

# Leder 4/18

For 18 år kom min første bok ut. Den handlet om psykisk helse og utviklingshemming, og på den tiden var det få personer i spesialisthelsetjenesten som var opptatt av psykiske lidelser hos denne gruppen.

Uten at det var tiltenkt, har dette nummeret av SOR Rapport nesten blitt et temanummer om psykiske lidelser. Hele tre av fire artikler handler om det. Det er et særdeles godt tegn på hvor langt vi har kommet i dag.

Matre, Engebretsen og Bakken skriver om døgntilrettelagt behandling ved en regional seksjon for personer med utviklingshemming/autisme i Helse Sør Øst. May Glad Lien skriver om eksponeringstrening knyttet til angstlidelse, og Cardenas og Malt ved voksenhabiliteringen skriver om kognitiv atferdsterapi ved angst, depresjon og sinnevansker hos personer med utviklingshemming. Alle de tre sistnevnte jobber ved AHUS, et fagmiljø som har satset stort og godt på å bygge opp kompetanse om psykiske lidelser.

Den fjerde artikkelen er skrevet av Chris Safari ved Fossheim, og handler om noe så viktig som målrettet miljøarbeid i varig tilrettelagt arbeid (VTA).

God lesing!

*Jarle*



# Døgnbehandling i en regional seksjon for personer med utviklingshemming / autisme og psykiske vansker i Oslo universitetssykehus

Espen Arnfinn Winther Matre, vernepleierspesialist,  
Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme,  
Oslo universitetssykehus.

Maria Hagen Engebretsen, Psykiater og seksjonsoverlege,  
Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme,  
Oslo universitetssykehus.

Trine Lise Bakken, PhD, Cand.san, RN. Leder Regional kompetansetjeneste psykiatri, utviklingshemming / autisme,  
Oslo universitetssykehus og 1. amanuensis ved OsloMet.  
Epost: [uxtlba@ous-hf.no](mailto:uxtlba@ous-hf.no)



I denne artikkelen beskrives døgnbehandling til ungdom og voksne i en regional psykiatrisk seksjon for pasienter med utviklingshemming ved Oslo universitetssykehus. Pasientene kommer fra hele Helse Sør-Øst. Regional seksjon psykiatri, utviklingshemming / autisme (PUA) er en enhet innenfor spesialisthelsetjenesten hvor den lokale spesialisthelsetjenesten kan søke inn pasienter til døgnopphold eller poliklinikk. PUA er lokalisert på Dikemark utenfor Asker.

### Innledning

Psykiatritjenester til mennesker med utviklingshemming var tenkt ivaretatt av generell psykiatri under planlegging av ansvarsreformen sent på 1980-tallet. Slik gikk det ikke. Det har vist seg at personer med utviklingshemming har hatt begrenset tilgang til allmenne psykiatritjenester (Bakken mfl., in prep., Chaplin mfl., 2009). Denne tendensen ses ikke bare i Norge, men også i andre deler av verden det er naturlig å sammenlikne seg med.

Illustrasjon: Sandy Jo Kelly, Flickr





I Norge er det fremdeles i stor grad adressen som avgjør hva slags psykiske helsetjenester som gis til mennesker med utviklingshemming. Dette gjelder særlig for de som trenger døgntil behandling. Pasienter med moderat eller alvorlig utviklingshemming og en psykoselidelse kan «sitte i en liten leilighet og motta tjenester av ufaglærte» (sitat fra fagperson i Finnmark).

I Norge gis psykiske helsetjenester til personer med utviklingshemming av forskjellige instanser; spesialiserte psykiatritjenester på region eller områdenivå, allmennpsykiatri og habiliteringstjenestene. Habiliteringstjenestene har som hovedoppgave å utrede funksjonshemminger og behandle ulike former for atferdsvansker (Offernes mfl., 2018); utredning og behandling av psykisk lidelse utgjør omtrent 7 % av oppgavene. På den andre siden har omtrent 1-3 % av pasientene i allmennpsykiatriske avdelinger utviklingshemming. De spesialiserte psykiatriavdelingene tar kun i mot pasienter med utviklingshemming / autisme som også har psykiske vansker.

PUA ble opprettet i forbindelse med ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming og ble åpnet for pasienter i 1992. Trettiseks pasienter fra ulike enheter i daværende Dikemark sykehus ble samlet i tre døgnposter. Målsettingen var at alle skulle ha flyttet ut innen 1996. Det viste seg vanskelig å få opprettet gode omsorgstilbud i kommunene til mange av pasientene og de siste pasientene som ble innlagt på 60- og 70-tallet flyttet ut fra PUA i 2008.

PUA sitt kunnskapsgrunnlag baserer seg på at personer med utviklingshemming og/eller autismespekterproblematikk kan utvikle alle former for psykisk lidelse (Bakken mfl., 2016), det være seg stemningslidelser, psykoselidelser og angstlidelser. Behandlingen er basert på et samarbeid mellom pasient, familie og fagfolk og behandlingen i PUA er påvirket av kunnskap fra psykoterapeutiske teorier som bygger på utvikling og vekst gjennom relasjoner. Behandlingen er tverrfaglig og sammensatt av elementer fra blant annet biologisk medisin, utviklingsteori, systemteori og forskning fra feltet.

### Pasienter og ansatte

Kriteriene for å få et tilbud i PUA er en utviklingshemmingsdiagnose eller en autismediagnose i tillegg, eller «bare» autisme. De som har autisme og ikke har utviklingshemming må ha vist et betydelig og omfattende funksjonsfall. På 1990- og 2000-tallet var hovedvekten av pasientene i PUA godt voksne og mange hadde bodd i sentralinstitusjon. Neste alle hadde kommunalt botilbud. Mange hadde hatt uoppdaget psykisk lidelse i mange år. Disse pasientene hadde utviklet økt bistandsbehov over lang tid, noe som kan være tegn på psykisk lidelse og som blir nøye kartlagt i PUA. Etter 2010 har pasientene blitt yngre. Mange unge kommer inn med alvorlig funksjonsfall. Noen har klart seg gjennom barneskolen, men møter alvorlige utfordringer når krav til egeninnsats, abstrakt forståelse og sosiale evner og utfoldelse øker. Dette skjer samtidig som venner kommer i puberteten, interesse for motsatt kjønn våkner og

spillereglene i venneflokken endrer seg fra lek til ungdomsaktivitet. Samtidig blir skolefagene på ungdomstrinnet mer utfordrende, reisevei til skolen blir lengre og vanskeligere. En ung pasient fikk alvorlige problemer da han fikk beskjed om å skrive en oppgave om Afrika. Hvordan er det mulig å skrive ned ALT om Afrika?

De unge pasientene i PUA klarer ofte ikke å gjennomføre videregående skole. De kommer inn til PUA med et variert spekter av psykiske lidelser og noen av dem har alvorlig utfordrende atferd. En pasient tente bål inne på rommet sitt hjemme, en annen var så aggressiv at søsken ikke lenger vil ha noe med ham å gjøre. Mange av de unge har opplevd mange psykiske påkjenninger. Det kan være mobbing, seksuell eller økonomisk utnyttelse og offentlige ydmykelser. Kravene samfunnet stiller for å bli voksen blir for overveldende. Flere blir lagt inn i PUA rett fra barndomshjemmet og skrives ut til bemannet bolig.

Omtrent halvparten av pasientene i PUA har en autismespekterdiagnose i tillegg til utviklingshemming (Bakken og Høidal, 2018). De fleste har alvorlig psykisk lidelse som psykose, bipolar lidelse eller alvorlig depresjon. Noen har personlighetsforstyrrelse eller traumelidelse. Noen av pasientene som blir innlagt med mistanke om psykisk lidelse får ingen psykiatrisk diagnose (ibid.). Mange av disse har en autismediagnose som ikke har blitt oppdaget tidligere.

En stor andel av de ansatte er miljøterapeuter (sykepleiere og vernepleiere, sosionom, pedagoger), mange med videreutdanning, i tillegg til psykologspesialister

og psykiatere. I tillegg til fagkunnskap er det en stor bredde i interesseområder som brukes i behandlingen. Det spenner fra strikking, smykkeproduksjon og vedlikeholdsoppgaver til bygging av lavvo. Dette er en personalgruppe som hver sommer i flere år har arrangert utekonsert og grillfest for tidligere og inneliggende pasienter. Dette har blitt svært populært og tidligere pasienter kommer igjen flere år på rad.

### Pasientforløpet

Pasientforløp er et begrep som brukes mye i spesialisthelsetjenesten. Et pasientforløp omfatter hele perioden pasienten er i utredning og behandling – fra henvisningstidspunkt til utskrivning. Pasientforløpet ved innleggelse på døgnpost i PUA er delt i fem punkter. Henvisningsfasen, mottaksfasen, utrednings- og behandlingsfasen, utskrivningsfasen og oppfølging etter utskrivelse. PUA har et pasientforløp hvor vi starter relasjonsarbeid før pasienten kommer til oss. Relasjon er et viktig og blir vektlagt i PUA.

I **henvisningsfasen** blir søknad fra annen spesialisthelsetjeneste behandlet. Er pasienten i PUA sin målgruppe blir det avtalt et *oppstartsmøte*. Hensikten er å diskutere behov om informasjon fra inn-søkende instans, avtale det videre samarbeidet, samt å få møte pasienten. For å kunne gi gode psykiske helsetjenester, er det viktig å ha informasjon om pasientens oppvekst og utvikling, tidligere sykehistorie og aktuell situasjon. Hvis viktige medisinske undersøkelser, som MR av hodet, EEG og genetisk undersøkelse ikke er gjort tidligere, blir det tatt initiativ til å få gjennomført dette. Før innleggelse



Illustrasjon: Hailey E. Herrera, Flickr

i døgnenhet vil det være et *forventningsmøte*. Der vil juridiske og praktiske forhold knyttet til en innleggelse avklares, inkludert å vurdere pasientens samtykkekompetanse. Det må avklares hvem som er nærmeste pårørende, og om pasienten har verge. Det settes opp konkrete mål for oppholdet og omtrent hvor lenge det skal vare. I *mottaksfasen* driver PUA relasjonsbygging. PUA besøker pasienten før innleggelse og inviterer pasienten til å komme på besøk. På innleggelsesdagen er det ansvarlig miljøterapeut som tar imot. *Utrednings- og behandlingsfasen* omfatter perioden pasienten er innlagt. De første ukene vektlegges det å skape ro rundt pasientene slik at det kan etableres en likeverdig kommunikasjon. Pasientene

som kommer til PUA har levd med høyt stressnivå over lang tid. Det er svært skadelig for mennesker generelt og for mennesker med kognitiv svikt og eller autismespekterutfordringer spesielt. Avhengig av faktorer som arv, miljøbetingelser, forskjellige problemer i forhold til medisiner etc. har pasientene ulike symptomer som det er de ansattes oppgave å tolke og forstå. Dette gjøres gjennom bevisst observasjon, utprøving av miljøbetingelser og evalueringer av disse. Det gjøres også somatiske undersøkelser for å avdekke om det er somatiske grunner til pasientens utfordringer.

De miljøterapeutiske virkemidlene som vektlegges er et lavaffektivt og validerende miljø. Et eksempel er oversikten over spise-

tidene. Her står det «individuell» på frokosten. Det er faste tidspunkt for lunsj, middag og kveldsmat. Noen spiser på eget rom, noen i fellesskap, og andre i sofa-kroken i stua. Det tilrettelegges individuelt samtidig som pasienten får en fast struktur i dagen. I disse strukturene legges inn observasjonsoppgaver for miljøpersonalet. De vil beskrive pasientens atferd i forhold til symptomtrykk, situasjoner, samhandling. Tar pasienten kontakt med personalet? Hvordan tar pasienten kontakt? Er pasienten organisert nok til å delta i samhandling med andre? Kan de delta i grupper? Og ikke minst hva uttrykker pasienten selv?

Et viktig element for PUA er å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile. Personer med kognitiv svikt eller vansker i autismespekteret vil ofte måtte bruke mye energi på ting som for andre er automatisert. Dette er ofte på områder som å forstå det sosiale spillet, tolke ansiktsuttrykk, forstå språk, skjule uvitenhet etc. (Bakken og Wigård, 2015).

Mange pasienter har god hjelp i «ytre regulering». Ytre regulering betyr hjelp med å regulere egne følelser og atferd. Følelser som blir for vanskelige eller også for «oppgiret» må reguleres. Det er her pannelappen (prefrontal cortex), hvor fornuften styres fra kommer inn. En pasient som har skader i denne delen av hjernen, enten medfødt eller på grunn av langvarige psykiske skader vil ha store problemer med egenkontroll. Ytre regulering består gjerne av at personalet demper seg og snakker tydelig. Miljøterapeuten *benevner* det vi ser: «nå ser jeg at du går mye frem og tilbake og at du

roper til meg»; *validerer*: «da tror jeg at det er noe som er vanskelig for deg nå», og tilbyr en mulig løsning: «Kom og sett deg og fortell hva som er vanskelig». Det er ofte et godt utgangspunkt for å komme forbi vansker, og faktisk få tak i hvorfor vanskene oppstår «her og nå».

En rekke lidelser kan gi symptomer som ligner på psykiske lidelser. Det gjøres derfor en grundig somatisk undersøkelse under innleggelsen ved PUA for å utelukke at de psykiske vanskene skyldes slike sykdommer. Ideelt så skal orienterende blodprøver, høyde, vekt, EEG, MR caput, EKG og en generell somatisk undersøkelse, inkludert syn, hørsel og tannstatus, gjøres. For mange pasienter er det ikke mulig å få gjort alt dette, da de kan ha en væremåte som gjør at de ikke kan samarbeide om undersøkelsene. Noen pasienter må gjennomføre undersøkelser i narkose, mens andre blir ikke undersøkt like grundig som ønsket fordi det ikke er sterk nok indikasjon til å forsvare å legge pasienten i narkose.

Det gjøres et forsøk på å finne årsaken til at pasienten er født med sin utviklingshemning og/eller autisme. Det tas vi genetiske prøver og blir vurdert om det er indikasjon for å screene for medfødte metabolske sykdommer. Funn på disse prøvene kan også ofte være med på å forklare pasientens psykiske vansker, for eksempel vet vi at pasienter med 22q11.2 ds (DiGeorges syndrom) har en sterkt økt risiko for lidelser i psykospekteret.

Mange av pasientene i PUA bruker medisiner. Det bør derfor gjøres farmakogenetiske undersøkelser for å se om de omsetter medisiner som forventet, eller om det er medisiner som bør doseres lavere

eller høyere for å ha effekt. Dette er spesielt viktig fordi pasientene i mindre grad er i stand til å rapportere om effekt og bivirkninger av medikamenter (Tveter mfl., 2016). Av samme grunn bør det tas serumkonsentrasjonsmålinger av medikamentene. Det bør alltid gjøres en grundig utredning og vurdering før en pasient settes på medisiner for sine psykiske plager. Det må lages en plan for observasjon av effekt og mulig bivirkninger. Behandlingen bør evalueres regelmessig med tanke på nedtrapping og/eller seponering av den medikamentelle behandlingen. Når pasienten skal til legetimer for å få oppfølging, er det viktig at personale som kjenner pasienten godt er med.

I løpet av utredningsfasen innkalles det til midtevalueringsmøte. Her orienterer PUA om forløp i utredning og behandling så langt. PUAs forståelse av pasientens problemer blir presentert i tillegg til en mulig diagnose; også hvilken behandlingstilnærming som er valgt. PUA vil orientere om utskrivingsfase og vurdering av behov for behandling og oppfølging etter utskrivelse. Status for individuell plan og arbeid med denne vil være tema og det vil diskuteres behov for å fatte vedtak i henhold til lov om sosiale tjenester kapittel 9A og enkeltvedtak. Lokalt DPS og / eller habiliteringstjenesten deltar også, og representanter fra skole eller dagsenter/ arbeidsplass er som regel til stede. PUA vil så orientere om videre arbeid og rutiner. Dette gjelder også planlegging av fagdag og eventuelt hospiteringsmøte før hospitering starter, samt diskutere om det er aktuelt med utskrivingsperm. Hvis det er mulig vil PUA gi dato for utskrivning

og utskrivningsmøte. Det skal avklares hvem som skal ha epikriser og sykepleiesammenfatning, det drøftes eventuell videre oppfølging fra PUA og referat fra møtet skrives direkte i pasientjournal av en representant fra seksjon PUA og sendes til eksterne møtedeltakere.

