

Linus Aune

Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi?

Bachelor i vernepleie

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Erik Søndena

Mai 2020

Sammendrag

Tittel: Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi?

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse om vernepleieren som jobber med den enkelte i brukergruppen i hverdagen kan gi behandling til personer med psykisk utviklingshemming og sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi

Metode: I denne studien er det brukt litteraturstudie som metode. Det er gjennomført ett systematisk og strukturert litteratursøk på fagfellevurdert forskning i vitenskapelige databaser. Både kvalitativ- og kvantitativ forskning er inkludert. Fem artikler er inkludert i studien.

Resultat: Basert på de fem inkluderte artiklene ble det identifisert to hovedfunn fra forskningen for å belyse problemstillingen. Disse hovedfunnene har dreier seg om «Effekt av kognitiv terapi for personer med psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer» og «Betydning av behandler»

Konklusjon: I spørsmålet om hvorvidt behandlingen vil være effektiv for målgruppen viser forskningen at behandlingen hadde effekt, ikke bare på atferd, men også tanker og forholdet til egne følelser hos brukergruppen. I spørsmålet om vernepleieren kan gi denne behandlingen effektivt er det liten tvil at en psykolog ofte kan være bedre rustet til å yte denne behandlingsformen på kort sikt. Derimot er det gode argumenter for at en tjenesteyter som jobber med personen eller gruppen i hverdagen burde lede behandlingen. Argumentene for dette innebærer blant annet forbedrede relasjoner, økt oppfølging og tilgjengelig støtte. Dette tatt i betraktning med vernepleieren kompetanse om psykisk utviklingshemming og tredelte kompetanse gir det et godt grunnlag for å si at vernepleieren mulig kan gi denne behandlings formen til denne brukergruppen effektivt.

Abstract

Title: Can the social educator provide effective treatment to people with mild- to moderate intellectual disability with anger management issues based on cognitive behavioral therapy?

Purpose: The purpose of this paper is to find out whether the social educator who works with the individuals in everyday life can provide treatment to people with intellectual disability and anger management issues based on cognitive behavioral therapy.

Method: In this paper, literature study was the used method. A systematic and structured literature search has been carried out on peer-reviewed research in scientific databases. Both qualitative and quantitative research are included. Five articles are included in the study.

Result: Based on the five included articles, two main findings from the research were identified to elucidate the issue addressed. These main findings are "Effect of Cognitive Therapy for people with intellectual disability and anger management issues and "The effect of the therapist"

Conclusion: The question of whether the treatment will be effective for the target group, the research shows that the treatment had an effect not only on behavior, but also thoughts and the relation to their own feelings in the user group. In the question of whether the social educator can provide this treatment effectively, there is little doubt that a psychologist can often be better equipped to provide this treatment in the short term. On the other hand, there are good arguments that a service provider who works with the person or group in everyday life should direct the treatment. The arguments for this include improved relationships, increased follow-up and available support. This, taking into account the social educator's competence regarding intellectual disability and three-part competence, provides a good base for saying that the social educator can possibly give this form of treatment to this user group effectively.

Number of words: 653

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Aktualitet	1
1.3 Avgrensning	2
1.4 Hensikt	2
1.5 Oppgavens disposisjon.....	2
2 Teori	4
2.1 Sinne	4
2.2 Psykisk utviklingshemming	4
2.3 Kognitiv atferdsterapi	5
2.4 Vernepleier	6
3 Metode	8
3.1 Litteraturstudie som metode	8
3.2 Metode kritikk.....	8
3.2.1 <i>Min forforståelse</i>	8
3.2.2 <i>Kritisk vurdering</i>	9
3.3 Framgangsmåte	10
4 Resultat	13
4.1 Litteraturmatrise.....	13
4.2 Mine hovedfunn.....	18
4.2.1 <i>Effekt av kognitiv terapi for personer med psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer</i>	18
4.2.2 <i>Betydning av behandler</i>	18
5 Diskusjon	20
5.1 Har behandlingen effekt?	20
5.2. Er det hensiktsmessig at vernepleieren yter behandlingen?	23
6 Konklusjon	26
7 Litteraturliste	27

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Tema jeg har valgt er behandling av sinneutfordringer for personer med psykisk utviklingshemming. I min spesialiserings praksis var jeg hos St. Olavs Hospital avdeling Brøset regional sikkerhetsavdeling. Der fikk jeg et innblikk i arbeidet som blir gjort hos Sinnemestrings poliklinikk som også er lokalisert på Brøset. Behandlings formen deres interesserte meg umiddelbart og vernepleieren i meg spurte seg selv om disse metodene også ville fungere for utviklingshemmede. Personer med psykisk utviklingshemming er en gruppe jeg har jobbet med tidligere, som jeg vet har en iboende sårbarhet for dysfunksjonell emosjonsregulering. Dette er noe jeg vet kan føre til nedsatt samfunnsdeltakelse og livskvalitet. Modellen de bruker ved sinnemestrings poliklinikk baserte seg på å se sammenheng mellom egne tanker, følelser og handlinger, og med det selvregulering og endre utførende atferd. Min erfaring tilsier at mange personer med psykisk utviklingshemming sine utfordringer skyves under teppet eller overskygges av deres diagnose og at de fortjener den psykologiske assistansen de trenger. Nettopp derfor ønsket jeg å utforske i hvilken grad denne behandlingsmetoden var effektiv i behandling av personer med psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer, og hvorvidt vernepleiere kan yte denne behandlingen.

Min problemstilling er dermed: *Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi?*

1.2 Aktualitet

Personer med psykisk utviklingshemming potensielt ett større psykologisk behov enn befolkningen for øvrig, på tross av dette har gruppen mindre tilgang til psykologiskhjelp enn befolkningen for øvrig (Kroese et al, 2014). I SOR-rapporten fra august 2018 står det skrevet om kognitiv atferdsterapi mot psykiske utfordringer hos mennesker med psykisk utviklingshemming. Der nevnes det at denne brukergruppen i stor grad kan være avhengig av tjenesteyterne og omsorgspersoner i nettverket, og at disse aktørene i en slik behandling kan ha en vesentlig betydning for effekten på behandlingen (Cardenas & Malt, 2018). På

bakgrunn av dette kan det være like viktig som interessant å vurdere om vernepleieren som jobber med brukergruppen i hverdagen kan lede denne formen for behandlingen. Jeg ser det på en av vernepleierens oppgaver å snakke personer med utviklingshemmede sak, og tilgjengelighet av psykologiske tjenester kan både være noe vernepleieren potensielt kan både løfte opp og bidra til selv.

1.3 Avgrensning

I denne litteraturstudien tar jeg i utgangspunktet for meg forskning knyttet til personer med psykisk utviklingshemming med lett til moderat grad slik ICD-10 beskriver. Dette er både fordi det ikke er tilgjengelig forskning på dyp og alvorlig grad. Noe som kan skyldes det faktum at de ikke blir vurdert til å inneha de kognitive egenskapene som skal til for å dra nytte av behandlingen. Vernepleieren i dette tilfelle er en vernepleier som jobber med den aktuelle personen eller gruppen i hverdagen, uten noen form for utdanning eller skoloring innen kognitiv terapi. Jeg tar ikke hensyn til ordlyden i å være leder, behandler, terapeut eller gruppemedlem/partner, da hva ordlyden de ulike miljøene bruker er varierende. I oppgaven tar jeg for meg studier som utelukkende handler om kognitiv atferdsterapi for sinnemestring alene. Jeg velger på grunn av formelle begrensninger å ikke fokusere på enten gruppe eller individuell behandling, men dette er trolig er variabel som kan påvirke resultatet av denne type behandling.

1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse om vernepleieren som jobber med den enkelte i brukergruppen i hverdagen kan gi behandling til personer med psykisk utviklingshemming og sinnemestringutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi. I dette legger jeg både hvorvidt behandlingsformen i seg selv kan være effektiv for målgruppen, og om vernepleieren kan være den som yter denne behandlingen. I det sistnevnte spørsmålet legger jeg ikke bare om hvorvidt vernepleieren har kompetanse til å gi behandlingen i seg selv, men også om det ville vært hensiktsmessig basert på mine valgte forskningsartikler.

