kunnskapsbank.
- Bakken, T. L. (2020) Viktige begreper. I T. L. Bakken (red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s.31-35) Bergen: fagbokforlaget.
- Bakken, T. L. (2020a). Særlige utfordringer. I T. L. Bakken (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s. 37-41). Oslo: universitetsforlaget.
- Bakken, T. L. (2020d). Atferdsekvivalenter. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s.357-368). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bakken, T.L (2015) *Utviklingshemming og hverdagsvansker: faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal.

- Bakken, T.L (2020b). Sentrale begreper. I T. L. Bakken (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s.20-23). Oslo: universitetsforlag.
- Bakken, T.L (2020c). Kunnskapsgrunnlaget. I T. L. Bakken (red.), *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming* (s.27-33). Oslo: universitetsforlag.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2017). *Deltakelse og mangfold: Regjeringens innsats for personer med funksjonsnedsettelse (2014–2017)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a37e525817184c20b57dfe0e75bc6a2a/deltakelse-og-mangfold---regjeringens-innsats-for-personer-med-funksjonsnedsettelse.pdf>
- Brask, O. D., Østby, M. og Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller: en refleksjonsmodell*. Bergen: fagbokforlaget.
- Ekenes, J. (2014a) *Hva er utviklingshemning?: definisjon og begrepsbruk*. Hentet fra <https://www.stiftelsen.no/images/tidsskriftarkiv/2014/6/SOR%2080-87%20Hva%20er%20utviklingshemning.pdf>
- Ekenes, J. (2014b). Likeverdige tilbud. I S. Aasan (red.) *Psykisk utviklingshemming og psykisk helse: veiviser til psykiske helsetjenester*. Hentet fra [NAKU Temahefte nr2 web\(1\).pdf](#)
- Fellesorganisasjon (2017) *Vernepleier: om vernepleieryrket*. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Fredheim, T. (2014) *Fastlegenes behandling og oppfølging av personer med utviklingshemming slik samarbeidspartnere, pårørende og legene selv opplever det* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Harboe-Jepsen, T. (1997). *Indføring i sosiologisk metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Helgesen, H. (2020). *Ansatte ved barne- og ungdomsboliger sine tanker om psykisk helse blant barn og unge med psykisk utviklingshemming – en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Universitetet i Stavanger, Stavanger.

Helse- og omsorgsdepartementet & **kommunesektorens** organisasjon. (2017). *Heldøgns: et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat\\_om\\_begrepet\\_heldogs\\_helse\\_omsorgstjenester\\_mars\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat_om_begrepet_heldogs_helse_omsorgstjenester_mars_2017.pdf)

Helse og Omsorgsdepartementet (2011). *Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet: regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra [Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse \(2017–2022\)](#)

Helsedirektoratet (2022). *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming:*

*nasjonal veileder*. Hentet fra [file:///C:/Users/bensor/Downloads/Gode%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20personer%20med%20utviklingshemming%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/bensor/Downloads/Gode%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20til%20personer%20med%20utviklingshemming%20(3).pdf)

Helsetilsynet (2017). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming: det gjelder livet*. Hentet fra

[https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4\\_2017.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport4_2017.pdf)

Holden, B. (2008) *Psykiske lidelser og utviklingshemming: atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2000). *Mestring og lidelse: psykiatri for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal.

Jacobsen, K. & Gjertsen, H. L. (2021). *Forståelse i miljøterapeutisk arbeid* (2.utg.) Oslo: Gyldendal.

Kildahl, A. N. & Engebretsen, M. H. (2020). Ut av kontoret. Samarbeid med leger, psykologer og andre behandlere. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 253-264). Bergen: Fagbokforlaget.

- Kittelsa, A. M. (2008). Utviklingshemning og psykiske helsetjenester (NAKU rapport). Hentet fra [https://naku.no/sites/default/files/attachments/rapport\\_psykiske\\_helsetj121.pdf](https://naku.no/sites/default/files/attachments/rapport_psykiske_helsetj121.pdf)
- Kvale, S. & Brikmann, S. (2015) *Det Kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering*. (NAKU rapport 1/2014). Hentet fra [NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf](https://napha.no/rapport-salutogenese.pdf)
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: det landskapet vi er mennesker i*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal.
- Luteberget, L. & Gjermestad, A. (2014). Lære av og i praksis: refleksjon som verktøy i utvikling av vernepleiefaglig skjønn i møte med personer som har utviklingshemning av alvorlig grad. I K. E. Ellingen (Red.), *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 178-190). Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkke, J. A. & Halvorsen, L. R. (2020). Miljøterapi, data og dokumentasjon: forskningsmetode som regler for å unngå feil i miljøterapi. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 369-380). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordlund, I., Thronsen, A. og Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: universitetsforlaget.
- NOU 2016:17 (2016). *På lik linje: åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Owren, T. (2003). *Hvorfor strukturere tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemning eller autisme?* (SOR rapport nr.6) Hentet fra: [https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2003/SOR\\_Rapport\\_6\\_2003-Owren-](https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2003/SOR_Rapport_6_2003-Owren-)