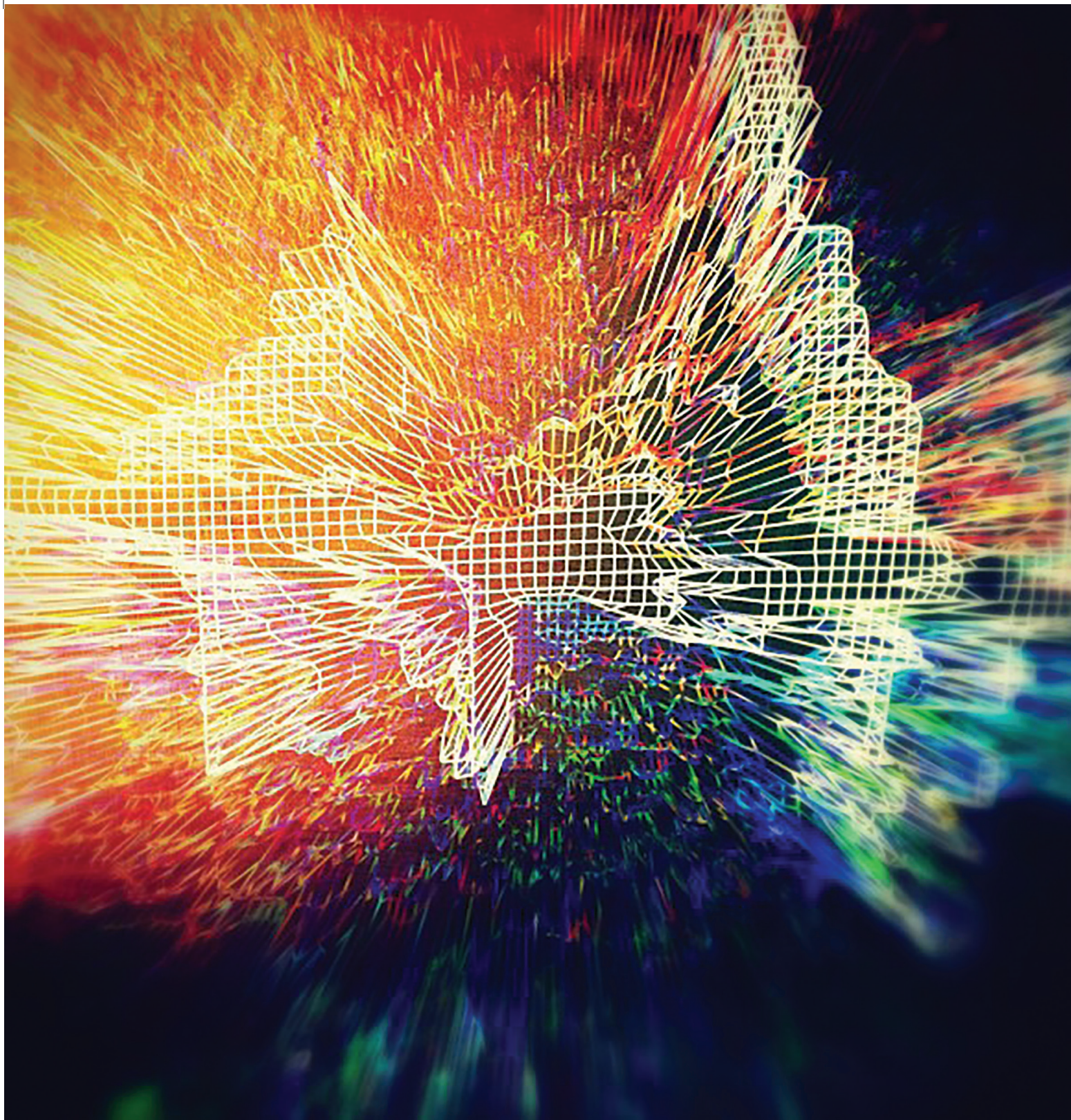
I **utskrivingsfasen** planlegges utskrivning og videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal være avklart. Uavhengig om pasienten skrives ut til kommunalt botilbud, egen bolig eller til foreldrene, møtes fagpersoner som skal ha videre oppfølging på hospiteringsopphold i PUA før utskrivning. Hensikten er at pasienten skal møte og bli kjent med, og kunne forholde seg til disse fagpersonene som vil ha ansvar for å videreføre miljøterapeutiske prinsipper utarbeidet i PUA.

### Case

«Harald» har moderat - alvorlig utviklingshemming og har bodd i bemannet bolig fra han var et barn. Nå er han nesten voksen. I botiltaket har daglig oppfølging vært basert på behavioristisk teori, inkludert dagsplan. Harald har hatt vansker med selvskade og aggresjon mot tjenesteytere og ting. Det har vært vanskelig å finne potente positive forsterkere.

Harald kom til PUA sammen med ansatte der han bodde. Han fikk med en gang et kraftig angstanfall med påfølgende utfall mot personalet i PUA, og personalet som følger ham la ham ned på gulvet i mageleie. Pasientansvarlig sykepleier (PAS) la seg ned og snakket til Harald. Forsøkte å gi ham noe å feste blikket på. Harald ble stille etter en stund, fikk hjelp til å reise seg





Illustrasjon: Torley, Flickr



og bli med inn til egen enhet i posten. De to første dagene spurte Harald etter timeplan, som bevisst ikke hadde blitt hengt opp. Men når han etterspurte den ble den hengt opp og de ga ham to aktiviteter å velge mellom. Han viste ingen interesse for aktiviteten han valgte. Han begynte å legge kortene med aktiviteter i en krok av rommet. Den andre dagen tok han ned timeplanen, krøllet den sammen og kastet den bak en sofa. Planen ble ikke hengt opp igjen.

Harald hadde en enkel struktur på dagen. Han dusjet etter at han sto opp. Så var det frokost. Han fikk frukt hvis han

spurte etter mat utenom måltider. Middagen var til fast tidspunkt. Det samme for kveldsmat og medisiner. Så pusset han tenner, dusjet og så la han seg. Det ble lest, noen sang litt eller bare satt inne hos ham en liten stund. Ellers var det lek, musikk, snakk og en tur ut et par ganger om dagen. Det ble samhandlet lavaffektivt for å skape ro og trygghet. Harald ble ikke lagt ned på gulvet ved utfordrende atferd, men miljøterapeutene tok kontroll ved å holde ham i en sofa. Denne måten å ta kontroll på tar ikke fra pasienten muligheten for oversikt og kontroll på hva som skjer i omgivelsene.



Illustrasjon: Humphrey King, Flickr



Oversikt og kontroll er angstdempende. Ved behov ble det brukt en «fatboy» (en stor saccosekk) som ble lagt mot bena hans til han ble rolig. Hvis han opplevdes rolig, fikk han gå når han reiste seg opp. Ingen tydelig tegn markerte slutt på fastholdingen. Harald fikk ikke ansvaret for å si når han var rolig. Målet var at han skulle gå ut av situasjonen med en god følelse.

Miljøterapeutene i PUA hadde mer utførlig instruks. Miljøterapien baserte seg på en hypotese om at pasienten har en relasjonsskade, opplever en konstant forhøyet beredskap «stress i kroppen», og at han har et stort behov for ytre regulering av følelser. Et lavaffektivt miljø er bra i en slik situasjon. Et lavaffektivt miljø tilsier at miljøterapeutene ikke følger pasientens opp- og nedturer og svinger lite i humør. Harald likte etter hvert å leke med miljøterapeutene; kaste ball, spille musikk, sang, se på TV, tøyse og tulle, men med fokus på at Harald var fullt deltakende i tullet og tøyset. Miljøterapeutene ble «slitne» først, stoppet og roet ned. Harald fulgte miljøterapeutene og dempet seg med dem. Miljøterapeutene lot Harald «styre» samhandling ved å involvere ham gjennom samhandling, for eksempel å sette seg ned og begynne å tegne. Harald kunne se på, delta eller ignorere. Han styrte det selv. Det ble tilbudt samhandling, men man lot han velge om, eller hvor lenge han ville delta. Etter hvert ble det lekt med ord, noe som lokket frem samhandling med ord også fra Haralds side. Miljøterapeutene i gruppen rundt Harald var svært erfarne og trygge i fagutøvelsen. Bemanningsfaktoren var høy. Kravene var minimale de første ukene, ingen krav om å «spise pent»

eller ikke grise med maten. Miljøterapeutene plukket opp og tørket opp fra gulvet, også når han tisset eller gjorde fra seg på gulvet. Det samme gjaldt når det var avføring på gulvet på soverommet om morgenen, noe som skjedde når Harald våknet før noen kom inn til ham.

Løsningen på det var at personalet måtte være mer fokusert på når han våknet.

Harald fikk bare en munnfull vann i glasset om gangen. Det var heller ikke press om å gjennomføre innen en viss tid. Miljøterapeutene signaliserte god tid. Også direkte korrigering og ordet «nei» ble unngått så langt det lot seg gjøre. Svært få mennesker liker å bli kommandert, korrigert eller få «nei» på forespørsler. Negativt samspill bygger opp avmakt og aggresjon. Ga Harald tegn på at han måtte/forsøkte å tisse, ble døra til toalettet åpnet og det ble brukt benevnning: «nå ser det ut som du må tisse». En lett hånd på skulderen viste ham retningen. Det ble oppmuntret og lagt til rette for, ikke korrigert, det ble fortalt hva han heller kunne gjøre og det ble gitt alternativer.

Harald virket å respondere bra på den miljøterapeutiske tilnærmingen. Når han flyttet ut av døgnposten var han mindre aggressiv. Det var stadig færre angrep på personalet som medførte redusert bruk av kortvarig fastholding. På det meste ble pasienten holdt 18 ganger i løpet av et døgn. Dette var helt i starten av oppholdet. Etter dette var det en gradvis reduksjon til det mot slutten av oppholdet var det dager uten bruk av fastholding. Pasienten hadde ingen fast aktivitetsplan. Dagene var aktive i «uorganisert» aktivitet. Han viste mye smil og latter, men han var fremdeles

avhengig av ytre regulering av følelser. Han snakket mer, og personalet responderte på det han sa, og utvidet temaene. Mye av det han sa var gjentakelser av hva han har hørt tidligere, men innimellom kom det ord med tydelig mening. Dette var noe personalet lyttet etter for å få tak i, slik at de kunne respondere på det og på den måten vise Harald at det hjelper og si i fra.

Utredningen viste at Harald ikke har noen alvorlig psykisk lidelse, men at han har en angstlidelse og en tilknytningsforstyrrelse, i tillegg til utviklingshemning og autisme. I dag bor Harald i bemannet bolig, og den gode utviklingen har fortsatt.

### Oppsummering

Haralds historie er representativ for pasientene i PUA. De har hatt store vansker med samhandling og oppgaveløsning før de kommer til PUA. Fordi de sjelden klarer å fortelle om problemene kan det ta svært lang tid – også for de unge, før de blir søkt til psykisk helsevern. PUA har spesialisert seg på symptomsensitiv miljøbehandling hvor krav ikke blir stilt til pasienter som ikke har forutsetning for å løse dem. Under oppholdet gjøres det en grundig psykiatrisk og medisinsk undersøkelse. For mange pasienter er tett oppfølging og omsorg den beste behandlingen. Det er teamet rundt pasienten som tar avgjørelser om behandlingsplan, medisiner og varighet av oppholdet. Kontakt med pårørende og kommunale tjenester opprettholdes gjennom hele oppholdet.

### Referanser

- Bakken, T.L., Evensen, O.O., Bjørgen, T.G., Nilsen, I.T. mfl. (submittert). Mental health services for adolescents and adults with intellectual disabilities in Norway. A descriptive study.
- Bakken, T.L. og Sageng, H. (2016). Mental Health Nursing of Adults With Intellectual Disabilities and Mental Illness: A Review of Empirical Studies 1994–2013. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 286–291.
- Bakken, T.L., Helverschou, S. og Martinsen, M. (2016). Mental illness in people with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. In: Hemmings, C. And Bouras, N. (eds.) *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*. Cambridge University Press.
- Bakken, T.L. og Wigaard, E. (2015). Sensoriske dysfunksjoner og kognitiv overbelastning hos mennesker med utviklingshemning. *SOR Rapport*, 4, 15–31.
- Chaplin, E., O'Hara, J., Holt, G. and Bouras, N. (2009), Mental health services for people with intellectual disability: challenges to care delivery. *BJ Learning Disabilities*, Vol. 37, pp. 157–164.
- Offernes, N.Ø., Sparby, L.E., Vagle, B.R., Rognlie, J.A., Hukkelås, B., Olsen, A., Aanonsen, N.O., Anke, A. and Bautz-holter, E. (2018), *Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten – utfordrende oppgaver med begrensede ressurser* (Habilitation of adults in the specialist services – challenging tasks and limited resources). Project report from project initiated by the Norwegian Health Directorate.
- Tveter, A.L., Bakken, T.L., Røssberg, J.I., Bech-Pedersen, E. og Bramness, J.G. (2016) "Short communication: reliability and validity of the UKU Side Effect Rating Scale for adults with intellectual disabilities", *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10:3,166–171, <https://doi.org/10.1108/AMHID-10-2015-0051>



Illustrasjon: Jim O'Neil, Flickr





# Målrettet miljøarbeid i varig tilrettelagt arbeid (VTA)

## En vei til styrket arbeidsdeltakelse?

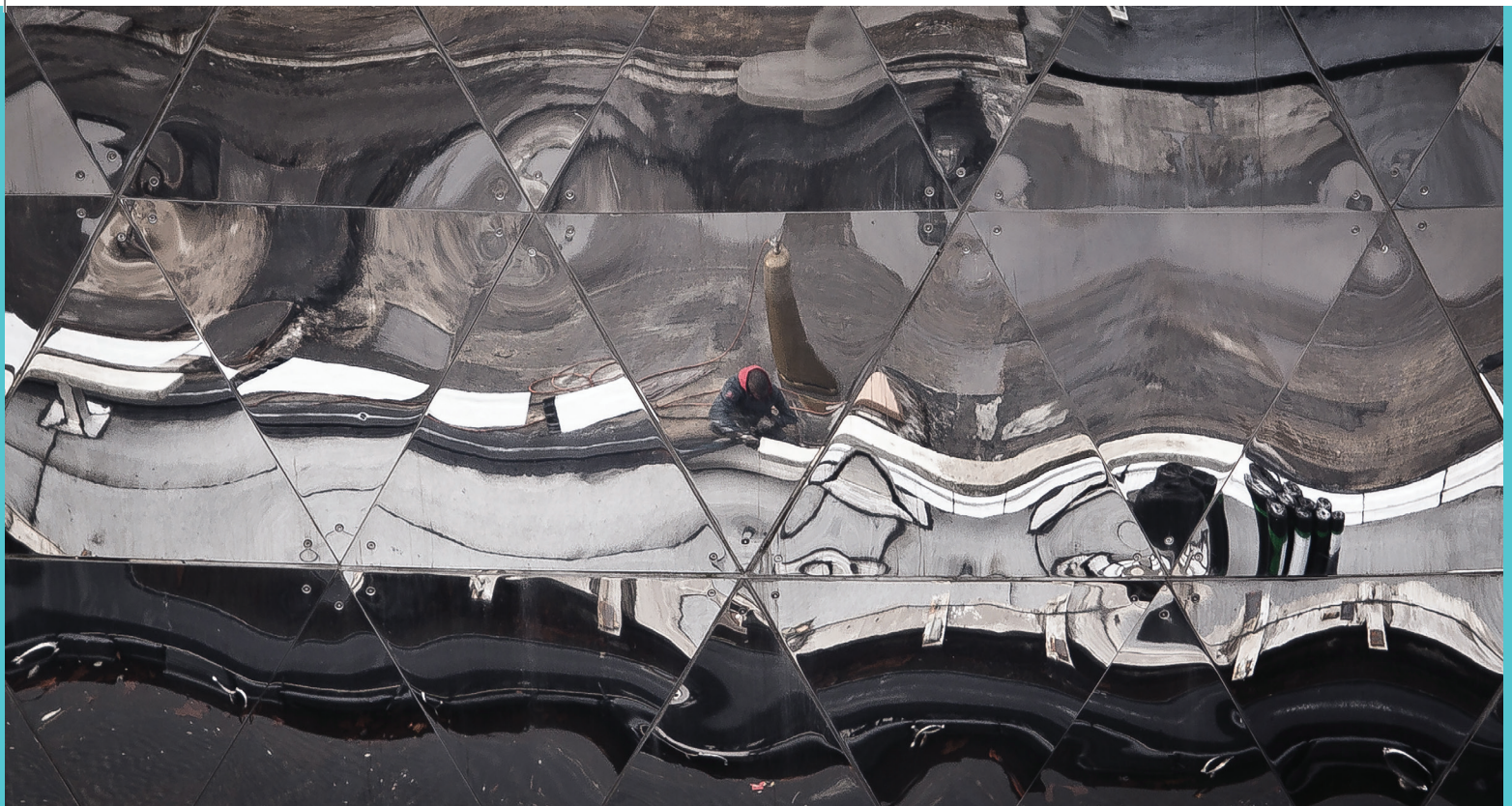
Mugula Chris Safari

Vernepleier m/ Master i Folkehelsevitenskap.

