

Sunniva May Alstad

Hvordan kan vernepleieren være med på å forebygge diagnostisk overskygging ved psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.

Bacheloroppgave i Bachelor for vernepleie

Veileder: Jørn Østvik

Mai 2022

Sunniva May Alstad

Hvordan kan vernepleieren være med på å forebygge diagnostisk overskygging ved psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.

Bacheloroppgave i Bachelor for vernepleie
Veileder: Jørn Østvik
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 1 |
| Summary..... | 2 |
| 1.0 Innledning..... | 3 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema | 3 |
| 1.2 Avgrensing | 3 |
| 1.3 Hensikt | 3 |
| 1.4 Begrep..... | 4 |
| 1.4.1 Diagnostisk overskygging..... | 4 |
| 1.4.2 Utviklingshemming | 4 |
| 1.4.3 Psykiske lidelser | 4 |
| 1.4.4 ICD-10..... | 4 |
| 1.5 Oppgavens disposisjon..... | 4 |
| 2.0 Teori..... | 5 |
| 2.1 Diagnostisk overskygging | 5 |
| 2.2 Utviklingshemming..... | 5 |
| 2.3 Kommunikasjon | 6 |
| 2.4 Psykiske lidelser..... | 7 |
| 2.4.1 Psykose..... | 7 |
| 2.4.2 Schizofreni..... | 8 |
| 2.4.3 Funksjonsfall | 8 |
| 2.4.4 Adferdsvansker | 8 |
| 2.4.5 Depresjon..... | 9 |
| 2.4.6 Angst | 9 |
| 2.5 Tverrfaglig samarbeid | 9 |
| 3.0 Metode | 9 |
| 3.1 Valg av metode..... | 9 |
| 3.2 Søkeprosess | 10 |
| 3.3 Søkelogg..... | 11 |
| 3.4 Litteratormatriser..... | 12 |
| 3.5 Analyse..... | 15 |
| 3.5.1 Tema-tabell..... | 16 |
| 4.0 Resultatdel..... | 17 |
| 4.1 Kunnskap..... | 17 |
| 4.2 Kommunikasjonsvansker | 18 |
| 4.3 Konsekvenser av diagnostisk overskygging..... | 19 |
| 5.0 Diskusjon..... | 19 |
| 5.1 Psykiske lidelser og kunnskap..... | 19 |
| 5.2 Forebyggende arbeid med kommunikasjon og relasjon..... | 21 |
| 5.3 Hvordan kan helsepersonell hindres i å forstå diagnostisk overskygging og hvordan forebygge..... | 22 |
| 5.4 Metodediskusjon..... | 24 |
| 6.0 Konklusjon | 25 |
| 7.0 Referanse..... | 27 |

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan vernepleieren være med på å forebygge diagnostisk overskygging ved psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.

Introduksjon: Psykisk helse til personer med utviklingshemming er et nytt tema i helsetjenester både i Norge og internasjonalt. Det er bare de siste årene at det har blitt et tema at denne gruppen mennesker har evnen til å ha psykiske problemer. Samtidig viser det seg at de har større forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. På grunn av dette forekommer det diagnostisk overskygging som følge av manglende kunnskap om psykiske lidelser til psykisk utviklingshemmede.

Hensikt med oppgaven: Hensikten er å gi vernepleiere og helsepersonell bedre kunnskap på psykisk helsehjelp til personer med utviklingshemming og hvordan man kan forebygge diagnostisk overskygging.

Metode på oppgaven: Metoden som er brukt i denne oppgaven er litteraturstudie der fem ulike forskningsartikler blir analysert. Det blir også benyttet annen relevant teoretisk litteratur.

Resultater: Funn i litteraturstudien viser at det er et behov for bedre kunnskap til helsepersonell når det gjelder psykisk helse til psykisk utviklingshemmede. Videre ble resultatene funnet i artiklene grunnlag for tre tema som diskuteres videre i oppgaven. Dette er: 1. Kunnskap, 2. Kommunikasjonsvansker og 3. Konsekvenser av diagnostisk overskygging.

Konklusjon: Det trengs bedre opplæring til helsepersonell når det gjelder kunnskap om psykisk helse. Videre viser det seg at dårlig økonomi og stramme økonomiske rammer til kommune gir dårligere helsehjelp til personer som trenger det. Det blir brukt ufaglært arbeidskraft for å spare på midler og disse har ikke kvalifikasjoner til å forstå hva endrende adferd kan bety. Stigmatisering og dårlig holdninger til denne gruppen mennesker blir omtalt som et problem som fortsatt eksisterer. Vise forståelse på manglende kommunikasjonsevne. Vi må være oppmerksomme på at stigmatisering og dårlige holdninger eksisterer. Vi må også være en veileder i samarbeid med ufaglærte, slik at disse blir brukt som en ressurs til forebygging av diagnostisk overskygging. Opplyse og gi kunnskap om psykisk helse til personer med utviklingshemming. Belyse at symptom bildet er noe annet enn ved psykiske lidelser til befolkningen for øvrig.

Nøkkelord: Utviklingshemming, psykisk helse, diagnostisk overskygging, forebygging.

Antall ord: 7679

Summary

Title: How can the social educator help prevent diagnostic overshadowing of the mental health issues facing adults with intellectual disabilities.

Introduction: Mental health for people with intellectual disabilities is a relatively overlooked issue in health services both in Norway and internationally. It is only in recent years that health personell have discovered these people may also suffer from various mental health problems. At the same time, it turns out that they have a greater likelihood of suffering from mental illness than the general population. Because of this, diagnostic overshadowing occurs because of lack of knowledge about mental disorders of the mentally disabled.

Purpose of the task: The purpose is to give social educators and health personnel better knowledge of mental health care for people with intellectual disabilities. Additionally, it is the purpose of this task to prevent diagnostic overshadowing.

Method: The method used in this thesis is a literature study in which five different research articles are analyzed. Other relevant theoretical literature is also used.

Result: Findings in the literature study show that there is a need for better knowledge for health personnel when it comes to mental health of the mentally disabled. Furthermore, the results found in the articles were the basis for three topics that are discussed further in the thesis. This is: 1. Knowledge, 2. Communication difficulties and 3. Consequences of diagnostic overshadowing.

Conclusion: Better training is needed for healthcare personnel when it comes to knowledge about mental health. Furthermore, it turns out that poor finances and tight economic frameworks for municipalities provide poorer health care to people who need it. Unskilled labor is used to save funds, and these do not have the qualifications to understand what changing behavior can mean. Stigmatization and poor attitudes towards this group of people are referred to as a problem that still exists. We must be aware that stigmatization and bad attitudes exist. We must also supervise in collaboration with unskilled personnel, so that these are used as a resource for the prevention of diagnostic overshadowing. It is absolutely key that one must educate and provide knowledge about mental health to people with intellectual disabilities and shed light on the fact that the symptom picture is different from of mental disorders within the general population.

Keyword: Intellectual disability, mental health, diagnostic overshadowing, prevention.

Number of words: 7679

1.0 Innledning.

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Valget av temaet i denne oppgaven er diagnostisk overskygging til voksne personer med utviklingshemming. Dette er et svært relevant tema i den vernepleierfaglige utdanningen da det viser seg at dette er et kjent fenomen som går igjen til denne gruppe mennesker. Som vernepleier skal man ha kunnskap om hvordan øke livskvaliteten til personer med utviklingshemming og skape et funksjonelt liv (Nordlund, Thronsen og Linde, 2017, s.18). I arbeid med personer med utviklingshemming har man ofte problemer med bekymringer, økende utfordringer med utagering og endrende atferd i form av stillhet og innesluttende oppførsel (Snoek og Engedal, 2017, s.188). En løpende behandling av disse symptomene vil som regel være medisinerer uten videre kartlegging i hvorfor disse endringen i adferden skjer. Det fører til at personen har en udiagnostisert lidelse som fører unødvendige bekymringer og dårligere livskvalitet. Dette er et spennende og lærerikt tema på grunn av min arbeidserfaring, der jeg ser at diagnostisk overskygging er et stort problem både på min arbeidsplass og boliger til utviklingshemmede generelt. Endrende adferd blir nesten alltid sett på som en hendelse uten at dette blir opplyst som en nyoppstått lidelse og kartlegging har ikke blitt utført. Man ser at det er lite fokus på hvorfor det har oppstått endrende adferd. En setning som ofte går igjen er «slik har h*n vært før, det går som regel over» eller «vi ser endrende adferd, derfor prøver vi ut ny medisin» uten andre helsetjenester som kan være for å øke livskvalitet. Denne holdningen bekrefter Bakken (2012 s. 39) med at det er en tendens i helsetjenester at man venter og ser hva som skjer uten at dette blir tatt videre. På bakgrunn av denne erfaringen skal jeg prøve å besvare på problemstillingen:

«Hvordan kan vernepleieren være med på å forebygge diagnostisk overskygging ved psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.»

1.2 Avgrensing

Diagnostisk overskygging kan skje både kognitivt ved psykisk helse og somatisk ved fysisk helse i helsetjenester. For å avgrense min oppgave har jeg valgt å utforske mer på konsekvensene innenfor temaet i psykisk helse. Videre ønsker jeg å avgrense min problemstilling til psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.

1.3 Hensikt

I denne studien er hensikten å finne ut hva diagnostisk overskygging er da jeg mener at dette er et tema som er veldig lite diskutert innen helsearbeid generelt, samtidig som jeg ønsker å belyse psykisk helse til personer med utviklingshemming og konsekvensene av dette. Videre ønsker jeg å besvare hvordan en vernepleier kan forebygge diagnostisk overskygging innen psykisk helse til personer med utviklingshemming. Dette blir undersøkt via forskningsartikler og annen relevant teori.

