

Catrine Terjesen Næss

Kommunikasjon mellom helsepersonell og personer med utviklingshemming, alvorlig og dyp grad.

Hvordan kan helsepersonell kommunisere med
personer med alvorlig og dyp
utviklingshemming?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Patrick Stefan Kermit
Mai 2020

Sammendrag

Tittel: Kommunikasjon mellom helsepersonell og personer med utviklingshemming, alvorlig og dyp grad.

Nøkkelord: Alvorlig utviklingshemming, dyp utviklingshemming, helsepersonell, kommunikasjon, samspill.

Introduksjon: Alle mennesker kan kommunisere, så lenge de får muligheten. For personer med alvorlig og dyp utviklingshemming er det nærpersonen som avgjør hvor god denne muligheten er (Horgen, 2006). Som helsepersonell og fagpersoner opplever vi andre kommunikasjonsutfordringer enn de vi ofte møter i hverdagslivet, og dette krever kompetanse og engasjement (Røkenes & Hanssen, 2012).

Hensikt: Intensjonen med denne litteraturstudien er å avdekke hvordan helsepersonell og personer med alvorlig og dyp utviklingshemming kan kommunisere på en god måte.

Metode: Det er benyttet litteraturstudie i denne bacheloroppgaven. Seks vitenskapelige forskningsartikler er inkludert.

Resultater: Basert på funnene fra inkluderte artikler ble det identifisert betydningsfulle faktorer som støtter opp og bidrar til god kommunikasjon mellom helsepersonell og personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. Studien resulterte i tre temaer:

1. Helsepersonellet må se individet og bruke analyse og individuelle tilpasninger for å kommunisere.
2. Helsepersonellet må kommunisere slik at brukeren har mulighet til å forstå og være delaktig.
3. Helsepersonellet må ha fokus i samhandlingen og prioritere kommunikasjon i hverdagen og være faglig oppdatert.

Konklusjon: Helsepersonell bør kommunisere med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming ved å benytte og kopiere uttryksmåtene brukeren selv har valgt. I kommunikasjonen må helsepersonellet gi brukeren god tid til å gi respons, og fokuset til helsepersonellet må være på brukeren for å klare å fange opp uttrykk og kommunikasjonsforsøk.

Abstract

Title: Communication between healthcare support workers and people with severe, and profound intellectual disability.

Keywords: Communication, severe intellectual disability, profound intellectual disability, healthcare providers, healthcare support workers , interaction.

Background: Everyone can communicate, given the opportunity. For people with severe, and profound intellectual disabilities, it is the the person, or people, close to them that determines how well this opportunity is exploited (Horgen, 2006). When we work in healthcare, we experience communication challenges different to those we often encounter in everyday life, which require expertise and commitment (Røkenes & Hanssen, 2012).

Purpose: The purpose of this study was to explore/discover how healthcare support workers and people with severe, and profound intellectual disability can communicate well.

Method: A literature study has been used, and six published articles has been included in this bachelor thesis.

Results: Based on the findings from the included articles, significant factors were identified which support and are conducive to good communication between healthcare support workers and people with severe, and profound intellectual disabilities. The study resulted in three themes:

1. Support workers must see the individual, use analysis, and make individual adjustments to communicate.
2. The support workers must communicate so that people with severe, and profound intellectual disabilities can understand and participate.
3. Support workers must focus on the interaction and prioritize communication in everyday life and stay professionally updated.

Conclusion: Healthcare support workers should communicate with people with severe, and profound disabilities by using expressions chosen by the care receiver. In communication the support workers must give the care receiver time to respond, and the focus must be on the person with severe or profound disabilities. In that way the support workers will be able to capture expressions and communication attempts.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	4
1.1	Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	4
1.2	Avgrensning og presisering av problemstilling	4
1.3	Hensikt med oppgaven og relevans for vernepleierfaget	5
1.4	Oppgavens disposisjon	5
2.0	Bakgrunn	6
2.1	Alvorlig og dyp utviklingshemming	6
2.2	Kommunikasjon	7
2.2.1	Fire-perspektivmodellen	7
2.2.2	Den spontane kommunikasjonen	7
2.2.3	Totalkommunikasjon	8
2.2.4	Basal stimulering	8
2.3	Kommunikasjonens mange utfordringer	9
3.0	Metode	10
3.1	Litteraturstudie som metode	10
3.2	Søkestrategi	10
3.2.1	Oversikt søkematrise	11
3.3	Vurdering og analyse av inkluderte artikler:	12
4.0	Resultat	13
4.1	Litteraturmatriser	14
4.2	Sammenfatning av resultater	20
4.2.1	Se individet	20
4.1.1	Forståelig kommunikasjon	21
4.1.2	Holde fokus	22
5.0	Drøfting	23
5.1	Analyse og tilstedeværelse.	23
5.2	Tilpasset kommunikasjon	25
5.3	Kunnskap	26
5.4	Berøring og tid	28
5.5	Holdning	29
5.6	Metodiske overveielser	30
6.0	Konklusjon:	31

6.1 Videre forskning	32
Referanser	32

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Alle mennesker kan kommunisere, så lenge de får muligheten. For personer med alvorlig og dyp utviklingshemming er det nærpersonen som avgjør hvor god denne muligheten er (Horgen, 2006). Som helsepersonell og fagpersoner opplever vi andre kommunikasjonsutfordringer enn de vi ofte møter i hverdagslivet, og dette krever kompetanse og engasjement (Røkenes & Hanssen, 2012).

Gjennom praksisperioder og arbeidslivet har jeg vært opptatt av å forstå og samhandle med brukere på en god måte ved å legge til rette for god kommunikasjon. På et sansesenter ble jeg kjent med en person med multifunksjonshemming som benyttet et par tegn, mimikk og lyder i sin kommunikasjon. Denne erfaringen viste meg hvor utfordrende det kan være å tolke og analysere personens følelser, opplevelser og ønsker når det ikke benyttes ord og tegn. Jeg deltok derfor på et kurs i sanse- og taktilstimulering for å lære meg å kommunisere bedre med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. I etterkant av kurset observerte jeg at flere kollegaer syntes det var utfordrende å implementere den nye kunnskapen i arbeidshverdagen, og jeg ble derfor nysgjerrig på om daglig praksis gir godt nok tilbud i å tilrettelegge for kommunikasjon og samhandling.

Min problemstilling er: *Hvordan kan helsepersonell kommunisere med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming?*

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Formuleringen på problemstillingen er valgt slik at den kan omfatte flere typer design, både kvalitative og mer kvantitativt orienterte. På grunn av oppgavens omfang vil den være avgrenset til personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. Personer med store motoriske funksjonsnedsettelse uten kognitive funksjonsnedsettelse vil ikke bli omfattet i oppgaven. Helsepersonell inkluderer alle som går inn under Helsepersonelloven § 3 (2001). Oppgaven har ikke begrenset seg til kjønn eller aldersgruppe, men inkluderer barn, unge og voksne da vernepleieren møter personer i et livsløpsperspektiv og skal bistå på ulike arenaer.

1.3 Hensikt med oppgaven og relevans for vernepleierfaget

Intensjonen med denne litteraturstudien er å avdekke hvordan helsepersonell og personer med alvorlig og dyp utviklingshemming kan kommunisere på en god måte. Det er ønskelig å identifisere metoder som kan bidra til å åpne muligheter og sikre deltagelse og utvikling for brukergruppen.

De fleste i denne gruppen bor i bofellesskap og blir fulgt opp av den kommunale omsorgstjenesten som voksne (NOU 2016:17, s. 144). Dette gjør at vernepleiere må ha kunnskap om brukergruppen for å kunne gi et helhetlig tilbud med ivaretagelse av ytrings- og meningsfriheten som Artikkel 21 fra Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) beskriver:

«Partene skal treffe hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan utøve retten til ytringsfrihet og meningsfrihet, herunder frihet til å søke, motta og meddele opplysninger og tanker av alle slag, på lik linje med andre, og ved alle former for kommunikasjon etter eget valg...» (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2006).

Røkenes og Hanssen (2012) forklarer at fagpersoner må ha handlings- og relasjonskompetanse for å inneha yrkeskompetanse. Relasjonskompetansen innebærer blant annet å kunne tilrettelegge for god kommunikasjon som er til det beste for brukeren. Rammeplan for vernepleierutdanning (2005) presiserer at vernepleiere skal ha kompetanse i å kommunisere med personer med ulike vansker og bidra til å utvikle brukernes kommunikasjons- og samhandlingsevne. Vernepleieren har en sterk kompetanse rettet inn mot personer med utviklingshemming, noe som omfatter brukergruppen i problemstillingen.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel to i denne oppgaven tar for seg fag- og forskningsbasert kunnskap knyttet til alvorlig og dyp utviklingshemming og kommunikasjonsteori. Kapittel tre presenterer litteraturstudie som metode, søkeprosessen for inkluderte artikler i studien og beskrivelse av analyseprosessen. Kapittel fire inneholder litteraturmatriser og sammenfatning av resultatene fra artiklene. Kapittel fem inneholder drøftingsdelen av litteraturstudien hvor faglitteraturen og resultatene blir redegjort og diskutert, samt metodevurdering. Kapittel seks er litteraturstudiens konklusjon på problemstillingen.