[chris.safari@fv.no](mailto:chris.safari@fv.no)

Fossheim

Mennesker med utviklingshemming møter på de fleste barrierene når det gjelder deltakelse i arbeid. Ferdigheter og kunnskap om tilretteleggingsmetoder har stor betydning for mulighetene til deltakelse i egen arbeidshverdag. Kan målrettet miljøarbeid bidra til styrket arbeidsdeltakelse i varig tilrettelagt arbeid?



Illustrasjon: Hernán Piñera, Flickr

Deltakelse i arbeidslivet har stor betydning for både den enkelte og for samfunnet som helhet. Sentralt er at «arbeid skal være det naturlige førstevalget for personer i yrkesaktiv alder», videre at «velferdsstatens ordninger skal utformes, dimensjoneres og tilrettelegges slik at de støtter opp om målet om arbeid for alle» (St.Meld.35, 1994-95, s.17 og s.89). Personer med utviklingshemning er en av de gruppene i samfunnet som møter de fleste og tyngste barrierene når det gjelder deltakelse i både ordinært og tilrettelagt arbeid (Reinertsen, 2012). Krav til kunnskap, kompetanse og effektivitet er eksempler på faktorer som gjør at gapet mellom utviklingshemmedes forutsetninger og arbeidslivets krav stadig øker. Likevel er muligheten til å være en del av arbeidslinja og mestre dette av stor

betydning for alle, inkludert personer med utviklingshemming. Hegdal og Thorsen (2007) påpeker at muligheten til arbeidsdeltakelse i ulike former er sentralt for personlig utvikling. På lik linje med alle andre bidrar arbeid til personlig utvikling, også for utviklingshemmede. Ettersom tilgangen til arenaer hvor de kan hevde seg ofte er begrenset, er arbeidsplassen ekstra viktig for å oppnå sosial inkludering og utvikle god selvfølelse og status.

I denne artikkelen diskuteres hvordan målrettet miljøarbeid kan bidra til styrket arbeidsdeltakelse for personer med utviklingshemming i varig tilrettelagt arbeid. Et særlig fokus rettes mot personer som står mellom varig tilrettelagt arbeid i skjermet virksomhet, også kjent som VTA, og et dag- og aktivitetstilbud.

### Glemt arbeidskraft?

NOU 2016:17 slår fast at personer med utviklingshemming har begrenset tilgang til arbeidslivet, og at mange utviklingshemmede som deltar i aktivitet på kommunale dagsentre er kvalifiserte til å delta i varig tilrettelagt arbeid. I en nasjonal tilstandsrapport om arbeids- og aktivitetssituasjonen blant personer utviklingshemming fra NAKU kom det frem at mange som hadde kommunalt dagtilbud kunne arbeidet i varig tilrettelagt arbeid (Reinertsen, 2012). Dette støttes av NOU 2016:17 som fremhever at kommunene gir uttrykk for at rundt 20 prosent av personer med utviklingshemming som deltar i aktiviteter på kommunale dagsentre er kvalifiserte til å arbeide i varig tilrettelagt arbeid. Reinertsen (2012) påpeker at dette er noe som støttes opp av NAV-veiledere som har oppfatningen av at flere utviklingshemmede kunne vært i arbeidstiltak. Videre erfares det en avtagende tendens til at personer med utviklingshemming får tilbud om jobb i både arbeidstiltak og i det ordinære arbeidsliv (Fjeldskår, Gundersen, Vik, Bachke, 2017). Det kan også se ut til at svært få personer med utviklingshemming deltar i arbeidslivet på ordinære vilkår, selv om mange i skjermet virksomhet kan beherske arbeid i ordinær virksomhet.

Et annet relevant punkt er at personer med utviklingshemming har begrenset tilgang til varig tilrettelagt arbeid (NOU 2016:17, 2016). Dette er på grunn av økende konkurranse om tiltaksplasser med andre diagnosegrupper og økte produktivtetskrav i varig tilrettelagte virksomheter. Dette fører til at bedrifter som tilbyr varig

tilrettelagt arbeid kan bli mer selektive i forhold til hvem som får tiltaksplass og at arbeidstakere velges ut fra effektivitet fremfor arbeidstakerens behov. Særlig får dette betydning for arbeidstakerne som har tilleggspromblematikk, som uønsket atferd eller psykiske lidelser. Disse får ofte tilbud på et dag- og aktivitetssenter, selv om målrettede miljøtiltak kan bidra til mestring av tilrettelagt arbeid i skjermet arbeidstiltak.

### Varig tilrettelagt arbeid som arena for arbeid og aktivitet

Arbeidsinnsatsen til utviklingshemmede er oftest løsrevet fra egen forsørgelse fordi de aller fleste mottar uførestønad. Men det er likevel gjort et skille mellom arbeid og andre tiltak utenfor sysselsetting. Arbeidstakere i varig tilrettelagt arbeid har arbeidskontrakter på lik linje som andre ansatte og hever ofte en bonuslønn. Dette er for mange viktig da de kan vise til at de arbeider og bidrar til samfunnet som alle andre. Videre er dette viktig fordi det ofte kan stilles prinsipielle spørsmål om hvorvidt det er forskjell på om utviklingshemmede deltar i varig tilrettelagt arbeid eller i et dag- og aktivitetstilbud (Söderström & Tøssebro, 2011).

Hva menes med begrepet arbeid? Hvorfor skal arbeid være en målsetting for personer med utviklingshemming? Slike spørsmål dukker opp fordi personer med utviklingshemming deltar ofte i dag-aktiviteter som er i grenseland mellom fritidsaktiviteter og arbeid.

Varig tilrettelagt arbeid er et tiltak som tilbyr arbeid i skjermet og i andre tilfeller ordinær virksomhet. Hovedfokuset i varig





Illustrasjon: Günter Hentschel, Flickr

tilrettelagt arbeid er utvikling av arbeidstakers ressurser og at arbeidet er tilpasset arbeidstakerens arbeidsevne. Varig tilrettelagt arbeid retter seg mot personer som har eller skal få innvilget varig uførepensjon. For personer med utviklingshemming er varig tilrettelagt arbeid det største og viktigste arbeidstilbudet (NOU 2016:17, Olsen, 2009).

For personer med utviklingshemming, som har en slik ordning, er varig tilrettelagt arbeid et viktig tilbud. Dette til tross for at

det har tidligere blitt påpekt at tiltaket bærer preg av å være en særordning og at arbeidet, av noen, ikke regnes til å være arbeid (Söderström & Tøssebro, 2011). Det er likevel mange personer med utviklingshemming som opplever sosial deltakelse og økt livskvalitet på grunn av arbeidsdeltakelsen i varig tilrettelagt arbeid. Dette kommer til uttrykk ved at mange arbeidstakere viser lojalitet, arbeids glede og yrkesstolthet. Dessverre er det færre personer med utviklingshemming



Illustrasjon: Angelo Di Blasio, Flickr

som har varig tilrettelagte arbeidstilbud nå enn tidligere, og flere får dag og aktivitets-senterplass (Söderström & Tøssebro, 2011).

### Utfordringer og ressurser

Arbeidstakere i varig tilrettelagt arbeid har ofte behov for ekstra tilrettelegging og oppfølging. Denne artikkelen baseres på en varig tilrettelagt avdeling som retter seg mot arbeidstakere som har særskilt behov for tilrettelegging og tettere bemanning enn i vanlige varig tilrettelagte avdelinger. Avdelingen ble grunnlagt som en del av

et utviklingsprosjekt for arbeidstakere som ikke kunne, av flere årsaker, nyttiggjøre seg av varig tilrettelagt arbeidstiltak lengre. Disse arbeidstakerne ble stående mellom varig tilrettelagt arbeid og dag- og aktivitetssenter. Bedriften sørger for at avdelingen har arbeidsoppgaver og aktiviteter som er tilpasset den enkeltes forutsetninger, ressurser og behov. Målet er å gi arbeidstakerne mulighet til å vedlikeholde og utvikle egne ferdigheter og kunnskaper på best mulig måte. Videre blir arbeidshverdagen individuelt



tilrettelagt med fokus på stor forutsigbarhet og god variasjon for arbeidstakere som har behov for dette.

Kvaliteten på tilretteleggingen i avdelingene er viktig i arbeidshverdagen, og avgjørende om arbeidstakeren kan delta i arbeidslinja. Arbeidstakere som står mellom dag- og aktivitetssenter og varig tilrettelagt arbeid har ofte flere utfordringer og barrierer som kan hindre arbeidsdeltakelse. Noen personer med utviklingshemming har utfordringer som krever samarbeid med andre instanser slik som habiliteringstjenesten, lege og pårørende for å kunne ha tilfredsstillende arbeidsdager. Videre er det slik at bedrifter som tilbyr varig tilrettelagt arbeid har foruten formelle krav, også andre kriterier og hensyn som blir vektlagt i både ansetelses- og oppsigelses prosessen. Slike hensyn og kriterier kan være at vedkommende er motivert for å arbeide, har en viss produktivitet og at arbeidstakeren er på et akseptabelt fungeringsnivå sosialt sett. Uten tilrettelegging blir slike faktorer avgjørende for om en arbeidstaker kan være en del av arbeidstiltaket, eller om arbeidstakeren blir flyttet til et dag- og aktivitetstilbud, uavhengig av arbeidskapasitet.

### Måltrettet miljøarbeid

Måltrettet miljøarbeid, i tillegg til andre metodikker som LEAN og løsningsfokusert tilnærming (LØFT) er ofte vel-etablerte varig tilrettelagte virksomheter. Mens LEAN har fokus på kvalitetsforbedring og effektivisering av drift (Womack, Jones, & Roos, 1990), har LØFT et fokus på endringsarbeid og

problemløsning (Langslet, 2003). Men i tillegg til de andre metodikkene kan måltrettet miljøarbeid bidra til å styrke muligheten og kvaliteten i arbeidsdeltakelsen til arbeidstakeren. Fellesorganisasjonen for vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger definerer måltrettet miljøarbeid som: «*En systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte bruker*» (Fellesorganisasjonen, 2008) s.9). Ved å systematisk arbeide med miljøbetingelser kan vi legge til rette for best mulig arbeidsmiljø og utviklingsmuligheter for arbeidstakeren.

Måltrettet miljøarbeid kan betegnes som en arbeidsmodell som består av ulike metoder, intervensjoner og holdninger som er styrt i måltrettede prosesser. Modellen anvender metoderekka som en fremgangsmåte i det praktiske arbeidet, der hovedbestanddelene består av kartlegging, målvalg, metode, registrering og evaluering.

Kartleggingsfasen i metoderekka skal si noe om hvor vi er. Her innhenter man informasjon som kan gi en bedre forståelse av problemet og gi ideer til hva som kan gjøres for å løse utfordringen. Kartleggingen gir også grunnlag for beslutninger som mål, metode og evaluering. Videre gir kartlegging en beskrivelse av dagens situasjon før eventuelle tiltak iverksettes. Neste steg, etter kartleggingsfasen, er målvalg og avgrensning av målatferd. Her går man fra problem til en definert målatferd. Målatferden er atferdsenheten som gjøres til gjenstand for tiltak eller registrering. Det er viktig at beskrivelsen av målatferden er fullstendig, objektiv og tydelig.



Neste steg i metoderekka er metode. For å kunne nå målene som er satt tidligere i prosessen må ofte nåværende situasjon endres. Endringene kan rettes mot mange forskjellige miljøbetingelser eller mot å øke personens egen kompetanse. I denne fasen er det viktig å vurdere og begrunne hvilken fremgangsmåte er mest hensiktsmessig å bruke. Her kan for eksempel metoder innen anvendt atferdsanalyse brukes. I registreringsfasen etableres et utgangspunkt for å kunne måle effekten av tiltaket. I denne fasen er det viktig å få en stabil baseline og bruke denne for å kunne monitorere endringer. Registreringene kan også brukes til å vurdere om målsettingene som er satt blir nådd. Høy validiteten og reliabilitet er viktig for å kunne kvalitets-sikre målingene som blir gjort. Sist i metoderekka er evalueringsfasen.

I evalueringsfasen analyseres i hvilken grad målene ble nådd. Det er viktig at evalueringen sier noe om resultatet men også om prosessen underveis. Resultatene fra evalueringen er også en viktig del av datagrunnlaget når tiltaket evalueres.

I den tiltaksrettede delen av det målrettede arbeidet er det ofte vesentlig å etablere lik praksis blant arbeidslederne. I varig tilrettelagte virksomheter er det mange arbeidstakere som har behov for tilrettelegging av miljø, effektiv samhandling eller opplæring, og vi observerer ofte behovet for en systematisk tilnærming.

Horne og Øyen (2005) skriver at den vitenskapelige forankringen i målrettet miljøarbeid er atferdsanalyse. Hovedprinsippet i atferdsanalysen er at all atferd påvirkes av de konsekvensene atferden vil få. For å sikre en systematisk og vitenskap-

elig tilnærming, er anvendt atferdsanalyse viktig i endringsarbeidet. Anvendt atferdsanalyse er spesielt viktig i arbeidsprosessen når det er behov for å systematisk analysere forholdet mellom miljøet, arbeidslederens og arbeidstakerens atferd. Ved å forstå samspillet mellom disse tre faktorene, kan vi legge til rette for en bedre arbeids-hverdag. Anvendt atferdsanalyse er også en tilnærming som beskriver miljøbaserte metodiske prinsipper for strukturering, opplæring og forebygging av utfordrende atferd.

### **Et målrettet tiltak i varig tilrettelagt arbeid**

I avdelingen møter vi på arbeidstakere som har uønskede atferdsformer eller manglende ferdigheter som bør møtes med like konsekvenser og reaksjoner fra miljøet rundt. Avhengig av behovet til individet, så kan virkemidlet være for eksempel prosedyrepregede tiltak der vi jobber mot et konkret mål. Dette stiller krav til strukturen i gjennomføringen og lik praksis hos arbeidslederen. Videre er atferdsanalytiske prinsipper viktige i det målrettede arbeidet, der vi retter tiltaket mot tydelige mål. I målsettingsarbeidet bruker vi Løkke og Salthes (2012) sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid som beslutningsstøtte. Arbeidsmodellen er en oversikt over viktige punkter i målrettet miljøarbeid og består av tre faser og ti punkter med underpunkter (Løkke og Salhe, 2012). Punktene i sjekklista inkluderer både normative og empiriske premisser. Ved hjelp av fagadministrative systemer i avdelingen så blir tiltaket skriftliggjort med klare beskrivelser



Illustrasjon: Wetwebwork, Flickr

av hva og når ting skal gjøres. Som utgangspunkt for evalueringer registreres atferd over tid for å kunne dokumentere effekten tiltaket har hatt.

Jeg tar utgangspunkt i erfaring fra min egen arbeidsplass. Jeg har valgt å kalle henne Marte, og historien er representativ, men delvis oppdiktet. Marte starter på avdelingen etter å ha blitt overført fra en annen avdeling på grunn av tvangspreget

atferd. Det observeres at hun stopper opp i handlingsskjeder og gjør repeterende bevegelser med armer og bein. Dette førte til at hun ikke klarte å oppnå flyt i arbeidshverdagen, og at produktiviteten var meget lav. Videre hadde Marte uheldig oppmerksomhetssøkende atferd slik som å rope til arbeidsledere eller barrikadere dører. Arbeidsevnen til Marte var god, da hun behersket mange arbeidsoppgaver,

hadde god grov- og finmotorikk, samt god innlæringssevne.