1.4 Begrep

Igjennom denne oppgaven blir tjenesteytere og vernepleiere benevnt som helsepersonell. Jeg ønsker å bruke disse benevnelserne fordi oppgaven skal handle om hvordan helsepersonell arbeider i forhold til brukergruppen i oppgaven. Dette vil da ikke kun handle om vernepleieren, men også andre profesjoner og helsepersonell. Helsepersonell skal jobbe i et tverrfaglig miljø, der man skal samarbeide og jobbe sammen med andre innen helse, derfor blir det naturlig å bruke disse benevnelserne.

1.4.1 Diagnostisk overskygging

Begrepet diagnostisk overskygging brukes til å beskrive tilfeller der helsepersonell misoppfatter adferdsendringer som er forårsaket av psykisk vansker og blir forstått som vansker som er knyttet opp mot funksjonshemmingen til personen. Man kan beskrive dette som når alle disse vanskene ikke blir til en tilleggslidelse, men blir tilskrevet funksjonshemmingen blir dette omtalt som diagnostisk overskygging (Bakken, 2020, s.15).

1.4.2 Utviklingshemming

Begrepet utviklingshemming blir brukt om personer som har en intellektuell og praktisk fungering som ligger under det vi beskriver som normalområdet. Bakken (2020 s. 16) sier at Norge følger WHO sin beskrivelse av utviklingshemming, gjennom diagnoseverktøyet ICD-10. Ifølge ICD-10 har en person utviklingshemming hvis den har en IQ på 70 eller under.

1.4.3 Psykiske lidelser

Ved psykiske lidelser innebærer det en forverring til personens funksjoner på områder slik som kognisjon, tanker, følelser og adferd som igjen fører til en negativ innvirkning på personens generelle hverdagslige funksjon (Barr & Gates, 2019, s. 226). Bakken (2020 s. 16) sier at psykiske lidelser omfatter psykoser, stemningslidelser, adferdsforstyrrelser og angst.

1.4.4 ICD-10

ICD-10 er en internasjonal offisiell diagnostiserings verktøy brukt for å stille diagnoser og klassifisere sykdommer. ICD-10 er utarbeidet av WHO, verdens helseorganisasjon. ICD-10 danner grunnlaget for den offentlige helsestatistikken og omfatter både somatiske og psykiske lidelser samt skader og dødsårsaker (Bakken, 2020, s 76).

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre i denne oppgaven kommer vi til kapittel 2. der vil det diskuteres sentrale tema som undersøker problemstillingen samt psykisk helse. Videre i kapittel 3 beskrives metodedelene som systematisk beskriver hvordan litteraturstudien er gjennomført. Videre

i kapittel 4 blir resultatene fra artiklene sammenfattet. Deretter i kapittel 5 diskuterer vi resultatene i litteraturstudien opp mot teori som er relevant for gitt problemstilling. Til slutt i kapittel 6 blir oppgaven oppsummert og konklusjon gitt. Siste kapittel 7, blir litteraturlisten over angitt litteratur presentert i alfabetisk rekkefølge.

2.0 Teori

2.1 Diagnostisk overskygging

Diagnostisk overskygging er beskrevet som et relativt nytt begrep i helsetjenester og ifølge Bakken (2020) ble dette begrepet beskrevet for første gang i 1982. Personer med utviklingshemming har problemer med å forklare sine ubehag og psykiske problemer, noe Bakken (2020) beskriver som problemer med å kommunisere og samhandle slik at de gjør seg forstått (Bakken, 2020, s 83-84). Som et resultat av dette kan vi se adferdsvansker eller endrende adferd slik som rop, selvskading, uro, andre voldsomme reaksjoner eller innesluttethet og stillhet. Dette kommer av det psykiske ubehaget de føler som de ikke kan sette ord på. Bakken sier at de som har stort hjelpebehov og manglende kommunikasjonsevner har større forekomst av utagering og utfordrende adferd (Bakken, 2020, s85). Ofte blir slik utfordrende adferd til personer med utviklingshemming knyttet opp mot psykose selv om den psykiske lidelsen kan være noe helt annet. Mest sannsynlige scenarioet her vil være at personen blir behandlet med medikamenter som da kan gi bivirkninger eller at det ikke gir noe effekt (Bakken, 2020, s85). Dette beskrives som at personen blir feildiagnostisert. Eller så blir problemene oversett og det ikke blir satt diagnose, noe som gjør at personen har psykiske plager som ikke blir behandlet, uansett fører dette til store konsekvenser for mennesket og behandlingen som blir gitt. Problemet her vil være at personen enten blir overbehandlet, eller så blir den underbehandlet. På grunn av manglende utredning skjer det feil behandling (Bakken, 2020, s.20-21).

2.2 Utviklingshemming.

Barr og Gates (2019 s. 8) skriver at intelligens er en forståelse av hvordan vi oppfatter, tenker og løser problemer i hverdagen. Til en person med utviklingshemming vil ikke deres kognitive utvikling følge den normen og falle utenfor. Utviklingen og læringen vil skje senere enn til befolkningen generelt og deres kognitive mentalitet følger ikke levealderen til personen (Barr & Gates, 2019 s. 6). Det er flere områder en person med utviklingshemming trenger bistand, dette er både i sosiale forhold, selvstendighet, skole, arbeid og fritid. Dette beskrives som personens kognitive begrensninger til å ha evnen til å ta vare på seg selv og egne behov (Bakken, 2020 s. 16). Disse begrensningene kan ikke behandles og de er varige. Ved å tilrettelegge kan man bedre situasjonen til en person

med utviklingshemming. Dette kan gjøres via tiltak som opplæring og miljøtilpasninger, der vi tar hensyn til en persons evner og fungering (Barr og Gates, 2019, s22).

Barr og Gates (2019 s 58-59) forklarer at kommunikasjon kan være et problem til personer med utviklingshemming. 80% av personer med utviklingshemming har kommunikasjonsvansker i forskjellige grader. Dette kan føre til utfordringer i samtale og instruksjoner, derfor er det viktig med konkret kommunikasjon med enkle ord og enkelt språk.

Psykisk utviklingshemming blir beskrevet som en tilstand i følge ICD-10 som:

«en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale.» (Helsedirektoratet, 2018).

Det er fire grader av utviklingshemming som går fra lett, moderat, alvorlig og dyp. Diagnosen settes da etter personens adaptive ferdighetsnivå sammen med personens intellektuelle ferdigheter. Å diagnostisere en person med utviklingshemming er viktig for å finne personens behov for både bistand, rettigheter, hjelp og støtte i hverdagen, men også personens utviklingspotensial i oppveksten (Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Kommunikasjon

Hvordan vi kommuniserer med mennesker med utviklingshemming er ifølge Barr & Gates (2019 s. 58) viktig for at samhandlingen skal være lik mellom personene og skje på like premisser. Måten vi kommuniserer på skal være tilrettelagt personen vi snakker med, og språket bør være enkelt og klart.

Videre beskriver Barr og Gates (2019 s. 59) utfordringer personer med utviklingshemming kan ha i kommunikasjon med andre mennesker. Dette blir forklart om hvordan de forstår hva som blir fortalt eller skrevet til dem. Dette inkluderer symboler, tolke ulike lyder og tegn. Denne gruppen mennesker har et begrenset ordforråd, dette kompliserer hvordan de uttrykker sine ønsker, behov og få uttrykke tanker og følelser. En annen komplikasjon i kommunikasjonen er at de har vanskeligheter med å uttrykke tydelige og forståelige setninger.

På grunn av dette kan personer med utviklingshemming bli ekskludert i kommunikasjon med andre mennesker som gjør at de ikke får uttalt sine meninger og følelser, som igjen gjør at de ikke blir hørt eller inkludert i det hverdagslige liv. At man ikke blir forstått kan bli en direkte kilde til frustrasjon som kan føre til slett emosjonsregulering med

innesluttet oppførsel eller dårlig adferd i form av selvskading, rop eller utagering (Bakken, 2020, s113).

God kommunikasjon med utviklingshemmede kan beskrives med verbal kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon og aktiv lytting. Ved verbal kommunikasjon vil det være å stille enkle men utfyllende spørsmål under samtale, der man også kan forkorte samtalen slik at innholdet skal bli tydelig. Non-verbal kommunikasjon gjøres ved å analysere kroppsspråket til personen man kommuniserer med å ha øyekontakt, berøring og se kroppsholdning, man kan også bruke bilder eller figurer som kommunikasjon eller i tillegg til kommunikasjonen (Barr og Gates, 2019 s. 62). Aktiv lytting gir rom for personen å få uttrykt deres behov, dette kan være slitsomt for personer med kommunikasjonsvansker. For helsepersonell er det viktig å gi rom for å høre og se kommunikasjonen og ha tid til at personen får kommunisere på sitt nivå (Barr og Gates, 2019 s. 66).

2.4 Psykiske lidelser

Bakken (2015) beskriver psykiske lidelser som en samlebetegnelse på flere tilstander som til felles påvirker en persons følelser og tenkning som vil i de fleste tilfeller gi kroppslige plager (Bakken og Olsen, 2012 s. 17). Historisk sett ble psykiske lidelser betegnet som galskap og nervesykdom, og eldre betegner psykiske lidelser som «Psyisk eller psykiatrisk sykdom» (Bakken & Olsen, 2012, s. 17). Bakken og Olsen (2012 s. 17) sier at psykiske lidelser omfatter «psykoser, stemningslidelser, angst- og belastningslidelser og atferdsforstyrrelser» I forhold til psykisk utviklingshemmede ble grenseoppgangen mellom hva som var psykisk lidelse og hva som var psykisk utviklingshemmede vage, og først etter 1900-tallet ble interessen for å se ulikheter mellom psykiske lidelser og utviklingshemmede økende (Bakken og Olsen, 2012 s. 23).