1.5 Oppgavens disposisjon

For å svare på problemstillingen skal jeg i teorikapitlet redegjøre for sinne, psykisk utviklingshemming, kognitiv atferdsterapi og vernepleieren. Jeg vil deretter i metodekapitlet beskrive litteraturstudie som metode, gjennomføre en metodekritikk av egen

metode før jeg går inn på mine søkestrategier og fremgangsmåte. Jeg vil så i resultatkapitlet presentere fem utvalgte artikler i en litteratormatrise, for så å sammenfatte resultatene i to hovedfunn. Deretter vil jeg i lys av teori og aktuell forskning drøfte min todelte problemstilling. Jeg vil da første drøfte hvorvidt behandlingen er effektiv for målgruppen, før jeg diskuterer om det er hensiktsmessig at vernepleieren gir denne behandlingen. Til slutt vil jeg komme med en konklusjon hvor jeg forsøker å besvare min problemstilling.

2 Teori

I teorikapitlet skal jeg presentere teori som er relevant for å belyse min problemstilling. Teorien er hentet fra pensum fra vernepleierutdanningen ved NTNU, artikler og bøker fra aktuelle fagmiljø og tidsskrift. Noe av teorien er fra forfattere som også er vært en del av mine valgte forskningsartikler, dette fordi fagmiljøet for denne spesifikke behandlingen er begrenset og spesielt utbredt i gitte forskningsmiljø.

2.1 Sinne

En emosjon defineres som “den subjektive reaksjonen på noe i omgivelsene som kan oppleves som enten behagelig eller ubehagelig, og som medfører fysiologiske forandringer i kroppen og uttrykkes i atferd eller atferdsendring hos personen” (Bakken, 2015, s.100). Mennesker har i utgangspunktet ni grunn emosjoner, hvorav sinne og raseri er én av disse (Jacobsen, 2014). Sinne har stor betydning for vår overlevelse og påvirker bilde vi har av oss selv. Det har med vår evne til å håndtere en eventuell trussel å gjøre. Sinne som er ute av kontroll kan være en barriere for god helse og muligheten til å sosial utfoldelse. Ukontrollert sinne kan kalles dysfunksjonell emosjonsregulering og synes å være grunnleggende i alle psykiske sykdommer og utfordringer. I motsatt ende av skalaen vil også god emosjonsregulering føre til positive reaksjoner fra miljø, og være en faktor for god psykisk helse (Bakken, 2015). Et behov alle mennesker har kan være å forstå og få bekreftet sine emosjoner. Det er viktigere med positiv støtte for dette, fremfor korreksjoner for å sikre emosjonelt velvære (Innstrand, 2009).

2.2 Psykisk utviklingshemming

Ifølge ICD-10 er psykisk utviklingshemming en tilstand som kjennetegnes ved mangelfull utvikling av ferdigheter i utviklingsperioden, som preger personens evner og funksjonsnivå. Dette kan senke det generelle intelligensnivået, ved nedsettelse av kognitive, språklige, motoriske og/eller sosiale ferdigheter (World Health Organization, 1999). I tillegg til betydelig svekket evnenivå og adaptive ferdigheter må også funksjonsvanskene ha vist seg før fylte 18 år (Snoek & Engedal, 2017). Psykisk utviklingshemming blir delt inn i fire grader: lett, moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemming. Diagnostisering baserer seg på all tilgjengelig informasjon og innebærer kliniske funn, informasjon fra nærpersoner, personens evne til tilpasning i forhold til kulturell bakgrunn og ulike menneskelige

egenskaper og evner. Gjennom en IQ-test vil personen få en kognitiv alder, som igjen plasserer i en av de fire gradene. IQ-nivået i seg selv er dog kun veiledende, og kan ikke brukes uten en skjønnsvurdering (World Health Organization, 1999).

Jeg vil nå beskrive lett til moderat grad av psykisk utviklingshemming da det er disse gradene min oppgave er rettet mot. Mennesker med lett grad har IQ mellom 50-69, og den mentale alderen er mellom 9-12 år (Snoek & Engedal, 2017). Mennesker med denne graden mestrer vanligvis dagligtale og evner å engasjere seg i kliniske intervjuer eller samtaler med andre. (World Health Organization, 1999). Mennesker med moderat grad har ofte en IQ mellom 35-49, og dermed en mental alder mellom 6-9 år (Snoek & Engedal, 2017). Mennesker med denne graden vil ha senere utvikling av språkforståelse og språkbruk enn de med lett grad, og hvorvidt de oppnår fullverdige språkferdigheter er begrenset. Majoriteten av menneskene med moderat grad oppnår en del sosial utvikling slik at de evner å etablere kontakt og kommunikasjon med omgivelsene. Samt delta i sosiale aktiviteter som er relativt enkle. Utviklingen av språket varierer innad i gradene (World Health Organization, 1999).

Mennesker med psykisk utviklingshemming har en iboende sårbarhet for en rekke faktorer. Vansker med å regulere emosjonene sine, såkalt dysfunksjonell emosjonsregulering er en av disse. Man kan se på emosjonsregulering som evnen til å regulere intensitet, latens, frekvens og varighet av emosjonelle uttrykk (Naku, 2019). En form for dysfunksjonell emosjonsregulering er utagering, eller det som nå blir kalt utfordrende atferd. Utfordrende atferd er et av de største hindrene personer med psykisk utviklingshemming har for sosial integrasjon (Nøttestad & Søndena, 2009). En annen sårbarhet mennesker med psykisk utviklingshemming kan ha er vansker med å generalisere kunnskaper og ferdigheter fra en situasjon til en annen. Det vil si å overføre kunnskap fra en arena til en annen. Ofte er det essensielt med fysiske erfaringer for å få til dette fremfor abstrakt tenkning (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015). Selv om personer med utviklingshemmings psykologiske behov er større enn befolkningen ellers, har de sjeldent tilgang til passende psykiske helsetjenester (Kroese et al, 2014).

2.3 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi kan defineres som det å endre utadrettet atferd gjennom å bli bevisst på, og endre tanker og tankeprosesser. Kognitiv atferdsterapi baserer seg på kognitive

intervensjoner og oppgavebaserte prosedyrer for å oppnå forandring i tanker, følelser og atferd. Det er en strukturert terapiform som går over en periode med fokus på problemløsning. Kognitiv atferdsterapi bygger på sosial læringsteori som baserer seg på at menneskelig atferd som en opphopende effekt av de læringssituasjonene vi befinner oss i og skaper en personlighet (Snoek & Engedal, 2017). Paul Willner og William R. Lindsay (2016) sier at de grunnleggende forutsetningene for kognitiv atferdsterapi er at folks følelser og atferd er påvirket av deres oppfatning av hendelser, og at dermed psykologiske lidelser kan komme av forvrengte eller dysfunksjonell tenking i sammenheng med disse hendelsene. Derfor kan en pasients følelser og atferd utvikles ved å arbeide med å endre pasientens tenking i retning av mer realistiske syn på hendelsene.

Selv om befolkningen ellers har nytt godt av kognitiv atferdsterapi har behandlingsformen i mindre grad vært tilbudt personer med psykisk utviklingshemming. Tvil om evne til pålitelig selvrapporing, evne til å forstå og uttrykke abstrakte konsepter samt mulige selvregulerings utfordringer kan ha bidratt til dette. Det er noen minstekrav for kognisjon for å kunne dra nytte av kognitiv atferdsterapi, derfor anbefales det å bruke vurderingsskjema for å vurdere om den aktuelle er aktuell for behandlingsformen (Willner & Lindsay, 2016). Sentralt i kognitiv atferdsterapi er behandlings alliansen mellom terapeut og tjenestemottaker. Pasientens eget ønske om involvering og forandring av en gitt atferd er avgjørende for et positivt resultat av behandlingen. Varm, oppmerksom, forståelsesfull og kompetent er ord som kan beskrive terapeuter som typisk oppnår gode resultater ved hjelp av denne behandlingsformen (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å).

2.4 Vernepleier

Som den eneste profesjonsutdanning som retter seg spesifikt mot personer med psykisk utviklingshemming og andre kognitive funksjonsnedsettelse har vernepleieren i spesialisert kompetanse med denne brukergruppen. Dette er en gruppe uten en stemme i den offentlige debatten, så vernepleieren må også være en stemme for disse personene til befolkningen for øvrig (FO, 2017). Kompetansen til vernepleieren er sammensatt av tre hoveddeler, helsefaglig-, pedagogisk og sosialfaglig (Norlund et al, 2015). I fremtiden blir denne kompetanse særlig relevant innen rehabilitering i det kommunale helse og omsorgsfeltet. Dette da rehabiliteringen skal være tverrfaglig og skal ivareta et helsefaglig-, sosialfaglig- og pedagogisk perspektiv. (Kunnskapsdepartementet, 2012). I praksis jobber vernepleieren i spesialisthelsetjenesten, hjemmebaserte tjener og skolen for å nevne noen arenaer (FO, 2017).