For å igangsette prosessen ble en gjennomgående behovskartlegging foretatt. Det ble gjort observasjoner og analyser av atferden, samt kartlegging av ressurser og problemområder. Videre ble det definert et mål som skulle bidra til mindre uønsket atferd og økt sosial fungering. I samarbeid med habiliteringstjenesten ble det igangsatt et tiltak som tok hensyn til arbeidstakerens rammebetingelser.

Det ble igangsatt dagsplanstyring i kombinasjon med tegnøkonomisystem. Dagsplanen ble igangsatt for å sikre forutsigbarhet og struktur gjennom arbeidsdagen. Videre kan denne gi en følelse av trygghet ved at Marte vet hva som skal skje de neste timene, og en grov skisse av dagen. Denne blir skrevet dagen før og er tilgjengelig for Marte hele tiden. Målet med dagsplanen er at arbeidstakeren skal vite noe om hva som skal gjøres, hvor det skal gjøres, når aktiviteten skal gjennomføres og sammen med hvilken arbeidsleder. I dagsplanen er det også beskrevet hvilke arbeidsoppgaver som er tilgjengelig. For å sikre medvirkning i egen arbeidshverdag får Marte velge blant tilgjengelig arbeidsoppgaver. Gjennomførte arbeidsoppgaver gir også et smilefjes fra arbeidslederen umiddelbart etter at Marte er ferdig med oppgaven. Som en del av tiltaket ble det besluttet at vi skulle ignorere uønsket atferd, men hele tiden gi ros når arbeidstakeren gjorde som hun skulle.

Cooper, Heron, & Heward (2007) skriver at tegnøkonomi er et atferds-  
endrende system som handler om 1)

definere en målatferd, 2) tegn som deltakeren mottar for å møte kriteriet for målatferden, og 3) et utvalg av antatte sluttforsterkere som deltakeren kan veksle tegnene i. I avdelingen får Marte et tegn med et smilefjes på når hun har jobbet i x antall minutter med en avtalt arbeidsoppgave. Når Marte har fått 10 smilefjes kan hun veksle disse med en sluttforsterker hun har valgt på forhånd. Denne sluttforsterkeren kan for eksempel være en kopp kaffe med arbeidsleder eller å sende mail til pårørende med hjelp fra arbeidslederen.

Det ble erfart at kombinasjonen av forutsigbarhet og økt arbeidsmotivasjon bidro til en bedre arbeidshverdag for Marte. Den uønskede atferden til Marte ble redusert fra tiltakets start og ytterligere i ukene og månedene etter. Ved å forsterke ønsket atferd, øke sosial kontakt og tilpasse arbeidet slik at hun mestret arbeidskravene bidro til reduksjon i uønsket atferd. Alle de metodiske elementene i tiltaket bidro til gode resultater, men trolig hadde positiv forsterkning administrert gjennom tegnøkonomisystemet kombinert med sosial forsterkning i form av ros bidratt sterkt.

Dette tiltaket bidro mest sannsynlig til at Marte kan være arbeidsdeltakende istedenfor å bli flyttet til et dag- og aktivitetstilbud. Videre erfarte vi at god tilrettelegging bidro til progresjon i ferdigheter hos arbeidstakeren. Det er verdt å nevne at også andre enn de som er diagnostiserte eller registrerte som utviklingshemmende vil kunne ha utbytte av systematikken metoderekka innehar.





Illustrasjon: Ricky Montalvo, Flickr

### Veien videre

Arbeid blir i verden, og samfunnet for øvrig, sett på som en del av livsløpet. Særlig i det norske samfunnet står arbeid sterkt som norm for voksne. Videre kan arbeidsdeltakelse ha positiv effekt på helse og livskvalitet. Hos mennesker med utviklingshemming kan effekten av arbeid på psykisk velvære være større enn funksjonsfriske (Reinertsen, 2013). Ved å bruke målrettet miljøarbeid og systematisk

arbeid mot et mål sammen med arbeidstakeren, kan individet holde seg i arbeidslinja. Som tidligere nevnt blir gapet mellom utviklingshemmedes forutsetning og arbeidslivets krav stadig større, derfor er det også essensielt at tilretteleggingen holder høy kvalitet. Ved å systematisere innsatsen mener jeg at mange utviklingshemmede som trenger bistand for å kunne arbeide, holder seg i arbeid lengere og opplever mestring oftere. Som pekt

på i denne artikkelen kan målrettet miljøarbeid og atferdsanalyse være viktige hjelpemidler i sysselsettingen av personer med utviklingshemming.

## Referanser

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). Applied behavior analysis.
- Fellesorganisasjonen. (2008). Om vernepleieryrket. Oslo. Hentet 24.02.2018 fra [https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20vernepleieryrket\\_\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/131955/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket__A5.pdf)
- Hegdal, U., & Thorsen, K. (2007). Om betydningen av arbeid, dagsenter- og aktivitetstilbud for mennesker med utviklingshemming. *Stiftelsen Samordningsrådet SOR Rapport*, nr 1-2007, 4-13.
- Horne, Hans og Bjarne Øyen (2005). Målrettet miljøarbeid, Anvendt atferdsanalyse. 2.utgave. Lillestrøm: G.R.D- Forlag.
- Langslet, G. J. (2003). *LØFT for ledere, Løsningsfokusert tilnærming til typiske ledelsesutfordringer*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Løkke, J., & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid ; fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 39(1), 17-32
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Hentet 24.02.2018 fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/](https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/nou/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf)
- b0baf226586543ada7c530b4482678b8/nou/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf
- Olsen, T. (2009). *Versjoner av arbeid: Dagaktivitet og arbeid etter avviklingen av institusjonsomsorgen* (Avhandling, Uppsala Universitet). Bodø: Nordlandsforskning.
- Reinertsen, S. (2012). Nasjonal tilstandsrapport over: Arbeidsog aktivitetssituasjonen blant person med psykisk utviklingshemming. Hentet 18.12.2018 fra: [https://naku.no/sites/default/files/NAKU\\_Tilstandsrapport2012\\_0.pdf](https://naku.no/sites/default/files/NAKU_Tilstandsrapport2012_0.pdf)
- Reinertsen, S. (2013). Arbeid og Utviklingshemming – De gode eksemplers makt. *Stiftelsen Samordningsrådet SOR Rapport*, nr 1-2013, 60-67.
- Stortingsmelding 35 (1994–95) *Velferdsmeldingen*
- Söderström, S. & Tössebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner?: Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Hentet fra: [https://naku.no/sites/default/files/files/Rapport\\_innfridde\\_mål.pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/Rapport_innfridde_mål.pdf)
- Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*: Simon and Schuster.

Illustrasjon: Tobias Zils, Flickr





# FANTASTISKE Solgården i Spania

Din sommerferie i 2019

## En annerledes og morsom ferie!

Solgården er et tradisjonsrikt feriested på Costa Blanca, mellom Alicante og Benidorm.  
Deilige dager med sol, bad og mye moro. Møt nye venner i flotte omgivelser!

### Turer for utviklingshemmede 2019

| Turnr | Dato     | Varighet | Avreisested                            |
|-------|----------|----------|----------------------------------------|
| 587   | 28.05.19 | 1 uke    | Oslo (Reservert til 01.11.18)          |
| 588   | 04.06.19 | 1 uke    | Oslo                                   |
| 589   | 11.06.19 | 2 uker   | Oslo                                   |
| 593   | 06.08.19 | 1 uke    | Oslo                                   |
| 594   | 13.08.19 | 1 uke    | Bergen*                                |
| 598   | 01.10.19 | 1 uke    | Kristiansand* (Reservert til 01.10.18) |
| 599   | 08.10.19 | 1 uke    | Oslo                                   |

\* Det gis ruteflytilbud fra Oslo

Dette er inkludert i reisen til Solgården:

- Trygg og tilrettelagt ferieopplevelse med eget fly og helsepersonell som reiseledere
- Unik bagasjeservice. Direkte fra avreiseflyplass til ditt rom
- Helpensjon. Delikate buffeter
- 24 timers vakt med norsk helsepersonell
- Flotte tilbud om aktiviteter og utflukter
- Tilrettelagt for rullestolbrukere



**SOLGÅRDEN**  
trygghet, trivsel og glede

For mer informasjon og bestilling: [solgarden.no](http://solgarden.no)

Tlf 24 14 66 60 (man - fre kl. 08.30 - 21.00)

Følg oss på





# Eksponerings trening

## Eksponerings trening for en person med autisme, paranoid schizofreni og generalisert angstlidelse. En case beskrivelse.

May Glad Lien, epost: [May.Glad.Lien@ahus.no](mailto:May.Glad.Lien@ahus.no)

Klinisk vernepleier ved voksenhabiliteringen, AHUS.

I denne artikkelen beskrives en reduksjon av opplevd angst i sosial setting hos en mann med diagnosene autisme, paranoid schizofreni og generalisert angstlidelse, hvor eksponering blir brukt som behandlingsmetode. Eksponeringsbehandling er ved flere randomiserte studier vist seg å være en effektiv miljøterapeutiske metoden i arbeid med angstproblematikk (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2013) (Statens helsetilsyn, 2000). I denne artikkelen vises hvordan eksponeringsbehandling kan tilrettelegges for person med kognitive utfordringer.



Illustrasjon: Steven Johnson, Flickr

Ordene eksponeringsbehandling og eksponeringstrening brukes om hverandre i litteraturen. Jeg velger her å bruke ordet eksponeringstrening.

Personen som omtales i artikkelen har skriftlig og muntlig gitt samtykke til artikkelen. Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring har godkjent

innsamling og behandling av personopplysninger i forbindelse med utarbeidelse av artikkelen.

Eksponerings trening er en anbefalt behandlingsmetode ved sosial angst (Statens helsetilsyn, 2000) (National Institut for Health and Care Excellence, 2013). Eksponerings trening med responsprevensjon (ERP) er den miljøterapeutiske behandlingsmetoden som har best dokumenter effekt ved behandling av sosial angst (IBID). Ved ERP utsettes personen for det han/hun sliter med å håndtere og må stå i situasjonen til angsten oppleves mindre. Personen får da erfaring med at angstnivået stiger til et visst punkt for så å synke igjen. Når man har trent ERP en tid vil angstnivået ikke stige så høyt som det gjorde ved første trening. Angsten vil da ikke oppleves som så hemmende som før oppstart. I to av tre tilfeller opplever personen betydelig bedring samt varig effekt av behandlingen ved bruk av ERP (Statens helsetilsyn, 2000).

Det er essensielt for gjennomføring av ERP at personen er motivert, godt informert om denne måten å jobbe på og har kjennskap til normale angstreaksjoner. Kjennskapen til normale angstreaksjoner gjør at de symptomer som kommer under trening er forståelige, personen blir klar over at de ikke predikerer fare og dermed tørr/orke å stå i det ubehaget det er å oppleve angst.

### Diagnoser

I Norge brukes diagnoseverktøyet ICD-10 ved klassifisering av psykiske lidelser. Diagnosen F 41.1 Generalisert angstlidelse innebærer angst som er generalisert og

vedvarende. Den er ikke begrenset til noen bestemt situasjon eller omstendighet. Angst omfatter alt fra en følelse av uro og anspenthet til panikk og frykt. Personen opplever ofte en kroppslig reaksjon som kan innebefatte en eller flere av følgende komponenter: vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i epigastriet (Helsedirektoratet, 2017). Angst har en overlevelsesfunksjon og en helt normal reaksjon på blant annet store påkjenninger. Det er når denne tilstanden oppstår utenom disse påkjenningene, og i hvilken grad den oppstår, som sier noe om den er normal eller sykkelig (Statens helsetilsyn, 2000). Ubehandlet angst vil kunne medføre både somatiske og psykiske komplikasjoner som kan bli kroniske (Statens helsetilsyn, 2000). Det er derfor viktig å komme tidlig på banen med behandling av angst.

Et av kriteriene for diagnosen F 84 autismspekter lidelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, er kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster (helsedirektoratet, 2017). Kvalitativt avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønstre gir utfordringer med å forstå og tolke det som skjer i ens omgivelser. Det antas at dette er årsaken til at det er funnet økt sårbarhet for utvikling av angst hos personer med autismspekter lidelse (Kaland, 2009). Å hjelpe personer med autisme til å forstå og tolke omgivelsene slik normalbefolkningen gjør er derfor viktig. Eksponerings trening kan bistå i dette arbeidet. Utfordringene ligger i at eksponerings trening vil gi opplevelsen av å miste kontroll, noe personer med





Illustrasjon: Hans Griep, Flickr

autismespekterlidelse ofte allerede opplever i det daglige, og er med på å opprettholde angsten.

Deler av lidelsestrykket ved F 20.0 paranoid schizofreni er å ikke forstå omgivelsene og stole på de sanseinntrykk man får. Personen opplever ofte å ikke ha kontroll og opplever dermed økning i angst og stressnivå, noe som igjen fører til økt sannsynlighet for å utløse psykotiske episoder (Malt, Andreassen, Melle, & Årsland, 2013). Ved eksponeringstrening opplever man at litt av den kontrollen en

har over omgivelsen og seg selv forsvinner da en utsetter seg for det en frykter og skal lære kroppen å ikke bli aktivert (få angst-anfall). Eksponeringstrening kan av den grunn føre til at mennesker med paranoid schizofreni opplever en forverring av sykdommen.

Kombinasjonen av diagnosene beskrevet over kan vanskeliggjøre behandling av angst ut over medikamentell behandling. For å øke sannsynligheten for å lykkes med eksponeringstrening må følgende punkter være oppfylt:

- Personen ønsker behandling ut over det medikamentelle
- Personen får tett oppfølging av personal som personen stoler på
- Personen opplever å ha kontroll over treningen/behandlingen
- Personen får en grundig innføring i angst symptomer.

Artikkelen ønsker her å belyse hvordan behandling med eksponeringstrening kan tilrettelegges for personer med diagnosene F 84.0 autisme, F 20.0 paranoid schizofreni og F 41.1 generalisert angstlidelse, uten at det fører til økt symptomtrykk på F 20.0 paranoid schizofreni.

### Hovedpersonen

Anders er en mann på 24 år som ble henvist Avdeling voksenhabilitering med ønske om vurdering av diagnose og optimalisering av medisiner. Under henvisningsperioden ble diagnosene paranoid schizofreni og autisme satt. Et fremtredende symptom ved begge diagnosene var angst. Hans angst omfattet blant annet å møte andre mennesker han ikke kjente, bakterier og mat. I en av sine dårligste perioder slet han med å ha klær på kroppen, spise mat og tørre å puste. Toleransen for forverring av schizofreni ved psykisk stress var lav. Tidligere miljøterapeutiske tiltak for å minske Anders sin angst hadde ikke lyktes. Behandling med medisiner ble startet og samarbeid med bolig opprettet for å sikre god ivaretagelse av Anders i en sårbar og dårlig periode. Etter en periode med regulering av medisiner opplevde Anders seg klar for å jobbe med sin angst ut over medikamentell behandling.

### Normativ vurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven (omsorgsdepartementet, 2001) gir pasienten rett til å medvirke i utforming av behandling og metoder. Etter noe tid med medikamentell behandling ønsket Anders ytterligere behandling. Han uttrykte et ønsket å «komme seg videre i livet» slik alle andre gjorde. Med det mente han å ta utdanning, være sosial og kunne stå i en jobb. I tråd med «Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid» (Løkke & Salthe, 2012) ble det gjennomført en vurdering av Anders, pårørende og personalet sine ønsker og verdier, samt en vurdering av mulige tiltak sett opp mot relevant teori. Pårørende og personalet som jobbet der Anders bodde var alle positive til Anders sitt initiativ om mer behandling. De var dog noe skeptiske til om det lot seg gjennomføre grunnet hans lave toleranse for stress. Anders var veldig motivert og åpen for at ytterligere behandling ville medføre psykisk stress. Ved gjennomgang av empiri ble eksponeringsterapi fremhevet som beste evidensbaserte og effektive metode for å bistå personer med angst. Ut fra sin erfaring med Anders sitt symptom bilde og historie antok behandlende overlege og psykologspesialist ved Avdeling voksenhabilitering at Anders kunne prøve ut eksponeringstrening da hans ønske om ytterligere behandling var stort. Angsten Anders opplevde omfattet mange av hans daglige gjøremål og senket livskvaliteten hans. Et hvert lite steg mot å minske angstens omfang ville gi han bedre livskvalitet. Dette gav grunnlag for en normativ vurdering om iverksettelse av tiltak for å dempe angst.