2.4.1 Psykose

«Psykose er en betegnelse på en psykisk tilstand med alvorlig svekket virkelighetsoppfatning. Symptomene på psykose kan være vrangforestillinger, sansebedrag, alvorlig usammenhengende tale og alvorlig usammenhengende kaotisk væremåte.» (Bakken og Olsen, 2012 s. 19).

Til personer med utviklingshemming kan symptombildet være annerledes, og det vil være vanskeligere å avklare symptomer på psykose. Aggresjon og umotiverte angrep har tidligere vært tegn på psykose til personer med utviklingshemming, men nå viser det seg at andre former for symptomer an være tegn, slik som motivasjonssvikt, apati og emosjonell avflatning (Bakken, 2020, s. 82). Derfor vil det være viktig å følge opp

personer som viser disse tegnene på mindre initiativ, klarer ikke å gjennomføre hverdagslige oppgaver, mister orienteringsevne eller generelt sosial tilbaketrekning.

2.4.2 Schizofreni

Funksjonsfall er ifølge Bakken (2020) felles for personer som lider av schizofreni. Dette vil vises ved at personen ikke klarer å følge opp sin egenomsorg. Dette vil være personlig hygiene, opprettholde kostholdet sitt eller har feil døgnrytme osv. dette funksjonsfallet kommer også til synet på sosiale forhold slik som arbeid, utdanning og hvordan man forholder seg til andre mennesker (Bakken, 2020, s. 82). Dette er særlig påkjennende for personer med utviklingshemming som har problemer på disse feltene fra før.

Symptomene på schizofreni til personer med utviklingshemming er mer alvorlige enn folk flest. Og de første symptomene er som regel funksjonsfall og stresssymptomer, som vil være søvnproblemer, problemer med kosthold, irritabilitet, adferdsvansker og urolighet. Derfor vil sansebedrag og vrangforestillinger som er de normale symptomene ved psykose bli overskygget, det på grunn av at funksjonsfallet kan være voldsomt. (Bakken, 2020 s. 83)

2.4.3 Funksjonsfall

Funksjonsfall blir beskrevet av Bakken (2020 s, 84) som manglende evne til å ta vare på seg selv, familiemedlemmer eller andre sosiale forhold slik som venner, jobb eller skole. Forskning og klinisk erfaring viser at personer med utviklingshemming er svært sårbare for funksjonsfall. Det kommer fram at depresjon er vanligere for å få funksjonsfall enn psykose spesielt til personer med utviklingshemming. Engstelighet, tristhet eller depresjon kan være faktorer som gir sosialt funksjonsfall.

2.4.4 Adferdsvansker

Adferdsendringer kan være sterke og lett å se for vanlige mennesker. For personer som har kommunikasjonsvansker eller vansker med å uttrykke seg og som ikke har evnen til å fortelle om sin redsel eller bekymringer, vil dette gi større reaksjoner. Dette oppfattes som negativ adferd. Denne aggresjonen kan bli rettet mot andre personer eller rettet mot ting. Selvskading kan også forekomme. De psykiske lidelsene som assosieres mest med adferdsvansker til personer med utviklingshemming er angst og psykose (Bakken, 2020, s. 85). Det sees en økende forekomst av adferdsvansker til personer med stort hjelpebehov og til mennesker med kommunikasjonsvansker. Atferdsvansker er også en stor faktor til redusert kontakt med andre personer samt bruken av tvang og makt (Bakken, 2020 s. 86).

2.4.5 Depresjon

«kjernesymptomene på depresjon i ICD-10 er nedstemthet, nedsatt lyst og interesse, samt nedsatt energi eller tretthet.» (Bakken, 2012, s. 86).

Disse symptomene er ikke like lett å se til personer med utviklingshemming. Dette er særlig hvis personen har alvorlig grad av utviklingshemming. Dette gjør at man må observere andre tegn enn man ellers ville gjort, for eksempel ting som gjorde personen glad før ikke lengre gjør den glad, endring i væremåte og manglende mimikk eller kroppsspråk. Også andre adferdsendringer må observeres og gjøres rede for (Bakken, 2012, s 86).

2.4.6 Angst

Angst blir beskrevet som en kompleks kombinasjon av kroppslige reaksjoner og følelser. Mer konkret kan man si at angst er en reaksjon på en farlig situasjon som gjør at man øker sjansen for å overleve. Å oppleve frykt, panikk eller bekymringer er vanlige følelser til angst. Bakken (2012 s.63) beskriver videre at personer med utviklingshemming har økt risiko enn befolkningen ellers til angstlidelser. Symptombildet vil også avvike fra symptomer til befolkningen for øvrig. Adferd som egentlig er symptomer for angst vil bli sett på som stahet, sinne eller annen psykisk lidelse (Bakken, 2012, s. 63).

2.5 Tverrfaglig samarbeid

Det vil være et økende behov for personer med utviklingshemmede å ha oppfølging fra ulike faggrupper og sektorer. Derfor vil det være kommunens ansvar å tilrettelegge et godt tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell, fastlege og spesialhelsetjenesten slik at det blir tilrettelagt et godt behandlingsforløp på tvers av sektorer slik at personen som trenger det når sitt konkrete mål i behandlingen (Helsedirektoratet, 2021).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

For å løse problemstillingen i denne oppgave blir litteraturstudie brukt som metode. for å belyse en problemstilling er valget av metode en systematisk framgangsmåte for å innhente informasjon og kunnskap (Thidemann, 2019 s.74). Litteratursøket gjennomføres via Thidemans (2019 s. 77-78) rammeverk for å systematisk samle inn relevant litteratur. Informasjonen som blir innhentet under litteratursøket blir sett på med kritisk blikk i forhold til problemstillingen. Igjennom hele søkeprosessen ble IMRaD-strukturen brukt der for at søkeprosessen skulle være effektiv og at man får en systematisk måte å se om artiklene er relevante til problemstillingen man skal svare på. IMRad-strukturen står for innledning, metode, resultat og diskusjon og hvordan det er bygd opp i artiklene (Thideman, 2019, s 30).

3.2 Søkeprosess

Litteraturstudiet er en metode som skal systematisere den kunnskapen man innhenter fra skriftlige kilder i forskjellige databaser. I denne oppgaven består det av relevant litteratur og bruke ulike søkemotorer på internett (Thidemann, 2019, s. 77). Et innledende litteratursøk ble benyttet i søkeprosessen (Thidemann, 2019, s 81). Databasene som ble brukt var PubMed, Medline, Idunn og Google scholar. Søkeprosessen startet med å søke opp norske søkeord som var utgangspunkt i problemstillingen min herunder «Psykisk helse og utviklingshemming» og «Diagnostisk overskygging». Underveis i søkeprosessen ble ulike søkeord og kombinasjoner utprøvd, og søkene ble fort utvidet til engelsk da det viser seg at det var lite treff på den problemstillingen i norsk litteratur. Kriteriene i søkeprosessen ble derfor utvidet for å finne mest mulig relevante artikler for å besvare problemstillingen.

I søkeprosessen ble PICO-skjemaet brukt. Tabellen er et hjelpemiddel i søkeprosessen slik at den fokuserer og presiserer hva søkeordene er. Dette tydeliggjør formålet med oppgaven og dermed bidro til at enkelte søk ble avgrenset (Thidemann, 2019 s. 82-83). PICO tabellen brukt i denne søkeprosessen vises under:

Tabell 1-PICO-tabell

| Pasient (Hvem/Hva) | Intervention (Hva) | Comparison (Alternativer) | Outcomes (Resultater) |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| Psykisk utviklingshemmede | Diagnostisk overskygging | ingen | Hvorfor skjer det diagnostisk overskygging. Hvordan forebygge? Hvordan kan helsepersonell være med på å se og forebygge diagnostisk overskygging |

For å inkludere og ekskludere artikler ble en liste med kriterier satt opp. Disse inkluderingskriteriene var at det skulle være fagfellevurderte artikler, hvilket tema og tidsrom. På grunn av manglende norske publikasjoner, ble engelske søkeord prioritert. Underveis i søkeprosessen ble noe av kriteriene avgrenset, da det ble for få relevante artikler. Derfor ble tidsrom fjernet som kriterier på grunn av manglende relevante artikler fra nyere dato. Artikler som manglet IMRaD-struktur ble ekskluderingskriteriet (Thidemann, 2019, s. 83).

3.3 Søkelogg

Søkehistorikken presenteres i løpende tekst tabell 2, som viser hvordan søkene ble gjort og hvordan de tok form. Tabellen viser søkedato, hvilke søkeord og kombinasjoner, hvilke databaser som ble brukt og hvor mange treff. Dette gir en strukturert dokumentasjon på søkeordene (Thidemann, 2019, s. 89).