[Hvorfor strukturere tjenestetilbud til mennesker med utviklingshemning eller autisme.pdf](#)

- Owren, T. (2011a). Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. I T. Owren & S. Linde (red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (s. 28-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Owren, T. (2011b). Sosial helse og funksjon. I T. Owren & S. Linde (red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (s.108-128). Oslo: Universitetsforlaget.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing reasearch: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stânicke, E. (2018). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn* (2.utg.). Oslo: Gyldendal.
- SOR (2005) *Tar psykiatrien utviklingshemmede på alvor?* (SOR rapport nr.6). Hentet fra [https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2005/6/SOR Rapport 6 2005-Tar psykiatrien utviklingshemmede p alvor.pdf](https://stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2005/6/SOR_Rapport_6_2005-Tar_psykiatrien_utviklingshemmede_p_alvor.pdf)
- Stubrud, L. H. (2020) Om utviklingshemming. I T.L. Bakken (red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 49-61). Bergen: Fagbokforlaget.
- Søndena, E. & Skeie, G. (2010). *Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemning: Et viktig fordypningsemne for masterstudium i psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 7(4), 330-337.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (4.utg.). Oslo: Gyldendal.
- Verdens Helseorganisasjon (2021). *F.70-F.79 Psykisk utviklingshemming*. I Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer (10.utg.). Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

<b><u>Innledning</u></b>
Fortelle om forskningen, tema, hensikt med forskningsprosjektet og si noe om hvordan selve intervjuet foregår.
Utlevere samtykkeskjema og informere om taushetsplikt, bruk av diktafon og rettigheter i forbindelse med deltakelse i studiet.
Særlig informasjon om informantenes taushetsplikt overfor tredjeparter og at eksempler ikke skal inneholde informasjon som kan knyttes til tredjepersoner, herunder kollegaer og beboere.
<b><u>Spørsmål innledningsvis:</u></b>
Hvilken profesjon har du?
Hvor lenge har du jobbet i tjeneste for psykisk utviklingshemmede?
Hva tenker du om temaet psykisk utviklingshemning og psykisk helse?
<b><u>Hoveddel:</u></b>
Hvordan tenker du at psykiske helseutfordringer kommer til uttrykk hos personer med psykisk utviklingshemning? <ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du komme med noen eksempler?</li></ul>
Hvilke erfaringer har du med psykisk utviklingshemning og mulige psykiske helseutfordringer? <ul style="list-style-type: none"><li>• Har du eksempel på en situasjon hvor det har vært spørsmål rundt mulig psykiske helseutfordringer hos en beboer?<ul style="list-style-type: none"><li>- Hva gjorde du?</li><li>- Hva tenker du om det du gjorde?</li><li>- Hvilke hensyn tenker du at du må ta?</li></ul></li><li>• Hva tenker du om å tilpasse miljøterapien/miljøarbeidet i en slik situasjon?</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan blir miljøterapien utfordret?</li> <li>- Hva har du erfaring med at blir utfordrende?</li> </ul>
<p>Hvilke fokus/oppmerksomhet tenker du en særlig må ha i arbeid med personer som har utviklingshemning og mulig psykiske helseutfordringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvis du mener/tror det er mulig helseutfordring, hva tenker du er viktig da?</li> </ul>
<p>Har du noen tanker om hvordan din holdning som miljøterapeut kan ha innvirkning på miljøterapien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke refleksjoner har du gjort deg rundt miljøterapeuters holdninger og dets betydning for tilgang på adekvate tjenester?</li> <li>- Fortell gjerne om erfaringer du har gjort deg?</li> <li>- Hva tenker du om dine holdninger og dets direkte og indirekte påvirkning på det du gjør i samhandlingen?</li> </ul>
<p>Hvilke sårbarhetsfaktorer tenker du medvirker til at personer med utviklingshemning kan få psykiske helseutfordringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke refleksjoner har du gjort det rundt miljøterapeuters rolle?</li> </ul>
<p>Hvordan bruker du miljøterapi for å hjelpe/ivareta disse menneskene som har psykiske helseutfordringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du komme med eksempler på miljøtiltak?</li> <li>- Hva tenker du om det?</li> <li>- Hva gjorde du?</li> <li>- Hva tenker du om det du gjorde?</li> </ul>
<p>Hvordan forstår du endringer i atferd hos en beboer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan forholder du deg til endringer i atferd?</li> <li>- Har du observert det?</li> <li>- Hva tenker du om det?</li> <li>- Hva gjorde du?</li> <li>- Hva tenker du om det du gjorde?</li> </ul>
<p>Fakta: Personer med psykisk utviklingshemning er overrepresentert ved bruk av psykofarmaka.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke tanker har du rundt dette?</li> </ul>

Påstand: Utdfordrende atferd begrunnes et resultat av selve diagnosen utviklingshemming.