Illustrasjon: Juan Carlos Pachón, Flickr

### **Tilpassing av eksponeringstrening til Anders**

Anders hadde ved flere tilfeller fått en forverring av sin paranoide schizofreni ved psykisk stress. Tiltaket ble derfor diskutert med behandlende psykolog og psykiater ved Avdeling Voksenhabilitering før igangsetting. Mennesker med autisme og schizofreni opplever som nevnt over ofte at de ikke har kontroll. Mangel på kontroll kan være den utløsende faktoren til stress og ytterligere dårligere psykisk helse. I samarbeid med psykolog og psykiater ble det besluttet å anbefale eksponerings-

trening i avgrensede tidsperioder, i korte intervaller. Fastsatte intervaller gav ham mer oversikt over hvor lenge stresset og ubehaget varte, og gav ham større mulighet til å erfare at han klarte å stå i sin angst.

For å minske Anders sin opplevelse av stress ytterligere fikk Anders mye tilpasset informasjon før, under og etter at tiltaket var igangsatt. I tillegg ble han minnet på at han hadde kontrollen over om tiltaket skulle gjennomføres eller ikke. Det transparente tiltaksarbeidet gjorde ham trygg på at vi ikke ville presse han lenger enn han selv opplevde at han orket.



Mange med autismespekterlidelse har et behov for klar struktur og klare rammer for å fungere optimalt. For å møte dette behovet hos Anders ble det opprettet et treningsteam og utarbeidet samhandlingsregler. Dette minsket stresset hos Anders da han kunne være sikker på at han ble møtt på lik måte hver gang det var trening og at treningene forgikk til de tider som ble avtalt.

### Angst hierarki

Det er krevende å utsettes for det man frykter og vente på at angsten skal synke i intensitet. Av samme grunn er det lett å gi etter og ikke bli i situasjonen lenge nok til at en får erfaring med at angstsymptomene ikke er farlige. For å minske risiko for forverring av psykisk lidelse bør personen

gradvis utsettes for mer og mer krevende angst belastninger. For å møte disse utfordringene ble det utarbeidet et angsthierarki. Et angsthierarki er en rangert oversikt over hva personen er redd for. Ved å lage et angsthierarki og utsettes for det oppleves som minst angstfullt først, er sannsynligheten for å fullføre treningsløpet i sin helhet større (Kendal, Mrtinsen, & Neumer, Mestringskatten (Coping cat), 2006) og øker muligheten for opplevd mestring (Eknes, et al., 2001). Dette ved at man gradvis endrer ens læringshistorie og hvordan vi forholder oss til de stimuli som trigger angst atferd (Horne & Øyen, 2005). Angsthierarki brukt som her beskrevet øker sannsynligheten for at Anders opplever kontroll over treningen. Treningen oppleves da oftere som mer



Illustrasjon: Frédéric Glorieux, Flickr

håndterbar og forutsigbar noe som er viktig i all behandling av mennesker med denne lidelsen (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2013).

### Mål

Anders sin angst hemmet ham sosialt og stresset ham mye i det daglige. Han uttrykte ved flere anledninger at han ønsket å kunne klare å være mer sammen med andre. Anders valgte følgende hovedmål:

Deltakelse på boligens fellesmiddag i fellesstua uten følge av personalet.

Dette var ikke det som utløste minst angst hos Anders, men det var det han hadde mest lyst til å mestre av de handlingene som lå nederst i angsthierarkiet. For å mestre eksponerings-

trening er det viktig å være veldig motivert. Av den grunn var det riktig å følge hans ønske om mål selv om det ikke var det som lå helt nederst i angsthierarkiet hans.

### Rammer

Anders bor i en omsorgsbolig med personalbase. Boligen rommet flere leiligheter med felles utgangsdør og et fellesrom med kjøkken. På fellesrommet blir det servert middag to ganger i uken. Ansvar for å tilberede middag går på rundgang blant beboerne. Treningene ble gjennomført i fellesrommet to ganger i uken under fellesmåltid. To fra treningslaget deltok i treningen. En hadde ansvaret for å følge opp Anders (hovedtrener) og få hans angstkåre under treningen. En hadde ansvaret for å legge



til rette omgivelsene i fellesrommet (hjelpetrener) for at Anders skulle klare å gjennomføre treningen.

### **Treningsteam**

Bruk av treningsteam gjorde sannsynligheten større for lik praksis og dermed også høy behandlingintegritet (Eknes, 2004). Et treningsteam på fire personer ble etablert. Dette er personer Anders har tillitt til. Treningsteamet jobbet alltid to og to sammen, og hadde jevnlig evalueringsmøter med fagkonsulent fra Avdeling voksenhabilitering. Etter treningene og under evalueringsmøtene ble treningene gjennomgått for å sikre lik praksis.

Selv om det var kun et lite team som skulle gjennomføre treningen måtte hele personalgruppen få informasjon om treningen. Anders har behov for støtte av hele personalgruppen for å mestre denne type trening. Det må tilrettelegges for at han opplever kontroll over treninger og hverdagen for å fungere optimalt og ha nytte av trening. Det var av den grunn viktig at personalgruppen ikke oppmuntret eller presset Anders til å trene utenom avtalte treninger med treningstemaet. Han har da klare grenser for når det skal trenes og ikke, samt trenger ikke å snakke med alle om treningen. Slik kontroll senker stressnivået hans i det daglige da treninger er gjort så forutsigbare som mulig for ham.

### **Forsterkerkartlegging**

Anders var veldig motivert for behandling. Til tross for dette trenger man å finne potente forsterkere for å holde motivasjonen oppe under hele treningsperioden

(Horne & Øyen, 1994). Det ble foretatt en forsterkerkartlegging som personalet ble oppfordret til å evaluere fortløpende. Dette da man fant få forsterkere som var potente før oppstart.

I løpet av første trinn i fase 1 fant man at ros var en veldig potent forsterker. Denne holdt seg potent gjennom alle av tiltakets tre faser.

### **Behandlingsintegritet**

Det er viktig for eksponeringstrening at den er godt forberedt og sikrer at pasienten opplever å ha eksponeringssituasjonen er under kontroll (Irgens, 2000) (Eknes, et al., 2001). En behandlingsplan ble av den grunn utarbeidet. Behandlingsplanen beskrev hvilke utfordringer Anders hadde, hvorfor man igangsatte tiltaket, rammebetingelser og en grundig beskrivelse av selve tiltaket. For å sikre god progresjon og jevnlig evaluering av tiltak ble progresjonsplan utarbeidet og denne igjen delt opp i faser med flere trinn under hver fase (Eknes, 2004).

Progresjonsplan ble gjort kjent for og godkjent av Anders før oppstart av tiltak. Dette gav Anders stor grad av kontroll over eksponeringssituasjonen. Opplevelse av kontroll var en viktig faktor for å senke stressnivået og holde motivasjon oppe hos Anders under hele tiltaket.

Samhandlingsregler er viktig for å sikre gyldiggjøring og validering av pasientens selvfølelse, egenart og individualitet. Slik gyldiggjøring og validering er viktig for å sikre en god miljøterapeutisk tilnærming til pasienten (Hovden & Bakken, 2015). Samhandlingsreglene ble utarbeidet i samarbeid med Anders og gjort kjent for



hele personalgruppen. Behandlingsplan, progresjonsplan og samhandlingsregler sikret god behandlingsintegritet.

### Materiell

For å måle effekt av eksponeringstreningen ble det brukt et «angst termometer». Dette er en subjektiv målemetode som kun sier noe om personens egen opplevelse av angst. Metoden gjør at personen blir mer bevisst sitt eget angstnivå og dermed er bedre i stand til å jobbe med å senke angstnivået (Kendal, et al., 2011). I tillegg muliggjør metoden at personalet lettere kan monitorere pasienten sin angst slik at de kan tilrettelegging for mestring og bistå til å holde motivasjonen oppe. Anders prøvde ut metoden før oppstart av tiltaket og opplevde en større bevissthet rundt egen angst.

### Psykoedukasjon

Anders hadde lite kunnskap om angstsymptomer ved oppstart av tiltaket. Før oppstart fikk han sammen med primærkontakt i boligen psykoedukasjon hvor angst var tema. I tillegg ble det avholdt en workshop i boligen for hele personalgruppen hvor angst var en av temaene som ble tatt opp. Ved å gi både Anders og personalgruppen bedre kunnskap om angst sikret man at Anders kunne gjenkjenne angstsymptomer når de meldte seg og få bistand av personalet til å gjenkjenne de når han var veldig angstfull.

Anders sine aktive mestringsstrategier for å håndtere angst var før oppstart å spille høy musikk, rope og synge høyt. Etter å ha prøvd ut pusteteknikk som ny mestringsstrategi fant Anders at det å bli

bevisst angstens symptomtrykk, og ikke la det få plass, var mest effektivt. Når Anders kjente symptomtrykk på angst dreide han fokuset bort fra symptomene og over på den handlingen/situasjonen han var i.

### Design og prosedyre

De ble benyttet et AB- design hvor tiltaksfasen bestod av tre forskjellige faser.

Treningen i sin helhet ble utarbeidet sammen med Anders. Følgende mål ble satt for de forskjellige fasene i progresjonsplanen:

#### FASE 1; Økt tilstedeværelse i fellestua

uten å oppleve lammende angst

*Trinn 1:* 10 min tilstedeværelse i fellestua

*Trinn 2:* 15 min tilstedeværelse i fellestua

*Trinn 3:* 20 min tilstedeværelse i fellestua

#### FASE 2; Økt tilstedeværelse i fellestua uten

å oppleve lammende angst, samt drikke og spise det som taes med av mat og drikke

*Trinn 1:* 20 min tilstedeværelse i fellestua.

Velder selv om mat og drikke skal taes med, men må ikke spises/drikkes opp.

*Trinn 2:* 20 min tilstedeværelse i fellestua.

Må ta med mat og drikke, med ikke spises/drikkes opp.

*Trinn 3:* 25 min tilstedeværelse i fellestua.

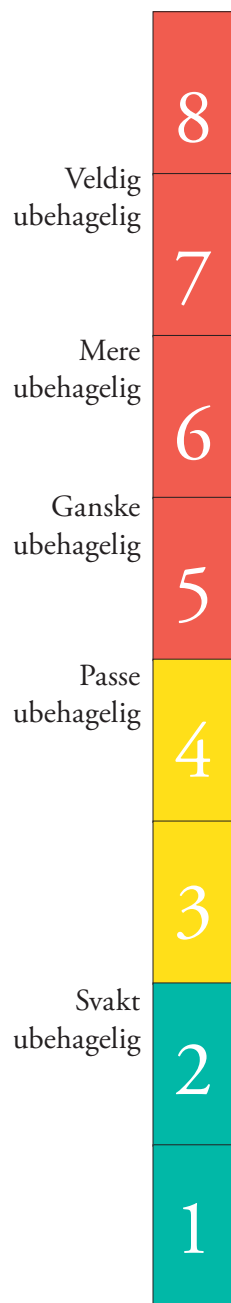
Mat og drikke skal taes med og må spises/drikkes opp.

#### FASE 3: Spise i fellestua to ganger i uken

uten å oppleve lammende angst

Anders kunne bli i fellesstua lengere enn treningen og oppsøke fellesstua utenom treningstidene om han ønsket dette.

Angstnivået ble målt når Anders gikk til



trening, to ganger underveis i treningen og rett etter at trening var avsluttet. Når gjennomsnittlig opplevd angst lå på 4 eller mindre gikk man videre til neste trinn i fasen.

Samhandlingsregler for hvordan skulle møte Anders før, under og etter trening ble utarbeidet før oppstart av tiltaket i samarbeid med ham. Det ble lagt vekt på å finne hva som fremmet og hemmet mestring hos ham i eksponeringssituasjoner.

### Avbrytelseskriterier

Det ble på forhånd avklart med Anders at han når som helst kunne avbryte treningen. Ved tre påfølgende ikke-gjennomførte treninger ble det avtalt at man avholdt et møte hvor treningsteamet, Anders og fagkonsulent fra Avdeling voksenhabilitering deltok. I møtet skulle Anders gi beskjed om tiltakene skulle opphøre eller om det var behov for endringer slik at han kunne gjennomføre treninger ved nye forsøk.

### Resultater

Anders turte i liten grad å oppholde seg i fellesrommet før oppstart av tiltak. Han hadde et par ganger oppholdt seg på fellesrommet sammen med personalet. Angstnivå var ikke blitt skåret ved de anledningene, da han ikke var introdusert for denne måten å forholde seg til angsten på. Ved gjennomgang av journal fra disse anledningene kan vi anta at han ville ha hatt en gjennomsnittlig skår mellom 5-8.

Man ser ut fra grafen at Anders sin opplevelse av egen angst sank veldig på slutten av trinn 3 i fase 1. I fase 2 ser man at trinn 1 kun har tre treninger før en går

videre til neste trinn. På trinn 2 i samme fase ser man nok en nedgang før det igjen går opp. Ved avslutning fase to var opplevd angst på 1,5. Målinger av opplevd angst ble avsluttet i samråd med Anders da Anders etter fase to oppsøkte fellesrommet utenom treningene og sa han nå ikke hadde problemer med å spise sammen med de andre beboerne.

Etter treningsperioden deltok Anders i alle fellesmiddager i boligen og oppsøker fellesrommet utenom disse tidene.

### Diskusjon

Når Anders blir veldig angstfull opplever han mange symptomer på angst som setter ham ut av spill. Han blir redd, får ofte en «frys» refleks og vil ut av situasjonen så fort som mulig. I disse situasjonene har det vært vanskelig for hjelpere å få grep på hvor angstfull han er og i hvilken grad han opplever å ha kontroll over handlinger/situasjonen. Før oppstart av tiltak var det utfordrende for Anders å kjenne etter hvor på en angstskala han befant seg. Tidvis kunne han kun si om han opplevde angst eller ikke. Under utprøving av «angst termometeret» fikk han mer tak på gradene av angst.

Et «angsttermometer» gir kun subjektive data på angst. Det ble ikke foretatt noen andre målinger av angst slik som synlig svette, høy puls, nervøsitet osv. En grunn for denne avgjørelsen var at det var vanskelig for helperne til Anders å få grep om hvor angstfull han var. Helperne ville av den grunn hatt store utfordringer med å objektivt kunne måle Anders sin angst. En subjektiv registreringsform tar Anders sitt ønske på alvor da hans mål var å

oppleve mindre angst i gitte situasjoner, og ikke at symptomene på angst som vises var mindre. I ettertid ser vi at ved å utelate mer objektive data er det vanskeligere å etterprøve validiteten av treningen Anders gjennomgikk, noe som er en svakhet.

I behandling av angst er det viktig å ikke gå for fort frem. Dette for å sikre generalisering av læring. Kunnskap om angst, behandling og progresjonsplaner skal sike at dette skjer. På tross av denne kunnskapen og utarbeidelse av progresjonsplaner valgte Anders og treningsteamet å avvike fra disse. I progresjonsplanen ble det klargjort at overgang til neste trinn først skulle skje når gjennomsnittlig skår

er 4 eller mindre på to påfølgende treninger. Kriteriene for overgang til neste trinn viste seg å være noe vanskelig å følge av to grunner:

1. Anders syntes det var givende å trene og var ivrig etter å komme videre. Av den grunn ønsket han å gå videre til nest trinn før avtalt.
  2. Personalet så fremgang hos Anders og hans måte å håndtere sin angst på. Dette førte til en veldig optimisme i personalgruppen som igjen genererte ett ønske om å gå videre før avtalt.
- Dette kommer frem av dataene fra fase 1 i trinn 1 og fase 2 i trinn 2. I fase 1 trinn 1 valgt man sammen med Andres å gå videre

Illustrasjon: Vee, Flickr







Illustrasjon: Thomas Wallace Scherzer, Flickr

til neste trinn selv om Anders sin gjennomsnittlige angst var litt over 4. Under trening nr 25 i fase 2 ble en medbeboer veldig høylytt verbalt utagerende i fellesrommet. Denne type atferd hos andre øker angstnivået hos Anders og gjennomsnittsskåren på treningen ble da høy. Skåren skulle gjort at man ikke gikk videre til neste trinn før to påfølgende treninger med skår under 4. Treningsteamet og Anders valgte allikevel å gå videre. Avgjør-

elsen ble tatt på bakgrunn av en generell nedgang i opplevd angst hos Anders, samt at Anders var veldig ivrig etter å gå videre og det var viktig å holde treningsmotivasjonen oppe. Tidligere har motivasjon for trening og miljøterapeutisk behandling vært lav da han var veldig redd for alt som har kunnet kalles trening og tiltak. Det å følge hans ønsker om progresjon, økte hans selvfølelse samt hans opplevelse av mestring.