Tabell 2 - Søkelogg

| Søkedato | Søk nr. | Søkeord og kombinasjoner | Avgrensinger Database | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Artikler inkludert. |
|------------|---------|--|-------------------------|--------------|----------------|----------------|---|
| 22.03.2022 | 1 | Diagnostic overshadowing. | 0 Pubmed | 1037 | 15 | 5 | 2 <i>Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness</i> <i>Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study</i> |
| 25.03.2022 | 2 | Diagnostic overshadowing | 2018-2022 pubmed | 217 | 20 | 3 | 1 Understanding the experience of diagnostic overshadowing associated with severe mental illness from the consumer and health professional perspective: a qualitative systematic review protocol |
| 25.03.2022 | 3 | Diagnostic overshadowing mental health | 0 Pubmed | 95 | 6 | 6 | 0 |
| 25.03.2022 | 4 | Diagnostic overshadowing | 0 Google scholar | 19400 | 30 | 4 | 0 |
| 25.03.2022 | | Diagnostic overshadow* | Artikler Google scholar | 1940 | 20 | 3 | 0 |
| 25.03.2022 | 5 | Diagnostic overshadowing intellectual disability | 0 Google scholar | 18600 | 15 | 3 | 0 |
| 25.03.2022 | 6 | psykisk helse psykisk utviklingshemning | 0 pubmed | 2 | 2 | 2 | 1 Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning |
| 02.04.2022 | 7 | Psykisk helse utviklingshemming | Artikler Google scholar | 24 | 15 | 0 | |
| 10.04.2022 | 8 | Mental health special nurse | | | | | |
| 05.05.2022 | 9 | Diagnostic overshadowing reviewed | 0 pubmed | 369 | 3 | 1 | 1 Diagnostic Overshadowing Reviewed and Reconsidered |

Ved første søk var et overblikk over hvilke artikler som var tilgjengelig. Først ble tittelen på artiklene lest før de ble lest abstrakt. Var ikke artikkelen relevant til min problemstilling ble de ekskludert. Alle artiklene som ble valgt ut til å leses, ble skrevet ut og sammenlignet med problemstillingen som var valgt til oppgaven. Dette var for å finne artikler som var mest relevant til å svare på problemstillingen på best mulig måte. Det ble flere komplikasjoner i søkene da det viste seg at det var få artikler som var relevante til min problemstilling. Dette gjorde at arbeidet med å finne relevante artikler var svært

tidskrevende. Det ble gjort flere runder i forskjellige databaser både med avgrensninger, flere søkeord og uten avgrensninger og søkeord. Det ble også gjort et søk i google scholar for å se om det var relevante artikler der. Først ble et søk gjort med: «diagnostic overshadowing», omfanget av antall treff var store, og det viste seg at de relevante artiklene som ble presentert, var artikler jeg allerede hadde lest abstract eller igjennom tidligere. Etter et nytt søk på google scholar ble søkeordene «Intellectual disability» brukt sammen med «diagnostic overshadowing» ble det funn av en fagfelleverdert artikkel som ble relevant til problemstillingen. Ønsker å forsvare søket på google scholar med tidsbruken som ble brukt på gjeldene databaser for å finne en artikkel som var relevant til min problemstilling.

3.4 Litteraturmatriser

Artiklene som ble valgt ut er analysert og sammenfattet i en litteraturmatrise. Litteraturmatrisen ble et godt hjelpemiddel til å reflektere og grundig gå igjennom hver av de fem artiklene. Dette gjør at det blir sammenstilt og notert ned viktig informasjon fra hver enkelt artikkel (Thidemann, 2019, s 95). Litteraturmatrisene blir presentert i løpende tekst.

Tabell 3- Artikkel 1

| | |
|-----------------------------|--|
| Full referanse | Jones, S., Howard, L., Thornicroft, G., (04. August. 2008) 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 118(3) p. 169-171. Fra: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x |
| Hensikt | Viser til konsekvensene av diagnostisk overskyggelse ved psykisk helse til personer med utviklingshemming. Beskriver områder som trenger mer forskning i dette temaet og belyser problemer med lite forskning generelt ved diagnostisk overskygging. |
| Metode | Kvalitativ forskningsstudie gjennomført av 3 forskere. |
| Utvalg | 215 helsepersonell var med i studien i form av leger, sykepleiere og annen helseansatte. |
| Hovedfunn/resultater | Resultatene viser at det ikke er en gyldig grunn til at symptomer på dårlig psykisk helse til personer med utviklingshemming blir oversett. Man ser skjevfordeling i synet på helsehjelp til denne gruppen mennesker. Diskriminerende holdninger og manglende kunnskap er tema i denne studien. Andre sannsynligheter som kommer opp ved diagnostisk overskygging i denne studien er kommunikasjonsproblemer, brudd eller vanskeligheter i kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker. Studien trekker fram konsekvensene av diagnostisk overskygging og at dette er tema som burde bli mer belyst i arbeid med personer med utviklingshemming. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Artikkelen blir skrevet av anerkjente forskere. Det er forsket gjennom flere studier og gir en bredere forståelse på problemet «Diagnostisk overskyggelse» gjennom flere forskningsmetoder. Artikkelen er publisert av et velkjent tidsskrift med månedelige fagfellevurderinger. Svakheter: Artikkelen gir oppsummering på forskjellige forskninger og mangler en spesifikk forskningsmetode med resultat. |
| Relevans | Studien anses som relevant til min problemstilling for den gir et klart bilde på manglende blick på diagnostisk overskygging til helsepersonell. Artikkelen tar opp forskjellige tema til hvorfor diagnostisk overskygging skjer, og hvordan vi kan forebygge dette. Man ser også at det mangler forskning på dette temaet og at det er en sentral del i helseverden som burde bli bedre belyst. |
| Etikk | I artikkelen er det helt anonymisert og gir et generelt bilde. |

Tabell 4- Artikkel 2

| | |
|----------------------------|---|
| Full referanse | Skullerud, E., Linaker, O., Svenning, A., & Torske, H. (2000). Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming. <i>Tidsskrift</i> 2022, from https://tidsskriftet.no/2000/11/klinikk-og-forskning/psykisk-helse-blant-mennesker-med-psykisk-utviklingshemming |
| Hensikt med studien | Ser forekomster av psykiske lidelser til personer med utviklingshemming. Tar opp konsekvensene av at psykisk helse ikke blir kartlagt til personer med utviklingshemming. |
| Metode | Metoden som ble brukt i studien besto av observasjon og intervju/samtale. Dette er da en kvalitativ forskningsmetode. |
| Utvalg | Deltagergruppen besto av 28 personer. 24 menn og 4 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 52,5 år, varierende fra 28 år til 79 år. |
| Hovedfunn | Funnene gjort i studien viser at etter å ha blitt kartlagt grundig av en psykiater ble utviklingshemmingen i seg selv endret til 19 personer i studien, av totalt 28 personer. 13 personer fikk en mer spesifisert diagnose av utviklingshemmingen, fire av personene fikk endring i grad av utviklingshemming der en fikk høyere funksjonsnivå og 3 ble vurdert til et lavere funksjonsnivå. I studien ble det stilt 34 psykiatriske diagnoser, av disse var 32 nye diagnoser. 26 av disse psykiatriske diagnosene kunne behandles eller andre tiltak kunne bli gjort. I studien kommer det fram at det burde bli rettfærdiggjort en arbeidsintensiv metode for å kartlegge psykiatrisk sykdom til psykisk utviklingshemmede. Samtidig diskuterer artikkelen om diagnostisk overskygging, bruk av medikamenter og konsekvenser av feilmedisinering. Artikkelen tar også for seg hvor viktig det er med et tverrfaglig samarbeid spesielt i arbeid med psykisk helse til personer med utviklingshemming, dette for at de skal få best mulig behandling. Resultatet viser videre at det trengs en bedre kartlegging av psykiatrisk helse til personer med utviklingshemming. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Hvordan fremgangsmåten er gjort i studien er systematisk beskrevet. Det gir en innsikt i konsekvenser av at psykisk helse til personer med utviklingshemming ikke blir kartlagt, noe som styrker artikkelen. Artikkelen er gitt ut fra et fagfellevurdert tidsskrift. Svakheter: Studien tar for seg en liten gruppe mennesker. Flertallet av deltagerne var menn, dette påvirker reliabiliteten mtp psykisk helse til kvinner og befolkningen generelt. |
| Relevans | Artikkelen er relevant til min problemstilling for den tar for seg psykisk helse til personer med utviklingshemming. Artikkelen er med på å belyse problemet med at psykisk helse er et underliggende problem til personer med utviklingshemming, og viser til hvilke funn kartlegging gir. Resultatet gir også informasjon om at det trengs mer arbeidsintensiv metode med kartlegging. |
| Etikk | Det ble innhentet informasjon etter samtykke av deltagerne samt samarbeid med omsorgsgivere og kommunens helse- og omsorgstjeneste |

Tabell 5-Artikkel 3

| | |
|----------------------------|--|
| Full referanse | Jopp, David & Keys, Christopher. (2001). Diagnostic Overshadowing Reviewed and Reconsidered. <i>American journal of mental retardation: AJMR</i> . 106. P. 416-33. <i>Doi:</i> <a href="https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0416:DORAR>2.0.CO;2">https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0416:DORAR>2.0.CO;2 . |
| Hensikt med studien | Få en oversikt over hvor utbredt diagnostisk overskygging er da studien handler om forekomsten av den. Studien tar også for seg områder som trenger bedre forskning og har generelle tiltak til dette. Studien tar også opp problemområder ved diagnostisering til personer med utviklingshemming. |
| Metode | Kvalitativ metode gjort ved å forske på 12 forskjellige studier. |
| Utvalg | I de 12 studiene som ble analysert var det brukt informasjon fra 119 psykologer og annen helsepersonell. |
| Hovedfunn | Funn i artikkelen viser at en tendens av diagnostisk overskyggelse skjer oftere der det er mangel på helsepersonell og høyskolepersonell i helse og omsorgstjenesten. Artikkelen tar også for seg forekomsten av å utvikle psykiske lidelser til personer med utviklingshemming og viktigheten med kartlegging ved adferdsendringer, artikkelen beskriver konsekvenser ved at en person mangler riktig diagnose, underdiagnostisering, samtidig som den belyser problemet med overdiagnostisering, der en pasient får medisiner for diagnoser som ikke eksisterer. Videre svarer artikkelen på hva som burde gjøres for å begrense diagnostisk overskygging og hvordan helsepersonell kan være med på å forebygge dette. Artikkelen beskriver også gode tiltak til å |

| | |
|---------------------------|---|
| | forebygge kommunikasjonsvansker til utviklingshemmede. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: undersøkelsen bli gjort av kjente forskere, og den inneholder 12 studier som gir et bredt innhold av forskningen. Svakheter: Studien mangler erfaringer fra psykisk utviklingshemmede da forskningen har belaget seg på informasjon fra psykologer og annen helsepersonell og deres erfaringer. |
| Relevans | Artikkelen er relevant til min problemstilling da den gir konkrete metoder for å begrense diagnostisk overskygging. Den tar for seg både psykisk helse til personer med utviklingshemming og beskriver diagnostisk overskygging på flere felt og nivåer. |
| Etikk | Artikkelen er skrevet av personlige erfaringer fra helsepersonell og er helt anonymisert. |