Med andre ord er vernepleierens kompetanse helt sentralt i arbeidet med å tilrettelegge for god livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemming (Jacobsen, 2014). I praksis har vernepleieren kompetanse til å yte helsehjelp, oppdra og lære bort samt øke livskvaliteten gjennom å minske gapet mellom individuelle forutsetninger og omgivelsenes betingelser. Sentralt for vernepleieren er kunnskapsbasert praksis. Det handler om å ta avgjørelser basert på sammensetningen forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker. Evnen til å sette dette samspillet av kunnskapen sammen i situasjoner både i det den utspiller seg, og i vurderingen av den etterpå er sentralt (Nordlund et al, 2015).

3 Metode

I metodekapitlet skal jeg først beskrive litteraturstudie som metode, før jeg skal forsøke å kritisk vurderer min egen metode. En metodekritikk innebærer å vurdere hvorvidt metoden har fungert og om den har bidratt til å besvare min problemstilling eller ikke (Dalland, 2017). Deretter vil jeg forklare hvordan jeg har kommet frem til mine hovedfunn i resultatkapitlet ved hjelp av Thidemann (2015) sine seks trinn i en litteraturstudie.

3.1 Litteraturstudie som metode

Min metode i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie går ut på å systematisere kunnskap innhentet fra skriftlige kilder. Hensikten med dette er å fremstille oppdatert kunnskap innenfor det tema problemstillingen befinner seg. Det er også et viktig aspekt ved litteraturstudie å vise til hvordan man har kommet fram til sin kunnskap. Det er flere måter å gjøre dette på, men jeg har valgt å ta utgangspunkt i Thidemann sine seks trinn i en litteraturstudie (Thidemann, 2015).

3.2 Metode kritikk

3.2.1 Min forforståelse

Når man skriver en oppgave bør man være bevisst sin egen forforståelse (Dalland, 2017). Begrepet forforståelse kan defineres som den forståelse man har av en person, gruppe eller situasjon, og den vil fargelegges av våre tidligere erfaringer, samt følelser og tanker (Røkenes & Hanssen, 2012). Dette er også noe jeg opplever at gjentatte ganger har blitt tatt opp på vernepleierstudiet og er svært viktig i arbeid med mennesker. Med tanke på tema sinnemestring, kognitiv atferdsterapi og psykisk utviklingshemming har jeg opparbeidet meg noe erfaring gjennom min praksis ved Brøset regional sikkerhetsavdeling og tidligere arbeidserfaring. Min erfaring er at utfordrende atferd og sinne er noe av det som går mest utover tjenestetilbudet og livskvaliteten til personene med psykisk utviklingshemming og at denne atferden ofte møtes med straff eller frykt. Når jeg var hos sinnemestrings poliklinikk på Brøset fikk jeg en interesse for kognitiv atferdsterapi og dette vekket en nysgjerrighet for tema jeg nå har valgt. Dette kan tenkes å ha påvirket hvordan jeg tolker og forstår det jeg leser.

3.2.2 Kritisk vurdering

Til tross for at litteraturstudie baserer seg på det andre har skrevet og forsket på, vil denne oppgaven bære preg av mine tolkninger. Allerede da jeg begynte å vurdere hvilke funn som skulle tas med var min oppgave preget av mine tolkninger og forforståelse (Dalland, 2017). I tillegg er alle mine valgte artikler på engelsk og min oversettelse og forståelse kan ha vært annerledes enn hva forskningen forsøkte å formidle. Disse faktorene kan potensielt påvirke reliabiliteten, altså påliteligheten (Dalland, 2017), i min oppgave. Flere av forskningene jeg har valgt bruker ulike måleinstrumenter for effekt, dette gjør det vanskelig å sammenlikne funnene opp mot hverandre. Det kan tenkes at dette i noen grad også påvirker validiteten, som vil si gyldigheten på funnene, i min oppgave (Dalland, 2017).

En svakhet ved min oppgave er at tre av studiene kommer fra samme forskningsprosjekt. Prosjektet er det største i historien på feltet og har ført med seg en rekke studier på tilhørende problemstillinger. Dette kan prege reliabiliteten. Men grunnen til at jeg allikevel ønsker å bruke disse tre handler om det begrensede antallet artikler innenfor mine inklusjonskriterier og kvaliteten på studiene. I tillegg bisto de to kvalitative studiene med kunnskap om erfaring, tanker og opplevelser fra flere relevante aktører og ga oppgaven mer dybde. Dette er kjennetegn på kvalitative studier (Thidemann, 2015). En annen svakhet er at noe av teorien er fra forfattere som også er vært en del av mine valgte forskningsartikler. Dette kan skade reliabiliteten til mine funn, men kunnskapsbasen rundt denne behandlingsformen er forholdsvis begrenset og jeg ønsket å bruke anerkjente kilder.

Samtlige av mine utvalgte artikler fant sted i Storbritannia. Dette fører til at studiene er gjennomført i en annen kontekst enn den norske jeg vil ta utgangspunkt i. Dette kan handle om alt fra psykisk utviklingshemmedes posisjon i samfunnet, til velferdssystemet, samt at profesjonen vernepleie ikke finnes i Storbritannia. Det kommer ikke frem fra oppgaven hvorvidt de tar utgangspunkt ICD-10, slik som vi gjør i Norge. Disse faktorene kan gå utover validiteten til min oppgave. Jeg har dog på grunn av oppgavens begrensninger ikke tatt høyde for kulturforskjeller i min oppgave. Dette kan påvirke utfallet i forskningen og dermed hvorvidt min oppgaves resultater er relevante og valide.

Styrker ved dette litteraturstudie er at samtlige av de valgte artiklene er fagfellevurdert. En annen styrke er at jeg har valgt å ha med både kvantitative og kvalitative studier i min oppgave. Det gjør at min oppgave får relativt eksakt målbar og faktabasert kunnskap gjennom

kvantitative studier. Gjennom de kvalitative studiene får min oppgave nyanser og dybdekunnskap (Thidemann, 2015). I tillegg baserer begge mine kvalitative studier seg på samme forskningsprosjekt og gir perspektiv fra både tjenestemottaker og tjenesteyter, noe som gir et utmerket grunnlag for dybdekunnskaper om behandlingen.

3.3 Framgangsmåte

Trinn 1 omhandler en formulering av problemstilling (Thidemann, 2015). Etter noen utfordringer med å finne relevant litteratur kom jeg omsider frem til problemstillingen: Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat grad av psykisk utviklingshemming og sinneutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi? Jeg brukte blant annet PICO skjema for å avgrense tema og snevre meg inn på en problemstilling. Jeg ønsker også å påpeke at selv om dette er trinn 1, var ikke den endelige problemstillingen ferdig før lenger ut i bachelor perioden. Det samme gjelder de andre trinnene. Dette skyldtes hvilke studier og teori jeg kunne finne om tema psykisk utviklingshemming og kognitiv atferdsterapi med tanke på sinneutfordringer. Med andre ord går disse trinnene inn i hverandre og ble ikke nødvendigvis fulgt kronologisk.

Trinn 2 omhandler å forberede selve litteratursøket ut ifra problemstillingen (Thidemann, 2015). Jeg gjennomførte først et ustrukturert søk i Oria hvor jeg fant metaanalyser og ulike litteraturgjennomganger som kunne ha relevans. Dette for å skape et bilde over hvilke litteraturer som finnes på område. Deretter snevret jeg inn søke mitt i databaser slik som PsycINFO, PubMed og Oria. Mine inklusjonskriterier var fagfellevurderte artikler fra de siste 10 årene, og at artiklene skulle omhandle psykisk utviklingshemming og sinneutfordringer. Jeg forsøkte også å inkludere kognitiv atferdsterapi i alle mine forskninger. Eksklusjonskriteriene mine var barn og ungdom under 18 år. Mine søkestrategier var primært å benytte søkeordene “intellectual disability” AND “anger management” AND “cognitive therapy”. I tillegg brukte jeg lignende søkeord på norsk og engelsk, men da dette ga få eller ingen treff brukte jeg dette i mindre grad.