2.0 Bakgrunn

2.1 Alvorlig og dyp utviklingshemming

International Classification and Diseases (ICD) er det offisielle internasjonale systemet for å klassifisere sykdom, og har et medisinsk perspektiv (Tøssebro, 2010). ICD-10 forklarer diagnosen psykisk utviklingshemming som en forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, samt ferdigheter som påvirker intelligensnivået (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2006). Diagnosen deles inn i mild, moderat, alvorlig og dyp som forteller noe om alvorlighetsgraden vurdert fra standardiserte tester og en samlet vurdering av ferdighetene (WHO, 2020). ICD-10 anslår en IQ for voksne med alvorlig utviklingshemming til mellom 20-34 og en IQ under 20 for dyp utviklingshemming. Dette tilsier en alder mellom 3-6 år ved alvorlig og under 3 år for dyp utviklingshemming (WHO, 2020).

Personer med alvorlig og dyp utviklingshemming har store og sammensatte hjelpebehov som gjør at de er avhengige av andre for at hverdagen skal fungere, og ligger ofte på et tidlig stadium i utviklingen av kommunikasjonsferdigheter (Andreassen, Dalen, Grodås, Mellemstuen & Ringeli, u.å). Tidligere har disse menneskene blitt kalt de kontaktløse, men de snakker med reaksjonene sine; lyd, mimikk, vokaliserings, gester og ørsmå bevegelser i kroppen (Horgen, 1995; Lorentzen, 2013). Dette kan knyttes opp mot den relasjonelle forståelsen, der funksjonsnedsettelsen oppstår i møtet med samfunnet og ikke på grunn av nedsettelsen i seg selv (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2006; Tøssebro, 2010). Lorentzen (2013) belyser hvordan barn med alvorlig og dyp utviklingshemming har de samme behovene for relasjoner og sosiale forhold som andre mennesker uten funksjonsnedsettelse, men at forutsetningene til å delta i samspill og skape mening er begrenset ut i fra hvilke funksjoner som er berørt.

En som startet tidlig å forske på alvorlig og dyp utviklingshemming og kommunikasjon var Frölich (1995) som mente at sterkt funksjonshemmede barn og ungdommer utviklet et alvorlig kommunikasjonsunderskudd. Dette begrunnet han med at de har liten eller ingen mulighet til å oppfatte stemmer, gjensidig oppmerksomhet og mulighet til å reagere på nærpersonens initiativ. Likevel presiserer flere fagpersoner at ingen, uansett funksjonsgrad, mangler helt evnen til å kommunisere (Andreassen et.al, u.å; Fjetland & Gjermstad, 2018; Frölich, 1995; Horgen, 2006; Lorentzen, 2013; Røkenes & Hanssen, 2012).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjonsbegrepet er omfattende og beskriver en sammensatt prosess som kan være utfordrende og kanskje umulig å få et totalt overblikk over. Lorentzen (2013) skriver at kommunikasjon handler om å formidle noe mentalt til en andreperson hvor ordene ikke er gode nok alene. Horgen (2006, s. 54) bruker definisjonen til Granlund og Olssons (1988) om hvordan kommunikasjon er overføring av et budskap fra et individ til et annet. I denne litteraturstudien vil kommunikasjonsbegrepet forstås vidt og innebærer at alt en person gjør kan tolkes som kommunikasjon så lenge det finnes en mottaker som fanger opp og tolker budskapet (Horgen, 2006).

2.2.1 Fire-perspektivmodellen

Fire-perspektivmodellen for kommunikasjon presentert av Røkenes og Hanssen (2012) illustrerer fire ulike perspektiver og posisjoner. Disse er egenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Egenperspektivet handler om at vi ser vårt perspektiv på bakgrunn av vår personlighet, holdninger og kunnskaper. Ved å bruke andreperspektivet forholder man seg til den andres opplevelse av verden. Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet er en felles forståelse som oppstår i samhandling mellom personer når vi deler våre opplevelser og på den måten forstår hverandre. Samhandlingsperspektivet handler om å forstå samhandlingen og relasjonen ved å analysere dette med bruk av teori og modeller. Disse fire er rammet inn av konteksten, som i denne oppgaven vil være helsepersonellens yrkesperspektiv (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 40-42).

2.2.2 Den spontane kommunikasjonen

Røkenes og Hanssen (2012) skriver at den allmenne kommunikasjonskompetansen utvikles i samhandling med andre mennesker, og hvordan kommunikasjon handler om å skape en felles mening innenfor en kontekst. Lorentzen (2013) forteller om sin skepsis knyttet til opplæringsmetoder som blir benyttet for personer med alvorlig og dyp utviklingshemming, og hvordan disse blir utformet annerledes på grunn av utviklingshemmingen. Hans erfaring er at kommunikasjon ikke trenger å læres, men er noe som skal etableres på barnets naturlige uttryksmåter som det allerede har til rådighet. På denne måten opprettholdes den spontane og umiddelbare kommunikasjonen og eventuell opplæring forstyrrer ikke den naturlige ytringsmåten, men supplerer den (Lorentzen, 2013). Lorentzen (2013) ser en sammenheng på

samspeilet mellom mor-barn og sensitiviteten nærpasjonen må ha ovenfor brukergruppens kommunikasjonsmåter. Han trekker også inn spedbarnsforskning for å få større forståelse for brukergruppen, og begrunnet dette med at omsorgspersonene tillegger mening i de første spontane handlingene til spedbarnet. På denne måten erfarer barnet etter hvert at disse handlingene kan benyttes til kommunikasjon (Lorentzen, 2013).

2.2.3 Totalkommunikasjon

Horgen har, i likhet med Frölich, også vært betydningsfull for forståelsen av kommunikasjon med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. Horgen (1990) presenterte begrepet totalkommunikasjon og at det var denne forståelsen hun benyttet i sitt arbeid med barn med svært store og sammensatte utfordringer. Horgen (1990) refererer til Lieth (1982) om oversikten over totalkommunikasjonen:

Til verbal kommunikasjon hører talt språk, auditivt språk, visuelt og motorisk språk, skrevet språk, fingerspråk og håndalfabet og semantiske gester og tegn. Til nonverbal kommunikasjon hører kroppsspråk, ikke-språklige gester ved talen, personlige territorialgrenser, luktstimuli, hudfølsomhet overfor berøring og temperatur, påkledning og makeup (Horgen, 1990, s. 26).

Totalkommunikasjon innebærer at nærpasjonen bruker hele sin oppmerksomhet for å lete etter og tolke reaksjoner slik at disse blir tatt på alvor. Videre må man tilpasse språket og bruke alle hjelpemidler som skal til for å oppnå at brukerne forstår hva vi vil formidle. Horgen (2006) ønsker at man skal foreta en snuoperasjon hvor utgangspunktet ikke skal være å lære bort språket vårt, men at vi skal lære oss deres og på den måten samskape et språk.

2.2.4 Basal stimulering

Frölich (1995) presenterer basal stimulering som er en metode beregnet på personer med sterk funksjonshemming som ikke søker kontakt med omverdenen eller samhandler på eget initiativ med mennesker. Basal stimulering omfatter flere innganger til kommunikasjon; via visuell-, taktil-, vibratorisk-, luft-, smak-, berøring- og kroppsopplevelse. Denne inngangsporten for å kommunisere gjør at mennesker med ekstreme funksjonsnedsettelse også kan få nye erfaringer, samtidig som det byr på initiativtaking og kontakt. Basal stimulering krever kroppskontakt og nærhet, men også ømhet og stor innlevelsessevne fra nærpasjonen. Frölich (1995) presenterer også hvordan prinsippene av babytalk blir benyttet, som er en metode

basert på tidlig interaksjon mellom spedbarn og foreldre av H. og M. Papousek (Frölich, 1995). Når helsepersonell skal tilpasse språket med babytalk skal man være nære, snakke med lys stemme og ha korte og tydelige budskap. Dette skjer ofte automatisk når vi kommuniserer med babyer, men er en metode som helsepersonellet ofte må trene på for å gjennomføre med voksne personer med utviklingshemming. Frölich (1995) avdekket at sterkt funksjonshemmede personer reagerer på babytalk etter en pause på omtrent 60 sekunder, som var betydelig lengre enn responsen hos spedbarn.

2.3 Kommunikasjonens mange utfordringer

Helsepersonell kan ha en sterk problemorientering hvor fokuset ligger på treningsoppgavene og hvordan heve funksjonsnivået (Horgen, 2006; Lorentzen, 2013). Ved å sette fokuset på hvordan brukere kan mestre språket vil man miste kommunikasjonens kreativitet og spontanitet. Risikoen er da stor for at nærpasjonen blir mer opptatt av «rett og galt» enn det aktuelle samspillet og kommunikasjon med personens egne uttryksmåter (Lorentzen, 2013). Hvis nærpasjonen går inn med et spesifikt mål i samspillet vil man også miste en del av det intersubjektive fellesskapet og samspillet blir asymmetrisk, da nærpasjonen går inn med et spesifikt mål i samspillet (Lorentzen, 2013; Røkenes & Hanssen, 2012).

Som tidligere nevnt har mennesker en medfødt evne til kommunikasjon og denne kompetansen er oss ofte ubevisst og skjult helt til det oppstår utfordringer (Horgen, 2006; Røkenes & Hanssen, 2012). Fjetland og Gjermstad (2018) setter fokus på hvordan personer med utviklingshemming av alvorlig grad står i fare for å bli tilsidesatt i eget liv. Tidspress, stress og utilstrekkelig informasjon kan føre til at nærpasjoner ikke får mulighet til å innstille seg og vise nok interesse, og studier viser at nærpasjoner strever med å oppfatte personens væremåte som kommunikativ (Frölich, 1995; Lorentzen, 2013). Dette kan sees i sammenheng med kravet til en enorm tilstedeværelse og være-i-kompetanse i samspillet (Frölich, 1995; Lorentzen, 2013; Røkenes & Hanssen, 2012).