Tabell 6- Artikkel 4

| | |
|----------------------------|---|
| Full referanse | Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G (2014) Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. <i>PLOS ONE</i> 9(11): e111682. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111682 |
| Hensikt med studien | Få en bredere kunnskap i diagnostisk overskygging og innhente informasjon i hvordan man kan forebygge diagnostisk overskygging i helsesammenheng i sin helhet. Få et overblikk i hvordan diagnostisk overskygging skjer på sykehus, og se hvordan man løser disse problemene i den delen av helsetjenesten. |
| Metode | Kvalitativ studie som er basert på en semi-strukturerte intervju med akuttmedisinske leger, sykepleiere samt psykiatere og psykiatriske sykepleiere. |
| Utvalg | 18 leger, 21 sykepleiere ble intervjuet. 19 av deltagerne var ansatte på sykehus mens 20 av deltagerne jobbet i det psykiatriske feltet. 18 menn og 21 damer var med på undersøkelsen. |
| Hovedfunn | I denne artikkelen er det konkret hvorfor det skjer diagnostisk overskygging mest rettet i sykehus, bare for å få en full forståelse på diagnostisk overskygging i helsetjenester ønsker jeg å ta med denne artikkelen da den har mange gode relevante funn. Artikkelen tar for seg hvilke faktorer som påvirker helsepersonells måte på å diagnostisere personer med psykisk utviklingshemming. Artikkelen går systematisk igjennom relevante tema for vanskeligheter for helsepersonell med faktorer som øker risikoen for feildiagnostisering. Artikkelen gir kunnskap på eksempler og symptombilde man skal se etter i arbeid med psykisk utviklingshemmede som er med på feildiagnostisering. Artikkelen gir også en indikasjon på stigmatiserende holdninger til helsepersonell som er med på å gi dårligere helsehjelp til personer med utviklingshemming. Holdningen til helsepersonell ble nevnt som en faktor for hvorfor det skjer diagnostisk overskygging. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Alle intervjuene ble filmer. Intervjuene ble gjennomført av en anerkjent doktor med erfaring fra kvalitative intervjuer. Utvalget av undersøkelsen er stor. Deltagerne var en god blanding av både menn og kvinner. Disse faktorene er med på å gi en reliabel forskning. Svakheter: Undersøkelsen er basert på personalets erfaringer fra fortiden, noe som kan føre til endring i hva som skjedde og forvrenginger av historier. |
| Relevans | Artikkelen gir en god indikasjon på konsekvenser av min problemstilling. Den tar opp flere sentrale felt i diagnostisering. Man får en god indikasjon hvilke faktorer som kan være med på å påvirke en diagnostiseringsprosess. |
| Etikk | Studien ble fullstendig godkjent av Psychiatry, Nursing and Midwifery Research Ethics Committee of King's College London |

Tabell 7- Artikkel 5.

| | |
|----------------------------|--|
| Full referanse | Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic Overshadowing' Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. <i>Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities</i> , 17(2), 85–90. https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x |
| Hensikt med studien | Viser betydningen av diagnostisk overskygging. Studien undersøker om psykiatriske fagfolk er motvillig til å erkjenne psykiske helseproblemer til personer med utviklingshemming. Studien tar for seg helsepersonellens erfaringer på dette området. |
| Metode | Det ble gitt ut spørreskjema til deltagerne. Derfor er metoden brukt i denne kvantitativ. |
| Utvalg | 412 psykologer og 274 psykiatere var med på undersøkelsen. |
| Hovedfunn | I artikkelen kommer det fram at diagnostisk overskygging skjer på grunn av at psykiske helseproblemer til personer med utviklingshemming er mindre fremtredende og signifikante. Artikkelen viser til to viktige faktorer i møte med dette problemet. Den ene faktoren er å ta adferdsendringer på alvor, dette er på grunn av at funksjonshemmingen er mer fremtredende enn et medfølgende psykisk helseproblem, derfor kan helsepersonell overse dette. Den andre faktoren er at helsepersonell overser psykisk helse til utviklingshemmede for det er et mindre synlig problem enn utviklingshemningen i seg selv, derfor kan tegn på psykisk helse ignorert. Studien tar for seg hvor utbredt dette problemet er i terapibehandling. Stigmatisering og holdninger til helsepersonell blir nevnt som en faktor på diagnostisk overskygging. Artikkelen tar for seg mangel på relevant forskning på temaet psykisk helse til personer med utviklingshemming og tar opp at det trengs mer forskning på dette. |
| Kvalitetsvurdering | Styrker: Undersøkelsen er stor og gjort med høyt utdannet personale. Undersøkelsen er gjort med målbare resultater og er konkret. Forskningen vil bli ansett som å være pålitelig da den er utført av kjente forskere og leger. Svakheter: Forskningen er helt anonymisert derfor kan det være sannsynlig at besvarelser som er gjort av deltagerne ikke er relevante for forskningen. |
| Relevans | Artikkelen gir gode beskrivelser av hvorfor diagnostisk overskygging skjer i terapibehandling. Den gir en indikasjon på hva helsepersonell må se etter og jobbe med i arbeid med psykisk utviklingshemmede. |
| Etikk | Artikkelen er helt anonymisert og svarer bare på generelle spørsmål i arbeid med psykisk utviklingshemmede. |

3.5 Analyse

Aveyards Tematiske analysemodell var utgangspunktet for analysearbeidet.

Analysemodellen beskriver trinnvis hvordan man skal systematisk analysere forskningsartikler. Denne analysen er tilpasset slik at utvelgelse og tolkning av tema ble gjort av egne preferanser etter hvor relevant studien var til problemstillingen og etter oppgavens omfang (Thidemann, 2019, s 96).

For å kvalitetssikre artiklene ble Helsebibliotekets sjekklister brukt. Dette er verktøy tilpasset forskjellige studiemetoder og er et pedagogisk verktøy for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91). Fire av artiklene bruker kvalitativ studie, (Jones & Thornicroft, 2008; Skullerud, et.al 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et.al 2014) derfor ble «Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie» (Helsebiblioteket, 2020) benyttet. Artikkelen som brukte spørreundersøkelse som metode og var en kvantitativ studie, ble sjekklisten «Prevalensstudie» benyttet (Helsebiblioteket, 2006).

Arbeidet med å analysere ble gjort ved å lese hver enkelt artikkel grundig. Ved første lesing ble temaet i artikkelen gjennomgått, hva fortalte artikkelen og hva kan hentes ut som er relevant til problemstillingen. Artiklene ble lest flere ganger og etter hvert ble de forskjellige delene i artikkelen gjennomgått. Dette var med på å skape en helhet og

forståelse over innholdet. Etter å ha gått igjennom artiklene systematisk ble hovedfunn og resultatdel gjennomgått nærmere. Dette var med på å skille hva som var relevant informasjon i forhold til problemstillingen. Også å finne sentrale tema og finne ut hvilke temaer som ble relevante å analysere videre. Etter å ha lest grundig igjennom artiklene opptil flere ganger ble temaene som var mest relevante skrevet ned. Dette ble gjort systematisk gjennom hver artikkel. For å skape et ryddig overblikk ble en tema-tabell skapt. Tabellen ble flittig brukt under gjennomgang av artikkelen, temaene ble valgt og sortert etter hva innholdet i artiklene var. Samtidig ble det sjekket om det var relevant til problemstillingen. Etter å ha valgt tema og sortert de i tema-tabellen ble det gjort en ekstra runde for å sammenligne og sjekke hvilke temaer som gikk igjen i hver artikkel. Det ble gjort mange runder fram og tilbake for å kontrollere at temaene i hver artikkel samsvarte. Dette ble gjort slik at hvert enkelt tema skulle være solide (Thidemann, 2019 s. 42).

Tema-tabellen ble flittig brukt under utarbeidelsen av litteraturmatrisen. Den var med som et hjelpemiddel av resultatdelen slik at det ble et overblikk over hva som var viktige tema å analysere videre. Tema-tabellen ga et overblikk over hva som var viktig og hva som var mindre viktige tema å analysere videre i forhold til oppgavens problemstilling.

Etter at valgte tema hadde blitt skrevet ned i tema-tabellen, ble 8 tema valgt. Deretter ble hvert enkelt tema analysert, og det ble vurdert hvilke temaer som samsvarte best til oppgavens problemstilling. Tabellen ga en oversikt over hvilke sammenheng og fellestrekk materialet hadde som igjen ble vurdert ut ifra resultatet i artiklene og som ga best relevans opp mot problemstillingen i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 93). Det ble gjort et sorteringsarbeid i valg av hovedtema der hvert tema ble gransket og vurdert opp mot problemstillingen. Tema som viste seg å være irrelevant eller hadde for lite søkelys på problemstillingen ble fjernet, og valgte tema som sto igjen ble valgt med videre til resultatdelen. De temaene som ble valgt videre å jobbe med i resultatdelen ble markert mørkeblå.