Trinn 3 går ut på å gjennomføre søket etter artikler og opprette en søkehistorikk (Thidemann, 2015). Jeg benyttet flere databaser og flere ustrukturerte dypdykk i tema, derfra hadde jeg god oversikt over tilgjengelig forskning på tema. Jeg opplevde at Oria ga den beste oversikten over tema jeg søkte etter.

Jeg skal nå presentere mitt strukturerte litteratursøk:

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall utvalgte artikler
20.04.2020	Oria	"Cognitive behavioural therapy" AND "intellectual disability" AND anger	Siste 10år, fagfelleverdert	172	15	1
20.04.2020	Oria	"Cognitive behavioural therapy" AND "intellectual disability" AND "anger management"	Siste 10år, fagfelleverdert	74	7	2
20.04.2020	PsycINFO	"Cognitive behavioural therapy" AND "intellectual disability" AND "anger management"	Siste 10år, fagfelleverdert	5	5	0
26.04.2020	PubMed	Anger management AND violence AND effect AND Cognitive therapy	Siste 10år	7	1	1
15.05.2020	Oria	"Cognitive behavioural therapy" AND "intellectual disability" AND "anger management"	Siste 10år, fagfelleverdert	74	3	1

Trinn 4 dreier seg om å vurdere kvaliteten på artiklene (Thidemann, 2015). Dette gjorde jeg ved å først lese gjennom sammendragene hvor jeg vurderte relevansen for min oppgave. Deretter skrev jeg inn alle de relevante artiklene inn i en forenklet matrise som inneholdt navn på forskning og forfatter, publiserings år, type artikkel og kort om funnene deres. Jeg utelukket deretter metaanalyser, og andre artikler som viste seg å være mindre relevant. De valgte artiklene ble ført inn i en litteraturliste som man finner under kapittel 4.1 i denne oppgaven.

Trinn 5 handler om å analysere og tolke resultatene fra de valgte artiklene (Thidemann, 2015). I praksis gjorde jeg dette ved å lese gjennom alle artiklene flere ganger med min problemstilling og tema i bakhode. Jeg skrev også et tankekart hvor jeg førte inn alle

resultater og funn som kunne ha relevans for mitt tema. Til slutt kom jeg frem til to hovedfunn som jeg presenterer i kapittel 4.2 i denne oppgaven. Denne sammenfatning er trinn 6 i Thidemann (2015) sine trinn i litteraturstudie.

4 Resultat

I resultatkapitlet vil jeg først presentere hver enkel artikkel som jeg vurderer i en litteratormatrise. Deretter vil jeg sammenfatte jeg resultatene til tre hovedfunn basert på alle artiklene. Jeg har tatt et bevisst valg om å presentere resultat og kvalitetsvurdering forhold utvidet i litteratormatrisen for å gjøre informasjonen så tilgjengelig og oversiktlig som mulig.

4.1 Litteratormatrise

Artikkel 1: Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B.S., Felce, D., Cohen, D,... Hood, K. (2013) Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 203 (4), s.288-296. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124529>

Hensikt	Å undersøke effekten av kognitiv atferdsterapi for sinnemestringsutfordringer hos personer med psykisk utviklingshemming som gikk over 12 uker	
Metode	Kvantitativ metode ved bruk av randomisert kontrollert studie (RCT). Spørreundersøkelser ble sendt ut tre ganger til deltakerne: før terapien, etter 16 uker og etter 10 måneder.	
Utvalg	181 brukere på dagsenter med mild til moderat utviklingshemming og sinneutfordringer deltok. 91 brukere ble randomisert til å følge intervensjonen, mens 90 ble satt på en venteliste og mottok sitt vanlige tilbud mens de sto på venteliste. 2 brukere falt fra før mottatt behandling, som førte til at antallet tjenestemottakere var 179.	
Resultat	Behandlingen hadde en liten, men ikke signifikant effekt på brukernes selvrapporing på the Provocation Index (En selvrapporingundersøkelse av sinneintensitet i respons til gitte scenarier. Tjenesteyternes rapportering på Provokasjons Index var signifikant lavere etter både 16 uker og 10 måneder. Både tjenestemottakere og tjenesteytere rapporterte om signifikant forbedring av sinnemestring etter både 16 uker og 10 måneder. Både tjenesteytere på dagsenter og i hjemmet rapporterte om signifikant mindre utfordrende atferd. Det fremla bevis på effektiviteten til kognitiv atferdsterapi behandlingen for denne brukergruppen og viste at tjenesteytere som jobber med dem kan bli opplært til å levere denne behandlingen.	
Redegjort for etiske overveielser?	Etisk godkjenning var innhentet av South-East Wales Research Ethics Committee. En forutsetning for å være med i studien var at deltakeren var samtykkekompetent. I studien ble brukere som hadde behov for en akutt henvisning med individuell behandling for sine sinneutfordringer ekskludert.	
Kvalitetsvurdering og metodekritikk	Styrker: Studien er en randomisert kontrollert studie, noe som er denne type studiers "Gullstandard" (Thidemann, 2015). Studien skiller seg fra andre på området på sitt store utvalg. Studien har klare ekskluderings- og inkluderings kriterier for både deltakere og aktivitetssenter	Svakheter: Studien kommenterer selv at det er uheldig at den ikke kunne bekrefte tidligere studiers signifikante endringen på Provocation Index. Det er ingen konkret måling av utfordrende atferd knyttet til sinne før og etter behandlingen, dette kunne gitt et mer håndfast tallmateriale ved siden av disse evalueringene. Studien hadde en dropout på 19%.

Artikkel 2: MacMahon, P., Kroese, B.S., Jahoda, A., Stimpson, A., Rose, N., Rose, J., ... Willner, P.(2015) It's made all of us bond since that course. . . ' – a qualitative study of service users' experiences of a CBT anger management group intervention. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59 (4), s.342-352. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12144>

Hensikt	Å samle inn meningene og opplevelsene til voksne med psykisk utviklingshemming som nylig har deltatt i en RCT hvor personalet har brukt kognitiv atferdsterapi i gruppe for sinnemestring.	
Metode	Kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervjuer innen to uker etter behandlingen var ferdig	
Utvalg	11 mennesker med mild til moderat psykisk utviklingshemming (8 menn og 3 kvinner) i alderen 22 til 44 år med IQ mellom 54-64.	
Resultat	Deltakerne ga uttrykk for at de opplevde behandlingen som effektiv og givende. En rekke tema ble satt på dagsorden slik som viktigheten av relasjoner, en "ny meg", nye og forbedrede relasjoner, å presentere seg selv på en positiv måte og hva gruppen ikke endret. Det viste seg at konkrete tiltak og atferds strategier fungerte bedre enn kognitive strategier. Noen slet med å videreføre taktikkene fra grupperommet til det virkelige liv, mens andre ikke ville gjenkjenne at problemet lå hos dem. Forholdet til både tjenesteyter som gir behandlingen og de andre gruppedeltakerne ble trukket frem som en av de viktigste komponentene i den positive opplevelsen. Noen deltakere kommer med en rekke eksempler på hvordan de bruker sinnemestrings strategiene i sitt daglige liv, men andre sliter med å referere til strategiene og hvordan gruppen har påvirket dem. Flere av deltakerens følte seg fortsatt sine etter behandling.	
Redegjort for etiske overveielser?	Etisk godkjenning ble hentet inn av South East Wales Research Ethics Committee som en del av et større forskningsprosjekt. Samtykke ble innhentet fra deltakerne ved at de potensielle deltakerne fikk verbal og skriftlig informasjon om studien. De fikk deretter minst 48 timer på seg å vurdere om de ønsket å bli med eller ikke. Alle potensielle deltakere valgte å bli med i studien.	
Kvalitetsvurdering og metodekritikk	<p>Styrker: Kvalitative intervjuer kan gi en mer nyansert forståelse av erfaringer på en mer reell måte enn en kvantitativ metode vil vise. I artikkelen er det også flere direkte sitat som fjerner en del av den subjektive tolkningen til forskerne.</p> <p>Artikkelen gir et relativt nyansert bilde av opplevelsene og utfordringene personer med psykisk utviklingshemming og sinnemestringsutfordringer kan ha i møte med denne behandlingsformen.</p> <p>Disse personene ble valgt ut tilfeldig fra hver gruppe, etter noen ekskluderingskriterier slik som at en måtte ha tilstrekkelig verbal evne</p> <p>Studien vurderer selv egne svakheter</p>	<p>Svakheter: En generell svakhet ved kvalitativ metode er at en ofte ikke kan generalisere til en større gruppe på lik linje som kvantitativ. Disse 11 personene med psykisk utviklingshemming vil ikke være representative for hele brukergruppen, men snarere seg selv.</p> <p>Selv om det er nødvendig gjør ekskluderingskriteriene at meningene til disse personene ikke blir belyst i studien.</p> <p>Intervjuerne kunne ikke vurderes som uavhengige og står derfor i risiko for å skade reliabiliteten til studien.</p> <p>Andre psykologiske prosesser kan ha påvirket de uttalte meningene til deltakerne, studien referer til at personer med utviklingshemming kan være skeptiske til å uttrykke kritiske meninger om studien blant annet på bakgrunn av det de opplever som de sosiale forventningene av dem til å være positive.</p>