- Hvilke tanker har du rundt denne påstanden?
- Hvordan forstår du sammenhengen mellom utfordrende atferd og psykisk utviklingshemning?

Hvilke særlige utfordringer har du erfart i oppfølging av psykiske helseutfordringer til personer med psykisk utviklingshemning?

- Hva tenker du kan være utviklingsbehov i din kompetanse til å ivareta/møte disse mennesker som vi vet er sårbare for å utvikle psykiske helseutfordringer?
- Hva ser du for deg at må til for at psykisk helsearbeid overfor denne gruppen skal fungere best mulig?
- Hvordan tenker du at en kan en kan jobbe med forebygging av psykiske helseutfordringer?

**Avslutning:**

Oppsummering sammen med intervjupersonen. Spørsmål til intervjupersonen om det er ønskelig å legge til noe.

- Er det ting som vi ikke har snakket om i dag som du tenker er relevant for temaet?

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv

### Forespørsel deltakelse i prosjekt

#### Vil du delta i forskningsprosjektet:

” Hvilke refleksjoner og erfaringer har miljøterapeuter ved omsorgsbolig når det gjelder å jobbe med personer med utviklingshemning og psykiske helseutfordringer”?

#### Hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å undersøke hvilke mulige utfordringer miljøterapeuter møter i arbeid med mennesker med utviklingshemning, når det gjelder psykiske helseutfordringer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave ved «master i psykisk helsearbeid», ved UiT Norges arktiske universitet.

Problemstillingen i prosjektet er:

*” Hvilke refleksjoner og erfaringer har miljøterapeuter ved omsorgsbolig når det gjelder å jobbe med personer med utviklingshemning og psykiske helseutfordringer”?*

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT- Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien har gjort utvalg basert på kriterier som er vurdert med henhold til å besvare problemstilling. Du er spurt om å delta da du tilfredsstillter disse kriterier:

- Du er vernepleier, sykepleier, sosionom eller barnevernspedagog.
- Du er ansatt i heldøgns omsorgsbolig
- Du jobber direkte med miljøarbeid overfor personer med psykisk utviklingshemning
- Du jobber i en stillingsprosent over 50% og har kontakt med tjenestemottakerne både på dag og kveld.
- Du har jobbet direkte med målgruppen i minimum 3 år.
- 

Forespørsel er sendt til miljøterapeuter i to forskjellige kommuner. 8 deltakere blir forespurt om å delta i studien.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et kvalitativt intervju. Det vil ta deg 1-1,5 timer. Intervjuet inneholder spørsmål om dine refleksjoner og erfaringer med å arbeide med personer med utviklingshemning, når det gjelder psykiske helseutfordringer. Spørsmålene vil også være knyttet miljøterapi og miljøarbeid overfor personer med psykisk utviklingshemning. Intervjuet blir tatt opp på lydopptak og vil senere bli transkribert til skriftlig form. Jeg vil ta notater underveis i intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Veileder/prosjektansvarlig og forsker vil ha tilgang til data som blir som fremkommer i studiet.

Intervjuet vil bli tatt opp via diktafonapp som sender lydfilen over i nettskjema. Navn og kontakt informasjon om deg vil bli erstattet med en kode og adskilt fra øvrige data.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i Juni 2022.

Personopplysninger, lydopptak og transkribert materiale slettes ved prosjektslutt.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *UiT – Norges arktiske universitet ved Sidsel Tveiten tlf: 67236549 mail: [sidsel.tveiten@oslomet.no](mailto:sidsel.tveiten@oslomet.no) (Veileder), Bente Simonsen tlf: 995 62 598 mail: [bente.a.simonsen@uit.no](mailto:bente.a.simonsen@uit.no) (prosjektansvarlig) eller Benedikte Sabine Sørensen, tlf. 99101166 mail: [benedikte-sorensen@live.no](mailto:benedikte-sorensen@live.no) (Student)*
- Vårt personvernombud: *Joakim Bakkevold. tlf: 77646322 mail: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)*





## Vedlegg 3: Godkjenning NSD

27.04.2022, 17:38

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

117723

### Prosjekttittel

Psykisk utviklingshemning og psykiske helseutfordringer

### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Bente Simonsen (og Sidsel Tveiten), bente.a.simonsen@uit.no, tlf: 99562598

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Benedikte Sabine Sørensen, benedikte.sorensen@live.no, tlf: 99101166

### Prosjektperiode

01.10.2021 - 01.06.2022

### Vurdering (1)

---

#### 08.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 08.10.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/6152de09-7bc5-422b-9bd0-ab382f4ad367>

1/2

som kan identifisere brukere. Dere må særlig være bevisst taushetsplikten ved bruk av eksempler.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