3.5.1 Tema-tabell.

Tabell 8- Tema-tabell

| Tema | Artikkel 1 | Artikkel 2 | Artikkel 3 | Artikkel 4 | Artikkel 5 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Kunnskap | • | • | • | • | • |
| Kommunikasjonsvansker | • | • | • | • | • |
| Stigmatisering | • | | • | • | • |
| Adferdsendringer | | | • | • | • |
| Konsekvenser av diagnostisk overskygging | • | | • | • | • |
| Kartlegging | | • | • | • | • |
| Helsepersonell | • | • | • | • | |
| Tiltak | | • | • | • | • |

4.0 Resultatdel

I denne delen av oppgaven skal vi presentere hovedtemaene basert på analysen. Temaene som ble indentifisert er: 1. Kunnskap, 2. Kommunikasjonsvansker og 3. Konsekvenser av diagnostisk overskygging.

4.1 Kunnskap

Studiene i alle artiklene beskriver at det er mangel på kunnskap til helsepersonell som jobber med psykisk utviklingshemming og hvordan man ser tegn på psykisk lidelse (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014). Artikkel 1 beskriver at mange helsepersonell som jobber med psykisk utviklingshemmede ikke har kompetanse til å forstå symptomer på psykisk lidelse. Samtidig kommer det fram i studien at leger har en tendens til å overse tegn til psykiske lidelser for symptombildet til utviklingshemmede ikke samsvarer med symptomene til befolkningen for øvrig (Jones, et.al, 2008). Funn i artikkel 2 viser at helsepersonell som jobber innen psykiatriske helsetjenesten ofte manglet kunnskap og var lite kompetente til å diagnostisere og behandle psykisk sykdom til personer med utviklingshemming. Deltagerne opplyser at det er nødvendig med kunnskap til helsepersonell da flere hadde udiagnostisert psykisk lidelser. Med denne studien ble flere underliggende diagnoser stilt, og nødvendig psykisk helsehjelp ble gitt (Skullerud, et.al, 2000). Studien i artikkel 3 beskriver hvordan økonomi kan være en barriere for at personer med utviklingshemming skal få god psykisk helsehjelp. Et tema i studien er at kommunens økonomi er presset noe som legger begrensninger på at faglærte og høyskoleutdannede blir ansatt. Studien viser også en økning på bruk av ufaglærte i yrker som arbeider med psykisk utviklingshemmede og disse personene mangler både kvalifikasjoner og kunnskap til kartlegging eller se symptomer på psykisk helse (Jopp & Keys, 2001 s. 422). Funn i artikkel 4 og 5 bekrefter den påstanden om manglende økonomi i kommuner og de tar opp høyt sykefravær og underbemanning i helsetjenesten. Underbemanning fører til mindre tid og manglende søkelys på brukergruppen. De beskriver at helsepersonell kan se at en bruker har endrende adferd, men mangler ressurser til å behandle det (Shefer, et al. 2014; Mason & Scior 2004).

Majoriteten av disse studiene tar for seg at manglende kunnskap er en av den største barrieren for at dårlig psykisk helse til personer med utviklingshemming blir oppdaget og diagnostisert. Samtlige av studiene tar for seg at det er mangler på forskning på dette feltet og at det trengs mer søkelys og fokus på dette temaet (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014). Mangel på kunnskap på psykisk helse til utviklingshemmede fører til at det kan være mennesker med utviklingshemming som har store lidelser. Disse lidelsene kan være alvorlige eller verste fall, fatale. Men, med rett behandling kan disse lidelsene behandles

(Skullerud, et al.; Jones, et al., 2008). Et tverrfaglig samarbeid blir nevnt som en viktig del i å øke kunnskapen til helsepersonell. Man skal jobbe på tvers av helsetjenester slik at kartlegging og behandling blir best mulig (Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014).

Artikkel 4 og 5 trekker frem stigmatiserende holdninger i arbeid med psykisk utviklingshemmede. De beskriver at psykiske problemer til denne gruppen mennesker ikke blir tatt på alvor eller at de ikke tror på symptomene som blir gitt (Shefer, et al. 2014; Mason & Scior, 2004).

4.2 Kommunikasjonsvansker

Artikkel 1 og 4 sine resultater viser at kommunikasjonsvansker fører til at personer med utviklingshemming ikke får til å gjøre seg forstått ved nyoppståtte psykiske lidelser. Mangel på kommunikasjon fører til at viktige tegn og symptomer på andre psykiske diagnoser til personen blir oversett (Jones, et al 2008; Shefer, et al. 2014).

Kommunikasjonsvansker mellom bruker og helsepersonell fører til at brukeren gir opp ved å gjøre seg forstått fordi den ikke klarer å forklare sine problemer (Skullerud, et al., 2000; Shefer, et al., 2014). Studien i artikkel 3 beskriver at manglende relasjoner mellom helsepersonell og brukere er en faktor på kommunikasjonsvansker. Herunder at kommunikasjonsvansker trenger ikke bare komme av manglende tale, men det å ikke få til å gjøre seg forstått ved andre former for språk de bruker for å kommunisere. Dette kan være blikk, tegn og andre non-verbale tegn. Konsekvensene av å ikke gjøre seg forstått blir beskrevet som en av grunnene til uønsket og endrende adferd (Jopp & Keys, 2001). Funn i artikkel 1 og 5 beskriver at det eksisterer diskriminering av utviklingshemmede, dette fører til at helsepersonell ikke forsøker å lytte og se på kommunikasjonen personen prøver å utdype og det er også en potensiell barriere for at optimal omsorg blir gitt (Jones, Howard & Thornicroft, 2008; Mason & Scior, 2004).

Funnene viser at relasjonsbygging er en særlig faktor for at en person med utviklingshemming skal gjøre seg forstått. Alle har en måte å kommunisere på både verbalt og non-verbalt, derfor er det viktig at helsepersonell skaper en god og trygg relasjon med brukerne slik at nyoppståtte symptomer og tegn blir synliggjort og lagt merke til. Ved god relasjon mellom bruker og helsepersonell skapes det en trygg arena for at bruker får muligheten til å gjøre seg forstått og at helsepersonell forstår kommunikasjonen som blir gitt (Jones, et al., 2008; Jopp & Keys, 2001; Mason & Scior, 2004).

4.3 Konsekvenser av diagnostisk overskygging

Samtlige av funnene viser til at det er økt risiko for psykiske helseproblemer til personer med utviklingshemming enn til befolkningen for øvrig (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014). Artikkel 2 viser til funn av overmedisinering av utviklingshemmede, dette er et kjent tiltak for utagerende adferd. I studien var 64% av deltagerne medisinert av psykofarmaka på grunn av utagerende adferd, etter kartlegging fra psykiater i studien ble det anbefalt om reduksjon eller fjerning av psykofarmaka til 90% av disse personene. Studien i artikkelen viser til at deltagerne hadde tilgang til spesialhelsetjenester. Et flertall av disse deltagerne som hadde tydelige tegn på psykiatriske lidelser eller var behandlet med psykofarmaka ikke var vurdert av en psykiater (Skullerud, et al., 2000). Dette viser at med rett kartlegging og grundig spesialistundersøkelse blir brukere diagnostisert og får riktig behandling. Resultatet i artikkel 2 samsvarer med funn i artikkel 5 der deltagere beskriver at personer med utviklingshemming blir behandlet med medisinsk behandling uten videre kartlegging eller diagnostisering på andre lidelser (Mason & Scior, 2004). Funn i artikkel 3 er med på å bygge opp at det er et kjent fenomen at utviklingshemmedes behandlingsformen som blir gitt ved endrende uønsket adferd er medisinering. Videre viser det at konsekvensene av dette er at personer med utviklingshemming kan få medisiner som ikke fungerer mot plagene de har og at de vil ha psykiske lidelser som reduserer livskvalitet og medfører nedsatt funksjonsevne i dagliglivet. (Jopp & Keys, 2001) Artikkel 5 viser til funn at det er lite forståelse av psykiske lidelser til personer med utviklingshemming og beskriver det slikt: «*Further, although a significant amount of research has been focused on psychological therapies for mental health problems, until recently little attention has been given to their application to people with intellectual disabilities.*» (Mason & Scior, 2004). Dette er med på å bekrefte at det blir gitt dårligere psykisk helsehjelp til personer med utviklingshemming som er en årsak til diagnostisk overskygging.

5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen skal faglitteratur fra teoridelen drøftes opp mot hovedfunn fra Resultatdelen i kapittel 4.0. Hensikten vil være å besvare på problemstillingen «*Hvordan kan vernepleieren forebygge diagnostisk overskyggelse ved psykisk helse til personer med utviklingshemming.*»

5.1 Psykiske lidelser og kunnskap.

Studier viser at psykisk utviklingshemmede er ekstra sårbare for å utvikle psykiske lidelser. Dertil at personer med utviklingshemming har flere tilfeller av psykiske lidelser enn befolkningen ellers og at de utvikler de samme psykiske lidelsene som befolkningen for øvrig (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al.,

2014; Mason & Scior, 2014; Bakken & Olsen, 2012 s. 24). Videre vises det ifølge Bakken og Olsen (2012, s. 24) at det er gjennomført lite representative forekomststudie av psykisk helse til psykisk utviklingshemmede. Disse funnen samsvarer med studien til Mason og Scior (2004) som i sin forskning fant svært lite relevant forskningsstudier om denne problemstillingen. Dette bygger opp teorien om manglende kunnskap om dette temaet, samtidig som dette er et tema som trenger å belyses.