Artikkel 3: Stimpson, A., Kroese, B.S., MacMahon, P., Rose, N., Townson, J., Felce, D., ... Willner, P. (2013) The Experiences of Staff Taking on the Role of Lay Therapist in a Group-Based Cognitive Behavioural Therapy Anger Management Intervention for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol.26 (1), s.63-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12006>

Hensikt	Å undersøke tjenesteyterne sin erfaring med å gi gruppebasert kognitiv atferdsterapi for sinnemestring til mennesker med psykisk utviklingshemming i forbindelse med studien til Willner et al (2013)	
Metode	Kvalitativ metode i form av semistrukturert intervju 2 til 6 uker etter den siste gruppetimen.	
Utvalg	Ni tjenesteytere deltok i denne studien (fem menn og fire kvinner). Av disse var det to avdelingsleder og syv miljøarbeidere (hvorav to var såkalte "senior support workers" med utvidet ansvar for tjenesteytingen enn resten).	
Resultat	Flere nøkkeltemaer utpekte seg i løpet av intervjuene, slik som håp og frykt, å ha et rammeverk, å få det til å funke, observere progresjon, ingrediensene til suksess, terapeutens rolle og å ta med gruppen fremover. Deltakerne opplever at tjenestemottakerens sinne nivåer er falt og forståelsen av følelser er økt. Det ble dog gjenkjent at tjenestemottakerne fortsatte å behøve oppfølging og støtte for å bevare og utvikle ferdighetene da dette var en utfordring for både gruppen og individene. Evnen til å fasilitere, kommunisere effektivt, sette tempo og tilpasse etter forutsettingene i gruppen ble identifisert som viktige egenskaper som terapeut. De fleste deltakerne var fornøyd med rammeverket til behandlingen, men to av dem mente det begrenset deres rom til å være fleksibel i møte med den enkeltes behov. Det konkluderes med at tjenesteytternes deltakelse ble sett på som positiv både for seg selv og brukerne, til tross for at mange opplevde terapeutaollen som skremmende.	
Redegjort for etiske overveielser?	Det kommer ikke tydelig frem hvilke etiske vurderinger som er blitt gjort. Men da dette er en del av ett større forskningsprosjekt kan det tenkes at de etiske overveielser ble gjort i andre deler av prosjektet.	
Kvalitetsvurdering og metodekritikk	<p>Styrker:</p> <p>Spørsmålene som ble stilt var åpne, slik at ikke forskerne la føringer for svarene</p> <p>Alle intervjuerne hadde deltatt i oppfølgingen til studien til Willner et al, så for å sikre habilitet intervjuet disse deltakere fra andre regioner enn de som de selv hadde bistått under terapien</p> <p>Før forskningen ble publisert gikk alle intervjuerne gjennom opptakene og skrev sitater og dro slutninger ut ifra dette, for å minske faren for den subjektive tolkningen ved kvalitative studier</p> <p>Studien nevner selv noen svakheter ved studien</p>	<p>Svakhet:</p> <p>Som nevnt under styrker var intervjuerne med på forskningen og oppfølgingen av deltakere noe som kan prege habiliteten. Til tross for at de intervjuet andre deltakere enn de de selv fulgte opp.</p> <p>Til tross for at det tas forholdsregler for å sikre validitet i studien, så er en generell svakhet ved kvalitativ metode at en ofte ikke kan generalisere til en større gruppe på lik linje som kvantitativ. I tillegg var det kun ni deltakere som ikke nødvendigvis kan være representativt for en hel yrkesgruppe.</p> <p>Det kommer ikke tydelig frem hvilke etiske vurderinger som er blitt gjort.</p>

Artikkel 4: Taylor, J. L., Novaco, R. W. & Brown, T. (2016) Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities . *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 60 (2), s.126-133. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12220>

Hensikt	Å systematisk undersøke om aggresjons- og voldsnivået minsker hos personer med psykisk utviklingshemming som er i en rettspsykiatrisk sykehustjeneste ved bruk av individuell kognitiv atferdsterapi, to ganger i uken i totalt 16 økter.	
Metode	Kvantitativ metode med innhenting av pasientjournalene og kvantifisering av fire typer atferd (skade på inventar, verbal utagering, verbale trusler og fysisk utagering på medpasienter eller personal). Data ble innhentet 12 måneder før og 12 måneder etter behandlingen.	
Utvalg	50 pasienter (6 kvinner og 44 menn) med mild til borderline psykisk utviklingshemming. Gjennomsnittsalder var 30 år og gjennomsnittstiden på sykehuset var 3,4 år. Gjennomsnitt IQ var 68.6. Pasientene ble referert til sinnemestring behandling av sine tverrfaglige behandlings grupper.	
Resultat	Etter behandling falt antall “aggressive hendelser” med 34-35%. Etter behandlings falt antallet av fysiske angrep med 55.9%. Disse funnene bygger opp under effektiviteten av kognitiv atferdsterapi for arresterte pasienter med aggresjons historie. Selv om antall kvinner var lavt, viste det seg at kvinner reagerte bedre på behandlingen enn sammenlignet med menn.	
Redegjort for etiske overveielser?	Godkjent av the Trust`s Reasearh and NICE Implementation Manager og var registrert på the clinical governance database. Studien var ikke designet for å inneholde en kontrollgruppe, og dette ble vurdert til å være problematisk med tanke på etiske vurdering. Det ble innhentet godkjenning til journalinnsyn og deltakelsen var frivillig. Pasientene som ble inkludert baserte seg på flere kriterier: historie med sinne og aggresjon, lengde på sykehusopphold, aggressiv oppførsel i sykehus settingen m.m. Pasientenes mulighet til å benytte seg av tilbudet ville blitt utsatt om deres mentale tilstand eller oppførsel tilsa at de ikke kunne delta i behandling på en trygg måte.	
Kvalitetsvurdering og metodekritikk	<p>Styrker: Studien finner sted i et meget kontrollerbart miljø. Dette fører til at man i større grad har kontroll på variablene som påvirker resultatet.</p> <p>Studien bruker fire konkrete målinger for aggressive hendelser, dette gir en veldig konkret måte å kontrollere fremgangen etter behandlingen.</p> <p>Studien vurderer selv egne svakheter.</p>	<p>Svakheter: Studien sier selv at hovedutfordringen er at det er bare 50 deltakere, og ingen kontrollgruppe.</p> <p>Fordi studien ikke hadde en kontrollgruppe er det vanskelig å se disse resultatene i en større sammenheng. Det er naturlig å tenke at denne pasientgruppen har en naturlig remisjon og deltakernes forbedring utover disse ville vært en interessant sammenligning.</p> <p>Det kan derfor tenkes at den målte effekten ikke er på bakgrunn av behandlingen, men heller remisjon på bakgrunn av den daglige behandlingen.</p> <p>Noen av pasientene som var en del av studien ble skrevet ut før 12 måneders perioden og gikk dermed ut av studien. Dette kan ha ført til forandret behandlingseffekt i studien.</p>

Artikkel 5: Rose, J. (2013). A Preliminary Investigation into the Influence of Therapist Experience on the Outcome of Individual Anger Interventions for People with Intellectual Disabilities, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 41(4), s.470-478. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465812000823>