Horgen (2006) forklarer hvordan vi i Norge ikke har en kultur for å tolke for eksempel fargeforandringer i kinn eller muskeltrekkninger som meningsfulle budskap. Dette er noe helsepersonell og nærpasjoner til personer med alvorlig og dyp utviklingshemming bør trene seg opp til. Utfordringen er å finne ut hvordan man kan tilpasse sin væremåte for at den oppleves meningsfull for brukergruppen. Ved å bruke babytalk eller imitasjon kan det skape indre konflikter, da dette er nært knyttet opp mot stigmatisering (Horgen, 2006; Lorentzen,

2013). Kittelsaa og Kermit (2011) setter fokus på hvordan personer med utviklingshemming blir sett på som evige barn. Denne stigmatiseringen kan underbygges med forståelsen samfunnet har av at voksenhet er synonymt med uavhengighet, og de mener at personer med utviklingshemming blir overbeskyttet mot farer og risiko. Som en konsekvens av dette kan de oppleve mindre utfordringer enn hva de selv kunne tenke seg å ha (Kittelsaa & Kermit, 2011).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie har som hensikt å gjennomføre innhenting av eksisterende kunnskap innenfor et område for å analysere og sammenfatte resultatene for deretter å gi oversikt over eksisterende kunnskap (Aveyard, 2019; Thidemann, 2019). I denne oppgaven har jeg inkludert fem vitenskapelige artikler med kvalitativ metode, og en med kvalitativ og kvantitativ metode. På grunn av oppgavens begrensning må ikke denne litteraturstudien tenkes på som fullstendig eller sees opp mot Cochrane eller Campbell Collaboration metode som sammenfatter all eksisterende litteratur innenfor problemstillingen (Aveyard, 2019).

3.2 Søkestrategi

Thidemann (2019) har i sin bok utarbeidet en trinn-oppskrift som kan bistå studenter som skriver litteraturstudie. Jeg har fulgt trinnene, men beveget meg noe fram og tilbake ettersom ferdighetene mine også ble bedre i søkeprosessen. Jeg startet med ustrukturerte søk for å få en oversikt over temaet og eksisterende forskningsmateriale i databasen Oria. For å begrense søkeområdet mitt og mengden litteratur definerte jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2), for lettere å finne relevant kunnskap (Thidemann, 2019). Dette skal bidra til å konkretisere og tydeliggjøre for andre hvilken litteratur jeg anser som relevant og hvorfor jeg har benyttet eller utelatt artikler (Aveyard, 2019).

Tabell 1). Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurderte - Originalartikler - Sekundærstudier - Kvalitative studier - Publikasjoner yngre enn 10 år - Alle aldersgrupper - Engelsk og skandinavisk språk - ImRAD struktur - Alvorlig og dyp utviklingshemming - Multifunksjonshemming - Helsepersonell - Kommunikasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke fagfellevurderte artikler - Oversiktsartikler / Rewievartikler - Publikasjoner eldre enn 10 år - Lett, moderat utviklingshemming - Personer med funksjonsnedsettelse uten diagnosen utviklingshemming

For å operasjonalisere problemstillingen benyttet jeg PICO-skjema for å gjøre den mer presis og søkbar som illustrert nedenfor (Thidemann, 2019, s. 84). Comparison er ikke benyttet da jeg ikke skal sammenligne ulike typer tiltak.

Tabell 2) PICO skjema

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Dyp utviklingshemming, alvorlig utviklingshemming, helsepersonell	Kommunikasjon		Deltagelse, kontakt, samhandling

Videre tok jeg utgangspunkt i PICO-skjemaet og søkte i synonymordboka etter andre synonymer for å identifisere søkeord til strukturert søk. Jeg gjorde meg kjent med flere databaser som ble anbefalt i undervisning. Disse databasene ble det gjennomført prøvesøk i;

PubMed, Embase, SveMed+, Web of Science, Oria og PsycINFO. Etter denne orienteringen ble følgende databaser valgt ut som relevante: Oria, PubMed og Web of Science.

Det var få treff på norsk, så jeg oversatte ordene fra PICO og søkte videre etter synonymer på engelsk. Følgende søkeord ble mine sentrale begreper: communication, severe intellectual disability og profound intellectual disability. Disse begrepene ble kombinert på ulike måter med support workers, interaction, engagement, multiple learning disabilities og training for å sikre at relevante treff ikke ble utelatt (se tabell 3). Jeg undersøkte bruken av kombinerte søk med AND, OR eller NOT, men dette ble ikke benyttet da søket ble for avgrenset.

3.2.1 Oversikt søkematrise

Tabell 3). Søkematrise

Søkedato	database	Art.nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
19.02.2020	Oria	Artikkel 1	Communication training multiple learning disabilities	Artikler, 2010-2020, disabilities, disability, fagfeller-vurderte tidsskrift	317	15	4	1
30.03.2020	PubMed	Artikkel 2-4,	multiple intellectual disability , communication, interaction		55	5	4	3
30.03.2020	Web of Science	Artikkel 5	profound disability, music therapy, engagement, communication	2010-2020	2	2	1	1
16.04.2020	PubMed	Artikkel 6	support workers profound intellectual disability interaction		64	6	1	1

3.3 Vurdering og analyse av inkluderte artikler:

Det ble lest store mengder overskrifter og når denne virket å treffe temaet skimleste jeg sammendraget. Ble dette ansett som relevant leste jeg resultatdelen og konklusjonsdelen grundig. Etter flere søk hadde jeg ti artikler som jeg anså som interessante for problemstillingen. Når jeg skulle granske artiklene i sin helhet benyttet jeg litteraturmatriks som hjelpemiddel anbefalt av Thidemann (2019, s. 95) for å få oversikt over hovedelementene. Følgende elementer ble inkludert i matrisen: hensikt, metode, utvalg, resultater, etiske overveielser og relevans.

For å vurdere kvaliteten på de ulike artiklene anbefalte Thidemann (2019) egne sjekklister som et verktøy i læringskurven på å kritisk vurdere artiklene. Jeg benyttet sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016) selv om alle artiklene var fagfellevurdert. Seks vitenskapelige artikler ble inkludert i denne oppgaven etter dette arbeidet. En artikkel ble ekskludert da det ikke kom klart nok fram om deltakerne omfattet personer med alvorlig og dyp utviklingshemning. Da problemstillingen i oppgaven er avgrenset til denne gruppen kan ikke artikkelen sies å være relevant. Tre andre artikler besto ikke sjekklisstens kvalitetsvurdering.

Når artiklene er valgt skal resultatene i artiklene analyseres og tolkes, noe som krever at jeg som leser er kritisk og reflektert (Dalland, 2017; Thidemann, 2019). Jeg benyttet meg av metoden metaetnografi som er utviklet for å sammenfatte kvalitative data, som har som mål å finne likheter og ulikheter mellom studiene (Aveyard, 2019; Berg & Munthe-Kaas, 2013). Dette innebærer tre hovedstrategier, hvor den første er å identifisere hovedtema (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Jeg leste artiklene flere ganger og benyttet meg av tusjmarkering for å identifisere tema og hovedpoeng i hver artikkel, slik Thidemann (2019) foreslår. Andre steg innebærer å utforske likheter og ulikheter i studiene (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Jeg skrev opp markeringene for hver artikkel i en tabell for lettere å se sammenhenger og ulikheter, samtidig som jeg hadde oversikt over hvor resultatene hørte til. Gjennom dette arbeidet tok flere temaer form, og som ble til tema og undertema som vist i tabell 5 i resultatdelen. Den tredje hovedstrategien i metaetnografien er å omfatte en generell tolkning med utgangspunkt i resultatene fra hver studie (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Dette arbeidet førte til sammenfatningen i resultatdelen.

4.0 Resultat

I resultatdelen vil de seks utvalgte artiklene bli presentert i litteraturmatriser for å gi en oversikt over resultatene. Videre vil hovedfunnene bli sammenfattet og presentert.

4.1 Litteraturmatriser

Tabell 4). Litteraturmatriser

Artikkel 1: Referanser	Koski, K., Martikainen, K., Burakoff, K., & Launonen, K. (2010. desember). Staff members' understanding about communication with individuals who have multiple learning disabilities: A case of Finnish OIVA communication training. <i>Journal of intellectual & Developmental Disability</i> , 35(4), ss. 279-289.
Hensikt	Studien ønsker å identifisere hva personale i helsetjenesten anser som viktig for deres utvikling som kommunikasjonspartnere med personer med multifunksjonshemming etter fullført kommunikasjonsprogram (OIVA).
Metode	Studien er kvalitativ, med ett semistrukturert intervju to måneder etter endt OIVA-trening. Under OIVA-treningen ble videoopptak av samspillsituasjoner mellom miljøpersonale og bruker benyttet. Studien er fra Finland.
Utvalg	N = 6. Kun kvinnelige informanter deltok i studien. Fire jobbet i bolig og to jobbet i dagtilbud for personer med multifunksjonshemming. Kriterieutvalget var at de a) skulle ha gjennomført OIVA-opplæring fra begynnelsen og b) fortsatt var ansatt på samme avdeling som når kurset ble gjennomført.
Resultater	Resultatene viste at informantene oppdaget nye kommunikasjonspraksiser og endret tankevanene etter endt OIVA trening. Informantene identifiserte også utfordringer knyttet opp mot praksis og refleksjoner de hadde opparbeidet seg etter OIVA treningen.
Etisk Vurdering/ Relevans	Ikke etisk vurdert. Denne studien ser på hva helsepersonell mener er viktig i kommunikasjon med multifunksjonshemmede og hvordan de kan utvikle sine vaner og kommunikasjonspraksis med trening.