I arbeid med diagnoseproblematikk lik den Anders har er det viktig å jobbe systematisk og følge de prosedyrer som er avtalt på forhånd for å skape forutsigbarhet og struktur, men enhver behandling og trening må i tillegg være dynamisk. Med dynamisk menes her å være fleksibel og tilpasse seg det landskapet man jobber i. Anders var veldig klar på at han ønsket mer trening og å gå videre. Slik tilnærming til trening hadde Anders tidligere ikke fremvist. Anders hadde tidligere vist lav toleranse for stress og fått en forverring av sin paranoide schizofreni ved opplevd psykisk stress. Det å oppleve stress og tørre å stå i det slik treningen la opp til var av den grunn krevende for ham. For å lykkes med behandlingen var det viktig at Anders opplevde mestring så tidlig som mulig. Hver fase bestod av flere små trinn. Progresjonsplanen er viktig for å sikre at man ikke øker stresset for mye i hvert trinn, og samtidig sikrer at man kan tre tilbake om man ikke takler stresset og dermed minsker sjansen for at personen ikke opplever mestring av hele treningen.

I anbefalinger ved eksponeringstrening anbefales det at man trener med responsprevensjon (ERP). Det vil si at man står i situasjonen til angstnivået synker. Dette medfører mye stress for personen. Anders hadde som nevnt vist liten toleranse for stress. Hans sosiale angst hemmet og stresset ham mye i det daglige. I samarbeid med psykolog og psykiater ble det besluttet å anbefale at man kun jobbet med eksponeringstrening i avgrensede tidsperioder. På den måten ville Anders ha en større mulighet til å erfare at han klarte å stå i sin angst uten å bli psykisk dårligere.

## Konklusjon

Eksponeringstrening som behandling fungerte godt for Anders. Før oppstart av tiltak var Anders aldri i fellesstua og deltok aldri på fellesmiddager. Under treningene ble Anders oppmerksom på angsttriggere, mestringsstrategier og fikk en trygghet i å utfordre sin angst. Et år etter treningen ble avsluttet deltar han i alle fellesmiddager og oppsøker fellesstua utenom middagene.

Ved hjelp av behandlingsplan og progresjonsplaner sikret man at han fikk opplevelsen av kontroll på en utfordrende situasjon, samtidig som man sikret god forståelse i personalgruppen og lik praksis i treningsteamet. Ved å legge til rette for en strukturert og målrettet miljø-terapeutiskbehandling vil man selv ved kompleks diagnoseproblematikk kunne gi god behandling for angst ut over den ordinære medikamentelle behandlingen som ofte tilbys.

## Litteratur

- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., & Möller Hans-Jürgen. (2012, februar 5). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, ss. 77-84.
- Eknes, J. (2004). *Tvangslidelse - forståelse, diagnostisering og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J., Melgård, T., Stenhammer, T., Hagedal, K., Vildalen, S., Dahl, R., & Drabløs, J. (2001). *Utviklingshemming og psykisk helse* (Vol. 2). (J. Eknes, Red.) Oslo: Universitetsforlaget 2000.
- Helsedirektoratet. (2017). *Finnkode ICD-10*. Hentet 2017 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/01/0/2595808>
- Helsedirektoratet. (2017, mai 28). <https://finnkode>.

- ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1. Hentet oktober 23, 2017 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2595808>
- Horne, H., & Øyen, B. (1994). *Målrettet miljøarbeid. Atferdsanalytisk arbeid med psykisk utviklingshemmede. Del 2. Opplæringsteknikker*. Oslo: G.R.D. forlag.
- Horne, H., & Øyen, B. (2005). *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse. Del 1. Læringsteori og dagliglivets pedagogikk* (2. utg.). Lillestrøm: Hiak Publishing Senter.
- Hovden, T., & Bakken, T. L. (2015). utviklingshemming, autisme og schizofreni: En pasienthistorie om kommunale tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (volum 12), ss. 239-248.
- Irgens, A. (2000, 08 10). Eksponeringsbehandling for angstlidelser i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskriftet den norske legeforening*.
- Kaland, N. (2009, Vol 46, nummer 3). Angst og affektive lidelser ved autismespektertilstander. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, ss. 252-259.
- Kendal, P. C., Bjørk, R. F., Arnberg, K., Neumer, S.-P. K., Hudson, J., & Webb, A. (2011). *Mestringskatten for ungdom: Kognitiv atferdsterapi for ungdom med angst*. Arbeidsbok. Oslo: Univeritetsforlaget.
- Kendal, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, G., & Hansen, B. (2016, juli 12). <https://psykologisk.no>. Hentet oktober 23, 2017 fra <https://psykologisk.no/2015/09/ti-rad-til-deg-som-har-angst/>
- Løkke, J. A., & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 39, ss. 17-32.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., & Årslund, D. (2013). *Lærebok i psykiatri* (3.. utg.). (D. Årslund, Red.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2013, May). Hentet Juni 28, 2017 fra <https://www.nice.org/guidance/cg159>
- Omsorgsdepartementet, H. o. (2001, 07 01).

Lovdata. Hentet 12 22, 2017 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Statens helsetilsyn. (2000). *Angstlidelser- Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.





Illustrasjon: Cyberien 94, Flickr



# Kognitiv atferdsterapi for angst, depresjon og sinnvansker hos personer med utviklingshemning

## Egnethetsvurdering, effekt og terapeutiske tilpasninger

Yon Eduin Galezo Cardenas, psykologspesialist i klinisk habilitering Avdeling voksenhabilitering, AHUS HF

Eva Albertsen Malt, overlege ved Avdeling voksenhabilitering, AHUS, HF og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Campus Ahus, Universitet i Oslo

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en evidensbasert psykoterapiform som er mye anvendt i behandling av et bredt spekter av psykiske lidelser. Selv om psykiske lidelser forekommer hyppig hos personer med psykisk utviklingshemming (PU) har denne gruppen i liten grad fått tilbud om KAT.

Vi har gjennomgått studier som omhandler KAT ved angst, depresjon og sinnevansker hos personer ved PU. De fleste studiene er små og har metodologiske svakheter. Samlet sett tyder likevel forskningen på at KAT kan være en egnet og effektiv behandlingsmetode for en selektert gruppe av pasienter, spesielt de med lett utviklingshemming. Før intervensjonen tilbys bør det gjøres en egnethetsvurdering med kartlegging av motivasjon, sosial støtte, verbale ferdigheter og emosjonell- og kognitiv fungering. Individuelle terapeutiske tilpasninger er vanligvis påkrevd.

Psykisk utviklingshemning (PU) forekommer hos ca. 1 % av befolkningen, og psykiske lidelser og atferdsproblemer forekommer hyppig i denne gruppen (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan, 2007). I en norsk screeningundersøkelse av 593 personer med PU fant Hove og Havik en tremåneders prevalens for psykisk lidelse på 34,9 % (Hove & Havik, 2008). Når atferdsproblemer ble inkludert økte prevalensen av mental uhelse til 43 %. Forekomsten av psykisk uhelse (problem-atferd ikke inkludert) var høyere enn i den generelle befolkningen (Hove & Havik, 2008; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Dette gjaldt spesielt for depresjon, spesifikk fobi og tvangslidelse, mens det syntes å være lavere forekomst av sosial fobi, generalisert angstlidelse og panikklidelse.

### Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en dominerende psykoterapiform som er vitenskapelig dokumentert å være effektiv i

behandling av et bredt spekter av psykiske lidelser (Roth & Fonagy, 2005). Selv om den generelle befolkningen har profittert på KAT har behandlingsformen i liten grad vært tilbudt personer med utviklingshemming. Tvil om personenes evne til pålitelig selvrapportering, evne til å forstå og uttrykke abstrakte konsepter og mulig svikt i selvregulering kan ha bidratt til dette. Det er imidlertid behov for å se på evidensgrunnlaget bak disse antagelsene. Vi har gjennomgått litteratur som omhandler vurdering av egnethet for behandlingen, effekt av KAT og behov for terapeutiske tilpasninger. Vi har valgt å avgrense dette til angst, depresjon og problematferd knyttet til sinnemestring, som er vanlige årsaker til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

### Metode

Det ble foretatt et strukturert datasøk i Cochrane Database of Systematic Reviews og databasene OvidMEDLINE og PsycINFO. Emnesøkeordene «mental retardation», «developmental disabilities», «learning disabilities», «intellectual disabilities» «intellectual developmental disorders» og «developmental disorders» kombinert med «cognitive therapy» «cognitive behaviour therapy» «cognitive behavior therapy» og «psychotherapy» ble benyttet uten begrensing på studiedesign, artikkeltyper eller årstall.

### Resultater

Søket identifisert totalt 1392 artikler og bokkapitler (27.05.16) (figur 1). Abstraktene ble screenet med tanke på relevans for problemstillingen, og det ble identifisert





Illustrasjon: Neil Tackaberry, Flickr

116 bokkapitler og abstrakter som omhandlet vurdering av egnethet for KAT, effekt av KAT ved depresjon, angst og sinnemestring eller terapeutiske tilpasninger av KAT ved PU. Publikasjonene ble gjennomgått i sin helhet. Studier med dårlig beskrevet metodologi, sammenlignende studier, studier i ikke-vestlig kulturskrets, studier av barn, eldre og av personer med sammensatte tilstander som komorbid psykose, ADHD, traumer, overgrep og personlighetsproblematikk ble ekskludert. Det endelige utvalget besto av 40 publikasjoner.

Det ble foretatt et strukturert datasøk i Cochrane Database of Systematic Reviews og databasene OvidMEDLINE og PsycINFO.

Søket identifisert totalt 1392 artikler og bokkapitler. Abstraktene ble screenet med tanke på relevans for problemstillingen. Det endelige utvalget besto av 40 publikasjoner.

### **Egnethet for KAT ved utviklingshemming**

På 1990-tallet ble det gjort flere studier som kartla om KAT var egnet for personer med lett utviklingshemming (Lindsay, Howells & Pitcaithly, 1993; Lindsay, Michie, Baty, Smith & Miller, 1994; Safran, Segal, Vallis, Shaw & Samstag, 1993). Safran og medarbeiderne (1993) utviklet en egen skala for vurdering av egnethet til forkortet KAT (Suitability for Short-Term Cognitive Therapy/SSCT), og i etterfølgende studier konkluderte forskningsgruppen med at personer med lett PU kan rapportere pålitelig om sine følelser knyttet til angst og depresjon

(Lindsay et al., 1993; Lindsay et al., 1994). Også pasienter med moderat PU ble funnet å kunne rapportere og endre på konkrete tanker knyttet til egen atferd (Lindsay & Smith, 1998).

Dagnan medarbeidere vurderte i hvilken grad personer med PU evner å forstå Albert Ellis A-B-C modell der en hendelse (A) knyttes til tanker og ideer (B) og konsekvenser (C) (Ellis & Russell, 1977; Stenfert Kroese, Dagnan & Loumidis, 1997). I studien ble 27 deltakere med lett og moderat PU bedt om å identifisere situasjoner som utløste tristhet og glede, samt hvilke tanker de hadde rundt disse situasjonene. Alle deltakerne kunne differensiere mellom en hendelse, en tanke og en følelse, mens kun en av fem kunne knytte sammen en tanke og en følelse. I en senere studie gjennomførte 40 personer med lett PU fem oppgaver med økende kompleksitet der en vurderte evnen til å gjenkjenne følelser, knytte disse til hendelser, og deretter velge en følelse gitt en viss situasjon og tanke, eller en tanke gitt en situasjon og følelse (Dagnan, Chadwick & Proudlove, 2000). Færre personer mestret oppgavene som inkluderte tanker enn oppgavene som kun omhandlet sammenheng mellom hendelser og følelser. Ekstra vanskelig ble det dersom tanker og følelser var inkongruente med situasjonen. Forfatterne konkluderte med at mange med lett PU har de nødvendige forutsetningene for å benytte seg av KAT, men at det ofte vil være behov for forberedende opplæring for å forstå konseptet kognitiv mediering.

Dagnans studie ble senere replikert av Joyce og medarbeidere i et uselektert



Illustrasjon: Gomagoti, Flickr

utvalg bestående av 72 personer med ulik grad av PU med gjennomsnittlig mental alder på knapt 6 år (Joyce, Globe & Moody, 2006). Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom språklige evner og evne til å identifisere, gradere og mestre

oppgaver knyttet til kognitiv mediering. De fleste deltakerne i studien klarte ikke oppgaver som å knytte en følelse og en hendelse sammen, heller ikke oppgaver knyttet til kognitiv mediering. Studien konkluderte med at det er mulig å vurdere





Illustrasjon: Qinn Mattingly, Flickr

utviklingshemmetes egnethet for KAT på en pålitelig måte, og at de fleste vil trenge hjelp av terapeutene for å lære seg ferdigheter som er vesentlige for kognitiv baserte intervensjoner.

I tillegg til kartleggingen knyttet til evne kognitiv mediering har det også vært angitt som viktig å vurdere i hvilken grad pasientens selvrappotering er reliabel og valid og hvorvidt det virker sannsynlig at utfordringer knyttet til å forstå og uttrykke abstrakte begreper og utfordringer knyttet til selvregulering vil kunne overvinnes (Stenfert Kroese, 1988).

### Effekt av KAT ved PU

Litteratursøket indentifisert totalt tre studier som omhandlet effekten av KAT ved angst (Douglass, Palmer & O'Connor, 2007; Lindsay, 1999; Marwood & Hewitt, 2013) og ni studier vedrørende KAT ved depresjon eller blandet presentasjon (depresjon, angst og/eller sinne) (Ghafoori, Ratanasiripong & Holladay, 2010; Hartley et al., 2015; Hassiotis et al., 2013; Lindsay, 1999; Lindsay et al., 2015; McCabe, McGillivray & Newton, 2006; McGillivray & Kershaw, 2015; McGillivray, McCabe & Kershaw, 2008;

Stenfert Kroese et al., 2014 ). Av disse var det tre randomiserte, kontrollert studier, to for depresjon (McCabe et al., 2006; McGillivray et al., 2008) og en for blandet klinisk presentasjon (Hassiotis et al., 2013). Det ble ikke identifisert noen kontrollerte studier for angstlidelser.

Elleve av de 12 studiene vi identifiserte er inkludert i en nylig publisert litteraturgjennomgang av god metodisk kvalitet (Unwin, Tsimopoulou, Stenfert Kroese & Azmi, 2016). I det videre vil vi derfor referere til vurderingene gjort i denne publikasjon. Alle studiene inkluderte personer med mild til moderat PU og hadde inklusjonskriterier knyttet opp mot verbale ferdigheter. De fleste studiene ble vurdert å ha metodologiske begrensning, som lavt antall deltakere, manglende kontrollgruppe, mangel på standardiserte diagnostiske instrumenter, kort tids oppfølging og manglende evaluering av modelltrokap (fidelity). Alle studiene, bortsett fra én, viste signifikante behandlingseffekter som var opprettholdt over 3 måneder. Studien av Hassiotis (2013) av pasienter med blandet klinisk presentasjon viste imidlertid ingen signifikant effekt ved oppfølging (Hassiotis et al., 2013). Selv om evidensgrunnlaget totalt ble vurdert som begrenset, ble det konkludert med at de tre kontrollerte studiene indikerer at KAT kan være egnet og godt tolerert med noe evidens for at behandlingen kan redusere depressive symptomer, inkludert automatiske tanker. Når det gjelder angstlidelser ble evidensgrunnlaget vurdert som mer tvetydig, og studiene som viste positive resultater var oftest ukontrollert. Gjennomgående

viste de kvantitative dataene varierende resultater, mens de kvalitative viste en positiv oppfatning av behandlingen hos pasienter og omsorgsgivere (Unwin et al., 2016).