Hensikt	Undersøke hvilken betydning terapeutens erfaring har i resultatet av individuell sinneintervensjoner for personer med psykisk utviklingshemming.	
Metode	Kvantitativ metode i form av spørreskjema (basert på Anger inventory, Benson og Ivins, 1992) både før og etter behandling.	
Utvalg	37 personer med psykisk utviklingshemming og sinneutfordringer mottok individuell behandling. 19 (11 menn og 8 kvinner) ble behandlet av en erfaren psykolog, mens 18 (14 menn og 4 kvinner) ble behandlet av en mindre erfaren terapeut som hadde jobbet rundt sinnemestring i gruppeformat tidligere.	
Resultat	Tjenestemottakerne som ble behandlet av de erfarne terapeutene fikk i større grad forbedring på Anger Inventory (en selvrapporterings undersøkelse av sinneintensitet i respons til gitte scenarioer) enn hva de uerfarne gjorde. Både med tanke på den gjennomsnittlige scoren til gruppen, samt med tanke på hvor mange som fikk en reliabel effekt av deltakerne. Begge gruppene fikk dog signifikante forbedringer på Anger Inventory.	
Redegjort for etiske overveielser?	Studien ble gjennomgått og godkjent av en etisk komite. Alle deltakerne leverte et informert samtykke etter at dem selv og nærpersoner ble informert om studien. Alle deltakerne fikk tilbud om å ha med en nærperson til behandlingen.	
Kvalitetsvurdering og metodekritikk	<p>Styrker: Artikkelen går grundig gjennom egne svakheter og potensielle bias.</p> <p>De benytter seg både av anerkjent sinne måleinstrument og undersøker den varige reliabiliteten til forandringene.</p> <p>Både de erfarne og uerfarne terapeutene jobbet ut fra en manualisert behandlingsplan.</p> <p>Terapeutene fikk veiledning før og under opplegget for å sikre at de var tro til programmet og at behandling ble gitt på riktig måte.</p>	<p>Svakheter: Kun to erfarne terapeuter gjør at deres individuelle kompetanse blir veldig utslagsgivende</p> <p>Artikkelen viser selv til relativt liten populasjon og en rekke potensiell bias</p> <p>Noen systematiske biaser blir nevnt som at de mer erfarne psykologene hadde klienter som høyere sum på Anger Inventory og dermed større utviklingsrom.</p> <p>Evalueringen går kun på et standardisert spørreskjema (anger inventory), og undersøker ikke utslag i det virkelige liv</p>

4.2 Mine hovedfunn

Jeg skal nå presentere to tema for hovedfunn som er valgt for å kunne belyse sider ved min problemstilling

4.2.1 Effekt av kognitiv terapi for personer med psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer

Både Willner et al (2013), Rose (2013) og Taylor et al (2016) indikere at behandlingen var effektiv i å forbedre sinnemestring for personer med psykisk utviklingshemming. Willner (2013) viste at intervensjonen hadde en liten, men ikke signifikant effekt på brukernes selvrappotering på “the Provocation Index”. Men resultatene var signifikant lavere i begge oppfølgings evalueringene. Signifikant var også tjenestemottakerens utvikling på selvrappotert måling av sinne basert på personlig fremtredende triggere. Taylor et al (2016) kunne vise til en signifikant bedring på konkrete tilfeller av utøvelse av aggresjon. Etter behandling falt antall aggressive hendelser med 34-35% og antallet av fysiske angrep med 55.9%. Også Rose (2013) kunne rapportere om funn som tilsa signifikante forbedring i uttrykt sinne. Tjenestemottakerne selv rapporterte at de opplevde en positiv forandring i etterkant av behandlingen, og at de blant annet hadde strategier de nå kunne benytte (MacMahon et al, 2015). I studien til MacMahon (2015) sier blant annet en av deltakerne: “Not in a bad mood in the house now. [...] not mad, not mad “ (s.348). Tjenesteyterne mente kommunikasjonsferdighetene og forståelsen av følelser forbedret seg, samt at sinnekontrollen økte hos tjenestemottakerne etter behandling (Stimpson et al ,2013). Men de opplevde også mindre effekter og en av dem uttalte: “I’d like to say that it was totally rewarding but it was also very frustrating because we’d go through things in the group and it was clear that people had an understanding [...] They talk about something here about how not to do it and they go straight back home and do it!” (Stimpson et al, 2013, s.67).

4.2.2 Betydning av behandler

I studien til Taylor et al (2016) ble behandlingen gitt individuelt av psykologer. Studien viste en signifikant nedgang på 34,5 % på det de har definert som en aggressiv hendelse. Studien til Willner et al (2013) tyder på at personell som jobber med mennesker med psykisk utviklingshemming kan levere kognitiv atferdsterapi ut ifra et satt program med effekt og begrenset opplæring. Dog er deltakerens selvrappotert vurdering på “Provocation index” liten og ikke signifikant i denne studien. I studien til Rose (2013) av terapeutens erfaring og dets innvirkning på behandlingen viser behandlingsformen å ha signifikant effekt. Dog er

effekten hos de som har blitt behandlet av de mindre erfarne terapeutene lavere både på Anger Inventory undersøkelsen, samt mindre reliable endringer, som sier noe om hvor målesikkert resultatene er (Rose, 2013). I studien til Stimpson et al (2013) nevnes evnen til å fasilitere, kommunisere effektivt, arbeide i riktig tempo samt tilpasse etter de forskjellige forutsetningene i gruppen som viktige ferdigheter i terapeutrollen. I den ene kvalitative studien som ser på noen deltakere sine opplevelser av denne behandlingen kommer det frem at deres relasjon til hverandre, samt til personalet har blitt bedre etter behandlingen. Flere trekker også frem at de har forandret seg til det positive i etterkant av dette (MacMahon et al, 2015). Det konkluderes med at tjenesteyternes deltakelse ble sett på som positiv både for seg selv og tjenestemottakerne (Stimpson et al, 2013). Både tjenesteytere og mottakere dro frem at de følte seg sosialt og emosjonelt nærmere hverandre enn tidligere og stolte mer på hverandre (Macmahon et al, 2015; Stimpson et al, 2013).

5 Diskusjon

I diskusjonskapitlet skal jeg drøfte hvordan mine to hovedfunn svarer på min problemstilling i lys av allerede presentert teori. Min problemstilling er: *Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi?* Dette vil jeg gjøre ved å først ta for meg den første delen av problemstillingen som omhandler hvorvidt behandlingen er effektiv. Deretter vil jeg diskutere om det er hensiktsmessig at vernepleieren yter denne tjenesten.

5.1 Har behandlingen effekt?

Som nevnt i teorikapitlet baserer kognitiv atferdsterapi seg på en problemløsningsorientert tilnærming hvor målet er å skape forandring i tanker, følelser og atferd (Snoek & Engedal, 2017). Når jeg nå skal diskutere hvorvidt forskningen tyder på at kognitiv atferdsterapi kan være en effektiv behandling for personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming med sinnemestringsutfordringer er det altså forandring i følelser, tanker og atferd som er endringene vi ser etter.

Jeg skal først se på endring i følelser i form av sinne. Sinne som er ute av kontroll kan være en barriere for god helse og muligheten til sosial utfoldelse (Bakken, 2015).

Sinneproblematikk var et av inkluderings kriteriene til de kvantitative studiene jeg har sett på. Rose (2013) viste en signifikant reduksjon i selvrapportert sinne intensitet på Anger Inventory etter behandling. Stimpson et al (2013) sitt studium med tjenesteytere som deltakere underbygger dette funnet da de opplever at tjenestemottakerens sinne nivåer er falt. Dette kan tyde på at terapien har hatt effekt med tanke på positive forandring i følelser. Et konkret eksempel på dette ser vi i studien til MacMahon et al (2015) hvor en av deltakerne sier: "Not in a bad mood in the house now. [...] not mad, not mad" (s.348). På den andre siden ble mindre effekter dokumentert av Willner et al (2013). Funnene viser en positiv, men ikke signifikant endring i følelsene i Provocation Index. Dette kan enten skyldes varierte eller små resultater av behandlingen. Dette underbygges av tjenestemottakerne i MacMahon et al (2015) hvor flere uttalte at de fortsatt følte seg sinte etter behandlingen. Dette kan ses i sammenheng med at emosjonelt velvære ikke dreier seg om å fjerne eller korrigere sinne, men derimot øke forståelsen og bekrefte følelsene som dukker opp (Innstrand, 2009). Ved å se på de kvalitative studiene peker det seg ut at forståelsen for følelser er forbedret. Blant

annet viser tjenestemottakerne konkrete eksempel på dette i studien gjennom å vise til metaforer og fysiske reaksjoner for hva følelser er (MacMahon, et al 2016). Tjenesteyterne underbygger dette ved at de har observert et større nivå av forståelsen av følelser i etterkant av behandlingen (Stimpson et al, 2016).