Artikkel 2: Referanser	Griffiths, C., & Smith, M. (2014, mars 17). Attuning: A Communication Process between People with Severe and Profound Intellectual Disability and Their Interaction Partners. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> , 2016(29), ss. 124-138.
Hensikt	Studien ønsker å identifisere hvordan mennesker med alvorlig eller dyp funksjonsnedsettelse samhandler med nærpersionene sine og hva gjør de for å skape kontakt. Forfatterne stilte også det motsatte spørsmålet på hvordan nærpersionene samhandlet med sine brukere og hva de gjorde for å skape kontakt. Studien er fra Irland.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med grounded theory som design. Det er anvendt observasjon, videoopptak og intervju som datainnsamlingsmetoder.
Utvalg	N=2. To deltagere med dyp og alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse og deres helsepersonell fra et dagtilbud for personer med alvorlig og dyp utviklingshemming.
Resultater	Inntoning ble identifisert som hovedkategorien ut fra syv andre kategorier, og teorien foreslår at inntoning er det som regulerer kommunikasjonen. Inntoning er en aktiv prosess som foregår under kommunikasjonen, karakterisert med bevegelige nivåer av mental, følelsesmessig og fysisk nærhet mellom to parter i en kontekst. Inntoning har de samme prinsippene for både de med utviklingshemming og andre funksjonsfriske. Graden av inntoning kan variere gjennom en samhandling, og kan ha deler av både asymmetrisk og symmetriske perioder.
Etisk vurdering/	Forfatterne redegjør for etiske vurderinger og skriver hvordan innhenting av samtykke er gjennomført. Studien er etisk vurdert av University Health Sciences Research Ethics Committee og etisk komité fra tjenesteleverandøren.
Relevans	Forfatterne identifiserer hvilken prosess som bidrar til kommunikasjon og deltagelse mellom personer med alvorlig og dyp utviklingshemming og helsepersonell/lærer.

Artikkel 3: Referanser	Hostyn, I., Daelman, M., Janssen, M. J., & Maes, B. (2010, august). Describing dialogue between persons with profound intellectual and multiple disabilities and direct support staff using the scale for dialogical meaning making. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 54(8), ss. 679-690.
Hensikt	Studien ønsker å utforske om observasjonsskalaen S-DMM kan brukes til å beskrive dialogen mellom personer med alvorlig og dyp kognitiv utviklingshemming og deres kommunikasjonspartnere. Studien er fra Belgia.
Metode	Studien benytter både kvantitativ og kvalitativ metode.
Utvalg	N = 18 dyader. Hver dyade besto av en person med alvorlig og dyp kognitiv funksjonsnedsettelse og helsepersonell. Blant brukergruppen var 72,2 % kvinner i alderen 3-59 år, men alle hadde kognitiv alder lavere enn 2 år. Personalet var 83,3 % kvinner, og mellom 22-55 år. Alle hadde arbeidet med brukerne i minimum 4 år.
Resultater	Resultatene viste at S-DMM kunne brukes til å beskrive dialogen mellom personer med alvorlig og dyp kognitiv funksjonsnedsettelse og deres kommunikasjonspartner. De kvalitative resultatene viste at S-DMM kan brukes som et kartleggingsverktøy for å finne og beskrive positive og negative sider ved samhandlingen, da de individuelle observasjonene av opptakene ga gode utfyllende svar etter samtale og diskusjon mellom de to observatørene. Et av de sentrale funnene i de kvalitative beskrivelsene var at i interaksjonen med brukere som var barn var fysisk kontakt ofte i kombinasjon med sang og leker fremhevet. Derimot i interaksjonen hos voksne brukere var det mindre fysisk kontakt og mer samtaler som var kjennetegnet.
Etisk vurdering/ Relevans	Forfatterne har innhentet samtykke fra pårørende/verge. Studien ble utført etter standarder for University Ethical Committee. Denne studien undersøker en modell som kan brukes til å beskrive kommunikasjonen mellom brukergruppen og helsepersonell. Funnene fra disse kan benyttes for å se om det er kjennetegn på hva som er god og dårlig kommunikasjon innenfor dyadsene.

Artikkel 4: Referanser	Bunning, K., Smith, C., Kennedy, P., & Greenham, C. (2013, Januar). Examination of the communication interface between students with severe to profound and multiple intellectual disability and educational staff during structured teaching sessions. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 57(1), ss. 39-52.
Hensikt	Studien ønsker å undersøke hvordan kommunikasjonen og samhandlingen mellom elever med dyp, alvorlig utviklingshemming eller multifunksjonshemming og lærerne er. Problemstillingene i studien er «(1) What are the critical features of the interactional structure?, (2) What contributions are made by both students and educational staff to the construction of meaning?» (s.41). Studien er fra England.
Metode	Studien er kvalitativ, og metoden dyptgående observasjon blir benyttet med delvis observasjon og videoopptak av fem engelsktimer over en 6 måneders periode.
Utvalg	N = 4 dyader. Hver dyad besto av en elev og pedagogisk personale. Deltakerne var i samme klasse, på en spesialskole. Elevene gikk på nivå «Key stage 3» som er for barn mellom 11-14 år. Tre av elevene var 12 år, en var 15 og det var tre gutter og en jente. De hadde store funksjonsnedsettelse og alle hadde sterkt begrenset kommunikasjonsevner. I undervisningen var det lærer, hjelpelærer og læringsassistent inne og bisto, hvor enkelte ga en-til-en oppfølging.
Resultater	Resultatene viste at interaksjonsstrukturen var preget av lærernes dominans av initiativ og oppfølging som tydelige trekk i kommunikasjonen. Elevene hadde en betydelig forskjell på å gi respons sammenlignet med lærerne. Kommunikasjonsferdighetene som elevgruppen benyttet seg av i stor grad viste at de var avhengige av vokalisering og gester i sin kommunikasjon. Lærerne favoriserte talespråk og i mindre grad berøring, sang, objekter og skriftspråk.
Etisk vurdering/	Studien har innhentet informert samtykke fra både elever og personale. Det beskrives også hvordan observatøren tok kontakt med elevene før hver datainnsamling for å gjøre de bevisst på sitt nærvær. Studien ble godkjent av etisk forskningskomite: University Ethics Committee.
Relevans	Denne artikkelen ser på kommunikasjonen mellom elev og pedagogisk personale i en opplæringssituasjon. Flere vernepleiere blir ansatt i skolen og spesielt for oppfølging av denne gruppen elever, derfor ser jeg på studien som relevant.

Artikkel 5: Referanse	Thompson, G. A., & McFerran, K. S. (2015). Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability: Four case studies exploring communication and engagement within musical interactions. <i>Journal of Intellectual & Developmental Disability</i> , 40(1), ss. 1-11.
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke om individuell musikkterapi øker frekvensen av kommunikative handlinger for barn og unge med dyp utviklingshemming sammenlignet med aktivitet med yndlingsleken. Studien er fra Australia.
Metode	Studien er kvalitativ, med case-studie som design. Det ble benyttet «The Inventory of Potentially Communicative Acts» (IPCA) som et verktøy for å analysere kommunikasjonen, samt videoopptak og notater fra musikkterapeuten for innhenting av data. Studien gikk over en periode på seks måneder.
Utvalg	N = 4. Deltakerne gikk på samme spesialscole hvor kriteriet var IQ under 50. De hadde en alder mellom 10-15 år, hvor det var tre jenter og en gutt. Alle hadde store hjelpebehov.
Resultater	Studien viser at individuell musikkterapi ikke ga noen økning i frekvensen av kommunikative handlinger for deltakerne sammenlignet med lek sammen med nærpersion og favorittleken. Dataene viste at begge typer interaksjoner ga mange kommunikative handlinger. Likevel viser resultatene at de kan sidestilles som like gode, selv om personlige preferanser hos deltakerne kommer inn. Hos denne brukergruppen kan aktiviteter som kan sidestilles med favorittleken komme godt med for å få ulike stimuli og impulser gjennom dagen.
Etisk vurdering/	Forfatterne gir god redegjørelse for hvordan informasjon om studien ble gitt til deltakerne/pårørende og hvordan informert samtykke ble innhentet. Studien er godkjent av to etiske komiteer: University of Melbourne, Victoria, Australia og Early Childhood Development, Victoria, Australia.
Relevans	Studien belyser kommunikative handlinger for brukergruppen, og forfatterne sammenligner to type aktiviteter hvor kommunikasjon og deltakelse er i fokus. I denne studien er ikke helsepersonell involvert, men konteksten kan overføres til en vernepleiers arbeidshverdag. Studien kan derfor belyse min problemstilling.

Artikkel 6: Referanser	Forster, S., & Iacono, T. (2008, June). Disability support workers' experience of interaction with a person with profound intellectual disability. <i>Journal of Intellectual & Developmental Disability</i> , 33(2), ss. 137-147.
Hensikt	Studien ønsker å se nærmere på helsepersonellets erfaringer med kommunikasjon med brukere som har dyp kognitiv nedsettelse, sett i fra helsepersonellets perspektiv. Forfatterne ønsker å fokusere på (a) hva de mente interaksjon med brukergruppen var, (b) hvordan de lærte å kommunisere med personen og (c) hvilke begrensninger eller støtte til kommunikasjonen de oppfattet som kan hemme eller styrke interaksjonen. Problemstillingen var «What is the nature of interaction between the disability staff worker (DSW) and the person with profound intellectual disability from the perspective of the DSW?». Studien er fra Australia.
Metode	Studien benytter fenomenologi som er en kvalitativ metode. Det ble benyttet strukturert intervju for innsamling av data.
Utvalg	N = 3. Alle informantene var kvinner og arbeidet i en omsorgsbolig for fire brukere. En var sykepleier med spesialisering i arbeid med utviklingshemmede, mens to hadde grunnleggende kvalifikasjoner til dette arbeidet. En kvinne i 40 årene med alvorlig utviklingshemming, cerebral parese og epilepsi deltok indirekte i studien. Den ene informanten hadde arbeidet for brukeren i to år, mens de to andre hadde arbeidet for brukeren over 15 år.
Resultater	Resultatene viste at informantene tilpasset kommunikasjonen og samspillet til hva som var mest meningsfylt for brukeren, selv om dette kom i konflikt med hvordan organisasjonen ønsket utførelse av den profesjonelle rollen. Meningsfull kommunikasjon for brukeren i denne studien kjennetegnet berøring, emosjonell tilknytning og lekenhet.
Etisk vurdering/	Det ble innhentet informert samtykke fra informantene og den indirekte informantens (brukeren) pårørende. Studien er godkjent av etisk forskningskomite: State Government of Victoria's Human Ethics Research Committee og Monash University's Standing Committee on Ethics in Research Involving Humans.
Relevans	Studien belyser hva helsepersonell mener er viktig for å ivareta god kommunikasjon med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming og er derfor relevant for problemstillingen.

4.2 Sammenfatning av resultater

Nedenfor vil temaene som ble identifisert fra analysen bli presentert i en oversiktstabell. Resultater som ikke var relevante til min problemstilling ble utelatt.

Tabell 5) Identifisering av tema.

Hovedtema	Undertema
Se individet	<i>Individuelle tilpasninger</i> <i>Analyse</i>
Forståelig kommunikasjon	<i>Berøring/Nærhet</i> <i>Foretrukket kommunikasjon blant gruppen</i> <i>Mulighet til å ta valg</i> <i>Gi tid</i>
Holde fokus	<i>Inntonning</i> <i>Kurs og verktøy</i> <i>Overføring av kunnskap</i> <i>Prioritering i hverdagen</i>

4.2.1 Se individet

Individuelle tilpasninger: Det kan være utfordrende å skape meningsfull kommunikasjon med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming da de ofte mangler verbal kommunikasjon. I studien av Forster og Iacono (2008) har kommunikasjonen mellom ansatte og brukere kjennetegn fra interaksjon med mor-spedbarn og aldersadekvat interaksjon. De ansatte tilpasset sin interaksjon med hva brukeren responderte på som i denne studien var høyfrekvente og repeterende fraser, berøring, leker og lyder. I studien med Koski, Martikainen, Burakoff og Launonen (2010) hadde OIVA-treningen gjort at helsepersonellet reflekterte over egen kommunikasjonspraksis og egne holdninger. Helsepersonellet startet å vurdere sin egen bruk av Alternativ og Supplerende Kommunikasjon (ASK), og hvor viktig det var å undersøke om brukerne forstår ASK-strategiene som ble benyttet. Helsepersonellet forteller at det er deres ansvar å finne riktige strategier som var tilpasset den enkelte bruker.

Det kan også oppstå konflikter mellom kravene til profesjonell distanse og aldersadekvat kommunikasjon. I studien til Forster og Iacono (2008) fører dette til at de ansatte føler at interaksjonsarbeidet må gjemmes bort. De ansatte mener at emosjonelt engasjement er nødvendig i arbeidet med en annen person og er en naturlig konsekvens av å arbeide tett med mennesker.

Analyse: At helsepersonell lærer seg å tolke hvordan brukeren kommuniserer er viktig for brukerens livskvalitet og deltagelse i eget liv. I studien av Forster og Iacono (2008) ble det påpekt at meningsfull kommunikasjon kun kan skje når man skjønner meningen bak responsen, noe ansatte kun oppnår ved å tilbringe tid med brukeren. En av de ansatte forklarer at kommunikasjonen handler i stor grad om å gjøre antagelser av kommunikasjonsforsøk om til mening, uten at det trengs sterke bevis for å bekrefte antagelsene. Et eksempel på kommunikasjon kunne være i form av et smil, et blick eller heving av skuldrene.

4.2.2 Forståelig kommunikasjon

Berøring/Nærhet: I studien av Hostyn, Daelman, Janssen og Maes (2010) var det ofte referert til berøring og kroppslig kontakt med enkle lyder når samhandlingen ble beskrevet som god. Verbal kommunikasjon som ikke var tilpasset nivået til brukeren ble oftere beskrevet ved lavere poengsummer. I samme studie ser man betydelige forskjeller i samhandlingen de ansatte benytter ut i fra alder på brukeren. Ved yngre barn var det mye berøring, kontakt og lek, mens hos de voksne var det mye verbalt språk. I studien av Forster og Iacono (2008) forteller de ansatte at berøring er et menneskelig behov, og noe de bruker for å vise omsorg og ved forberedelser til blant annet forflytning.

Foretrukket kommunikasjon blant gruppen: Kommunikasjonsferdighetene til personer med dyp og alvorlig utviklingshemming kan være begrenset. Elevene i studien av Bunning, Smith, Kennedy og Greenham (2013) benyttet mest gestikulering og vokalisering i kommunikasjon med læreren. Thompson og McFerran (2015) viste at musikkterapi kan brukes for å gi barn og unge mulighet til å finne egne preferanser. Barna i studien hadde ulike måter å kommunisere på, men smil og øyekontakt med terapeuten var noe alle benyttet i samhandlingen. En ansatt i studien av Forster og Iacono (2008) mener hun forstår alt brukere sier til henne og omvendt. Hun forklarer at ved å ha denne tankegangen motiverer det henne til å fortsette å snakke, ved å tro at den andre kjenner igjen stemmen hennes og at hun er en viktig person for brukeren.

Muligheten til å ta valg: I studien til Koski et al. (2010) hadde helsepersonellet fått økt tillit til at brukerne kunne uttrykke sine egne meninger etter OIVA-treningen. Dette hadde ført til at helsepersonellet spurte om brukernes ønsker, og imøtekom de så langt det lot seg gjøre. I studien til Thompson og McFerran (2015) viste barna tydelige individuelle preferanser på hva de responderte på og hvordan de benyttet seg av musikk og lek. To barn hadde høyest score i aktiv deltagelse i musikkterapi, en hadde kun noe forhøyet score i musikkterapi og det siste

barnet hadde høyere score i lek. En av deltakerne i studien til Forster og Iacono (2008) fortalte at brukeren hadde andre ferdigheter enn hva som er aldersbetinget og aktivitetene brukeren gjennomførte er det som betyr noe for henne.

Gi tid: I samhandling med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming kan svar i samhandlingen være forsinket eller mangelfull. I studien av Hostyn et al. (2010) var det en viktig faktor at nærpersonen venter på respons under kommunikasjonen. De beskriver hvordan brukeren må få mulighet til å delta og ta initiativ slik at de sammen lager en delt kontekst. På denne måten kan brukerne med alvorlig eller dyp utviklingshemming delta som likeverdige og utvikle sine kommunikative ferdigheter gjennom dialogen. Videre viser studien av Koski et al. (2010) hvordan helsepersonellet lærte å bli mer tålmodige i samhandlingssituasjoner og gi brukerne mer tid til å ta ledelsen i hverdagen.

4.2.3 Holde fokus

Inntonning: Griffiths og Smith (2016) identifiserte kategorien inntonning som en prosess mellom kommunikasjonspartnere som er i kontinuerlig bevegelse. Denne prosessen kan være asymmetrisk eller symmetrisk, og partnerne kan bevege seg mot eller fra hverandre kognitivt og emosjonelt. Forfatterne forklarer hvordan inntonningen påvirker og gjenspeiler hva en person føler, som videre vil påvirke hvordan de engasjerer seg i den andre. Analysen i samme studie viste at situasjonene hvor partene var symmetriske og inntonet på hverandre var kodet med empati, samtykke, kontakt og tett kontakt. Noe av de samme beskrivelsene finner vi igjen i studien til Forster og Iacono (2008) hvor varme, sympati, kjærlighet og trass var følelser som gikk igjen hos en ansatt i hennes kommunikasjon med brukeren.

Samhandlingssituasjoner kan også være asymmetriske som nevnt ovenfor fra Griffiths og Smith's studie (2016). Analysen i denne studien viste også hvordan en part er sterkt fokusert, mens den andre kan vise alt fra mindre empati til ignorering av partner eller nekte å samarbeide. Dette viser også studien til Thompson og McFerran (2015) hvor deltakerne hadde flere protester og avvisning under samhandling i lek enn musikkterapi. Helsepersonellet i studien til Forster og Iacono (2008) forteller at ansatte må tåle og ikke få respons på deres forsøk på kommunikasjon.

Kurs og verktøy: I studien til Forster og Iacono (2008) mente de ansatte at gjennomføring av praktiske oppgaver er noe som alle kan gjennomføre, men for å forstå kommunikasjonen

kreves det kjennskap til den enkelte bruker. Kommunikasjonskurset de ansatte hadde gjennomført var av lite betydning da den ikke omfavnet deres brukergruppe med dyp og alvorlig utviklingshemming. Studien av Koski et al. (2010) viser at helsepersonellet avdekket nye kommunikasjonspraksiser som var viktige for deres utvikling som kommunikasjonspartnere etter OIVA-treningen. Ved å benytte ulike kartleggingsverktøy kan dette brukes for å kartlegge og beskrive dialog for brukergruppen. Et eksempel kan være S-DMM som forfatterne Hostyn et al. (2010) benyttet i sin studie.

Overføring av kunnskap: I Forster og Iacono (2008) sin studie kommer det fram at all kunnskap er en viktig del av kommunikasjonen med brukeren, og at dette ikke kan gjennomføres på ett opplæringsskift. De fleste av helsepersonellet i studien til Koski et al. (2010) begynte å diskutere med sine kollegaer om de individuelle forskjellene av nonverbale ferdigheter brukerne anvender i kommunikasjonen etter endt OIVA-trening. De diskuterte også måter de uttrykket seg selv på og om den var godt nok tilpasset brukeren.

Prioriteringer i hverdagen: Koski et al. (2010) viser at helsepersonellet følte de prioriterte kommunikasjonen i større grad ved å stoppe opp å lytte, selv i svært travle perioder. Deltakerne formidlet flere ganger at den nye prioriteringen deres var å prøve å tolke og forstå brukernes kommunikasjonsforsøk, med fokus på ansiktsuttrykk og bevegelser. De hadde også større bevissthet ved å inkludere de i sosiale settinger og ikke snakke kun ansatte seg imellom. I studien til Forster og Iacono (2008) forteller en ansatt at samhandling og interaksjon ikke er prioriterte arbeidsoppgaver fra arbeidsgiver som skal gjennomføres i løpet av en arbeidsdag.

5.0 Drøfting

I drøftingsdelen er resultatene blitt knyttet opp mot aktuell faglitteratur fra teoridelen og redegjort for. Problemstillingen vil gå som en rød tråd gjennom hele drøftingen: *Hvordan kan helsepersonell kommunisere med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming?*

5.1 Analyse og tilstedeværelse.

Helsepersonell må kunne analysere kommunikasjonsforsøk hos brukergruppen og være sterkt tilstede i samhandlingen. Et resultat i studien til Koski et.al (2010) var at personalet reflekterte over hvor individuelle ferdigheter brukerne hadde til nonverbal kommunikasjon. Personalet prioriterte også å tolke og analysere ansiktsuttrykk og bevegelser og se dette som kommunikasjonsforsøk. Det ble gjort tilsvarende funn i studien til Forster og Iacono (2008). Lorentzen (2013) sin teori om det naturlige språket og teorien totalkommunikasjon fra Horgen (1990) støtter opp om denne tilnærmingen; vi må lære oss personens eget språk i første omgang.

Funn fra studien til Bunning et.al (2013) viste at gestikulering og vokalisering var det elevene benyttet mest. Dette kan sees i sammenheng med at personer med alvorlig og dyp utviklingshemming ofte har kommunikasjonsferdigheter knyttet til tidlig utvikling. Noen kjennetegn kan være nonverbale ferdigheter som mimikk, lyder og bevegelser. Det vil på bakgrunn av dette være viktig at man som helsepersonell kartlegger personens kommunikative ferdigheter da hver person har sin unike måte å uttrykke seg på.

Min erfaring i arbeidslivet er at opplæringsvakter fokuserer på praktiske oppgaver som må gjennomføres. Et eksempel på dette kan være oversikt over arbeidsrutiner på dag, kveld og natt og en introduksjon til ulike brukere. Når dette er fullført mangler det rutiner på å overføre kunnskapen som finnes blant personalet til nye ansatte. I studien til Forster og Iacono (2008) hadde de ansatte arbeidet lenge med brukeren, noe som gjorde at de hadde blitt godt kjent. Femten år med lærdom var umulig å omgjøre og lære bort på få opplæringsvakter, noe som førte til at de ofte ikke tok med seg nye ansatte inn. Dette kan føre til at ansatte som kun har gjennomført opplæring ikke har mulighet til å inneha den betydelige kunnskapen som kreves om personlige tegn og kommunikasjonsmåter til personer med alvorlig og dyp utviklingshemming.

Det er også en faktor at helsepersonellet ikke vil ha mulighet til å analysere og tolke ethvert signal som kommunikasjon både på grunn av motivasjon, tidspress, kunnskap og fokus. En annen utfordring er at kommunikasjonssignalene ofte er svært svake og responstiden til brukeren kan være betydelig forlenget hvilket stiller enda større krav til tilstedeværelsen. Dette støttes opp gjennom teorien hvor funn fra studier viser at nærpå personer ikke alltid klarer å tolke personens væremåte som en kommunikasjon (Frölich, 1995; Lorentzen, 2013). Når dette skjer vil ikke personen med alvorlig og dyp utviklingshemming få respons på kommunikasjonen, og samspillet fra fire-perspektivmodellen vil da utebli (Røkenes & Hanssen, 2012).

I flere teorier blir sensitiviteten som helsepersonellet må ha i samspillet hos denne brukergruppen betegnet som betydelig (Frölich, 1995; Horgen, 2006; Lorentzen, 2013). Dette underbygges fra studien til Griffiths og Smith (2016) hvor analysen var kodet med kontakt, tett kontakt, samtykke og empati når samhandlingen ble tolket som symmetrisk. Sensiviteten kan sammenlignes med mor-spedbarn konteksten og hvordan mødrene tolker spontane handlinger som kommunikasjon, mente Lorentzen (2013). En ansatt fra studien til Forster og Iacono (2008) beskriver nettopp dette, hvordan hun må tolke signalene og gjøre antagelser om kommunikasjonsforsøk selv om det nødvendigvis ikke er det. På denne måten kan personer med alvorlig og dyp utviklingshemming få knyttet erfaringer til å påvirke sine omgivelser og få respons.

Sett opp imot problemstillingen bør helsepersonellet benytte kartleggingsprosessen for å kunne innta det intersubjektive opplevelsesfellesskapet mellom seg og brukeren. Har ikke helsepersonellet identifisert forsøkene på kommunikasjon, vil de heller ikke kunne gi bekreftelse på det naturlige språket. Brukeren vil da mangle å få erfaring på respons og en felles oppfattelse. Dette vil kreve mye av helsepersonellet da en slik type tilstedeværelse og sensitivitet krever at arbeidsplassen legger til rette og har gode rutiner i hverdagen. Dersom helsepersonellet føler på å ikke strekke til på grunn av for mange gjøremål, kan denne følelsen påvirke engasjementet i samhandlingen. Griffiths og Smith (2016) presiserte at følelsene til en person vil påvirke hvordan man engasjerer seg i den andre. Som en konsekvens av dette vil samhandlingen ikke bli god nok.

5.2 Tilpasset kommunikasjon

Helsepersonellet skal kommunisere slik at brukeren forstår og har mulighet til å delta i samspillet på sine premisser. Studien til Forster og Iacono (2008) viste at ansatte tilpasset kommunikasjonen til hva brukeren responderte best på. Forfatterne viser til at de ansatte var engasjerte og benyttet høye lyder, repetisjon, berøring og lek i samspillet, selv om dette ikke ble sett på som aldersadekvat tilnærming. Resultatene fra Hostyn et.al (2010) viste derimot at det ble benyttet mest verbalt språk i interaksjonen med voksne brukere. Grunnen til at disse studiene fikk så forskjellige funn kan ha sammenheng med at personalet ønsker å bruke aldersadekvat tilnærming for å unngå stigmatisering. Stigmatisering knyttet til alvorlig og dyp utviklingshemming består ofte av at de er som små barn hele livet (Kittelsaa & Kermit, 2011). Når helsepersonellet benytter det verbale språket bruker de kommunikasjonen som blir ansett som "normalt" i forhold til alder og den generelle befolkningen.

Frölich (1995) og Lorentzen (2013) setter søkelys på hvordan forutsetningene for å oppfatte verbalt språk og skape mening er begrenset. Dette støttes opp av studien til Hostyn et.al (2010) hvor det oftere var referert til verbal kommunikasjon som ikke var tilpasset brukeren når samhandlingen fikk lav score. Motsatsen, den gode samhandlingen, ble beskrevet med kroppslig kontakt, berøring og enkle lyder. Naturlige uttrykksmåter som personen utøver er det som skal legges til grunn for all kommunikasjon med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming, utdyper Lorentzen (2013). Smil og øyekontakt var noe alle deltakerne i studien til Thompson og McFerran (2015) benyttet i samhandlingen, selv om alle hadde ulike måter å kommunisere på. Hvis helsepersonellet kun benytter seg av verbalt språk og aldersadekvat tilnærming vil dette bidra til å skape et kommunikasjonsunderskudd for brukergruppen understreker Frölich (1995).

Helsepersonellet bør derfor kommunisere med naturlige uttrykksmåter med berøring og kroppslig kontakt, selv om det nødvendigvis ikke er en aldersadekvat tilnærming. Risikoen ved å skulle normalisere kommunikasjonen til brukergruppen vil gjøre dem isolert og uten evne til å formidle og delta i interaksjonen. Det vil derfor være en nødvendighet å tilpasse kommunikasjonen for å få en delt opplevelse som innebærer utvikling, læring og samspill. På denne måten har personer med alvorlig og dyp utviklingshemming mulighet til å delta i samspillet på sine egne premisser.

5.3 Kunnskap

Helsepersonell skal ha kjennskap til ulike metoder som kan benyttes for å oppnå en god kommunikasjon hos personer med alvorlig og dyp utviklingshemming. Dette støttes opp av fire-perspektivmodellen som handler om å forstå kommunikasjonen fra andres perspektiv samtidig som man skal forstå seg selv (Røkenes & Hanssen, 2012). Samhandlingsperspektivet stiller krav til helsepersonellens kunnskaper for å forstå og analysere samhandlingen med relevante modeller og teori.

Lorentzen (2013), i likhet med Frölich (1995), benytter forskning om samhandlingen mellom mor-spedbarn. Dette er noe som kan gi økt forståelse for brukergruppen og en veiledning til helsepersonell i samhandlingen. Frölich presenterte babytalk som en metode å bruke til intensivt samspill med de aller svakeste, basert på forskning mellom mor-spedbarn. I studien til Forster og Iacono (2008) kan man trekke likheter mellom babytalk og det naturlige språket i kommunikasjonen mellom ansatte og bruker. De ansatte ga uttrykk for konflikter mellom kravene til aldersadekvat kommunikasjon fra arbeidsplassen og personalets faglige vurdering, hvor de følte at interaksjonene måtte gjemmes bort og bli skjult fra andre. Begrepet babytalk kan fremstå som stigmatiserende og kan skape dilemmaer for helsepersonellet som skal stille seg bak en slik metode i samspill med brukergruppen. Likevel understøttes denne metoden fra forskning og det kan trekkes paralleller til metodene det naturlige språket, totalkommunikasjon og basal stimulering. Disse metodene har mer nøytrale begreper, noe som kan gjøre det enklere for helsepersonellet å omfavne og forsvare en slik praksis.

Totalkommunikasjon omfatter også det naturlige språket, men strekker seg muligens enda bredere i forståelse av kommunikasjon. Fokuset til Horgen (1990) er å benytte alle hjelpemidler som skal til for at vi skal bli forstått av brukeren, og at våre reaksjoner vil gi brukeren erfaring på å bli hørt. I studien til Thompson og McFerran (2015) viste deltakerne tydelige individuelle preferanser på hva de responderte på og hvilke aktiviteter de likte best. Ved å benytte seg av ulike inngangsporter og situasjoner for å skape kommunikasjon vil helsepersonellet gi brukerne anledning til å uttrykke seg og formidle sine preferanser. Helsepersonellet har også mulighet til å analysere og tolke hvilke situasjoner og aktiviteter som øker kommunikasjonsfrekvenser, slik som Thompson og McFerran (2015) gjorde i sin studie.

Basal stimulering av Frölich (1995) tar sikte på å gi nye erfaringer for personer med så sterke funksjonsnedsettelse at de ikke søker kontakt med omverdenen på eget initiativ. Ved å gjøre ulike sansemotoriske stimuleringer vil brukeren få kontakt med kroppen sin, få impulser og erfaringer ved berøring og utvikle sine forutsetninger for kontakt og samhandling. Ansatte i studien til Forster og Iacono (2008) var oppmerksomme på at berøring er et menneskelig behov og brukte dette for å vise omsorg til brukeren. Erfaringene mine er at denne type tilnærming fungerer svært godt for personer med alvorlig og dyp utviklingshemming og bidrar til økt våkenhet og velvære. Gjennom å tilby basal stimulering har helsepersonellet mulighet til å konsentrere seg kun om brukeren og tolkning av kommunikasjonsforsøk.

Opplæringsprogram og ASK er mye brukt hos personer med funksjonsnedsettelse og utviklingshemming. Lorentzen (2013) løftet fram hvordan programmene kan bli en rett-galt prosess, hvor man mister en del av det spontane og naturlige som kjennetegner kommunikasjonen. Erfaringen min er at det benyttes ASK-strategier og hjelpemiddel som arbeidsplassen eller helsepersonellet har god kjennskap til, ikke nødvendigvis det som brukeren har best utbytte av. Lignende funn ble gjort av Koski et.al (2010) hvor personalet reflekterte over hvilket ASK-hjelpemiddel som var til det beste for brukeren.

Kurs for helsepersonell er ofte rettet mot hjelpemiddel til personer med mild eller moderat utviklingshemming eller personer med fysiske nedsettelse. Dette ble også tatt opp i studien til Forster og Iacono (2016) hvor personalet hadde vært på kurs, men kunne ikke relatere eller overføre metoder eller teknikker til brukerne sine med alvorlig og dyp utviklingshemming. Opplæringsprogrammet OIVA i studien til Koski et.al (2010) fokuserte mye på holdningene og tankegangen til de ansatte. Gjennom økt refleksjon og kunnskap endret personalet på hvordan de samhandlet med brukerne. Egenperspektivet påvirker hvordan vi inntoner oss, men våre holdninger og kunnskaper kan endres så lenge vi blir oppmerksomme på vår egen tankegang. Kunnskap og en arena for å kunne diskutere etiske dilemmaer og utfordringer kan også gi ny selvinnsikt. Funn fra Koski et.al (2010) viste at dersom de økte kompetansen til ansatte, økte de samtidig kvaliteten på miljøarbeidet som ble utført.

For å oppnå en god samhandling hos personer med alvorlig og dyp utviklingshemming må helsepersonellet tørre å være kreative, og ha kjennskap til ulike situasjoner og interaksjoner som kan bidra til økt frekvens av kommunikative handlinger fra brukeren. Metodene som er presentert ovenfor er generelle, med øvelser som gir en annen inngangsport når de verbale

uttrykkene ikke er gode nok. Ved å benytte flere ulike metoder kan det bidra til variasjon i hverdagen og støtte opp om livskvalitet og livsutfoldelse til en brukergruppe som er avhengige av andre for å utføre aktiviteter. Kompetanseheving for helsepersonell kan bidra til økt kvalitet på interaksjonen, men dersom kurset ikke har overføringsverdi kan konsekvensen bli at motivasjonen og engasjementet blir lavere.

5.4 Berøring og tid

Helsepersonell må i samhandlingen med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming benytte tålmodighet, nærhet og kroppskontakt som en del av interaksjonen. Studien til Hostyn et.al (2010) viste at kroppslig kontakt og berøring gjorde samhandlingen bedre. Dette støttes opp av både Horgen (1990) og Frölich (1995) hvor berøring blir sett på som essensielt i både basal stimulering og totalkommunikasjon. Studien til Hostyn et.al (2010) viste videre at ansatte benyttet mye berøring i samhandlingen med barna, mens de voksne brukerne opplevde svært lite berøring fra personalet. Den betydelige forskjellen i forhold til berøring mellom aldersgruppene kan sees i sammenheng med aldersadekvat tilnærming som nevnt tidligere.

Fire-perspektivmodellen beskriver hvordan vi blir påvirket av vårt egenperspektiv på bakgrunn av personlighet, holdninger og kunnskaper. Gjennom samhandling med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming er min erfaring at taktilstimulering og sansemotorisk trening bidrar til et nåtids-fokus. Sammen med brukeren får jeg et samspill med mulighet til å oppleve, kommunisere og sanse i fellesskap. Dette arbeidet er forankret i teorien fra Horgen (1990; 2006) og Frölich (1995) som mener samhandlingen krever at helsepersonell gir kroppskontakt og nærhet, men også ømhet og innlevelse i samhandlingen.

Relasjonskompetansen fra Røkenes og Hanssen (2012) underbygger også hvordan berøring kan bidra til å skape et meningsfullt handlingsrom mellom helsepersonell og brukere. Ved å benytte slike program som nevnt over aktiveres flere sanser. Gjenkjennelse av situasjonen blir derfor enklere og kan bidra til å skape mening i en ellers uoversiktlig hverdag.

Berøring kan også knyttes opp mot det etiske dilemmaet om selvbestemmelse, og om personer med alvorlig og dyp utviklingshemming kan gi uttrykk for samtykke eller ikke. I studien til Thompson og McFerran (2015) var det tydelige funn på individuelle preferanser, noe som også vil gjelde innenfor berøring. Enkelte brukere vil gjerne ha kroppskontakt og berøring, mens for andre kan dette bli for voldsomt. Hostyn et.al (2010) bemerker hvor viktig det var for brukeren å delta aktivt og samtidig få nok tid til å ta initiativ og gi respons. Teorien

underbygger at personer med alvorlig og dyp utviklingshemming bruker lengre tid på å gi respons og prosessere inntrykkene enn funksjonsfriske (Frölich, 1995). Det er derfor viktig å legge til rette slik at brukerne kan uttrykke sine egne meninger og ha nok tålmodighet for å vente på responsen. Deltakerne i studien til Koski et.al (2010) hadde fått økt tillit til nettopp dette i samhandlingssituasjonene. På denne måten kan man tilrettelegge for at selvbestemmelsen blir ivaretatt slik at det foregår på brukerens premisser.

Personalet blir også preget av arbeidsplassens rutiner og ledelsens meninger på hvordan interaksjonen med voksne skal gjøres. De ansatte i studien til Forster og Iacono (2008) fortsatte å benytte berøring, leker og lyder i interaksjonen, selv om dette kom i konflikt med arbeidsgiveren. I denne studien hadde de ansatte arbeidet der lenge og hadde brukerens behov i fokus. De ansatte mente at det var en naturlig konsekvens å bli emosjonelt engasjert når de arbeidet med mennesker og benyttet blant annet berøring til å vise omsorg. Berøring er ofte en automatisk del av hverdagen mellom helsepersonellet og brukeren gjennom bistannd og stell. Denne berøringen gjøres nok mer med et medisinsk preg hvor prosedyrene gjennomføres etter opplæringsrutiner og retningslinjer enn fokuset på berøringen i seg selv. Fysisk nærhet i kommunikasjonen er ofte nødvendig til brukergruppen da de er avhengige av å oppleve og sanse gjennom kroppen. Helsepersonellet kan også synes det er ubehagelig og utenfor sine egne grenser å gjennomføre samhandling med slik nærhet. Berøring er likevel ikke noe helsepersonell skal pålegges å gjøre i all samhandling, da de er nødt til å ta brukerens respons til etterretning, samt ivaretagelse av egne verdier. Det oppfordres likevel sterkt til å utfordre seg selv hvis det er til det beste for brukeren.

5.5 Holdning

Gjennom faglitteraturen har det vært nevnt at det kan være utfordrende å kommunisere med alvorlig og dyp utviklingshemming da de ofte ikke benytter verbalt språk. Jeg tenker at vår kultur har gjort oss så avhengige av det talte ord for å tenke på kommunikasjon, da det verbale språket er så normalsentrert. Horgen (2006) forklarer at vår kultur må lære oss å se på øyebevegelser eller muskelbevegelser som en måte å kommunisere på. Funnene fra Koski et.al (2010) viste at helsepersonellet reflekterte i større grad over sine egne holdninger, noe som også bidro til at de i større grad anerkjente kommunikasjonen til brukerne. Jeg skal være forsiktig med å overtolke, men etter å ha analysert artiklene har det fått meg til å reflektere over om vi har for snevre ideer om hva som kan telles som kommunikasjon. Hvis vi hadde

vært mer åpne for å anerkjenne ulike måter å kommunisere på, hadde det kanskje ikke vært så utfordrende å se på andre språklige uttrykk som like autentiske som verbalt språk.

Stigmatiseringen som er knyttet opp mot en annerledes måte å kommunisere på kunne blitt redusert.

5.6 Metodiske overveielser

Noe av faglitteraturen som er inkludert er av noe eldre dato. Dette forsvares med at det var mye publiseringer i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-tallet hvor forfatterne er profilerte innenfor temaet sterke funksjonsnedsettelse, multifunksjonsnedsettelse og kommunikasjon som har blitt referert og benyttet i senere faglitteratur. Litteratur fra pensum innenfor kommunikasjon og samhandling fra studiet er også inkludert og skal inneha en oppdatert og relevant fagkunnskap.

Alle artiklene som ble benyttet i denne studien var skrevet på engelsk. Dette kan være en kilde til feiltolkning både gjennom valg av oversettelse og tolkning da jeg ikke har engelsk som morsmål. Ingen studier er fra Norge, men overføringsverdien er likevel vurdert som god da gode kommunikasjonsmetoder for brukergruppen vil være de samme uavhengig av geografisk tilknytning. Likevel kan hva som kjennetegner kommunikasjonen fra helsepersonellet være avhengig av kultur og kan være en svakhet for denne litteraturstudien.

Relevante artikler ble valgt ut og gjennomgått med sjekklister etter beste evne. På grunn av manglende forskningserfaring er det usikkert om utvalget er representativt for temaet og gjør studien noe svak. Det er inkludert seks artikler som er analysert grundig. Inklusjonskriteriet var studier som ikke var publisert senere enn 2010. Det ble likevel lagt til en studie fra Forster og Iacono fra 2008 da den var svært relevant for problemstillingen, og eneste studie som inkluderte helsepersonellens perspektiv og erfaringer.

Helsepersonell og personer med alvorlig og dyp utviklingshemming er en utvalgsgruppe som presenterer store variasjoner innad i gruppen, det er derfor benyttet kvalitative studier i denne oppgaven for å belyse problemstillingen på en god måte. De kvalitative studiene som er benyttet har sagt noe om deltagerens perspektiv og erfaringer, og observasjon av personlige uttryksmåter. Dette kan gi en svakhet i studien da det ikke er benyttet kvalitative tall som kan gi generell statistikk med et større antall deltakere.

Forskere har et etisk ansvar når de gjennomfører studier som omhandler mennesker. Det har derfor blitt lagt vekt på om studiene har blitt etisk godkjent. Det er inkludert en studie som ikke har skrevet noe om etisk vurdering eller godkjenning, men ble inkludert da fokuset var på helsepersonellens erfaring etter endt kurs.

For kvalitetssikring av oppgaven har jeg hatt stort fokus på å gjengi resultatene så korrekt som mulig. For forståelsen har jeg vært oppmerksom på og prøvd å belyse funn så objektivt som mulig. Jeg kan likevel ikke utelukke at dette er farget av min subjektive mening og erfaring og kan være en grunn til feiltolkning og fremstilling.

6.0 Konklusjon:

Ved at helsepersonellet identifiserer og kopierer uttrykksmåtene personen med alvorlig og dyp utviklingshemming selv benytter bidrar dette til god kommunikasjon. Helsepersonellet skal se brukerne som enkeltindivider, da de som oftest har en svært personlig måte å uttrykke seg på. Når personalet gjennomfører en kartlegging av kommunikasjonsforsøkene vil dette tydeliggjøre og identifisere brukerens uttrykksmåte, og gjøre det lettere å overføre kunnskapen til andre kollegaer for å sikre brukerens mulighet til å bli forstått.

Helsepersonell bør benytte seg av et bredt spekter med kommunikative handlinger som vokalisering, berøring, gestikulering og mimikk da personer med alvorlig og dyp utviklingshemming befinner seg på et tidlig stadium i utviklingen av kommunikasjonsferdigheter. Hvis helsepersonellet gir brukeren tid til å respondere og tolker alle uttrykk fra brukeren som kommunikasjonsforsøk bidrar dette til å gi erfaring med å påvirke egne omgivelser. Ved at helsepersonellet retter fokuset mot å tolke all atferd som kommunikasjon, vil det styrke brukerens mulighet til selvbestemmelse og aktiv deltagelse i egen hverdag.

Helsepersonellens kunnskap er avgjørende for at personer med alvorlig og dyp utviklingshemming skal ha mulighet til å bli hørt og forstått. Gjennom at helsepersonellet innehar kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder kan brukeren uttrykke preferanser, få muligheten til å ta valg og få en mer forståelig hverdag. Isolasjonen denne brukergruppen kan være i, krever at helsepersonellet har god nok opplæring til alle som skal arbeide med

brukeren. Dette kan bidra til at personalet klarer å tolke og analysere kommunikasjonsuttrykkene i hverdagen i tilstrekkelig grad.

6.1 Videre forskning

Gjennom søkeprosessen i denne oppgaven ble det funnet lite forskning som omhandler kommunikasjon med personer med alvorlig og dyp utviklingshemming av nyere dato. Det er få nordiske studier om hvordan helsepersonell skal kommunisere med brukergruppen, uten at fokus ligger på ASK. Videre vil det av funnene fra denne studien være av betydning at det forskes videre på hvordan helsepersonellet kan bidra til å forsterke kommunikasjonsuttrykkene og ferdighetene personer med alvorlig og dyp utviklingshemming allerede har.

Referanser

- Andreassen, E., Dalen, T., Grodås, S., Mellemstuen, J., & Ringeli, L. O. (u.å). *Forstå og bli forstått -Kognisjon og kommunikasjon hos personer med alvorlig og dyp utviklingshemming*. Hentet mai 2020 fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/kommunikasjon-alvorlig-og-dyp-utviklingshemming>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. London, England: Open University Press. Hentet mai 2020 fra <https://www.dawsonera.com/readonline/9780335248018>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2006). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Hentet mai 2020 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), ss. 131-139.
- Bunning, K., Smith, C., Kennedy, P., & Greenham, C. (2013, Januar). Examination of the communication interface between students with severe to profound and multiple intellectual disability and educational staff during structured teaching sessions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(1), ss. 39-52. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01513.x
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjetland, K. J., & Gjermstad, A. (2018). Medborgerskap og alvorlig utviklingshemming. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 21(2), ss. 148-162. doi:10.18261/issn.2464-3076-2018-02-04
- Forster, S., & Iacono, T. (2008, June). Disability support workers' experience of interaction with a person with profound intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33(2), ss. 137-147. doi:10.1080/13668250802094216

- Frölich, A. (1995). *Basal stimulering for mennesker med multifunksjonshemming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Griffiths, C., & Smith, M. (2016). Attuning: A Communication Process between People with Severe and Profound Intellectual Disability and Their Interaction Partners. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2016(29), ss. 124-138. doi:10.1111/jar.12162
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekkliste kvalitativ studie*. Hentet fra Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet mai 3, 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Horgen, T. (1990). *Barn som Christian - kommunikasjon når barn har svært store og sammensatte lærevesker*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Horgen, T. (1995). *Når språket berører*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Horgen, T. (2006). *Det nære språket, språkmiljø for mennesker med multifunksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hostyn, I., Daelman, M., Janssen, M. J., & Maes, B. (2010, august). Describing dialogue between persons with profound intellectual and multiple disabilities and direct support staff using the scale for dialogical meaning making. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), ss. 679-690. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01292.x
- Kittelsaa , A. M., & Kermit, P. (2011). Kap 4: Voksen eller evig barn? I A. Kittelsaa, *Vanlig eller utviklingshemmet? Selvforståelse og andres forståelser* (ss. 71-93 (22 s)). Bergen: Fagbokforlaget.
- Koski, K., Martikainen, K., Burakoff, K., & Launonen, K. (2010, desember). Staff members' understanding about communication with individuals who have multiple learning disabilities: A case of Finnish OIVA communication training. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(4), ss. 279-289. doi:10.3109/13668250.2010.517189
- Lorentzen, P. (2013). *Kommunikasjon med uvanlige barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2016:17*. (2016). Oslo: Barne og likestillingsdepartementet. Hentet april 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/?ch=1>
- Rammeplan for vernepleierutdanning. (2005). Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thompson, G. A., & McFerran, K. S. (2015). Music therapy with young people who have profound intellectual and developmental disability: Four case studies exploring

communication and engagement within musical interactions. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 40(1), ss. 1-11. doi:10.3109/13668250.2014.965668

Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.