Vårt søk identifiserte i tillegg en kontrollert pilotstudie av gruppebehandling med KAT som inkluderte personer med lett PU og depressiv lidelse (Hartley et al., 2015). Også omsorgspersonene deltok i behandlingen. Utfallsvariablene inkluderte depressive symptomer, atferdsvansker og sosial funksjon, og det var benyttet reliable og valide diagnostiske instrumenter og måleskalaer for symptombelastning. Resultatene viste reduserte depressive symptomer og problematferd i intervensjonsgruppen, mot ingen endring i kontrollgruppen. Evnen til å identifisere følelser og å skille mellom tanker, følelser og atferd ble forbedret. Derimot var det ingen endring i sosial funksjon. Effekten var opprettholdt etter 3 måneder.

Vårt litteratursøk identifiserte 13 studier som omhandlet effekten av KAT ved sinnevansker (Allen, Lindsay, MacLeod & Smith, 2001; Burns, Bird, Leach & Higgins, 2003; Hagiliassis, Gulbenkoglou, Di Marco, Young & Hudson, 2005; Howells, Rogers & Wilcock, 2000; King, Lancaster, Wynne, Nettleton & Davis, 1999; Lindsay et al., 2004; Rose, Loftus, Flint & Carey, 2005; Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson & Thorne, 2005; Taylor, Novaco, Guinan & Street, 2004; Willner, Brace & Phillips, 2005; Willner, Jones, Tams & Green, 2002; Willner, Rose, Jahoda, Stenfert Kroese, et al., 2013), en litteraturgjennomgang/metaanalyse (Nicoll, Beail & Saxon, 2013)



Illustrasjon: Gomagoti, Flickr

og en systematisk litteraturgjennomgang Cochrane i databasen (Ali, Hall, Blickwedel & Hassiotis, 2015).

Bortsett fra den nyeste studien (Willner, Rose, Jahoda, Kroese Stenfert, et al., 2013), var alle studiene inkludert i litteraturgjennomgangen til Nicoll og medarbeidere, og vi vil i det følgende referere til deres publisering (Nicoll et al., 2013). Studien ble generelt funnet å benytte valide og reliable mål og tilstrekkelig god metodologi. En svakhet var at de fleste studiene enten ikke hadde kontrollgruppe eller at den ikke var randomisert. Studien var basert på pasienter med et gitt kognitivt nivå, og det ble vurdert å foreligge vansker med generalisering av funnene til bredere grupper av personer med PU. Ni av studiene, seks med gruppe-

behandling og tre med individuell behandling, hadde nok data til å bli inkludert i metaanalysen. Man fant en høy ukontrollert effektstørrelse (0,88). Flere av studiene hadde imidlertid et lavt antall deltakere, noe som medvirket til et stort konfidensintervall. På bakgrunn av metodologiske begrensninger vurderte forfatterne det som mer korrekt å anslå at den reelle effektstørrelsen var av middels grad.

Seks randomiserte kontrollerte studier vedrørende sinnemestring var inkludert i en systematisk Cochrane litteraturgjennomgang (Ali et al., 2015). Tre av disse omfattet KAT og var også inkludert i vårt datasøk (Ali et al., 2015; Taylor et al., 2005; Willner et al., 2002; Willner, Rose, Jahoda, Kroese Stenfert, et al., 2013), mens tre andre ikke primært benyttet KAT. De



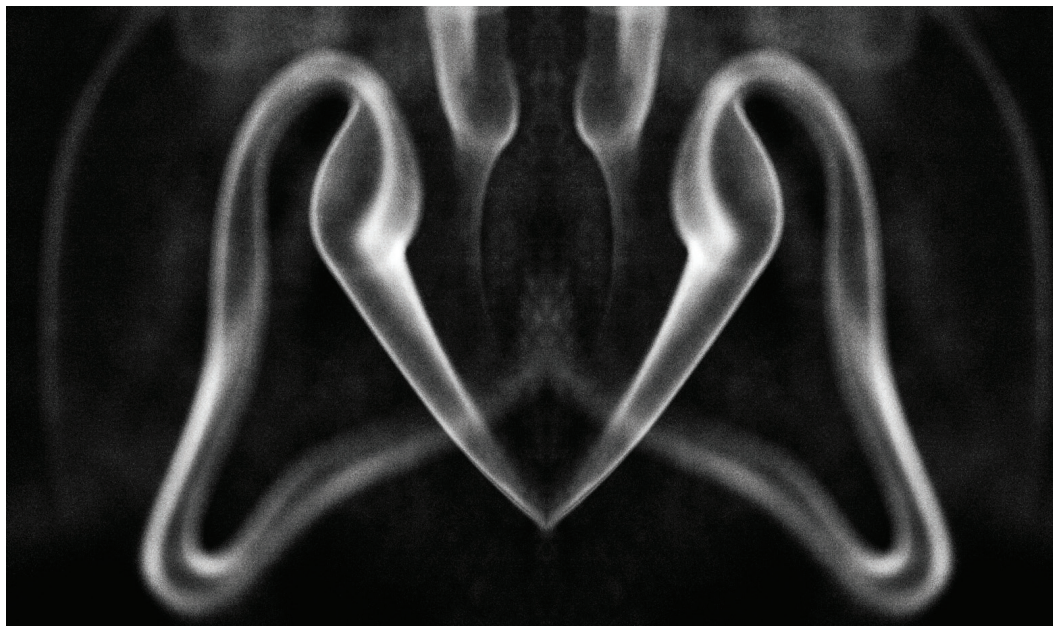


Illustrasjon: Wicker Paradise, Flickr

fleste studiedeltakerne hadde lett PU, noen også kognitivt nivå grensende til nedre normalområde. Kun studien av Willner (Willner, 2013) ble vist å ha moderat grad av evidens basert på vurdering ut fra Grade of Recommendation, Assessment, Development and evaluation (GRADE)

metoden. Det var ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i selvrapportert sinneskår etter 16 uker og 10 mnd., men det var signifikante forskjeller i skåren for mestringsstrategier for sinne i intervensjonsgruppen etter 16 uker (Willner, Rose, Jahoda, Kroese Stenfert,





Illustrasjon: Juan Carlos Pachón, Flickr

et al., 2013). Skårene fra nøkkelpersoner viste signifikante forskjeller både for sinne og mestringsstrategier på begge oppfølgingsstidspunkt. Det var ingen forskjeller i depresjon, livskvalitet eller bistandsbehov. En studie utført av 36 personer med PU i kriminalomsorgen viste signifikant forskjell i selvrapportert irritasjon i intervensjonsgruppen, men på andre sinnemål var det ingen gruppeforskjell (Taylor et al., 2005). Betjeningens vurderinger ga lite holdepunkter for signifikante endringer. Ingen av studiene rapporterte mål på dagliglivets ferdigheter eller bivirkninger.

Sudiegjennomgangen konkluderte med at det foreligger en viss evidens for at KAT er effektiv i behandling av utadrettet sinne hos personer med PU, i hvert fall i et korttids perspektiv (Nicoll et al., 2013).

### **Terapeutiske tilpasninger**

Litteraturgjennomgangen viste at KAT for personer med PU forutsetter at det gjøres terapeutiske tilpasninger (Lindsay, 1999; Lindsay et al., 1993; Lindsay, Marshall, Neilson, Quinn & Smith, 1998; Rose, West & Clifford, 2000; Willner & Tomlinson, 2007). Fleksibilitet, direkte terapeutisk stil og forenkling av terapien er de mest benyttet tilpasningene (Prout & Browning, 2011; Whitehouse, Tudway, Look & Kroese Stenfert, 2006). Andre egnede tilpasninger er korte økter, enkelt og direkte språk med hverdagslige eksempler og bruk av tegninger. Det kan være nyttig å drøfte med pasienten hvordan utviklingshemningen påvirker dennes liv. Personer med PU kan streve med opplevelsen av å være annerledes og lide under stigmatisering, devaluering

og mobbing. Diskusjon med pasienten om hvordan nedsatte kognitive og emosjonelle evner påvirker oppfatningen av virkeligheten, eget følelsesliv og forhold til andre, kan gi økt forståelse og akseptering av egen situasjon og bidra til økt mestring i dagliglivet. Personer med PU er ofte avhengige av omsorgsgivere eller tjenesteytere, og involvering av disse kan også ha vesentlig betydning for behandlingsutfallet (Hartley et al., 2015; Whitehouse et al., 2006; Willner, 2005). De viktigste terapeutiske tilpasningene er spesifisert i tabell 1 (Hurley, Tomasulo & Pfadt, 1998).

### Diskusjon

Vårt hovedfunn er at evidensgrunnlaget for KAT til personer med PU for depresjon, angst og sinnemestring har modnet i løpet av de senere årene. Forskningen har beveget seg fra kasusrapporter- og serier på 1980- og 90 tallet til randomiserte kontrollerte kliniske studier, og det er nå er mulig å foreta metaanalyser og systematiske kunnskapsoppsummeringer (Ali et al., 2015; Nicoll et al., 2013; Unwin et al., 2016). Funnene tyder på at KAT kan være en egnet og effektiv behandlingsmetode for en selektert gruppe av pasienter, spesielt de med lett PU. Til tross for flere positive resultater må evidensen for KAT-baserte behandlingsintervensjoner fortsatt karakteriseres som begrenset. Det er identifisert betydelige metodeproblemer i studiene, hvorav begrenset gruppestørrelse og mangel på standardiserte, normerte, reliable og valide måleinstrumenter står sentralt. Dette begrenser tolkbarhet og generaliserbarhet. Disse utfordringene preger behandlings-



Illustrasjon: Världskulturmuseet Göteborg, Flickr









Illustrasjon: David, Flickr

forskning ved PU generelt, og det er et stort behov for videreutvikling av robuste metoder som kan benyttes i større multisenterstudier. Reproduserbarhet må ivaretas ved at det i større grad gis nøyaktig beskrivelse av intervensjonene som anvendes i studien (for eks. bruk av behandlingsmanualer). Til tross for disse begrensningene har det britiske National

Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefalt KAT som behandlingsform ved atferdsproblemer hos personer med PU (Pilling, Marcus, Whittington, Murphy & Guideline Development, 2015).

Et fellestrekk ved studiene som har gitt positivt behandlingsresultat er at det før intervensjonen foretas en egnethetsvurdering der strukturerte vurdering

av språklige evner, særlig reseptivt språk, og kognisjon inngår (Lindsay et al., 2004; Pert et al., 2013; Rose, Dodd & Rose, 2008; Rose et al., 2005; Rose et al., 2000;

Willner, 2005; Willner, Rose, Jahoda, Kroese Stenfert, et al., 2013). Vurderingen muliggjør en realistisk tilnærming til forventninger og behandlingsmål,

Tabell 1. Tilpasning av psykoterapi til personer med psykisk utviklingshemning hentet fra Hurley, Tomasulo & Pfadt, 1998 (egen oversettelse og bearbeiding).  
T: Terapeuten

| Element                                        | Definisjon og eksempel                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Forenkling                                     | T kan redusere teknikkenes kompleksitet. Terapitimene bør forkortes og de psykoterapeutiske intervensjonene deles opp i små deler.                                                                                                                                                                                |
| Språk                                          | T kan forenkle ordforrådet og resonnementene. Korte setninger og enkle ord under sesjonene bør brukes for en mer forståelig kommunikasjon.                                                                                                                                                                        |
| Aktiviteter                                    | T kan utvide teknikkene gjennom bruk av flere aktiviteter som forsterker endring og læring. T bør benytte seg av tegninger og hjemmeoppgaver.                                                                                                                                                                     |
| Utviklingsnivå                                 | T kan ta utgangspunkt i pasientens utviklingsnivå når teknikkene og materialet presenteres. Vurder pasientens relevante sosiale ferdigheter. Spill kan benyttes i denne sammenhengen.                                                                                                                             |
| Direktive metoder                              | T kan benytte seg av en mer direktiv psykoterapi. Behandlingsmålene og pasientens fremgang bør skrives ned, og visuelle hjelpemidler kan gjerne benyttes.                                                                                                                                                         |
| Fleksible metoder                              | T kan tilpasse teknikkene til pasientens kognitive nivå, også når det oppleves liten fremgang i behandlingen. Sesjonenes varighet og planlegging av fremtidige avtaler, terapikontrakter og samtykkeerklæringer bør tilpasses. T kan også bruke fleksibelt utformede verktøy som benyttes ved andre tilnærminger. |
| Involvering av omsorgspersoner                 | T kan benytte seg av familien og/eller kontaktpersonene i boligen som støtte gjennom endringsprosessen. Det kan gis hjemmeoppgaver eller hjemmeøvelser der pasienten trener sammen med omsorgspersonene.                                                                                                          |
| Overføringer og motoverføringer                | T anbefales å sette klare grenser. I psykoterapien med personer med psykisk utviklingshemning kan sterk tilknytning mellom pasient og terapeut utvikles raskt. Ts reaksjoner og standpunkter kan ligne foreldrenes/omsorgspersonens perspektiv. Subjektive motoverføringer bør drøftes gjennom veiledning.        |
| Funksjonshemning og rehabiliterende tilnærming | T kan bringe frem ulike problemstillinger knyttet til pasientens funksjonshemning. Disse bør drøftes under behandlingen. T bør dessuten støtte opp under et positivt selvilde hos pasienten.                                                                                                                      |



samtidig som motivasjon og evne til registrering av automatiske tanker og utførelse av andre hjemmeoppgaver kartlegges. Videre kan en egnethetsvurdering bidra til å gi terapeuten et grunnlag for vurdering av personens samtykkekompetanse, både generelt og i forhold den spesifikke behandlings-tilnærmingen som tilbys (Willner, 2006). Dette er blant annet viktig fordi utviklingshemmetes spesielle livssituasjon og avhengighet kan gjøre dem sårbare for å bli utsatt for behandling eller miljøtiltak de ikke selv samtykker i. I tillegg kan en tidlig egnethetsvurdering gi terapeuten nyttig informasjon om pasientens sterke og svake sider som vil kunne ha betydning for tilpasning av terapien.

Selv om egnethetsvurdering generelt er å anbefale er vår egen kliniske erfaring at en slik prosess kan også ha uheldige sider. I enkelte tilfeller kan det for eksempel være vanskelig for pasienten, pårørende og andre bistandsyttere å forstå nytteverdien av en egnethetsvurdering, som kan ta en del tid. Hos enkelte kan dette føre til at den terapeutiske relasjonen utsettes for slitasje og at pasientens motivasjon for et fremtidig samarbeid svekkes. Også involvering av omsorgspersoner kan møte på utfordringer, for eksempel dersom det skulle oppstå uenighet om hvilken tilnærming som skal benyttes. Dersom omsorgspersonene ikke kan se nytten av terapien, er det mindre trolig at disse vil kunne gi pasienten den nødvendige støtten som KAT kan kreve. Det er derfor nødvendig at terapeuten er seg slike forhold bevisst og kartlegger støtte fra sentrale omsorgspersoner før terapien påbegynnes.

I all psykoterapeutisk behandling er terapeutens interesse, motivasjon og kreative evner av sentral betydning. En korrekt individuelt tilpasset terapi vil være motivasjons- og trygghetsskapende for pasienten, og en trygg pasient vil lettere kunne gi uttrykk for forventninger, ønsker og mål for behandlingen. Hvis terapeuten ikke møter pasientens forventninger og kognitive og emosjonelle nivå kan det påvirke den terapeutiske relasjonen på en negativ måte. Dette gjelder også for personer med PU. Like viktig som det er å ikke overvurdere pasienten er det å ikke undervurdere vedkommende. Det kan for eksempel oppleves som nedlatende dersom terapien blir for «enkel» i forhold til det personen kan mestre.