Effekten behandlingen har på tanker rundt sinne og egne utfordringer rundt disse er også av effektene jeg ønsker å se på. Snoek og Engedal (2017) bygger under viktigheten av dette med å presisere at tanker og forestillinger om situasjoner kan være hindring for bedring. Det er tegn flere steder i forskningen på endrede tankemønstre, mest fremtredende er bruken av sinne mestrings teknikker. Willner et al (2013) trekker frem signifikante forbedringer i bruken av disse. Blant annet viser både 16 ukers- og 10 måneders evalueringene at tjenesteytere på aktivitetssenteret og i hjemmet observerer en økning i sinnemestrings ferdigheter hos deltakerne. Dette bekreftes også av Stimpson et al (2013) hvor en av tjenesteyterne mente at verktøyene de lærte ga dem bedre sinnemestring og at det igjen førte til et roligere miljø. Flere av tjenestemottakerne i MacMahon et al (2015) sa at de fortsatt følte sinne, men at disse teknikkene hjalp dem i situasjonene hvor sinne oppsto. Deres forskning tyder på at ingen av tjenestemottakerne kunne referere til såkalte kognitive strategier (MacMahon et al, 2015). Dette kan skyldes utviklingshemmedes nedsatte kognitive ferdigheter (Worlds Health Organization, 1999). Derimot så man atferds strategier som å trekke seg unna eller spørre om hjelp, var det mange av tjenestemottakerne kunne vise til bruk av (MacMahon et al, 2015). Dette underbygges av tjenesteyterne som i forskningen til Stimpson et al (2013) viser til at det virker å ha fungert bedre å finne alternativ til utfordrende atferd slik som å gå unna situasjonen eller høre på musikk, fremfor å si “don’t get angry” (s.68). På den andre siden var det stadig etter behandlingen noen som ikke ville gjenkjenne at utfordringene rundt deres sinne og aggressivitet lå hos dem, men hos andre (MacMahon et al, 2015). Dette underbygges også av tjenesteyterne som beskriver noen av tjenestemottakerne som ikke klarte å bruke ferdighetene lært i gruppen “I’d like to say that it was totally rewarding but it was also very frustrating because we’d go through things in the group and it was clear that people had an understanding [...] They talk about something here about how not to do it and they go straight back home and do it!” (Stimpson et al, 2013, s.67). Dette kan tenkes å skyldes mennesker med psykisk utviklingshemming sine vansker med generalisering (Bakken, 2015). Det vil si at selv om de lærer teknikker og strategier på terapien kan det være utfordrende for dem å nyttiggjøre seg dette utenfor terapirummet.

Som nevnt i teorigapitlet uttrykkes emosjoner slik som sinne gjennom atferd. Mennesker med psykisk utviklingshemming er spesielt sårbare for dysfunksjonell emosjonsregulering noe som medfører større risiko for utfordrende atferd (Bakken, 2015). Med tanke på at sinne og atferd er så nært knyttet opp mot hverandre blir det naturlig å blant annet vurdere effekten på behandlingen i min oppgave ut ifra en atferdsendring i henhold til prinsippene i kognitiv atferdserapi (Snoek & Engedal, 2017). Taylor et al (2016) sin forskning hadde en relativt tydelig og konkret måling av atferdsendring etter behandling. Deres funn viste en reduksjon på totale aggressive hendelser med 34,5 % og antall fysiske angrep ble redusert med 55,9%. I studiet til Willner et al (2013) meldte tjenesteyterne fra dagsenteret og hjemmet en signifikant reduksjon i utfordrende atferd. Denne effekten underbygges også i forskningen til MacMahon et al (2015) da en av deltakerne svarer dette på spørsmål om strategier benyttes i etterkant av behandling: "That's what kept me from going overboard today" (s.348). Fra samme studie kommenterer en av deltakerne "It's made all of us bond more since that course (...) There's no more arguments up here since then." (s.348) i omtale av miljøet på aktivitetssenteret etter behandlingen. Disse funnene tyder på en potensiell effekt med tanke på endring av atferd. På den andre siden trekker tjenesteyterne frem i Stimpson et al (2013) at enkelte av deltakerne hadde vanskeligheter med å bruke ferdighetene lært i gruppen i dagliglivet. Dette underbygges i MacMahon et al (2015) hvor det blir nevnt at flere av tjenestemottakere ikke så sammenheng mellom aktivitetene og ferdighetene i gruppen og behandlingens overhengende tema, samt bruken av disse i dagliglivet. Dette kan som nevnt handle om deres mulig svekkede kognitive og sosiale ferdigheter (World Health Organization, 1999). Som igjen kan påvirke deres evne til å generalisere det de har lært (Bakken, 2015).

De tre kvantitative studiene inkludert i oppgaven har alle sprikende problemstilling, design og måleinstrument. Allikevel kommer de alle tre frem til at deres studie kan tyde på at kognitiv atferdsterapi kan være en effektiv behandling for personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming og sinnemestringsutfordringer (Willner et al, 2013; Taylor et al, 2016 ; Rose, 2013). De kvalitative studiene gir nyanse til måleinstrumentene brukt i de kvantitative studiene og viser at mange av deltakerne hadde god nytte av behandlingen (MacMahon et al, 2015 ; Stimpson et al, 2013). Ut ifra diskusjonen over ser det ut til at alle de tre områdene som endres som følge av behandling har gjensidig påvirkning på hverandre.

Dermed vil en endring i en av områdene ofte medføre at de to andre aspektene også blir påvirket. Etter mitt syn kan ulike resultater med tanke på effekt blant annet skyldes individuelle forskjeller. Jeg mener at individuell tilpasning og vurdering av egnethet er viktige faktorer for å oppnå ønsket effekt. Alt i alt kan det virke som at personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming og sinnemestringsutfordringer kan dra nytte av kognitiv atferdsterapi med tanke på forandring i følelser, tanker og atferd.

5.2. Er det hensiktsmessig at vernepleieren yter behandlingen?

Som nevnt i teoridelen har personer med psykisk utviklingshemming potensielt ett større psykologisk behov enn befolkningen for øvrig, allikevel har de sjeldent tilgang på passende psykologiske helsetjenester (Kroese et al, 2014). For å systematisere diskusjonen om vernepleieren kan gi denne behandlingen effektivt har jeg identifisert ulike variabler fra forskningen og teorien jeg vil bruke som utgangspunkt for diskusjonen.

I studien om miljøarbeidere som behandlere kommer deltakerne frem til en rekke faktorer som var viktig for å få gruppen til å fungere. Blant disse ble evnen til å fasilitere, kommunisere effektivt, arbeide i riktig tempo samt tilpasse etter de forskjellige forutsetningene i gruppen sett på som viktige ferdigheter (Stimpson et al, 2013). Disse egenskapene kan sees i sammenheng med vernepleierens evne til å utøve samspillet mellom kunnskapsbasert forskning, erfaringsbasert kunnskap samt pasientenes ønsker og behov (Nordlund et al, 2015). Etter mitt syn vil en tjenesteyter som arbeider med personene på en dagligbasis ha et større grunnlag for å justere etter disse individuelle forutsetningene enn en psykolog som kommer inn for å gi en kortvarig systematisk behandling. I tillegg er det viktig å være bevisst tiden personer med psykisk utviklingshemming kan trenge for å innstille seg nye personer, og at enhver er spesielt sårbar i begynnelsen av en ny relasjon. (Eknes & Løkke 2009). I arbeidet rundt å tilrettelegge for god livskvalitet for personer med psykisk utviklingshemming er vernepleierens kompetanse helt sentral (Jacobsen, 2014). Dermed kan det tenkes at ikke bare er det naturlig fra en vernepleiers perspektiv å delta i denne behandlingen, men også oppleves trygt for personene å ha en kjent tjenesteyter som behandler.