Jopp & Keys (2001) etterlyser opplysninger om psykisk helse til personer med utviklingshemming. Hvorfor er dette et så lite opplyst tema? Bakken (2019, s. 21) støtter opp under den påstanden og beskriver det som at hva grensen mellom hva psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser er tidligere har vært vage. Fagmiljøet har tidligere hatt begrenset kunnskap på dette skillet, noe Mason & Scior (2004) tar opp som et tema. Vi trenger et belyst fagmiljø og ansatte som er kunnskapsrike. Det nasjonale kunnskapssenteret har et begrep i faglitteraturen som benyttes på ulike måter, i opplæring i vernepleierfaget er dette en praksis som blir omtalt som kunnskapsbasert praksis. Definisjonen er slik: «*Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov i en gitt situasjon*» (Nordlund, et al. 2017 s. 32). Denne modellen viser at vernepleiere har en plikt å ha en praksis som gjør brukeren til gode. Det er vernepleierens oppgave å innhente informasjon om psykisk helse til personer med utviklingshemming slik at de får den behandlingen som er best mulig for brukeren. Når en tolker funnene i studiene (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014) viser det at helsepersonell mangler den praksisen i arbeid med utviklingshemmede. For at dette behovet skal bli dekket er det viktig at det er kunnskapsrike helsepersonell med slik opplæring. Dette er avgjørende for at psykisk utviklingshemmede får den hjelpen de har krav på (Nordlund, et al. 2017 s. 33).

Grunner til at psykisk utviklingshemmede har økt forekomst av psykiske lidelser blir beskrevet av flere forhold. Mason og Scior (2014) beskriver at personer med utviklingshemming har en genetisk sårbarhet på grunn av sin utviklingshemming som gjør at de er mer utsatt for å utvikle psykisk sykdom. Barr og Gates (2019, s. 227) bekrefter dette funnet og skriver at personer med utviklingshemming ikke bare har genetisk sårbarhet til å utvikle psykiske lidelser, men også utviklingsmessige, psykiske og sosiale faktorer.

5.2 Forebyggende arbeid med kommunikasjon og relasjon

Studier viser at kommunikasjonsvansker i arbeid med psykisk utviklingshemmede er en sentral faktor i hvorfor det skjer diagnostisk overskygging (Jones, et al 2008; Shefer, et al. 2014; Bakken & Olsen, 2012 s.32).

Bakken og Olsen (2012 s. 32) beskriver videre at kommunikasjonsvanskene gjør at personer med utviklingshemming er vanskeligere å diagnostisere for psykiske problemer. Dette blir forklart for denne gruppen mennesker har problemer med å forstå spørsmålene som blir gitt i en utredning. Dette samsvarer med funn i undersøkelsen til Shefer, et al (2014). Han beskriver det slik at utredninger er ikke tilrettelagt den kognitive funksjonsevnen til personer med utviklingshemming. Noe som gjør at det både blir vanskelig å forstå og tolke spørsmålene som blir stilt til personen når man skal utrede for psykiske lidelser. Å skape en relasjon mellom bruker og helsepersonell beskriver Jopp og Keys (2001) som en sentral løsning i kommunikasjonsbrudd mellom partene. De mener at helsepersonell som kjenner brukeren godt og har en god relasjon skal utrede personer for psykiske lidelser. Dette blir begrunnet med at de kan bekrefte eller avkrefte adferdsendringer som følge av psykisk lidelse. Disse uttalelsene blir støttet opp av Bakken og Olsens (2012 s. 35) studie. Det ble vist at helsepersonell som skulle utrede psykisk helse til personer med utviklingshemming, som ikke hadde kjennskap til disse menneskene fra før, hadde vanskeligheter med å skille adferd forårsaket av psykiske lidelser fra vanlig væremåte.

Å skape en relasjon mellom helsepersonell og bruker vil være en viktig måte å forebygge misforståelser og usikkerhet i samhandling. Dette er en faktor for at en person med kommunikasjonsvansker gjør seg forstått (Bakken & Olsen, 2012 s.32). Dette bekrefter studier fra Jones, et al. (2008), Jopp & Keys (2001), Mason & Scior (2004) der de beskriver at god relasjon mellom helsepersonell og bruker gir bedre resultater i form av diagnostisering av psykiske lidelser. Skullerud et al. (2000) beskriver at igjennom sin studie kom de beste resultater fram der det var en god relasjon og samhandling mellom helsepersonell og bruker. Vernepleiere skal ifølge Nordlund, et al. (2017 s. 43-44) inneha relasjonskompetansen. Profesjonell relasjonskompetansen blir beskrevet som måten helsepersonell kommuniserer. Man skal kommunisere på en meningsfull måte og som ivaretar samhandlingen mellom partene, som ikke krenker personen man kommunisere med. Relasjonskompetansen kan i bruk med mennesker med funksjonshemming være med på at vernepleieren er den som gjør at personen blir sett og hørt. Dette for å gi trygghet og tilhørighet spesielt i en situasjon der psykisk helse er dårlig. Dette viser at vernepleieren med sin kompetanse har en viktig rolle av å fremme psykisk helse til personer med utviklingshemming. Dette kan gjøres ved å forstå at symptomer er

annerledes fra person til person og at vi innehar kunnskap om at adferdsendringer kan være et symptom på psykisk lidelse.

Barr og Gates (2019, s 58) forklarer at helsepersonell har en tendens til å ikke kommuniserer effektivt med psykisk utviklingshemmede. Dette forklares med at vi kommuniserer for komplisert til at personen vi kommuniserer med ikke forstår og vi justerer oss ikke til personens kommunikasjonsnivå. Dette skriver Jones et al., (2008) og Mason & Scior (2004) er et underliggende problem i helsetjenester. Hvis vi ikke justerer oss til personene kommunikasjonsnivå, går vi glipp av viktig informasjon både verbal og non-verbalt. Barr og Gates (2019, s. 59) støtter opp under påstanden at det er et problem med gjensidig kommunikasjon med helsepersonell og bruker. De beskriver det som *«hospital staff not recognizing or supporting patients' communication has been highlighted as a major factor failure in service provision for people with intellectual disabilities.»*

Mason & Scior (2004) & Skullerud et al. (2000) beskriver at kunnskap om kommunikasjon og samhandling til utviklingshemmede er manglende til helsepersonell. Røkenes & Hansen (2020, s 39-42) beskriver fire perspektiver som er grunnleggende for kunnskap om all kommunikasjon og samhandling. De beskriver egenperspektiv, andreperspektiv, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Vi må ha innsikt i hvordan vi ser vårt eget perspektiv i kommunikasjonen slik som erfaring, personlighet og holdning og kunnskap – egenperspektiv. Vi må også forholde oss til hvordan den andres opplevelse av kommunikasjonen er – andreperspektiv. Vi skaper sammen i kommunikasjonen et opplevelsesfellesskap der vi med-deler oss til hverandre – det intersubjektive opplevelsesfellesskapet. Til slutt det at vi forstår samhandlingen og relasjonen mellom partene. Vi må inneha kunnskap i å kommunisere på en måte som står i forhold til vår profesjon og relasjon mellom parter – samhandlingsperspektivet.

5.3 Hvordan kan helsepersonell hindres i å forstå diagnostisk overskygging og hvordan forebygge.

Ansvarsreformen som ble opprettet i 1991, var hensikten at ansvaret for omsorgen til personer med utviklingshemming skulle bli overført fra fylkeskommunen til kommunen. Hensikten med dette var at det skulle skape bedre livsbetingelser og livskvalitet (Snoek & Engedal, 2017 s. 189). Ifølge Skullerud et al. (2000) var at denne reformen skulle få kommunene til å henvise til psykiatriske spesialhelsetjenester. Videre forklarer Skullerud et al. (2000) det viser seg problematisk da disse helsetjenestene ofte var lite villige og kompetente til å diagnostisere og behandle psykiske lidelser til personer med

utviklingshemming. Et eksempel på dette ifølge Skullerud et al. (2000) er at kommune har strenge økonomiske rammer og ofte ikke har råd til kompetente helsepersonell til arbeidsoppgavene som skal utføres. Naustvik (2021) skriver at offentlige helsetjenester er truet, dette grunnet små budsjetter, mangel på kvalifisert helsepersonell og organisasjoner ikke tilpasser seg virkeligheten hurtig nok. Videre beskriver hun at det er stor mangel på kvalifisert helsepersonell. På grunn av stram økonomi i kommunene tvinges ledere til billig arbeidskraft i form av ufaglærte for at budsjetter skal overholdes.

Ufaglært arbeidskraft kan være en ressurs og skal ikke bli omtalt negativt, men man ser at der det er utfordringer der det er et overtall av ufaglærte. De mangler den kunnskapen som omhandler brukeren og forstår ikke viktigheten av observasjon slik som en kompetent fagutdannet arbeidstaker har. For å sikre en god kvalitet er det viktig å ha faglærte kollegaer som veileder på en god måte slik at behovene til hver enkel bruker blir møtt (Sjøvold, 2020, s. 115). Tøssebro (2019 s. 255) understreker denne påstanden og beskriver at det er viktig å drøfte saker med fagpersoner før man tar en beslutning. Spesielt der beslutningen handler om personer som har vanskeligheter med å si ifra.

Videre er det viktig å inneha kunnskap om at personer med utviklingshemming gjerne har spesielle måter å utføre hverdagslige oppgaver på og at dette er på lik linje med befolkningen ellers. Jones et al. (2008) beskriver at det er viktig og se hver enkelt person og bli kjent med deres personlighet og væremåte. Røkenes og Hanssen (2020, s. 13) beskriver det at helsepersonell må se hele mennesket og forstå personens følelser, opplevelser, ønsker og behov. Dette blir forklart som å se mennesket som subjekt, det indre i mennesket. Subjekter kommuniserer og samhandler man med.

Stigmatisering og negativ holdning til personer med utviklingshemming har vært et påfallende problem historisk sett. Vi ser tendenser på at dette er en hindring i helsetjenester fortsatt i dagens samfunn. Studiene i artiklene viser alle funn på at det eksistere diskriminerende holdninger til personer med utviklingshemming (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014; Mason & Scior, 2014). Konsekvensene av dette blir at helsetjenestene blir dårligere på grunn av manglende forståelse. En annen konsekvens er at behandlingen uteblir på grunn av at symptomene blir bevist oversett, eller sett på som utviklingshemmingen uten videre kartlegging. Nordlund et al., (2017, s. 69) forklarer at det er helsepersonell som må tolke og forstå hvilke utfordringer personen har slik at vi vet hva og hvordan kartleggingen skal foregå. Hvis helsepersonell velger å ikke tolke eller forstå utfordringer blir ikke kartlegging gjennomført. Derfor blir det naturlig å belyse at helsepersonell i loven §1.1 skal: «*Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud*» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

Det skal være en hårfin linje i diagnostisering. Mason og Scior (2014) beskriver at overdiagnostisering kan være like skadelig som underdiagnostisering. Bakken (2020 s, 22) beskriver at diagnostisering er komplisert. At en person blir overdiagnostisert forklarer hun som at en person blir behandlet for en diagnose den ikke har. Dette fører til en behandlingsform som enten ikke fungerer eller gir negative bivirkninger. Underdiagnostisering er at diagnosen ikke blir gitt og personen har lidelser som ikke blir behandlet.

5.4 Metodediskusjon

I denne delen presenteres og vurderes styrker og svakheter i oppgaven, dette inkluderer anvendt litteratur.

Som kort nevnt tidligere i oppgaven ble det sagt at det var svært lite relevant faglitteratur å finne. Dette vil være en svakhet i oppgaven for det ikke kom fram resultater som ønsket, eller at man fikk mulighet til å sortere litteratur etter hva problemstillingen på oppgaven er. Fire av artiklene var på kvalitativ metode (Jones, et al. 2008; Skullerud, et al., 2000; Jopp & Keys, 2001; Shefer, et al., 2014) og en på kvantitativ (Mason & Scior, 2004). Svakheter med kvantitativ metode er spørreundersøkelse og man vet ikke om personen i undersøkelsen svarte rett eller forsto spørsmålet. I forhold til denne oppgaven var det en styrke da undersøkelsene samsvarte i studiene på tvers og dette øker reliabiliteten. En viktig del å bemerke seg er at fire av artiklene er utenlandske forskninger og funn. Hvilke holdninger og helsetjenester som blir tilbudt i disse landene kan være ulike norske forhold. Derimot viser funn at det er en lik relevant problemstilling om psykisk helse til utviklingshemmede som i andre land. Det var vanskelig å finne relevant forskning på temaet ut fra norsk forskning, og artikkelen som ble valgt ut fra norsk forskning var fra 2000 (Skullerud, et al. 2000). Mye har skjedd i helsevesenet i Norge siden 2000, det hadde vært interessant og sammenlignet utfallet fra forskningen på helsetjenester i dagens samfunn. Reliabiliteten i studien kan påvirkes av at flere studier var av eldre karakter, dette forsvares med at det var lite relevant studie om problemstillingen.

Sjekklistene fra helsebiblioteket (2020) ble benyttet for å vurdere kvaliteten på artiklene. Disse ble valgt ut fra metode, IMRaD-struktur og relevans til problemstillingen gitt i oppgaven. Siden fire av artiklene var på engelsk ble det brukt mye tid på å oversette og forstå innholdet så godt som mulig. Det kan uansett oppstå misforståelser av innholdet, hovedpoenget kan misforståes og oversettelser som har blitt gjort kan være feil.

Det at artiklene inkluderer både helsepersonells perspektiv og brukeres perspektiv gir dette pålitelighet til oppgaven. Dette forsvares med at helsepersonell beskriver sin

versjon av problemstillingen, samtidig som brukere får beskrive sin versjon som øker reliabiliteten til oppgaven.

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har systematisk gått igjennom hva diagnostisk overskygging er, hvorfor det skjer og hvordan man kan forebygge. Det viser seg at helsepersonell har lite kunnskap om psykisk helse til personer med utviklingshemming. Dette kan kanskje ha en sammenheng med at psykisk helse ikke var mye opplyst til denne gruppen mennesker før 1980-tallet. Alle symptomer og uønsket adferd ble sett på som grunndiagnosen. Jfr punkt 1.4.1. Planen var at etter at ansvarsreformen ble gjennomført skulle det skape bedre behandlingsformer og bedre samarbeid på tvers av helsetjenestetilbudene. Men kunnskapsnivået til helsetilbudene var snevre, og det viste seg at kompetansen ikke var gode nok på områdene. Vi kan stille spørsmål i dag om denne kompetansen 20 år etter reformen har økt? Uansett blir det helsepersonell og vernepleierens oppgave å være våken og observante slik at vi er med på å forebygge diagnostisk overskygging.

En annen ting som kom fram i oppgaven er at mennesker med utviklingshemming har langt større sårbarhet og sannsynlighet på å utvikle psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. Med denne erfaringen trengs det bedre kunnskap til helsepersonell og skolering. En kultur som går igjen i arbeid med utviklingshemmede er at «h*n bare er sånn». Denne kulturen må bort slik at et menneske som lider får den hjelpen han skal ha og helsepersonell må ta fatt i problemet for å hjelpe.

Det kommer frem at det er mangel på utdannet helsepersonell i helsestjenester. Kommunene har trange økonomiske rammer og må ofte yte til ufaglært helsepersonell. Man kan undres på om dette kan være en faktor på at diagnostisk overskygging fortsatt skjer? I oppgaven er det tydelig at det er mangel på kunnskap som er en av hovedfaktorer til diagnostisk overskygging. Da vil det være naturlig konklusjon at økende kunnskap kan være forebyggende for diagnostisk overskygging. En annen faktor er at samhandling tverrfaglig er en viktig del for å øke vår kunnskap. Dette kan også være med på å få et mer sammensveiset fagfelt. Dette gjør at vi får bedre faglig kvalitet i vårt arbeid og effektive helsetjenester.

Derfor for å svare på problemstillingen «Hvordan kan vernepleieren være med på å forebygge diagnostisk overskygging ved psykisk helse til voksne personer med utviklingshemming.» er svaret klart. Vernepleieren innehar kunnskap om psykisk utviklingshemming. Vernepleieren har kunnskap om psykisk helse til psykisk utviklingshemmede og har fått opplæring i symptom bildet av psykisk helse til denne gruppen mennesker. Som vernepleier har vi også fått god opplæring i kommunikasjon,

relasjon og samhandling. På grunn av vår kunnskap har vi evnen til å hjelpe personer med å forebygge diagnostisk overskygging. En annen ting er at vi kan veilede ufaglærte, videreføre noe av vår kunnskap slik at de også får kunnskap og kan observere symptomer på endrende adferd.

7.0 Referanse.

Bakken, T., L. (2020) *Utviklingshemming og hverdagsvansker*. (1.utgave, 3. opplag) Oslo: Gyldendal.

Bakken, T., L. & Olsen, M., E. (2012) *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*. Oslo: universitetsforlaget.

Barr, O., & Gates, B. (2019). *Oxford handbook of learning and intellectual disability nursing*. (2. Oppslag) Oxford: Oxford University Press (OUP).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1

Helsebiblioteket. (2020, oktober). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet 10.05.22 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste/attachment/271071?ts=176674f2fb0>

Helsebiblioteket (2006). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie*. Hentet 10.05.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsedirektoratet (2018, 22. November) *Om psykisk utviklingshemming* Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/steriliseringsloven-med-kommentarer/om-psykisk-utviklingshemming>

Helsedirektoratet (2021, 02. Juni) *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Samarbeid og kompetanse*. Hentet. 19.05.2022 Fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/samarbeid-og-kompetanse#kommunen-skal-sorge-for-tverrfaglig-samarbeid>

Jones, S., Howard, L., Thornicroft, G., (04. August. 2008) 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118(3) p. 169-171. Fra: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>

Jopp, D & Keys, C. (2001). Diagnostic Overshadowing Reviewed and Reconsidered. *American journal of mental retardation: AJMR*. 106. P. 416-33. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2001\)106<0416:DORAR>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0416:DORAR>2.0.CO;2).

Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic Overshadowing' Amongst Clinicians Working with People with Intellectual Disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 85–90. <https://doi.org/10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x>

Naustvik, S (03.08.2021) *Kan privat og offentlig helsetjeneste utfylle hverandre?* Fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/08/kan-privat-og-offentlig-helsetjeneste-utfylle-hverandre>

Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2017). *Innføring i vernepleie* (2. oppslag). Universitetsforlaget.

Røkenes, O.H & Hanssen, P.H (2020) *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon med mennesker*. (3. utg, 6. Opplag) Bergen: Fagbokforlaget

Shefer G, Henderson C, Howard LM, Murray J, Thornicroft G (2014) Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLOS ONE* 9(11): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111682>

Sjøvold, E (2020) *Resultater gjennom team*. (3.opplag) Oslo: Universitetsforlaget.

Skullerud, E., Linaker, O., Svenning, A., & Torske, H. (2000). Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemning. *Tidsskrift* from <https://tidsskriftet.no/2000/11/klinikk-og-forskning/psykisk-helse-blant-mennesker-med-psykisk-utviklingshemning>

Snoek, J., & Knut, E. (2018). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utgave, 2 opplag). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J, (2019) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: universitetsforlaget.

Tøssebro, J (2019) *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