### Konklusjon

Forskning tyder på at selekterte pasienter med utviklingshemming og angst, depresjon eller atferdsproblemer kan ha nytte av behandling med KAT. Før KAT tilbys bør det gjøres en egnethetsvurdering med kartlegging av motivasjon, sosial støtte, verbale ferdigheter og emosjonell- og kognitiv fungering. Individuelle terapeutiske tilpasninger er vanligvis påkrevd. Det er behov for større randomiserte kontrollerte studier med godt definerte intervensjoner, standardiserte måleinstrumenter og lengere oppfølgingstid.

### Referanser

Referanselisten finner du her:

<http://www.samordningsradet.no/2015.cfm>



**SOLSTEIN**  
**Vili & Vê**  
Bakeri Kafé Glass Interier Blomster

Bleikmyrvegen 45  
4276 VEDAVÅGEN  
Tlf. 52 04 40 40  
[www.solstein.no](http://www.solstein.no)

**Kjellmark**

**BYGGER DET MESTE**

[WWW.KJELLMARK.NO](http://WWW.KJELLMARK.NO)



**AKTIVITETSUKA 2018**  
**11. - 16. JUNI**

VELKOMMEN TIL SOMMERKURS PÅ  
PEDER MORSET FOLKEHØGSKOLE I SELBU

TO KURS:

**HEST & FRILUFTSLIV**  
**FORMING & MATLAGING**

KANO - BADING - INNEBANDY - DISKOTEK -  
FILMKVELD - TÜRER - SPILL UTE OG INNE -  
BASSENG - BÅL - FOTBALL - BOCCIA - FESTAFTEN

PRIS: KR. 4 200,- PRIS FOR LEDSAGER: KR. 1 900,-  
TRENGER DU HJELP TIL DAGLIGE GJØREMÅL, MÅ DU HA MED LEDSAGER

TELEFON: 73 81 20 00 EPOST: [pmf@pedermorset.no](mailto:pmf@pedermorset.no)  
[www.pedermorset.no/aktivitetsuka-2018](http://www.pedermorset.no/aktivitetsuka-2018)




PÅMELDINGSFRIST: 1. MAI 2018



**T. AASEN**  
**SOLSKJERMING**

Forusparken 28  
4031 STAVANGER  
Tlf. 51 85 99 00  
[t-aasen.no](http://t-aasen.no)

*et soleklart valg*



**ALFHEIM**  
**AKTIVITETSHUS**

Kultur og idrett, Alfheimveien 23, 9007 Tromsø



**ER BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE (BPA)**  
**INTERESSANT FOR DEG?**

*Ta kontakt med en av HAV's rådgivere i dag!*





**HAV BPA**  
Vi vil gi den enkelte tjenestemottaker en god og meningsfull hverdag. Alt vårt arbeid er basert på vår visjon om å skape en lettere hverdag med BPA. Vi legger stor vekt på at den enkelte tjenestemottaker selv bestemmer hvordan dagen skal være. Vi vet verdien av gode relasjoner til tjenestemottaker, ansatte og oppdragsgiver, som totalt sett gir deg ett bedre tilbud.



**HAV AKTIV**  
Hav Aktiv er for deg som ønsker å være mer i aktivitet. Alt fra sit-ski, ski pigging, basket, syk ling etc. Vi gir veiledning ift. til aktivitet og opplæring.



**HAV FUNKSJONSASSISTANSE**  
Ordningen med funksjonsassistent er et nytt brukerstyrt virkemiddel for funksjonshemmede arbeidstakere. Nødvendig assistanse skal sørge for at du kan få eller beholde ordinært arbeid.

Bygdøy allé 23 • 0262 Oslo • Tlf. 45 22 22 88 • E-post: [hav@havas.no](mailto:hav@havas.no) • [www.havas.no](http://www.havas.no) 

 **JÆREN**  
FOLKEHØGSKULE

Bo og fritid  
Søk skoleår 2019/20

**Lær å Klare deg selv!**

**BRATTLI BYGG**  
Alt innen bygg og reparasjoner

**ANDERS WOIE**  
Snekker og daglig leder

Tjore 85  
4887 Grimstad  
Tlf: 90768447

andwoie@gmail.com  
www.brattlibygg.no



 **Tromsø TAXI 03011**

**TAXIFIX**

 **Tromsø TAXI 03011**

Send kodeord  
"Taxifix" til 02323

Heilovegen 22, 9015 Tromsø  
Taxibestilling tlf. 03011  
Admin tlf. 77 60 30 10  
taxi@tromso-taxi.no

 **EIKER VEKST**  
Mennesker og løsninger

Ryghgata 6, 3050 MJØNDALEN  
Tlf. 32 23 68 80 - [www.eikervekst.no](http://www.eikervekst.no)

Frukt, Bilpleie, Vaskeri,  
Kantine/Catering, Montasje

 **Buskerud fylkeskommune**

**Fagopplæringsseksjonen**  
Fylkeshuset, 3020 DRAMMEN  
Tlf. 32 80 86 47 - [www.bfk.no](http://www.bfk.no)

Klart det er mulig! -for funksjonshemmet ungdom i Buskerud å ta en utdanning  
Vil du lære et fag trenger ikke din funksjonshemming å være noen hindring.  
Forholdene kan legges til rette i lærebedriften ved hjelp av offentlige tilskudd!  
Ta kontakt  
- vi gir nærmere informasjon om mulighetene!

 **NORDPOLEN**  
industrier

Sinsenveien 53 B  
0585 OSLO  
Tlf. 22 79 58 80

## Stadig flere elsker Tigergjengen lettest-serie

*Elevene elsker serien. De har også blitt med en elev på dagsenteret og der er det høytlesning i lunsjen. Nina Annette Halvorsen, lærer, Trondheim*

*Leser vi på nettsiden deres at nye bøker er i trykken, kan de nesten ikke vente til vi har dem på huset. Janne Karin Lillevik, lærer, Kopervik*



*Min 40 år gamle utviklingshemmede datter elsker dem. Hun kan kjenne seg igjen i dem. Det finnes dessverre altfor få slike bøker. Berit Westeng Sveen, Bodø*

*Dette er både gjenkjennelig og morsomt, og bøkene tar opp mange aktuelle temaer. Kjempefint! Disse bøkene trengte vi. Line Espeland, lærer, Nesodden*

*Jeg håpet at sønnen min Eirik skulle like bøkene. Det ble full klaff. Han ELSKER dem! Torill Vagstad Brunstad, Elverum*

**Tigergjengen består av 20 hefte med illustrasjoner. De handler om en gjeng i et bofellesskap. Passer for ungdom og voksne. Nett: [skaugeforlag.no](http://skaugeforlag.no)  
E-post: [post@skaugeforlag.no](mailto:post@skaugeforlag.no)**



**SKAUGE  
FORLAG**



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Jobberiet AS</b><br>Stasjonsveien 27<br>1940 BJØRKELANGEN<br>Tlf. 63 85 38 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <br><b>REGNSKAPSTEAM</b><br>HALLINGDAL AS<br>Autorisert regnskapsførerselskap<br>Gamlev 6, 3550 GOL<br>Tlf. 905 05 704                       | <b>Kråkstad Bilverksted</b><br>Askimveien 145<br>1408 KRÅKSTAD<br>Tlf. 64 86 35 15                                                                                       | <b>Visnes Kalk AS</b><br>Visnesvegen 131<br>6493 LYGSTAD<br>Tlf. 71 29 92 20                                                                                            | <b>Drammen VVS AS</b><br>Unelsrudlina 82<br>3039 DRAMMEN<br>Tlf. 917 58 000                                                                                                              |
| <br><b>Lillerønning</b><br>VINDUER OG BALKONGDØRER<br>Kotsøy<br>7387 SINGSÅS<br>Tlf. 72 43 60 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>AKTIVA</b><br>Sjøgata 5<br>9300 FINNSNES<br>Tlf. 77 84 10 80                                                                                                                                                               | <b>Lastebiltransport Olav Holdal</b><br>Skrautvålsvegen 721<br>2917 SKRAUTVÅL<br>Tlf. 992 25 762                                                                         | <b>Bogøy Dagligvare</b><br><b>BUNNPRIS</b><br>8288 BOGØY<br>Tlf. 75 77 72 07                                                                                            | <b>Røros Aut. Trafikkskole</b><br>Tollefs Bredals vei 11<br>7374 RØROS<br>Tlf. 909 96 043                                                                                                |
| <br><b>Høgskulen på Vestlandet</b><br><br>Vi gir ei solid fagleg utdanning og sosial og kulturell ballast for framtidig yrkesutøving.<br><br>Bachelor i vernepleie er eit studium innan helse og sosialfag og er eit godt val for dei som har lyst å arbeide med menneske. Du får kompetanse til å arbeide innanfor miljøarbeid, habilitering og rehabiliteringsarbeid med menneske med samansette funksjonsvanskar.<br><br>Meir informasjon på:<br><a href="http://www.hvl.no">www.hvl.no</a><br><br>Utdanning i vernepleie kan du ta ved campusane i Sogndal og Bergen |                                                                                                                                                                                                                               | <b>Kjærringholmen Familiecamping</b><br>Ovenveien 22<br>1580 RYGGE<br>Tlf. 69 28 36 41                                                                                   | <br><b>Kiwi Bogstad</b><br>Ankerveien 117<br>0766 OSLO<br>Tlf. 22 51 99 89           | <br><b>BETONGTEKNO AS</b><br>Tlf. 97 62 65 50<br>Ulsberghagen 15<br>4034 STAVANGER<br>Tlf. 976 26 550 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | <b>Helen Hartel Rådgivning AS</b><br>Stavåsen<br>7200 KYRKSÆTERØRA<br>Tlf. 948 34 929                                                                                    | <br><b>Kiwi Hovinveien</b><br>Hovinveien 45<br>0576 OSLO<br>Tlf. 22 71 45 01         | <br><b>Meny Heimdal</b><br>Heimdalsveien 3<br>3117 TØNSBERG<br>Tlf. 33 74 46 50                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | <br>Oskar Skoglys veg 2<br>2619 LILLEHAMMER                                            | <b>Tømremester Bjørn M. Bamrud</b><br>Bergsgata 18<br>3070 SANDE I VESTFOLD<br>Tlf. 33 77 09 30                                                                         | <b>Bardølsgård Installasjon ANS</b><br>Jokstad<br>3350 PRESTFOSS<br>Tlf. 952 53 877                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               | <b>Byggmester Jonny Skaug &amp; Sønn AS</b><br>Svalerødveien 17<br>1794 SPONVIKA<br>Tlf. 928 26 558                                                                      | <b>Prestholt Geitestøl</b><br>Høgehaugvegen 23<br>3576 HOL<br>Tlf. 32 08 94 09                                                                                          | <b>Romnes Hamar AS</b><br>2302 HAMAR<br>Tlf. 62 58 53 50                                                                                                                                 |
| <b>Vi støtter arbeidet i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemming i kommunen.</b><br><b>Slik at de får bedre levevilkår og livskvalitet.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |
| <br><b>Vestnes kommune</b><br><a href="http://vestnes.kommune.no">vestnes.kommune.no</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <br><b>SEL KOMMUNE</b><br><a href="http://sel.kommune.no">sel.kommune.no</a>                                                               | <br><b>GJØVIK KOMMUNE</b><br><a href="http://gjovik.kommune.no">gjovik.kommune.no</a> | <br><b>HARAM KOMMUNE</b><br><a href="http://haram.kommune.no">haram.kommune.no</a> |                                                                                                                                                                                          |
| <br><b>Voss kommune</b><br><a href="http://voss.kommune.no">voss.kommune.no</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br><b>Levanger kommune</b><br><b>Psykisk helse og oppfølgingsteneste</b><br><a href="http://levanger.kommune.no">levanger.kommune.no</a> |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |

**Ragna Rindals  
Dagsenter**  
0481 OSLO  
Tlf. 23 40 08 00  
[www.rrd.no](http://www.rrd.no)

**Mirawa  
Restaurant**  
Schwenckegata 1  
3015 DRAMMEN  
Tlf. 32 83 65 85

**KIWI mini  
pris**  
**Kiwi Vestby**  
Vestbyveien 31  
1540 VESTBY  
Tlf. 64 95 06 01

**coop  
prix**  
Braveien Halden  
7-23 (8-20)

**Murmester  
Ragnar Haugen**  
Industriv. 11  
1890 RAKKESTAD  
Tlf. 69 22 22 38

### Boveiledertjenesten Løken

Klokkerudveien 3, 1960 LØKEN  
Tlf. 67 20 51 80

**eltele**  
Markedsgata 3,  
Kunnskapsparken  
9510 ALTA  
Tlf. 400 16 300  
[www.eltele.no](http://www.eltele.no)

**Trond Hovland AS**  
Hvalsveien 7  
3370 VIKERSUND  
Tlf. 32 78 86 64

**joker**  
**Joker Bulandet**  
6987 BULANDET  
Tlf. 57 73 21 44

**TF TRANSPORT  
-FORMIDLINGEN**  
Østre Aker vei 255, 0976 OSLO  
Tlf. 22 90 75 00 - [www.tf.no](http://www.tf.no)

**Guri Kunna videregående skole**  
Skolegata 14  
7240 HITRA  
Tlf. 74 17 43 00 - [www.gurikunna.vgs.no](http://www.gurikunna.vgs.no)

**Lillehammer  
Elektro AS**  
Tomtegata 6  
2615 LILLEHAMMER  
Tlf. 61 24 65 00

**Aurdal  
Fjordcamping og Hytter**  
2910 AURDAL  
Tlf. 61 36 52 12 - [www.aurdalcamp.no](http://www.aurdalcamp.no)

**KARMSUND  
ABR-SENTER**  
**Stiftelsen  
Karmsund ABR-Senter**  
Peder Skeiev 4, 4262 AVALDSNES  
Tlf. 52 85 90 00 - [www.stiftelsen-karmsund.no](http://www.stiftelsen-karmsund.no)

**Fjellgutta AS**  
Høyfjellssenteret  
Fageråsen  
2420 TRYSIL  
Tlf. 416 56 942

**Kristiansen as**  
BETONGPUMPING - SKIEN  
Øvre Damsted 2, 3740 SKIEN  
Tlf. 901 85 868 - [www.betongpumping.com](http://www.betongpumping.com)

**Skammelsrud Sag og Utsalg**  
Sandbekkveien 510  
1892 Degernes  
Mob. 906 54 395  
Inneh.: Johan Skammelsrud - [www.skammelsrud.com](http://www.skammelsrud.com) - e-post: [post@skammelsrud.com](mailto:post@skammelsrud.com)

**KIWI mini  
pris**  
**Kiwi Bøvegeen**  
Bøvegeen 12  
3724 SKIEN  
Tlf. 35 59 30 74

**Knut Haugsjå AS**  
Entreprenør med sentral godkjenning  
3855 TREUNGEN - Tlf. 35 04 71 70 -  
[www.haugsjaa.no](http://www.haugsjaa.no)

**TROMS  
FRYSETERMINAL**  
Nordlysvegen 229, 9020 TROMSDALEN  
Tlf. 77 64 72 50 - [www.troms-fryseterminal.no](http://www.troms-fryseterminal.no)

**Hepsø  
Maskinstasjon**  
7228 KVÅL  
Tlf. 72 85 22 08

HOLMENKOLLEN DAGSENTER OG BOLIGER **HDB**  
Setra v 16 C, 0786 OSLO  
Tlf. 22 70 34 50 - [www.hdb.no](http://www.hdb.no)

[www.bjorliheimen.no](http://www.bjorliheimen.no)  
**Bjorliheimen Hotell og Møtesenter AS**  
2669 Bjorli  
Tlf. 61 24 55 61 e-post: [slianes@gjenbruken.no](mailto:slianes@gjenbruken.no)

**Tannlege  
Tor Frost Nielsen**  
Strandg. 19  
5013 BERGEN  
Tlf. 55 32 67 24

### Ta kontroll over din hverdag

MEMOplaner er et digitalt tids- og planleggingshjelpemiddel. Den hjelper deg å få kontroll over hverdagen, slik at du opplever trygghet og forutsigbarhet. Den hjelper deg å se hvilken dag og tid på døgnet det er, hvilke aktiviteter du har planlagt denne dagen, uken og månaden. Du får også tydelige påminnelser.



**HADSEL  
ASVO AS**

- en Vekst bedrift

Strandgata 58  
8445 MELBU  
Tlf. 76 11 86 00  
[www.hadselasvo.no](http://www.hadselasvo.no)