På den andre siden finner Rose (2013) at satt opp mot hverandre i tilnærmede like omstendigheter vil en erfaren psykolog kunne skape større positiv effekt i sinnemestring egenskaper hos brukergruppen enn det mindre erfarne psykologer kunne. Også Taylor et al

(2016) hvor behandlingen var ledet av psykologer kunne vise til signifikante forbedringer i aggressive hendelser. Det faktum at de erfarne psykologene viste seg å oppnå bedre effekt kan skyldes at de uerfarne psykologene i studien til Rose (2013) i mindre grad evnet å møte de individuelle behovene til deltakerne og fulgte behandlingsplanen de fikk tildelt mer nøyaktig. Dette blir også tatt opp i forskningen til Stimpson et al (2013) hvor to tjenesteytere sier at rammeverket ga lite rom for å være fleksibel og møte den enkeltes behov. Til tross for dette ønsker jeg å presisere at majoriteten av tjenesteyterne var positive til rammeverket de fikk tildelt (Stimpson et al, 2013). Disse funnene gir grunnlag for å tro at behandler og dens erfaring er en viktig variabel i utfallet av behandling. Og i dette tilfellet vil en psykolog har mer terapeutisk erfaring enn en vernepleier.

Til nå har vi primært sett på korttidseffekten av behandlingen. Selv om mine valgte artikler ikke har forsket på langvarig effekt, er det flere variabler som blir tatt opp og som kan tenkes å påvirke dette. Som nevnt i teori kapitlet kan personer med psykisk utviklingshemming ha vansker med å overføre kunnskaper og ferdigheter fra en situasjon til en annen (Norlund et al, 2015). I Stimpson et al (2013) ble det gjenkjent at tjenestemottakerne fortsetter å behøve oppfølging og støtte for å bevare og utvikle ferdighetene lært i gruppen. De mente det var viktig at de som fasiliteterte gruppen skulle fortsette å ta en proaktiv rolle i dette. Nettopp det med oppfølging i hverdagen er et sentralt argument for at vernepleieren som møter disse personene i deres hverdag på eksempelvis skole eller i hjemmet (FO, 2017) skal lede behandlingen. Dette underbygges av konklusjonen til Willner et al (2013) som sier at tjenesteyterne som jobber med brukergruppen i hverdagen kan bli opplært og veiledet til å yte en slik behandling. Jeg tenker at en slik involvering av miljøarbeiderne som jobber med personene på en daglig basis kan bidra til å minke gapet mellom deres forutsetninger og utfordringer knyttet til generalisering (Nordlund et al, 2015).

Det nevnes fra en av tjenesteyterne i Stimpson et al (2013) at emosjonene til tjenestemottakerne er noe en må forholde seg til på daglig basis. Videre sies det i forskningen at enten man er klar over det eller ikke, er endel av terapeutens oppgaver noe man allerede gjør mer eller mindre ustrukturert fra før som miljøarbeider. Som nevnt i teoridelen er alliansen mellom tjenestemottaker og behandler sentralt i kognitiv atferdsterapi, skal man klare å skape et ønske om involvering og endring hos personen er denne relasjonen viktig (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å). Dette bekreftes i studien til MacMahon et al (2015)

hvor deltakerne sier at den delte sosiale opplevelsen med både de trente tjenesteyterne og de andre deltakerne var vel så viktig som de enkelte elementene i kognitiv atferdsterapi behandlingen. I den samme studien ser vi at positive forhold til tjenesteyterne som ledet behandlingen virket å være spesielt viktig. Flere av deltakerne snakket om hvordan de ville bruke deres nye og forbedrede forhold til deres tjenesteyter til å støtte deres bruk av sinne mestringsteknikker samt å snakke om sine følelser knyttet til sinne. Med andre ord kan det virke som at en vernepleier som behandler trolig ville kunne prege hele miljøet i tjenestetilbudet.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg ved bruk av metoden litteraturstudie forsøkt å svare på problemstillingen: Kan vernepleieren gi effektiv behandling til personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming og sinnemestringsutfordringer basert på kognitiv atferdsterapi? Problemstillingen er todelt, og jeg har valgt å svare på disse separat. I spørsmålet om hvorvidt behandlingen vil være effektiv for målgruppen viser forskningen at behandlingen hadde effekt, ikke bare på atferd, men også tanker og forholdet til egne følelser hos brukergruppen. I spørsmålet rundt om vernepleieren kan gi denne behandlingen er min konklusjon at vernepleieren kan bidra til å minske tilbudshullet personer med psykisk utviklingshemming møter i psykiskhelsevern. Ut fra forskningen er det lite tvil om at en erfaren psykolog vil være best rustet til å lede denne behandlingen, i alle fall på kort sikt. Hvis vi derimot ser på vernepleierens tredelte kompetanse mener jeg at det gir et godt utgangspunkt for å kunne lede en slik behandling. Dette da gapet mellom brukergruppens forutsetninger og miljøbetingelsene kan minkes med vernepleierens spesielle kompetanse og kjennskap til gruppen. Dette kan skape trygghet og den støtten mennesker med psykisk utviklingshemming kan trenge for å håndtere sine utfordringer med tanke på dysfunksjonell emosjonsregulering. Når du ser på de positive aspektene ved å ha en tjenesteyter som jobber med tjenestemottakerne til daglig, og vernepleierens kompetanse mener jeg at dette gir et godt grunnlag for å kunne si at vernepleieren kunne gi denne behandlingen effektivt. Det hadde vært interessant å finne forskning som ser på langtidseffekten av denne behandlingen spesielt opp mot andre behandlingsformer. En studie med vernepleieren som behandler i norske forhold ville også vært interessant.

7 Litteraturliste

- Bakken, T.L. (2015) *Utviklingshemning og hverdagsvansker* (1.utg). Oslo: Gyldendal
- Cardenas, Y., & Malt, E. (2018). Kognitiv atferdsterapi for angst, depresjon og sinnevansker hos personer med utviklingshemning ; egnethetsvurdering, effekt og terapeutiske tilpasninger. *SOR Rapport*, 64(4), s.42-56.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6.utg) Oslo: Gyldendal
- FO (2017, 12.september) Om vernepleieryrket. Hentet fra:
<https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>
- Innstrand, A.G. (2009) Livskvalitet. I Eknes, J. og Løkke, J. A. (Red.) *Utviklingshemning og habilitering* (s. 31-44). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, K. (2014) Klassifisering og diagnostisering av personer med psykisk utviklingshemming. I K.E.Ellingsen (Red.) *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s.89-99) Oslo: Universitetsforlaget
- Kroese, B.S., Jahoda, A., Pert, C., Trower, P., Dagnan, D., & Selkirk, M. (2014). Staff Expectations and Views of Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 145-153.
- Kunnskapsdepartementet (2012). Utdanning for velferd (Meld. St. 13 (2011-2012)). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
- MacMahon, P., Kroese, B.S., Jahoda, A., Stimpson, A., Rose, N., Rose, J., ... Willner, P.(2015) It's made all of us bond since that course. . .' – a qualitative study of service users' experiences of a CBT anger management group intervention. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59 (4), s.342-352. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12144>
- Naku (2019) *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*. Hentet fra:
<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk forening for kognitiv terapi (u.å). *Hva er kognitiv terapi?* Hentet fra:
<https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Hva-er-kognitiv-terapi.pdf>

Nøttestad, J.A. & Søndena, E. (2009) Utagering – utfordrende atferd. I Eknes, J. og Løkke, J. A. (Red.) *Utviklingshemning og habilitering* (s. 233-244). Oslo: Universitetsforlaget.

Rose, J. (2013). A Preliminary Investigation into the Influence of Therapist Experience on the Outcome of Individual Anger Interventions for People with Intellectual Disabilities, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 41(4), s.470-478. DOI:
<https://doi.org/10.1017/S1352465812000823>

Røkenes, O.H. & Hanssen, P. (2012) *Bære eller bryte* (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Stimpson, A., Kroese, B.S., MacMahon, P., Rose, N., Townson, J., Felce, D., ... Willner, P. (2013) The Experiences of Staff Taking on the Role of Lay Therapist in a Group-Based Cognitive Behavioural Therapy Anger Management Intervention for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol.26 (1), s.63-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/jar.12006>

Taylor, J. L., Novaco, R. W. & Brown, T. (2015) Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities (2016) *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 60 (2), s.126-133. DOI: <https://doi.org/10.1111/jir.12220>

Willner, P. & Lindsay, W.R. (2016) Cognitive Behavioral Therapy. I N.N.Singh (Red.) *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (s.283-310). Sveits: Springer International Publishing

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse og sosialfagutdanningene* (4.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Thidemann, I. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B.S., Felce, D., Cohen, D.,... Hood, K. (2013) Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 203 (4), s.288-296. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124529>

World Health Organization. (1999). *ICD-10 : Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget

