



Oslo

# Kompetansehefte



Kompetanse-  
hefte nr. 4

## Helse & diagnoser

# Kompetansehefte Helse & diagnoser

**Utarbeidet av deltakere i  
Prosjekt kompetanseheving**

Erlend Hoff Jensen

Inez Veronika Nordseth-Antonsen

Pia Elvida Lunde

Caroline Pisani

Anne Marthe Hoff Solheim

Vidar Tenmann

Elisabeth Moe

# Innholdsfortegnelse

Kompetansehefte .....	2
Helse & diagnoser .....	2
Innholdfortegnelse .....	3
<b>Kapittel 1.....</b>	<b>8</b>
1. Lovverk.....	9
1.1 Helsepersonelloven.....	9
1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven.....	10
1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven .....	10
1.4 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp .....	11
2. Diagnoser .....	12
2.1 Fordeler ved bruk av diagnoser .....	12
2.2 Ulemper ved bruk av diagnoser .....	12
<b>Kapittel 2.....</b>	<b>13</b>
1. Psykisk utviklingshemning .....	14
1.1 Diagnostisering .....	14
1.2 Grad av utviklingshemning.....	15
1.3 Årsaker .....	16
1.4 Utviklingshemning og tilleggsdiagnoser.....	16
2. Autisme-spekter-forstyrrelse F84.0-F84.9.....	17
2.1 Årsaker .....	17
2.2 Diagnostisering .....	19
2.3 Sosiale kjennetegn og kommunikasjon .....	20
2.4 Repeterende og stereotyp atferd .....	21
2.5 Funksjonsnivå .....	21
2.6 Diagnostisk overskygging .....	22

3. Epilepsi (G40) .....	23
3.1 Symptomer og diagnose .....	24
3.2 Behandling.....	24
<b>Kapittel 3.....</b>	<b>25</b>
1. Livsstil og livsstilssykdommer .....	26
2. Fedme.....	27
2.1 Symptomer og diagnose .....	27
2.2 Behandling.....	28
3. Diabetes (E10-E14) .....	28
3.1 Diabetes type 1 (E10) .....	28
3.2 Symptomer og diagnose .....	28
3.3 Behandling.....	29
3.4 Diabetes type 2 (E11) .....	29
3.5 Symptomer og diagnose .....	29
3.6 Behandling.....	29
4. Helseplager knyttet til mage-tarm .....	30
5. Irritabel tarm-syndrom; IBS (K58).....	30
5.1 Symptomer og diagnostisering.....	30
5.2 Behandling.....	30
6. Obstipasjon / forstoppelse (K59.0).....	31
6.1 Symptomer og diagnose .....	31
6.2 Behandling.....	31
7. Funksjonell enkoprese (F98.1) .....	31
7.1 Symptomer og diagnostisering.....	32
7.2 Behandling.....	32
8. Seksuell Helse .....	32
9. Tannhelse .....	33

10. Demens .....	34
10.1 Symptomer og diagnose .....	34
10.2 Behandling .....	34
10.3 Demens og utviklingshemming .....	34
11. Palliativ behandling .....	35
<b>Kapittel 4.....</b>	<b>36</b>
Sykdommer knyttet til hjerte og blodkar.....	37
1. Høyt blodtrykk (I10 - I15).....	37
1.1 Symptomer og diagnose .....	37
1.2 Behandling.....	37
2. Lavt blodtrykk (I95) .....	37
2.1 Symptomer og diagnose .....	37
2.2 Behandling .....	38
3. Dyp venetrombose (I82) .....	38
3.1 Symptomer og diagnose .....	38
3.2 Behandling.....	38
4. Hjerneslag (I64) .....	38
4.1 Symptomer og diagnose .....	38
4.2 Behandling.....	38
5. Hjerterinfarkt (I21 - I22) .....	39
5.1 Symptomer og diagnose .....	39
5.2 Behandling.....	39
6. Familiær hyperkolesterolemi (E78.0).....	39
6.1 Symptomer og diagnose .....	40
6.2 Behandling.....	40
Sykdommer knyttet til ledd og skjelett .....	40

7. Osteoporose (M80 – M82) .....	40
7.1 Symptomer og diagnose .....	40
7.2 Behandling.....	40
8. Artrose (M15-M19) .....	41
8.1 Symptomer og diagnose .....	41
8.2 Behandling.....	41
<b>Kapittel 5.....</b>	<b>42</b>
Psykiske lidelser.....	43
1. Depresjon (F32-F33) .....	43
1.1 Symptomer og diagnose .....	43
1.2 Behandling.....	44
2. Angst (F40-F41) (F92-F93).....	44
2.1 Symptomer og diagnose.....	44
2.2 Behandling.....	45
Behandling av angst med medisiner .....	45
3. Bipolar lidelse (F31) .....	46
3.1 Symptomer.....	46
3.2 Behandling.....	46
4. Schizofreni (F20) .....	47
4.1 Symptomer og diagnose.....	48
4.2 Behandling .....	49
Referanseliste .....	50



# Innledning

## Helse og diagnoser

I Velferdsetatens tiltak for utviklingshemmede er det en målsetting å ha et høyt felles kompetansenivå om helse og diagnoser. Det innebærer at alle medarbeidere, uavhengig av formell kompetanse og faglig bakgrunn, må ha kunnskap og refleksjoner om aktuelt tema for dette kompetansehefte. Målet med kompetanseheftet er at hver enkelt av oss bidrar til at individuelle tjenester leveres på et høyt faglig nivå og med god kvalitet. Det påpekes at kompetanseheftet ikke er uttømmende på informasjon og det kan være hensiktsmessig å supplere med relevant forskning og faglitteratur. Flere av henvisningene anbefales for de som ønsker mer utfyllende kunnskap om enkelte tema i kompetanseheftet.

Kompetanseheftet er inndelt i fem kapitler, og det er forventet at den ansatte skal lese seg opp på diagnoser og helseutfordringer som er relevante for tjenestene som skal utføres. I tillegg kan det legges føringer internt i boligene hvor autorisert helsepersonell skal ha ytterligere kompetanse. Det er også ønskelig at heftet vil inspirere til å lese videre og utvikle egen kompetanse utover forventet kunnskapsnivå.

Dette heftet er det fjerde og siste i en planlagt rekke kompetansehefter. Kompetanseheftene inneholder temaer fra områder som er viktige for kvaliteten på våre tjenester. Kompetanseheftene vil bli fulgt opp med kurs og individuell veiledning. Prosjekt kompetanseheving ble avsluttet desember 2017, men arbeidet med ferdigstillingen av kompetanseheftene har pågått etter det og vi har jobbet aktivt for å implementere kompetansehevingen som en del av den ordinære driften ved tjenestestedene. Prosjektgruppa og arbeidsgruppene har bestått av medarbeidere fra Holtet bosenter og verksted, Bolig Schu og Ullevålsveien 34. Kompetansehevingen vil i hovedsak skje ved å benytte interne ressurser. Vi er så heldige at vi har mange dyktige medarbeidere som har delt av sin kompetanse i seksjonen vår (TBO).

Vi håper dette heftet vil bidra til din personlige faglige utvikling.



# 1

I dette kapittelet får du grunnleggende innføring i lovverket som regulerer de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er viktig å vite hvorfor vi organiserer og utfører tjenestene som gis, hva som er lovregulert og hvilke retningslinjer vi må følge innenfor aktuelle lovverk. Lovverket er omfattende, og dette er en kort innføring. Du oppfordres til å oppsøke lovtekster for mer dyptgående informasjon enn det som redegjøres for her. Sist i kapittelet gis en generell innføring om diagnoser, fordeler og ulemper.



## 1. Lovverk

Det er et omfattende lovverk som regulerer tjenestene som vi yter i Tilrettelagte boliger i Velferdsetaten. Her belyses noen utvalgte lover, og lovtekster. Du oppfordres til selv å søke ytterligere informasjon og fullstendige lovtekster, utover det som står i kompetanseheftet.

### 1.1 Helsepersonelloven

Alle som jobber med helse- og omsorgstjenester er per definisjon helsepersonell og må forholde seg til det (Helsepersonelloven, 1999, § 3).

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter eller brukere videre der dette er nødvendig og mulig. Helsepersonellens utførelse av arbeidet skal være faglig forsvarlig og helsepersonell skal gi omsorgsfull hjelp; «Forsvarlig hjelp» (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Forsvarlighet er en rettslig standard der innholdet kan variere over tid, fordi innholdet vil bestemmes ut fra normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og

#### **Forsvarlighetskravet er forankret i:**

- › anerkjent fagkunnskap
- › faglige retningslinjer
- › allmenngyldige samfunnsetiske normer

endringer i verdioppfatninger. «Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går» (Helsedirektoratet, 2013, s. 19).

*«Kort oppsummert må tjenestene holde tilfredsstillende kvalitet, de skal ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.»*

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelpen de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Plikten gjelder ikke i den grad annet kvalifisert helsepersonell påtar seg ansvaret for å gi helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, § 7).

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten angir noen kjennetegn ved tjenester av god kvalitet.

#### **Tjenester av god kvalitet skal:**

- › være virkningsfulle
- › være trygge og sikre
- › involvere brukerne og gi dem innflytelse
- › være samordnet og preget av kontinuitet
- › utnytte ressursene på en god måte
- › være tilgjengelige og rettferdig fordelt  
(Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 2)

## 1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

HOL skal ivareta tjenestetilbudet til den enkelte. Loven skal sikre at det er kvalitet i de tjenestene som blir gitt og den skal sikre forebygging og behandling av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, jf «Lovens formål» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1).

«Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige, kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a) Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud,
- b) Den enkelte [...] gis et verdig tjenestetilbud
- c) Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d) Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

## 1.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Lov om pasient og brukerrettigheter definerer hvilke rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Det vil si at denne loven er en *rettighetslov*. «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1). Tjenestene kan være av øyeblikkelig eller nødvendig omfang.

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

### Tjenester som skal ivaretas er retten til:

- › nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste
- › nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- › pasientrettigheter i fastlegeordningen
- › brukerstyrt personlig assistanse
- › opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester
- › individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 2-1 a-e)



Loven skal sikre pasient og brukers rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener [...]. Dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med bruker (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-1).

I § 3-2 står det om retten til informasjon, og i § 3-3 informasjon til nærmeste pårørende. «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte» (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001, § 4).

Loven slår fast at helsehjelp kun kan gis med pasientens samtykke, så fremt det foreligger lov- hjemmel eller annet rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Samtykket er gyldig fra det øyeblikket all nødvendig informasjon omkring pasientens helse- tilstand er oppgitt, samt innholdet i selve helsehjelpen.

#### 1.4 Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

I forskrift om legemiddelhåndtering (2008, § 3-e) er legemiddelhåndtering definert som «enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert». Legemidler defineres som «stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller

lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom» (Legemiddeloven, 1994, § 2).

Formålet med forskriften er at alle virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp gjennomfører sikker, riktig og god legemiddelhåndtering (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 1). Alle legemidler til pasient skal være ordinert av lege eller annet kvalifisert helsepersonell med rekvireringsrett, og kan deles ut av autorisert helsepersonell eller ansatte med kurs i legemiddel- håndtering i henhold til virksomhetens skriftlige interne prosedyrer.

Legemidler skal til enhver tid oppbevares forsvarlig i låsbart medisinskap og utilgjengelig for uvedkommende (Forskrift om legemiddelhåndtering, 2008, § 6).

#### De 7 R`er i legemiddelhåndtering:

- › riktig pasient
- › riktig legemiddel
- › riktig legemiddelform
- › riktig styrke
- › riktig dose
- › riktig måte
- › riktig tid

## 2. Diagnoser

For å forstå verden vi lever i og for å kunne kommunisere med andre mennesker, er det utviklet et felles språk som navngir og klassifiserer kunnskap og fenomener. Dette kan for eksempel være inndeling av levende organismer i arter og familier, eller sykdommer, lidelser og utviklingsforstyrrelser gjennom bruk av diagnoser.

Gjennom en grundig og nøyaktig diagnostisering forsøker en å definere ulike sykdommer eller lidelser, og skille disse fra hverandre. Diagnoser er kun *beskrivelser* av observerbare symptomer og vansker som ofte opptrer i sammenheng. Hvis man oppfyller mange nok av kriteriene og plagene har vart lenge nok og alternative diagnoser utelukkes, kan diagnosen settes. En diagnose kan bidra til en tilpasset behandling. I Norge brukes den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10. Dette er en standardisering av diagnoser, en såkalt diagnose-manual, der alle diagnoser er kategorisert etter ICD-10 koder. Sist gang ICD-10 ble revidert var 1.1.2019, og anses å være et dynamisk dokument. I kompetansehefte kan enkelte diagnoser være oppgitt med ICD-10 koder, eks F.70 – F.79 (psykisk utviklingshemming, alle varianter).

Det jobbes med å utvikle et nytt diagnose system. I 2019 ble en ny versjon av ICD-kodeverket – ICD-11 godkjent av WHO. Endringene er store ettersom ICD-10 har eksistert i 20 år. Tidspunkt for innføring av ICD-11 i Norge er ikke bestemt, men direktoratet for e-helse er i dialog med Sverige, Danmark og Island (Direktoratet for e-helse, 2019).

### 2.1 Fordeler ved bruk av diagnoser

Det kan være svært angstskapende å oppleve uforklarlige symptomer. Får man til stadighet hjertebank, svimmelhet, pustevansker og følelsen av at man holder på å besvime, er det greit å få en diagnose – enten det er høyt blodtrykk eller panikk-angst. Når problemet har et navn kan man lære mer om årsaker, forebygging og behandlingstilnæringer.

Dersom man får en diagnose får man flere rettigheter. Disse pasientrettighetene er i hovedsak regulert av pasient- og brukerrettighetsloven, men også av andre lover. Dette handler om alt fra rett til helsehjelp og bosted, til bruk av tvang og makt i psykisk

helsevern. Diagnoser er helt avgjørende både for utarbeidelsen og forvaltningen av lovverket.

En diagnose kan også få implikasjoner i juridiske spørsmål. I Norge er personer med IQ under 55 eller som er psykotisk i gjerningsøyeblikket, ikke ansvarlige for lovbrudd. I slike tilfeller vil man imidlertid bli dømt til tvungen omsorg, eller tvungen psykisk helsevern (Straffeloven, 2005, §§ 20 og 62).

#### Diagnoser bidrar til:

- ▶ behandling
- ▶ å etablere en forforståelse
- ▶ informasjon om art og alvorlighetsgrad
- ▶ forståelse for pasienten og menneskene rundt pasienten
- ▶ rettigheter til pasienten
- ▶ planlegging av helsetjenester
- ▶ forebyggende tiltak

### 2.2 Ulemper ved bruk av diagnoser

Selv om vi trenger diagnoser for å systematisere og kommunisere, kan en diagnose følges av flere uheldige konsekvenser. Med flere sykdommer følger fordommer, og en diagnose kan derfor virke stigmatiserende. Tenk bare på ulike begreper som tidligere beskrev psykisk utviklingshemming, men som i dag fungerer som skjellsord.

All kategorisering er en forenkling av virkeligheten, og dersom behandlerne henger seg opp i lister med symptomer og ikke får tak i kjernen av opplevelsen, så kan det virke frustrerende for den som lider. En diagnosebetegnelse beskriver kun fellestrekkene hos mennesker med diagnose, ikke hva som er ulikt og unikt for hvert enkelt individ. Dermed kan en diagnose være med på å redusere mennesket til diagnosen, slik at personen selv og de rundt ikke ser mennesket og kompleksiteten bak merkelappen (Eriksen, 2017).



## 2

I dette kapittelet går vi nærmere inn på diagnosene psykisk utviklingshemming, autismespekterforstyrrelse og epilepsi. Du som tjenesteyter kan treffe personer med disse diagnosene når du yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er forventet at du som tjenesteyter i Tilrettelagte boliger, Velferdsetaten, har grunnleggende kunnskap om utviklingshemming og autismespekterforstyrrelser, samt oversikt over epilepsi.

## 1. Psykisk utviklingshemning (F70 - F79)

Psykisk utviklingshemning som begrep kan virke noe misvisende, i form av at det ikke er en psykisk lidelse. Mange interessegrupper omtaler derfor diagnosen som utviklingshemning. På engelsk kalles det samme begrepet Intellectual disability, som kan oversettes med intellektuell svakhet (Lorentzen, 2008). Diagnosen psykisk utviklingshemning, F70 - F79 (Direktoratet for e-helse, 2020), beskriver en intellektuell og praktisk fungering som er under normalområdet. Personen vil alltid ha nedsatte kognitive ferdigheter, og læring skjer saktere på de fleste områder. Dette kan være områder som kommunikasjon, mestring av personlige, huslige og økonomiske oppgaver, sosiale ferdigheter, egenomsorg, motoriske ferdigheter og ferdigheter knyttet til skole, arbeid og fritid. I gruppen finner man svært store variasjoner i væremåte, mestring og fungering. Noen har jevn evneprofil, det vil si at de ikke har utpreget svak eller sterk fungering. Andre kan derimot fungere normalt på noen områder, men langt svakere på andre. Begrensningene ved en psykisk utviklingshemning er ikke midlertidige eller akutte, men varige. Måten omgivelsene forstår, og tilrettelegger for de individuelle utfordringene personen har, er helt sentralt for utviklingen av tilleggsvansker.

### 1.1 Diagnostisering

For å stille diagnosen psykisk utviklingshemning, er det flere kriterier som må være tilstede. Intellektuell fungering under gjennomsnittet, definert som intelligenskvotient (IQ) må være målt til under 70 (Direktoratet for e-helse, 2020). Det suppleres også med en test av adaptiv fungering, og observasjoner av personen i et gitt miljø. For å stille diagnosen psykisk utviklingshemning må tilstanden ha oppstått før personen er fylt 18 år. Med bakgrunn i historikk, intervju av nærpå personer eller at det påvises gjennom gen tester, kan diagnosen stilles etter fylte 18 år. Diagnosemanualen ICD-10 (Direktoratet for e-helse, 2020) definerer psykisk utviklingshemning som:

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

**Kognitive ferdigheter** er det vi trenger for å utføre både enkle og komplekse oppgaver, og betegner prosesser som persepsjon, tenkning, læring, problemløsning og oppmerksomhet. Når kognisjon blir vanskelig, kan det gå ut over evnen til å mestre vanlige utfordringer knyttet til jobb, skole og sosiale relasjoner (Helsebiblioteket.no).



Mennesker med lik grad av psykisk utviklingshemming kan fungere svært forskjellig på ulike felt. Klassifisering av grad av utviklingshemming er nyttig for å beskrive hvilken forutsetning en person har for utvikling, men tilbud og tilretteleggelse må alltid ta utgangspunkt i personens individuelle behov.

Foto: iStock



*«Tilbud og tilretteleggelse må alltid ta utgangspunkt i personens individuelle behov.»*

## 1.2 Grad av utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming klassifiseres i lett, moderat, alvorlig og dyp grad. Graden av utviklingshemming bestemmes gjennom IQ tester. For å gi resultatene av disse testene en praktisk beskrivelse brukes gjerne begrepet mental alder, som knyttes til normal kognitiv modenhet for alderen. Mental alder kan ikke sammenlignes direkte med den kronologiske alderen. Et voksent menneske med en mental alder beregnet til 6-9 år har en lengre læringshistorie enn et barn med kronologisk alder 6-9 år, men evnen til å tilegne seg ferdigheter kan være sammenlignbar med den mentale alderen (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming [NAKU], 2019).

Lett psykisk utviklingshemming fører vanligvis til lærevansker i skolen, og ofte er det først da en lett grad av psykisk utviklingshemming blir oppdaget. Denne gruppen kan fungere selvstendig i egenomsorg, ha gode sosiale relasjoner og ha arbeid på lik linje med resten av befolkningen. Moderat utviklingshemming fører ofte til en mer markert utviklingshemming i barndommen. Personer med moderat grad kan ofte lære ferdigheter slik at de kan ha en viss grad av uavhengighet. Alvorlig psykisk utviklingshemming medfører ofte at personen er avhengig av kontinuerlig omsorg. Dyp psykisk utviklingshemming vil si at personen ikke er testbar i forhold til intelligensnivå, og det vil bli estimert at personen ligger på IQ under 20. Personen vil ha alvorlige begrensninger i egenomsorg, kommunikasjon og bevegelighet (Lorentzen, 2008).

IQ	Mental alder	Lett utviklingshemming	Moderat utviklingshemming	Alvorlig utviklingshemming	Dyp utviklingshemming	ICD-10
50 - 69	9-12 år	✗				F70
35 - 49	6- 9 år		✗			F71
20 - 34	3- 6 år			✗		F72
Under 20	Under 3 år				✗	F73

### 1.3 Årsaker

«Psykisk utviklingshemming kan oppstå i løpet av svangerskapet, under fødsel eller etter fødsel. Den vanligste årsaken til utviklingshemming er mutasjoner i det genetiske arvematerialet som påvirker utviklingen av hjernen under svangerskapet, det er dette som kalles kromosomfeil».

Medfødte stoffskiftesykdommer kan føre til utviklingshemming dersom de ikke behandles. Det kan også oppstå direkte skade på fosteret under svangerskapet, årsaker til dette kan være at mor har en virus sykdom eller lignende, mors inntak av narkotiske stoffer og alkohol kan også føre til hjerneskade hos barnet (NAKU, 2016).

Det er relativt sjeldent at utviklingshemming forekommer som en følge av skader ved fødsel. Oksygenmangel hos barnet før, under og rett etter fødsel kan føre til utviklingshemming. De vanligste årsakene til utviklingshemming etter fødsel skyldes infeksjoner, som for eksempel hjernehinnebetennelse og hjernebetennelse. Andre årsaker er skader påført kraniet etter for eksempel fall. En psykisk utviklingshemming gir utfordringer, og sårbarhet for å utvikle sykdom eller andre former for lidelser (NAKU, 2019).

### 1.4 Utviklingshemming og tilleggsdiagnoser

Av og til kan det være utfordrende å skille diagnoser fra hverandre. Spørsmålet er om endring av atferd forårsakes av en ny diagnose eller om endringen tillegges en eksisterende diagnose.

*«Psykiske lidelser, epilepsi og demens er eksempler på diagnoser som kan overskygges av utviklingshemming.»*

Når atferdsendringer som er forårsaket av for eksempel psykiske lidelser blir tilskrevet funksjonshemmingen, omtales dette som diagnostisk overskygging. Det er gjennomført ulike studier på utviklingshemming og forekomst av psykiske lidelser, og enkelte av disse viser utydelige resultater. NAKU (2019) skriver at «det synes å være allment akseptert at personer med utviklingshemming er betydelig mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser». En studie gjennomført av Skullerud et al., (referert i

#### **Manglende konsentrasjon:**

ADHD eller utviklingshemming?

#### **Repeterende atferd:**

Autismespekterforstyrrelse eller schizofreni?

NAKU, 2019) fant at risikoen for psykiske lidelser for en person med alvorlig grad av psykisk utviklingshemming kan være tre – fem ganger høyere enn det som er vanlig.

«Psykiske lidelser er karakterisert av endringer i følelser, tanker og/eller atferd. For mennesker som har en mer omfattende grad av utviklingshemming vil observasjon av disse forandringene være de tydeligste tegnene på en psykisk lidelse. Det er viktig å være klar over at disse forandringene også kan dreie seg om mye annet enn psykiske lidelser. Det er viktig i en tidlig fase å utrede for fysiske årsaksforklaringer for den endrede atferden. Smertefulle og/eller irriterende tilstander er hyppige årsaker til endret atferd».

En bred utredning er ofte nødvendig med ulike faggrupper og nærpå personer, som for eksempel starter hos fastlege og tannlege. Den informasjonen som blir innhentet kan gi grunnlag for en forståelse av situasjonen. Med bakgrunn i den forståelsen kan tiltak iverksettes. Eksempler på dette kan være å gi ekstra støtte ved usikkerhet, redusere krav ved stress, trene på vanskelige/nye utfordringer eller behandle fysisk sykdom (Linaker, 2013).

*Det er viktig i en tidlig fase å utrede for fysiske årsaksforklaringer for den endrede atferden. Smertefulle og/eller irriterende tilstander er hyppige årsaker til endret atferd.*



## 2. Autisme-spekter-forstyrrelse F84.0-F84.9

Det er stor variasjon i hvordan mennesker med autisme fungerer, både med hensyn til alvorlighetsgrad av autismerelaterte symptomer og i forhold til evnenivå. Denne variasjonsbredden medfører at det i dag er vanlig å snakke om autismspekteret, hvor spekteret består av fem – seks ulike undergrupper. De mest kjente undergruppene er Infantil autisme/Barneautisme og Asperger syndrom (Autismeforeningen, 2020).

Når vi snakker om autisme i dette heftet, er det autismspekterforstyrrelse (ASF) (eng: ASD) vi refererer til.

### 2.1 Årsaker

Autisme er et symptom på en nevrologisk organisk forstyrrelse, som betyr at hjernen har en skade. Autisme regnes som en medfødt utviklingsforstyrrelse. Ulike studier tyder på at autisme er arvelig, men det har vist seg at genetikk ikke kan forklare alle tilfellene. Biologiske forstyrrelser som rammer hjernen direkte eller indirekte kan også være en årsak til autisme (Helsenorge.no, 2017). Fordi autismspekterforstyrrelser både

#### PARADOKS:

*Jo mer biologisk og genetiske avvik man finner...*

*...jo større rolle ser det ut til at miljøet får (Aanonsen, 2018).*

har genetiske, biologiske, psykologiske og sosiale komponenter er det grunn til å tro at hjernefunksjonene også påvirkes, noe som igjen vil gi konsekvenser for hvordan barn med autisme utvikler de evnene de trenger for å fungere sosialt, på skolen og senere i arbeidslivet (Johansen, 2019).

#### Sterkt forenklet har hjernen 3 hovedfunksjoner:

1. å **motta** informasjon
2. å **bearbeide** informasjon
3. å **sende** informasjon

De mange årsakene til at autisme oppstår fører også til stor variasjon i autismspekteret. En skade i hjernen påvirker dens funksjon; å motta, bearbeide og sende informasjon. Denne prosessen foregår ulikt hos alle mennesker, fordi hjernene arbeider i ulikt tempo, og læringshistorien vår bidrar til at det er ulikt hvilke sanseinntrykk man oppfatter og hva som vektlegges (Johansen, 2019). Skaden i hjernen vil variere i grad og omfang, og derfor ser vi at autisme påvirker ulike mennesker på ulike måter. Noen vil trenge hjelp hele livet, andre vil være i stand til å leve et uavhengig liv som voksne.

*«If you've met one person with autism you've met one person with autism!» (Shore, 2018)*

Mennesker med autismspekterforstyrrelse har stort lærings- og utviklingspotensial.

## Autismspekterforstyrrelse



Autisme av alvorlig grad

Autisme

Høyt fungerende autisme  
Asperger syndrom

Per i dag finnes det ingen biologisk årsaksbehandling, eller helbredende behandling. Behandlingen vil kun være symptombehandling som tidligintervensjon, målrettet miljøarbeid, læren om egen diagnose, og legemidler som behandler eventuelle somatiske og psykiske tilleggsversker (Oslo universitetssykehus, 2020). Behandling vil innebære at man kommer i gang med opplæring tidlig, gjennom et helhetlig program som tar utgangspunkt i kjerneområder som å bedre sosial fungering og kommunikasjon, samt å redusere blant annet sinneutbrudd, atferdsproblemer og angst. Tiltakene må være tilpasset den enkelte, ha et livsløpsperspektiv, og evalueres jevnlig.

*«Målet er å bidra til selvstendighet og autonomi og at hver enkelt oppnår best mulig fungering i forhold til sine forutsetninger.»*

(Oslo universitetssykehus, 2020)

EIBI er den miljøbehandling som har best dokumentert effekt, og som har bidratt til at barn med autismespekterforstyrrelser har både lært seg adaptive ferdigheter og økt IQ etter minst to år med intensiv opplæring (Green, 2011; Eldevik et al., 2010; Løvaas, 2005).

## 2.2 Diagnostisering

Autismespekterforstyrrelse er ikke en sykdom, men en kompleks utviklingsforstyrrelse. ASF kan ikke diagnostiseres ved hjelp av blodprøver, gentester og lignende, men man kan finne sårbarhetsområder i kromosomene (Aanonsen, 2018). Diagnostisering av ASF gjøres hovedsakelig gjennom observasjon av barnets atferd. Barn med ASF utviser også ofte annen atferd som er problematisk, dette kan for eksempel være selvskading, aggressiv atferd, ekstreme emosjonelle utbrudd og/eller søvnforstyrrelser.

### EIBI- Early Intensive Behavioral Intervention:

Green (2011) har listet opp nøkkelementer i EIBI:

- a) forskning fra feltene atferdsanalyse, barns normalutvikling og autismespekterforstyrrelse
- b) adresserer multiple ferdighetsområder, som øyekontakt, imitasjon, verbal og nonverbal kommunikasjon, ADL ferdigheter, sosiale ferdigheter, lek og fritid og fin- og grovmotoriske ferdigheter
- c) ferdigheter brytes ned i små komponenter og bygges deretter på hverandre til mer komplekse handlinger
- d) positiv forsterkning brukes i stor grad for å fremme nyttige ferdigheter og redusere problematferd
- e) prosedyrer for å redusere problematferd baseres på funksjonelle analyser, eller miljømessige endringer
- f) målinger og observasjoner gjøres frekvent for å evaluere effekt av opplæringstiltakene
- g) evidensbaserte atferdsanalytiske prosedyrer benyttes, inkludert de der barnet tar initiativ og der den voksne styrer initiativet
- h) intervensjonen er individuelt tilrettelagt; mål for opplæringen, prosedyrene som benyttes, materiale som benyttes og forsterkere tar utgangspunkt i barnets styrker, behov og familiens preferanser
- i) intervensjonen gjennomføres på tvers av arenaer; hjem, skole/barnehage, etc
- j) foreldre trenes til å være med-terapeuter
- k) generalisering av ferdigheter fra strukturert trening til naturlige situasjoner blir spesifikt trent på
- l) treningen overvåkes nøye av profesjonelle med spesifikk trening og ferdigheter innenfor anvendt atferdsanalyse og erfaring med opplæring av barn med autismespekterforstyrrelser. Selve treningen kan gjennomføres av miljøarbeidere, terapeuter, studenter og foreldre som får opplæring og veiledning av en atferdsanalytiker

Typiske trekk ved autisme opptrer før barnet når tre års alder (Oslo Universitetssykehus, 2020).

Autismespekterforstyrrelser er samlet i kategorien F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser.

### Autismespekterforstyrrelse:

- › F84.0: Barneautisme (inkluderer infanatil autisme)
- › F84.1: Atypisk autisme
- › F84.2: Rett syndrom
- › F84.3: Annen disintegrativ forstyrrelse i barnealder
- › F84.4: Forstyrrelser med overvekt assosiert med mental retardasjon og bevegelsesstereotyper
- › F84.5: Asperger syndrom
- › F84.8: Andre spesifiserte gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- › F84.9: Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (Direktoratet for e-helse, 2020)

Utviklingsforstyrrelse er en fellesbetegnelse man bruker for tilstander som medfører at et barns utvikling forsinkes eller hemmes. Funksjonsvanskene kommer til uttrykk på flere områder og gir store ringvirkninger for personens utvikling. ASF er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som karakteriseres ved mangelfulle sosiale ferdigheter eller interesser, mangelfull kommunikasjon samt høy forekomst av rituell eller stereotyp atferd (Øzerk & Øzerk, 2020). Disse avvikene er gjennomgripende trekk, dette betyr at personen fungerer på denne måten på tvers av ulike situasjoner.

### Diagnostisering av autisme:

Autisme diagnostiseres på grunnlag av tilstedeværelse eller fravær av bestemt type adferd. «ASF defineres ved kvalitative avvik i utviklingen av:

- › evnen til gjensidig sosial interaksjon
- › evnen til kommunikasjon
- › forekomst av begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter» (Oslo Universitetssykehus, 2012)





Utfordrende atferd må ses i sammenheng med hva personen forsøker å formidle.

## 2.3 Sosiale kjennetegn og kommunikasjon

Barn er sosiale fra fødselen av og viser tidlig interesse for andre mennesker. I fagmiljøet er man enige om at barn med ASF ikke følger de vanlige milepælene for sosial utvikling. Eikeseth (2016) fremhever at barn med ASF i større grad velger bort sosiale stimuli og heller søker mot ikke-sosiale stimuli, dette gjenspeiler seg i at mennesker med ASF ofte har utfordringer med å ha en gjensidig sosial utveksling. Vedkommende kan ha problemer med å lese ansiktsuttrykk og ha normal øyekontakt, altså det som generelt kalles nonverbal kommunikasjon. Dette kan også forekomme selv om de har en høy språkkompetanse (Johansen, 2019). Mange mennesker med ASF kan ha vansker med å ta initiativ til samtaler, samt respondere på andres sosiale henvendelser. Enkelte kan også ha vansker med turtakning i samtaler, justering av tonefall, samt å vise samtalepartneren oppmerksomhet og bidra til flyt i samtalen (Helsenorge, 2020). Alt dette gir forståelsvansker knyttet til både kommunikasjon og generell sosial omgang.

De fleste barn med ASF har forsinket og/eller avvikende språkutvikling. Deres kommunikasjonsferdigheter viser alvorlige mangler på flere områder. Noen har et velutviklet språk med et stort ordforråd. Eksempelvis kan enkelte barn med ASF være flinke til å bruke faste ord og uttrykk på en adekvat måte, men dette skjer gjerne innenfor et tema som interesserer dem. Oppbygning av setninger kan være utfordrende, faste ord og uttrykk, metaforer og vitser blir ofte tolket bokstavelig (Oslo universitetssykehus, 2020).

Språkerdighetene blant mennesker med ASF kan spenne fra å beherske språk flytende både skriftlig og muntlig, til så vidt å kunne uttrykke enkle behov eller bruke tegn. Mange har en begrenset bruk av nonverbal kommunikasjon som kroppsspråk, mimikk og gester som støtter den verbale kommunikasjonen deres.

Utfordrende atferd er ikke en del av det å ha autisme, men mange mennesker med ASF kan respondere på små skuffelser med aggresjon i form av slag, dytting eller biting av andre personer. Enkelte kan også rette aggresjonen mot seg selv, i form av selvskadning. Noen kan også påføre seg selv vesentlig skade med skarpe gjenstander, eller påføre materielle skader på omgivelsene (*les mer om vesentlig skade i Kompetansehefte 1*).

Dersom en person viser store endringer i fungering eller væremåte bør vedkommende undersøkes grundig av kvalifisert helsepersonell, som for eksempel lege eller tannlege, i samarbeid med personer som kjenner dem godt, for å avdekke eventuell sykdom. Videre bør det kartlegges hvilken funksjon den oppståtte atferden har.



Tante Solveig går på medisiner (Absurdgalleriet.no)

## 2.4 Repeterende og stereotyp atferd

Mennesker med ASF har gjerne et snevert interessefelt, og det er vanlig at de er ensporet i tanker og væremåte. Mange kan bli knyttet til uvanlige ting, og utvikler rigide og altoppslukende interesser, gjerne med en intensitet eller fokus som overgår normalen (Helsenorge.no, 2017). Det er her preferansen for ikke-sosiale stimuli gir utslag ved at barnet i større og større grad hengir seg til repetitivt atferdsmønster av ikke-sosial art, fremfor normal sosial interaksjon med jevnaldrende. Stereotyp atferd i seg selv er ikke skadelig, men når interessen tar over, og tidvis hindrer utvikling på egen person, kan man snakke om vesentlig skade (Helsedirektoratet, 2015, punkt 4.5.3) (se også Kompetansehefte 1).

Personer med ASF foretrekker ofte trygge og vante aktiviteter de har en grad av kontroll over. Mange er uvanlig opptatt av at ting må gjøres på akkurat samme måte og i akkurat samme rekkefølge, og de mestrer ikke brudd i rutiner slik vi gjør. I overgangssituasjoner og uforutsette hendelser kan uro, aggresjon, engstelighet og tvangspreget låsing forekomme. For enkelte kan det oppstå utfordringer med å skifte klær tilpasset årstid, eller i det hele tatt å skifte tøy. Hos andre kan matvanene være svært begrensede slik at de i enkelte tilfeller medfører helserisiko på grunn av ensidig og næringsfattig kosthold (Johansen, 2019). Noen kan bli opphengt i ikke-funksjonelle rutiner eller ritualer på en tvangsmessig måte. Fordi personer med ASF kan ha vansker med å endre en allerede etablert atferdskjede, og har dårlig evne til å se for seg handlingsalternativer, kan små endringer føre til kraftige reaksjoner (Helsenorge, 2020).

Det er når stereotyp atferd tar overhånd i form av lang varighet, høy intensitet og atferden innebærer et problem for personen selv eller omgivelsene at man kan si om atferden er skadelig for vedkommende. Stereotyp og repeterende atferd kan være alt fra hånd eller fingerflipping til sammensatte bevegelser med hele kroppen som å ta en ekstra piruett foran hver dørterskel.

## 2.5 Funksjonsnivå

I hvilken utstrekning en person har utfordringer knyttet til ASF har ingen sammenheng med en persons kognitive evner eller intelligens. Man kan både ha stor grad av autismevansker og samtidig ha et høyt kognitivt evnenivå. Mange med ASF har i tillegg en psykisk utviklingshemmingsdiagnose, som påvirker deres kognitive nivå og funksjonsnivå i dagliglivet.

Vi presenterer her noen teorier som søker å forklare ASF, men disse blir ikke forklart inngående. Ønsker du å fordype deg mer anbefales å bruke referanselisten, samt søke på artikler.

**Speilnevroner:** Nyere forskning indikerer at speilnevroner spiller en rolle når det kommer til både å lære ved modellering – å se andre gjøre først og deretter gjøre det samme, og kognitive prosesser som handler om empati og forståelse av intensjoner. Speilnevroner kan defineres som en gruppe nevroner som aktiveres når vi utfører en handling, eller når vi ser en handling blir utført (Cerdán, 2017). Speilnevronene kan være avgjørende for imitasjon, læring og gjenkjenning av bevegelser (Aanonsen, 2018). Speilnevroner henger sammen med empati, de bidrar til at vi knytter oss til hverandre.



Speilnevroner har tre grunnleggende prosesser:

1. «at vi kan vite og forstå hva personen foran oss føler eller opplever
2. at vi kan føle hva den andre personen føler
3. [...] vi kan svare med medfølelse. Dette former den sosiale oppførselen vi trenger for å leve sammen i gruppe» (utforsksinnet.no)

Mennesker med ASF har også speilnevronene, og ingen studier har funnet at disse er dysfunksjonelle. De mangler heller ikke empati, men den kognitive svikten medfører at de ikke klarer å bearbeide den informasjonen som mottas (Utforsksinnet, 2018).

**Theory of Mind (TOM);** En annen teori som søker å forklare ASF er Theory of Mind. Det handler om sentrale kognitive funksjoner som innebærer evnen til å være klar over egne intensjoner, ønsker, forestillinger, kunnskap og lignende. Samt evnen til å forstå at andre kan ha andre perspektiver, tanker, tro, intensjoner, og ønsker enn en selv (Ruhl, 2020). Det viktige i denne teorien er at barn med utviklet TOM vil ha felles oppmerksomhet med andre; mor peker på et fly og barnet ser mot flyet, de kan relatere andres handlinger til en intensjon; far strekker seg etter et eple fordi han er sulten, og imitasjon; se andre gjøre noe og deretter gjenta (Ruhl, 2020). «Sally-Anne test» (Ruhl, 2020) har opp gjennom årene testet barn med og uten autismspekterforstyrrelser, for å se om de kan klare testen: Sally plasserer en kule i kuven sin, og går ut av rommet. Anne tar kulen ut av kurven og plasserer den i en eske med lokk. Barnet blir nå spurt hvor de tror Sally vil lete etter kulen sin. Ruhl (2020) skriver at 85 % av barn med normalfungering klarer testen, mens 80 % av barna med ASF feiler.

**Selection by consequences;** En tredje teori som kan forklare ASF peker mot at barn med autismspekterforstyrrelser i mindre grad har sosiale forsterkere som primærforsterkere. Det vil si at mor-barn relasjon, øyekontakt og felles oppmerksomhet ikke er forsterkende for barnet, og at det i stedet utvikler et komplekst stereotyp og repeterende atferdsmønster, da dette i større grad er stimuli som gir barnet forsterkere det søker (Eikeseth, 2016). Dette vil igjen føre til at barn i mindre grad oppsøker andre barn, de lærer saktere fordi de ikke imiterer lek, og utviklingen sakker ut.

### Svekkede kognitive funksjoner hos mennesker med autismspekterforstyrrelse:

- › problemer knyttet til det å kunne se forbi detaljer og forestille seg en helhet der detaljene inngår
- › klarer ikke å forestille seg andre menneskers tanker og følelse
- › problemer med delt oppmerksomhet; å være seg bevisst at et annet menneske observerer det samme som en selv
- › nedsatt evne til å planlegge, forberede og utføre handlinger

## 2.6 Diagnostisk overskygging

Det er kommet en del studier som tyder på at personer med ASF har en økt sårbarhet for å utvikle ulike typer psykiske lidelser, flere studier antyder at det er økt forekomst av blant annet angst og depresjon hos mennesker med ASF (Bjerkelund, 2019). Det er viktig å være klare over dette, samtidig som diagnostisering og iverksettelse av behandlingstiltak alltid skal gjøres av fagpersoner med spesiell kompetanse. Du som tjenesteyter kan bidra med gode observasjoner og registreringer, som et viktig bidrag for at brukeren får rett diagnose og riktig behandling.

I følge Bjerkelund (2019) kan økt sårbarhet for psykiske lidelser skyldes:

- › **Lav terskel for stress:** Personer med ASF har ofte en høy grad av hjerneaktivitet og nedsatt evne til å mestre stress. Uforutsigbarhet, endringer i rutiner og nye situasjoner kan være vanskelige å takle. Noen kan oppleve engstelse og uro ved større endringer i livet, men også i dagligdagse situasjoner.
- › **Svekkede frontallapsfunksjoner:** Frontallappene fungerer som hjernens administrative senter. Her finnes forutsetningene for å kunne planlegge, organisere, regulere følelser, fokusere oppmerksomhet, ha tidsfølelse. Ved en svekkelse i frontallappens funksjoner, vil

personen kunne oppleve manglende mestring i hverdagen og manglende kontroll over egne reaksjoner og følelser.

- ▶ **Avisning og utenforskap:** Mange med ASF opplever at de faller utenfor det sosiale fellesskapet og ikke passer inn i det samfunnet de er en del av. Mange barn og unge kan ha en skolegang preget av mobbing, ensomhet eller ute-stengning. Unge voksne med ASF med mindre/liten grad av evnemessig svikt drømmer om jobb, venner eller kjæreste som andre ungdommer. Men de opplever ofte å komme til kort sosialt. Resultatet kan bli lav selvfølelse, pessimisme og håpløshet og depresjon.
- ▶ **Manglende mestringsopplevelse:** Noen personer med ASF kan være gode til å snakke for seg og/eller ha imponerende faktakunnskap på enkelte områder, men det er ikke alltid at forståelsen er like god. Til tross for imponerende kunnskaper på enkelte områder kan vanlig «sunn fornuft» eller hverdagslige ferdigheter på andre områder være påfallende dårlige. De blir lett overvurdert av omgivelsene. Resultatet kan bli at de stadig overbelastes med krav og forventninger som de ikke har mulighet til å innfri, og som kan oppleves som stress og tilkortkommenhet. Evneutredning og funksjonskartlegging kan være nyttig for å sikre at krav og forventninger står i stil med det personen kan mestre.

*Du som tjenesteyter kan bidra med gode observasjoner og registreringer, som et viktig bidrag for at brukeren får rett diagnose og riktig behandling.*

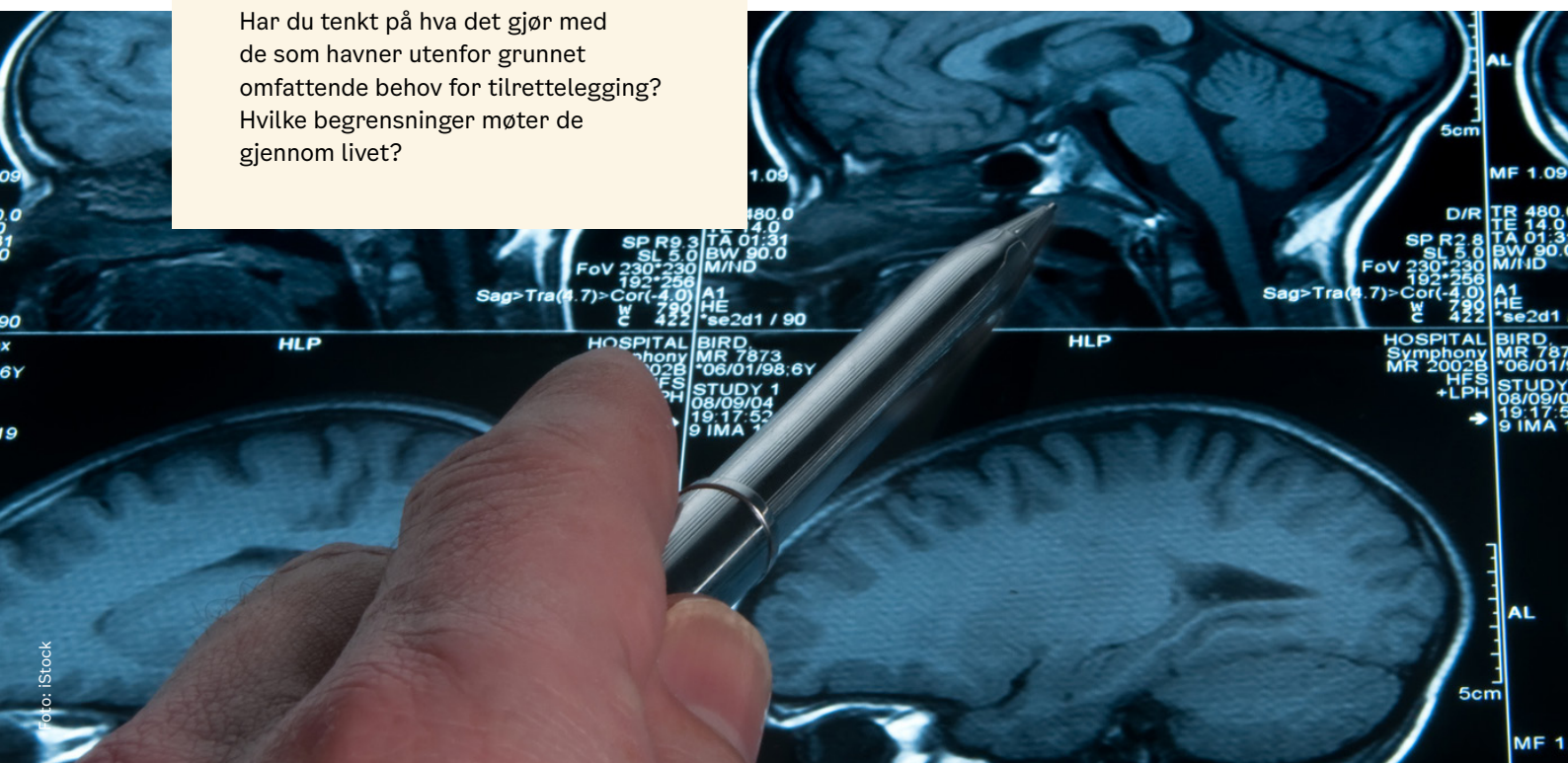
### 3. Epilepsi (G40)

*«Epilepsi er et paraplybegrep som omfatter en rekke tilstander (G40.0 – G40.9) med forskjellige årsaker, ytringsform og prognose.»*

(Nakken & Brodtkorb, 2015, s. 1020)

Fellesnevneren for diagnosen epilepsi er epileptiske anfall. Hvis epilepsi er diagnosen, er de epileptiske anfallene symptomene (Helsebiblioteket, 2018).

Har du tenkt på hva det gjør med de som havner utenfor grunnet omfattende behov for tilrettelegging? Hvilke begrensninger møter de gjennom livet?



### 3.1 Symptomer og diagnose

Epilepsi er en tilstand som defineres av John G. R. Jefferys (referert i Gjerstad & Taubøll, 2003, s. 1359) «som en tendens til gjentatte epileptiske anfall på grunn av en primær funksjonsforstyrrelse i hjernen». Hva som skjer ved et anfall, avhenger av hvilken del av hjernen som blir berørt. I løpet av anfallet kan musklene bli helt slappe eller stive. Rykninger, skjelvninger og bevissthetstap er vanlige symptomer. Noen får anfall der de blir fjerne eller hallusinerer.

Diagnostisering av epilepsi skjer typisk etter at vedkommende har hatt et epilepsianfall. Personen utredes da av en spesialist. Det er vanlig å gjennomføre billeddiagnostiske undersøkelser av hjernen, som for eksempel en EEG-undersøkelse (Helsebiblioteket, 2018). En EEG-undersøkelse måler hjernens elektriske aktivitet, og er en enkel og ufarlig måte å måle hjernens funksjon på.

### 3.2 Behandling

«Epilepsibehandling omfatter flere forhold:

- ▶ **Behandling av enkeltanfall**
- ▶ Generell rådgivning, spesielt om anfalls-utløsende forhold
- ▶ **Forebyggende medikamentell behandling**
- ▶ Behandling ved status epilepticus
- ▶ Kirurgisk behandling
- ▶ Psykologisk/psykiatrisk behandling
- ▶ Psykososiale tiltak» (Gjerstad et al., 2003, s. 1864)

#### **Behandling av enkeltanfall** (antikonvulsiva)

De fleste anfall er ufarlige og går raskt over. Enkelte anfall kan ha varighet som krever behandling. Anfallet behandles da oftest gjennom å sette et flytende legemiddel (diazepam/midazolam) i endetarmen (rektum) eller i munnhulen (oralt). Dersom et slikt legemiddel ikke er tilgjengelig eller har ønskelig effekt må det ringes 113 for medisinsk bistand.

Anfall som ikke kommer under kontroll kalles for status epilepticus. Status epilepticus er oftest definert som vedvarende eller gjentatte epileptiske anfall som varer over 30 minutter. Konvulsiv status epilepticus med krampeanfall er regnet som alvorlig og potensielt livstruende (Engelsen et al., 2003)

#### **Forebyggende behandling** (antiepileptika)

Det er vanlig å behandle epilepsi med legemidler. Behandling iverksettes oftest etter at personen har hatt minst to anfall. Målet med behandlingen er å fjerne, eller redusere risikoen for å få anfall. Behandling vil ikke fjerne tendensen til anfallet, men den vil reduseres (Gjerstad et al., 2003). Valg av legemiddel gjøres på bakgrunn av type anfall og frekvens. Vanlige bivirkninger er svimmelhet, kvalme, utslett, trøtthet, vektforandringer. Det er lurt å være oppmerksom på forandringer, slik at vi kan vurdere tiltak for å imøtegå bivirkningene i samråd med behandlende lege. Dette er spesielt viktig dersom det oppstår varige utslett som kan utvikle seg til mer alvorlige lidelser.

#### **Ved epileptiske anfall:**

#### **Sørg for å ha satt deg inn i prosedyrer hos personer med kjent epilepsi på forhånd.**

- ▶ ta tiden (dette er for å sørge for at eventuell medisin blir administrert på riktig tidspunkt)
- ▶ beskytt kropp og hodet. Reduser risiko for skade ved anfall (ikke putt noe inn i personen sin munn, eller gi personen noe form for drikke)
- ▶ administrer eventuell medisin etter prosedyre og observer respirasjon (har ikke eventuell medisin ønskelig effekt, ring 113 når prosedyre tilsier det)
- ▶ sørg for at personen har frie luftveier
- ▶ dokumenter anfallet (beskriv anfallet, varighet og tidspunkt)



A person is running on a wooden boardwalk that stretches into the distance. The scene is set at sunset, with a warm, golden light illuminating the sky and the runner. The runner is wearing a light-colored long-sleeved top, leggings, and running shoes. The background shows a line of trees and a body of water under a sky with scattered clouds. A large yellow circle is overlaid on the left side of the image, containing the number 3.

# 3

I dette kapittelet presenteres ulike utfordringer knyttet til helse og/eller livsstil. Flere av disse utfordringene kan du møte i din hverdag som tjenesteyter. Det er forventet at alle ansatte i Velferds-etaten (TBO) skal ha grunnleggende kunnskap og kompetanse om helseutfordringer, slik at tjenestetilbudet blir tilpasset den enkelte bruker. Det er og forventet at du som ansatt setter deg inn i tilleggsdiagnoser og andre relevante helseopplysninger knyttet til bruker(e) du jobber med.



## 1. Livsstil og livsstilssykdommer

Helse og livsstilssykdommer handler om ulike aspekter ved helse som er viktig å være seg bevisst i vårt arbeid. Livsstilssykdommer er en sekkebetegnelse for sykdommer som oppstår som en konsekvens av hvordan vi lever. I følge Verdens Helseorganisasjon [WHO], vil 70 % av all sykdom være relatert til livsstil innen 10 år (Ressurssenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst, u.å.). Livsstilssykdommer har sammensatte årsaker; kosthold, livsstil, opplevelse av stress, fysiske omgivelser og genetisk disposisjon påvirker om vi får disse sykdommene. Livsstilssykdommer bruker mange år på å etablere seg. Det er lettere å forebygge enn å kurere (Norsk helseinformatikk, 2020). Livsstilssykdommer kan ramme alle, men det kan være vanskelig å vurdere langsiktige konsekvenser av de livsstilsvalgene en tar. Det er viktig med veiledning for å ta gode valg som virker forebyggende på denne typen sykdom.

*«Sykdom krever at en lege setter diagnose og utarbeider et behandlingsforløp.»*

(Helsetilsynet, 2015).

På Folkehelseinstituttets hjemmeside finner du detaljert informasjon om anbefalt aktivitetsnivå knyttet til alder, og forslag til aktiviteter som kan gjennomføres. Informasjonen finner du på: [www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet](http://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet).

### Helsedirektoratets generelle kostråd:

- ▶ Ha et variert kosthold med mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk, og

begrensede mengder bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.

- ▶ Ha en god balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye du forbruker gjennom aktivitet.
- ▶ Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag. En porsjon tilsvarer 100 gram.
- ▶ Spis grove kornprodukter hver dag.
- ▶ Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk også gjerne fisk som pålegg.
- ▶ Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter. Begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
- ▶ La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
- ▶ Velg matoljer, flytende og myk margarin, fremfor hard margarin eller smør.
- ▶ Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlagning og på maten.
- ▶ Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
- ▶ Velg vann som tørstedrikk.
- ▶ Husk å være i bevegelse 30 minutter hver dag. (Helsenorge, u.å.)

Som helsepersonell må vi forholde oss til Nasjonale retningslinjer for kosthold og ernæring.

Privat kan du velge hva du selv vil følge.

På Folkehelseinstituttets hjemmesider om kosthold finner du mer detaljert informasjon om et balansert kosthold, og en mer detaljert beskrivelse av hva som inngår i de ulike kostrådene. Gå til [www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring](http://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring) for mer informasjon.



## 2. Fedme (E66)

Å være svært overvektig betyr mer enn å bære på noen ekstra kilo. Fedme er overvekt av en så høy grad at den defineres som alvorlig. «Overvekt (KMI 25-30) er ingen sykdom i seg selv, men fedme kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet» (Helsedirektoratet, 2010, s. 13). Mange vil oppleve en redusert livskvalitet på grunn av den ekstra vekten, i tillegg til at KMI 30+ øker risiko for blant annet hjerte - karsykdommer, diabetes type 2, psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, for å nevne noen. Bruk av medisiner kan øke faren for fedme, samt at de kan gi andre bivirkninger som økt appetitt eller reduksjon i forbreining (Helsedirektoratet, 2010). Ved fare for fedme på grunn av inntak av medikamenter bør lege konsulteres og det bør vurderes bytte av medisiner. Verdens helseorganisasjon har definert grenser for normal vekt og ulike grader av overvekt, som følger:

<b>KMI - Kroppsmasse Indeks = vekt(kg) / høyde(m)*2</b>	
KMI 18,5 til 24,9	Normalvekt
KMI 25,0 til 29,9	Overvekt
KMI 30,0 til 34,9	Fedme grad I
KMI 35,0 til 39,9	Fedme grad II
KMI 40 eller mer	Fedme grad III

(Norsk helseinformatikk, 2019; Helsedirektoratet, 2010).

For et mer nyansert bilde brukes også ofte midjemåling eller livvidde. KMI alene kan gi et litt unyansert bildet ved at vekt ikke bare er fett, men også for eksempel vann og muskler.

*Midjemål over 102 cm regnes som for stort hos menn.*

*Midjemål over 88 cm regnes som for stort hos kvinner.*

(Norsk helseinformatikk, 2019)



### 2.1 Symptomer og diagnose

Symptomer ved fedme er ofte dårlig kondisjon, åndenød og belastningssymptomer, da primært ben. Fedme er en kronisk tilstand, som ofte blir verre med årene. Samtidig kan fedme føre med seg en rekke følgesykdommer, som økt risiko for kreft, hormonforstyrrelser og uregelmessig menstruasjonssyklus (Felleskatalogen, 2019), i tillegg til sykdommer som tidligere er nevnt.

## 2.2 Behandling

Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for «forebygging, utredning og behandling av fedme hos voksne». En vektreduksjon på mellom 5 – 10 % vil være tilstrekkelig sammenlignet med hvilken helsegevinst personen får. Dersom personen oppnår en vektreduksjon på 5-10% vil dette betraktes som vellykket, selv om normalvekt ikke er oppnådd. Dette er fordi:

«De fleste klarer ikke å redusere vekten i perioder lengre enn 12-16 uker og sjeldent etter seks måneder. [...] Å oppnå normalvekt krever konsentrert oppmerksomhet som kan utløse spiseforstyrrelser hos predisponerte personer. Å redusere vekttoppgangen over tid bidrar til et godt helseutfall» (Helsedirektoratet, 2010, s. 38). I tillegg til vektreduksjon vil et annet mål være å begrense eller forebygge vektøkning etter at vektreduksjonen er gjennomført (Helsedirektoratet, 2010).

### To viktige tiltak: økt fysisk aktivitet og kostholdsending

Regelmessig fysisk aktivitet og energireduert mat vil gi god effekt på vektreduksjonen. All fysisk aktivitet er bedre enn ingen, fokuser på å øke hverdagsaktiviteten. Sykling og svømming er effektivt og belaster ikke vekt bærende ledd. «Fysisk aktivitet reduserer vektrelatert sykdomsrisiko – også når vekten ikke går ned!» (Helsedirektoratet, 2010, s. 42).

#### Helsedirektoratet (2010) lister opp viktige faktorer i et energi-reduert kosthold

- ▶ faste måltider
- ▶ fem om dagen av frukt/grønt, og søtsaker bare en dag i uken
- ▶ rent kjøtt og fisk
- ▶ grove kornprodukter, magre meieriprodukter
- ▶ vann som primærdrikke

Redusert energiinntak er helt nødvendig for at personen skal gå ned i vekt. Den beste dietten er den personen klarer å etablere som varig kostholdsending.

Medikamenter kan brukes som supplerende behandling. De kan bidra til nedsatt appetitt, øke forbrenning eller hemme fettopptak. Bruk av medikamenter forventes ikke å kurere fedme, men å indusere eller fremskynde vektreduksjon, og å bidra til å beholde vektreduksjon over tid (Helsedirektoratet, 2010, s. 51).

## 3. Diabetes (E10-E14)

Diabetes er en sykdom der kroppen ikke produserer nok insulin. Enkelte er også insulinresistente, det vil si at de ikke reagerer like godt på insulin i kroppen. Det finnes flere typer diabetes, de typene som beskrives her er diabetes type 1 og type 2. Ubehandlet diabetes kan føre til organskader, varige skader på ekstremiteter som kan føre til amputasjon, blindhet og hjertesvikt. Det er viktig at lege oppsøkes ved mistanke om udiagnostisert diabetes (Helsenorge, 2020).

### 3.1 Diabetes type 1 (E10)

Ved diabetes type 1 ødelegges de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen ved en prosess i kroppen hvor cellene angriper hverandre. Dette fører etter hvert til at insulinproduksjonen stopper opp. Uten insulin forblir sukkeret i blodet, og blodsukkernivået stiger, spesielt etter måltider (Helsenorge, 2020).

### 3.2 Symptomer og diagnose

De fleste som får diabetes type 1 får tydelige symptomer. Varig økt blodsukker gjør at man får sukker i urinen. Den kjemiske reaksjonen som skjer når det er økt mengde sukker i urinen er slik at kroppen avgir mer vann enn den burde. Derfor er vanlige symptomer ved diabetes type 1:

- ▶ tørste
  - ▶ stadig behov for å tisse
  - ▶ vekttap
  - ▶ slapphet
- (Helsenorge, 2020).

### 3.3 Behandling

Type 1 diabetes er insulinavhengig, det vil si at insulinbehandling er nødvendig så fort diagnosen er stilt. De som har diabetes type 1 er derfor avhengige av å få tilført insulin, enten gjennom injeksjoner eller via en insulinpumpe. Man blir ikke frisk av diabetes type 1, og behandlingen er livsvarig (Helsenorge, 2020).

### 3.4 Diabetes type 2 (E11)

Diabetes type 2 oppstår på bakgrunn av vår genetiske arv og den livsstilen vi fører. Den har typisk vært mest forekommende hos godt voksne, men stadig flere yngre får sykdommen. Overvekt og usunne levevaner som ugunstig kosthold, lite mosjon og røyking gir økt risiko for å utvikle type 2-diabetes (Diabetesforbundet, 2020).

Diabetes type 2 utvikler seg gjerne over tid. Mange har nedsatt glukosetoleranse (IGT) flere år i forkant uten symptomer. Dersom personer har noen i nær familie med diabetes type 2 bør blodsukkeret kontrolleres regelmessig hos legen (Helsenorge.no, 2020).

### 3.5 Symptomer og diagnose

Symptomene kan være utydelige og vanskelige å oppdage, tidlig i sykdomsforløpet har diabetes type 2 få eller ingen symptomer. Slapphet og unormal tørste kan være symptomer hos mennesker som har gått lenge udiagnostisert. Ofte oppdages ikke sykdommen før personen legges inn på sykehus med senskader etter et langt sykdomsforløp. Dette kan være komplikasjoner som hjerteinfarkt, eller skade på øynene som reduserer synet (Helsenorge.no, 2020).

### 3.6 Behandling

Fokuset for behandling av diabetes type 2 er endring av livstil gjennom fokus på kosthold, fysisk aktivitet, vektreduksjon, røykeslutt, blodtrykk og kolesterol. Har ikke dette effekt kan det være nødvendig i samarbeid med lege å starte medikamentell behandling med blodsukkersenkende tabletter og insulin (Helsenorge.no, 2020). Målet med den blodsukkersenkende behandling ved type 2-diabetes er å eliminere symptomer på hyperglykemi og å redusere risikoen for diabetiske senkomplikasjoner (Thorsby et al., 2000).

#### Lavt blodsukker og føling:

- ▶ Lavt blodsukker: blodsukkerverdien er på 3.9 mmol/l eller lavere ▶ symptomer som fører til lavt blodsukker kalles føling
- ▶ Den vanligste årsaken til føling er at en person har tatt for mye insulin i forhold til behov. Andre årsaker kan være sykdommer som er hormonregulerte, stress, uvanlige mengder fysiske aktivitet, eller uventet nedsatt medikamentbehov
- ▶ Alle som bruker insulin bør ha tilgang på noe karbohydratholdig eller søtt dersom man skulle få føling, f.eks søte drikker, honning, eller sjokolade. Blodsukkerheving vil skje i løpet av 10-20 minutter
- ▶ Kontakt helsepersonell dersom personen ikke raskt våkner opp. Bruker personen insulin, bør lege vurdere om personen bør gå med glucagon-sprøyte. Denne sette subkutan (underhuds fett) og får blodsukkeret til å stige raskt. Glucagon kan gi kvalme og oppkast, det er da viktig å legge personen i stabilt sideleie. Effekten er også kortvarig, følingen kan komme tilbake hvis ikke personen får i seg mat/drikke snarest (Helsenorge.no, 2018)



## 4. Helseplager knyttet til mage-tarm

Dersom du mistenker at en bruker har en udiagnostisert sykdom bør det vurderes om vedkommende har behov for å oppsøke fastlege (se også legesjekkliste, vedlegg 1). Enkelte personer med nedsatt funksjonsevne kan ha utfordringer med å uttrykke plager (Skorpen et al., 2017). De er helt avhengig av nærpersoner som må tolke signaler/atferd og legge merke til små endringer som skjer i hverdagen. Når mistanken er til stede og undersøkelser skal gjennomføres kan det være utfordringer med å lokalisere problemene. Tilsynelatende smerter i mage kan være forårsaket av en obstipasjon eller luft, men er personen en kvinne kan det også være menstruasjonsplager eller en bakenforliggende endometriose. I verste fall kan en endometriose-diagnose kreve kirurgisk inngrep for å behandle (Norsk helseinformatikk, 2020).



Diagnosene er mange, men med litt kunnskap kan alle som tolker signaler ha litt mer grunnlag for å gjøre korrekte vurderinger.

Endometriose (N80) er en diagnose som rammer mellom 6 – 10 % av alle kvinner og kan være svært smertefullt.

For mer informasjon:  
<https://nhi.no/sykdommer/kvinne/ulike-sykdommer/endometriose/?page=all>

## 5. Irritabel tarm-syndrom; IBS (K58)

«Irritabel tarm-syndrom er et hyppig forekommende symptomkompleks med ukjent årsak. Tilstanden

preges av mageproblemer, men ledsages ofte av plager fra flere organsystemer. Forstyrrelser i tarmfloraen kan tenkes å ligge bak, og denne muligheten bør utforskes videre, ikke minst som grunnlag for behandling» (Valeur & Berstad, 2013 s. 2276).

Irritabel tarm-syndrom er den vanligste funksjonelle mage-tarm-lidelsen og forekommer hos om lag 10 – 20% av befolkningen (Landsforening mot fordøyelsesykdommer, u.å.). Tilstanden kjennetegnes av smerter, gassplager og avføringsforstyrrelser.

### 5.1 Symptomer og diagnostisering

Irritabel tarm-syndrom (colon irritable) er en tilstand med abdominalsmerter, avføringsforstyrrelser og luftplager uten påvisbar årsak. Smertene sitter oftest nedad i abdomen. Avføringsforstyrrelsen er typisk en vekslende mellom løs og treg avføring, men hos enkelte kan obstipasjon eller diaré være dominerende (Waldum, 2002).

Diagnostikk av irritabel tarm-syndrom gjøres etter Roma III-kriteriene. Pasienten skal være plaget med tilbakevendende magesmerter eller ubehag i mer enn seks måneder. I tillegg skal plagene ha vært til stede minst tre dager per måned i tre måneder. Samtidig må minst to av følgende forhold være til stede:

- ▶ plagene lindres i forbindelse med avføring
- ▶ forandring i avføringsfrekvens ved symptomdebut
- ▶ forandring i avføringens konsistens ved symptomdebut (Waldum, 2002).

### 5.2 Behandling

Medikamentell behandling kan være aktuelt hvis IBS forårsaker diare eller obstipasjon. Utgangspunktet går behandling av IBS ut på å kartlegge triggere som utløser ubehaget og redusere/fjerne disse. Endringer av kosthold må gjøres etter kartlegging. En økning i fiber i kosten kan hjelpe mot forstoppelse eller diare, men kan igjen utløse mye luft plager som kan være smertefullt. Stress er også en viktig faktor for alle som har og sliter med IBS, og reduksjon av stress er en viktig del av behandlingen (Haukeland universitetssjukehus, 2018).

Mer informasjon: <https://www.lmf norge.no/magesmerter/diagnoser/ibs>

## 6. Obstipasjon / forstoppelse (K59.0)

Forstoppelse beskriver en eller annen utfordring med å få ut avføringen. Hva som defineres som forstoppelse varierer fra person til person, slik som også frekvensen av toalettbesøk varierer mellom mennesker. Vanlige årsaker til forstoppelse er arvelige forhold, for lite fiber i kostholdet, at du drikker for lite væske eller at du mosjonerer for lite. Forstoppelse er også en vanlig bivirkning av visse typer legemidler. Forstoppelse kan noen ganger være et tegn på alvorlig sykdom (Helsenorge, 2020).

### 6.1 Symptomer og diagnose

Symptomer ved obstipasjon kan være smertefull avføring/vansker med å få ut avføring, hard eller klumpete avføring, personen får ikke tømt seg ordentlig på do, magesmerter, oppblåsthet og tretthet. Forstoppelse defineres når en person har avføring sjeldnere enn normalt. Forstoppelse kalles kronisk når en person ikke har hatt avføring mer enn to ganger per uke i minimum to uker. Forstoppelse er normalt ikke farlig, men kan være smertefullt og plagsomt for den det gjelder. Går det mer enn en til to uker uten tømning kan det være lurt å oppsøke lege. Dette er også tilfellet om det blir registrert blod i avføringen (Helsebiblioteket, 2017).

### 6.2 Behandling

Behandling av forstoppelse vil være avhengig av årsak. Bytte av legemidler som har vært årsak til forstoppelse kan være nødvendig. Livsstilsendring som mer fiber, mer fysisk aktivitet, tilføring av mer væske kan være behandling som kan gi gode prognoser mot forstoppelse. Hvis ikke livsstilsendring har ønskelig effekt kan det kombineres med legemidler, eventuelt naturlig avføringsmidler som svsker. Målet med behandlingen er å finne en balanse hvor man har regelmessig avføring som ikke gir plager. Det betyr at noen med treg mage må ta disse tilskuddene kontinuerlig (Helsenorge, 2020).

## 7. Funksjonell enkoprese (F98.1)

Funksjonell enkoprese kan forklares som gjentatte episoder med avføring andre steder enn i toalettet. Episodene kan være frivillig eller ufrivillig og må ha forekommet minst én gang per måned de siste tre måneder. Videre må personen ha et utviklingsnivå tilsvarende minst fire år. Enkopresen kan ikke relateres til sykdom eller andre patologiske tilstander med unntak av obstipasjon/forstoppelse (Kleveland, 2007).

Noen studier viser til at enkoprese forekommer oftere hos personer med utviklingshemning enn hos personer uten utviklingshemning (Grung & Jørgensen 2015).



Det skilles mellom to underklasser av funksjonell enkoprese:

1. funksjonell enkoprese med samtidig forekommende obstipasjon
2. funksjonell enkoprese uten samtidig forekommende obstipasjon

Vanligst forekommende er funksjonell enkoprese med samtidig forekommende obstipasjon.

Med «funksjonell enkoprese» menes at enkopresen enten står i en funksjonell relasjon til ulike sosial- og automatiske forsterkere, slik som er tilfellet ved funksjonell enkoprese uten obstipasjon, eller at enkopresen er forårsaket av at væskefylt avføring renner mellom blokaden med avføring i tarmen og tarmveggen, som er tilfellet ved funksjonell enkoprese med obstipasjon (Grung & Jørgensen 2015).

## 7.1 Symptomer og diagnostisering

Ved enkoprese med samtidig forekommende obstipasjon, opprettholdes obstipasjonen ofte ved at avføring holdes tilbake for å unngå smerter ved utklemming gjennom endetarmsåpningen eller for å unngå negative reaksjoner fra andre personer ved uhell. Enkopresen kan også skje ved at personer «glemmer» å gå på do. Ofte skjer dette hvis personen utfører en veldig attraktiv aktivitet. Sistnevnte vil falle inn under kategorien funksjonell enkoprese uten obstipasjon (Friman et al., referert i Grung & Jørgensen, 2015). Når enkopresen er forårsaket av obstipasjon vil enkopresen ofte arte seg som «siving» som tilsmusser undertøyet. Denne sivingen har også blitt beskrevet som paradoksal diaré. Ofte mistolker omsorgspersoner denne sivingen som en ekte diaré, og ikke sjeldent iverksettes ulike former for behandling rettet mot diaré. Behandling av diaré, hvor formålet er å binde avføring, virker i slike tilfeller mot sin hensikt og bidrar til en forverring av obstipasjonen (Grung & Jørgensen 2015).

## 7.2 Behandling

Det er viktig med informasjon om varigheten av behandlingen, da den er langvarig og i gjennomsnitt varer fra 6 til 12 måneder (Kleveland, 2007). Funksjonell enkoprese kan ofte behandles effektivt med en kombinasjon av atferdsanalytiske tiltak, diettendringer og medisinerer. Eksempler på

behandling ut over dette er faste toaletttrutiner, forsterkning av pressing, egnet prosedyre ved uhell, buksesjekk, og trening på bruk av toalett-papir og håndvask (Grung & Jørgensen 2015).

## 8. Seksuell Helse

Som ansatte rundt mennesker med utviklingshemming er det viktig at vi har grunnleggende forståelse for at seksualitet også kan være en viktig del av livet til brukerne vi jobber med. De har på lik linje som andre et behov for å få utforsket sin seksualitet og det er viktig at vi som tjenesteytere ikke gjør det til noe negativt. Seksualitet er ment å være noe positivt for våre brukere som for alle andre. Som tjenesteytere har vi et ansvar for å legge til rette for at den enkelte bruker får utløp for sin seksualitet. NAKU publiserte i 2013 en håndbok for seksuell helse som anbefales å lese litt i med tanke på å øke kompetansen og forståelsen rundt seksualitet for utviklingshemmede (Ovrid et al., 2013).

Seksualiteten begynner i barndommen. Barn viser seksuelle reaksjoner før fødselen. Onani og seksuelle leker er sunne og normale aktiviteter hos barn, men i de fleste land lider barn under seksuell undertrykkelse. Omgivelsenes holdninger og reaksjoner har en betydelig innflytelse på barnets seksuelle utvikling. Disse vil danne bakgrunnen for i hvilken grad det vil oppstå seksuelle problemer. Barn og voksne har behov for å bli støttet i sin seksualitet, slik at de kan bli i stand til å føle gleden over seg selv som seksuelle individer (Ovrid et al., 2013).

Vil du vite mer?

- ✓ Bernt Barstad (2006). Om Seksualitet og utviklingshemming. Universitetsforlaget. ISBN: 9788215008059.
- ✓ NAKU - Nasjonalt kompetansesenter om utviklingshemming, [www.naku.no](http://www.naku.no)
- ✓ SOR - Samordningsrådet for arbeid for mennesker med utviklingshemming, [www.stiftelsensor.no](http://www.stiftelsensor.no)





Foto: iStock

## 9. Tannhelse

God tannhelse betyr å ha en god tyggefunksjon, og ikke ha smerter i munnen. For mennesker med psykisk utviklingshemming er tannhelsetjenesten gratis. Dette er rettighetsfestet gjennom Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven, 1984, §1-3). Som ved livsstilssykdommer er godt tannstell hjemme det beste verktøyet for å forebygge sykdom og skader i munnen, for eksempel kariesangrep som krever mer omfattende behandling hos tannlege.

Utover tannstell kan regelmessige måltider bidra til god tannhelse. Småspising og inntak av sukker- og syreholdig drikke mellom måltider øker risikoen for å få karies, vi bør derfor oppfordre våre tjenestemottakere til å begrense dette. I motsetning til hva vi kanskje tenker intuitivt bør man unngå å pusse tenner rett etter man har spist, og vente minst en time dersom man har spist eller drukket noe som inneholder mye syre, for eksempel brus. Ved å pusse tennene med mye syre i munnen, kan dette på sikt gi emaljeskader. Det å drikke vann eller å skylle munnen med fluorholdige produkter bidrar til å redusere syren i munnen etter inntak (Andreassen, 2017).

Det bør utarbeides tannpleiestell og hyppighet av tannlegetimer, for hver enkelt i samråd med tannpleier/tannlege.

### God Tannhygiene:

1. puss tennene 2 ganger om dagen
2. bruk tanntråd
3. fluorskylling når du kan
4. bytt til elektrisk tannbørste
5. hold deg mest mulig til faste måltider

- ♦ Helsedirektoratet (2019) har utgitt nasjonale faglige råd om tannhelse, helsefremmende og forebyggende tiltak for voksne over 20 år: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>

## 10. Demens

Demens er en paraplybetegnelse for en rekke sykdommer som skyldes en kronisk irreversibel sykdomsprosess i hjernen. Demenssykdommer rammer flere områder av kognitive funksjoner, ikke bare hukommelse. Demenssykdommer kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal, 2002). De største risikofaktorene for å utvikle demenssykdommer er stigende alder, arv, Down syndrom og hypertensjon (Helse Øst, 2006, s. 20).



## 10.1 Symptomer og diagnose

Demens er ikke bare sviktende hukommelse. Mange får andre symptomer som problemer med å orientere seg, personlighetsendring og annet. Tidlig tegn på demens kan være:

- › problemer med å utføre vanlige, daglige oppgaver
- › språkproblemer, spesielt utfordringer med å huske navn på ting eller personer
- › oppmerksomhet og konsentrasjonsproblemer
- › problemer med å huske tid og sted
- › svekket dømmekraft, for eksempel problemer med økonomi
- › hukommelsessvikt som påvirker arbeidsevnen
- › problemer med abstrakt tenkning
- › feilplassering av gjenstander
- › forandringer i humør
- › atferdsendringer
- › tap av initiativ og engasjement  
(Nasjonalforeningen for folkehelse, 2019)

Ved foreliggende mistanke om demens og mild grad av demens bør spesialisthelsetjenesten foreta en utredning. Ved moderat og alvorlig grad av demens kan primærhelsetjenestene ta hånd om utredning.

## 10.2 Behandling

Medikamentell behandling kan ha effekt på noen typer demens og for enkelte personer. Det finnes en nasjonal retningslinje om demens som gir anbefalinger for medikamentell behandling ved ulike grader av demens (Helsedirektoratet, 2019).

Ikke medikamentell behandling som hukommelsestrening har vist effekt på å opprettholde utførelse av daglige aktiviteter. Annen behandling kan være innøving av problemløsningsoppgaver og hyggelige oppgaver som kan ha en effekt ved at det kan bidra til å redusere depressive symptomer (Engedal, 2002).

## 10.3 Demens og utviklingshemming

Forekomst av demens øker generelt blant den norske befolkningen, i og med at levealderen blant befolkningen er forventet høyere. Dette gjelder også for gruppen med utviklingshemming. Personer med utviklingshemming kan ha en noe høyere risiko for å utvikle demens, og siden de allerede har en kognitiv svikt, ofte kombinert med andre funksjonsnedsettelse, kan det være vanskelig å oppdage endring av kognisjon og gradvise tap av ferdigheter. I tillegg har mange personer med utviklingshemming et stort antall helse- og omsorgspersonell som følger dem opp gjennom livet, noe som gjør kontinuitet i oppfølging utfordrende (Helsedirektoratet, 2019).

Et stort aldersspenn for debut av demenssymptomer bidrar til at det er utfordrende å fange opp tidlige tegn på demenssykdom. Det er anbefalt at det gjøres en kartlegging av ferdigheter og kognitiv fungering når personen er mellom 40 og 50 år for personer med utviklingshemming. Personer med Downs syndrom bør gjennomføre kartleggingen fra fylte 35 år, og deretter årlig fra fylte 40 år. Kartleggingen utføres jevnlig for å oppdage funksjonsfall

(Helsedirektoratet, 2019). Eksempel på slik kartlegging er «Tidlig tegn. Funksjonsfall og sykdom». Ved mistanke om utvikling av demenssykdom, er det spesialisthelsetjenesten som utreder for dette. De kan også bistå med råd og veiledning etter at diagnosen er stilt. Oppfølging bør omhandle behandling, vurdering av sykdommens progresjon, miljøtiltak og veiledning (Helsedirektoratet, 2019).

For mer info om demens, eller om utviklingshemming og demens, finner du på Aldring og Helse; <https://www.aldringoghelse.no/>, og «Demensretningslinjen» utarbeidet av Helsedirektoratet (2019) (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>).

## 11. Palliativ behandling

«Palliativ medisin er den medisinske fagbetegnelsen på den lindrende behandling som gis til pasienter der man ikke kan fjerne eller stoppe sykdommen» (Norsk helseinformatikk, 2017). Målet med behandlingen er å sørge for best mulig livskvalitet for pasienten. Når personen er i sin siste fase i livet, er det viktig at hjelpen som gis er tilstrekkelig og riktig. Det er en risiko for at personer med utviklingshemming misforstås og at tegn til sykdom blir oppfattet som en del av utviklingshemmingen eller aldringsprosessen (Westergård, 2017).

Kommunikasjonsevnen kan være svekket som følge av utviklingshemmingen, og det er viktig å kjenne personen godt for å kunne tolke uttrykk for ubehag og velvære. Samtidig må personalet ha nødvendig kunnskap for å ivareta behovene for lindrende behandling i trygge og kjente omgivelser (Iversen & Teigen, 2019).

Som helsepersonell bør vi sørge for at det er mennesker rundt personen som kan gi forutsigbarhet og trygghet, som vet hva vedkommende liker og ikke liker, og som kan bidra til gode dager når slutten nærmer seg. Det kan være å bla i album med bilder som personen liker, høre på musikk, lese bøker og annet. Alle har sine behov, noen personer kan bli urolige og trenger omsorg på annen måte. De kan reagere på lyder, bevegelser og berøring til feil tidspunkt, inntrykkene kan bli overveldende og føre til sterke stressreaksjoner og utfordrende atferd.

*«De samme reaksjoner kan bli utløst når det skal måles blodtrykk, settes inn kanyler eller kateter. Det vil for noen med utviklingshemming bare oppfattes som påført smerte, uten forståelse for at en injeksjon eller en stikkpille fører til mindre smerter og mer ro etter en tid. Tidsangivelser er som regel svært vanskelig for utviklingshemmete. Også abstrakte forklaringer kan være vanskelig å forstå.»*  
(Westergård, 2017)

Å kjenne personen og ha kunnskap om hva som trigger uro og redsel er sentralt, det er når man kan gi den omsorg og tilrettelegging som personen trenger at stressnivå og smertefølelse dempes og holdes på et akseptabelt nivå. Den kunnskapen har de som kjenner personen best; pårørende og tjenesteytere i boligen. Flere publikasjoner viser til at ansatte i bofellesskap ikke har tilstrekkelig kunnskap om palliasjon, og at palliative team ikke har nok kjennskap til utviklingshemmede (Iversen & Teigen, 2019).

### På nettsidene til Nasjonal kompetansetjeneste om aldring og helse kan du:

- ▶ bestille hefter om omsorg ved livets slutt
- ▶ finne e-læringskurs om lindrende omsorg og behandling til mennesker med utviklingshemming, utviklet av USHT Hedmark ([www.aldringoghelse.no/](http://www.aldringoghelse.no/))

I vedlegg 2 kan du lese de 13 normene i den europeiske standarden for palliativ omsorg for personer med utviklingshemming.



# 4

I dette kapittelet får du en innføring i enkelte diagnoser som du kan møte i din hverdag på jobb. Kapittelet tar for seg sykdommer knyttet opp mot hjerte og blodkar, samt sykdommer knyttet opp mot ledd og skjelett. Kapittelet vil gi en kortfattet innføring i hva sykdommene innebærer og hvilke symptomer du skal se etter. Det er forventet at du som ansatt setter deg inn i tilleggsdiagnoser og andre relevante helseopplysninger knyttet til bruker(e) du jobber med.

## Sykdommer knyttet til hjerte og blodkar

Blodet er kroppens transportsystem. Hovedoppgaven til dette transportsystemet er å transportere næringsstoffer og oksygen ut til alle vev og celler i kroppen. Hvis en slik tilførsel stopper opp av en eller annen grunn, begynner celler i kroppen å dø. Blodet er også med på å transportere vekk avfallsstoffer noe som er med på å bidra til opprettholdelse av kroppstemperatur. For å kunne klare slike oppgaver må blodet sirkulere kontinuerlig (Norsk helseinformatikk, 2017).



### 1. Høyt blodtrykk (I10 - I15)

Det medisinske faguttrykket for høyt blodtrykk er hypertensjon. Hyper betyr i medisinsk forstand en verdi eller prosess som er forhøyet i forhold til hva som er normalt i kroppen. Høyt blodtrykk er ikke en sykdom, men øker risikoen for andre sykdommer. De mest alvorlige av disse er hjerteinfarkt, slag og nyresvikt. Risikoen for høyt blodtrykk øker med alderen, det genetiske anlegget, ved overvekt, og hos personer som ikke trener eller lever et stressende liv. Bortsett fra alder er hypertensjon den risiko faktoren som bidrar til mest hjerneslag og demens i verden (Arnesen, 2016).

#### 1.1 Symptomer og diagnose

De færreste merker at de har høyt blodtrykk og har ikke noe tydelig ubehag. Hodepine, tretthet, svimmelhet og tendens til neseblødninger kan være symptomer, særlig ved svært høyt blodtrykk. Det er vanlig at høyt blodtrykk oppdages ved en tilfeldig blodtrykkskontroll.

Når legen måler blodtrykket, måler de hvor hardt blodet presser mot veggene i blodårene. Blodtrykket er ikke konstant, men varierer til ulike tider av døgnet, ved sykdom etc. For å få diagnosen høyt blodtrykk gjøres det flere målinger over tid, og gjennomsnittet av disse målingene må da ligge over normale referanseverdier. De to tallene som brukes er overtrykk og undertrykk. Overtrykket er trykket i blodåren når hjerte slår. Undertrykket er trykket i blodåren når hjertet slapper av. En annen måte å si dette på er at legen måler trykket på pulsslaget, og mellom pulsslagene. Normalverdi hos et voksent menneske er 120/80 mmHg. 140/90 mmHg er definert som hypertensjon. Disse verdiene er ikke absolutte og påvirkes av mange faktorer (Istad, 2019).

### 1.2 Behandling

Det er mange tiltak som kan behandle hypertensjon og som kan motvirke de skadelige effektene hypertensjon har på kroppen. Livsstilsendringer som røykeslutt, redusere vekt, minske inntak av salt, være regelmessig i aktivitet og unngå stress kan ha effekt på hypertensjon alene. Lege kan i tillegg vurdere medikamentell behandling ved hypertensjon (Istad, 2019).

### 2. Lavt blodtrykk (I95)

Lavt blodtrykk (hypotensjon) er ikke et like stort problem som høyt blodtrykk, men kan være plagsomt for den som er rammet. Noen mennesker har lavt blodtrykk fra naturens side. Årsakene til lavt blodtrykk kan være svært forskjellige. Hypotensjon kan opptre plutselig, for eksempel ved besvimelse, angst og smerter. Sterke blødninger kan også gi blodtrykksfall som fører til sjokk. I slike tilfeller er det viktig å legge pasienten i en stilling slik at hodet kommer under hjertets nivå (Arnesen, 2020).

#### 2.1 Symptomer og diagnose

Når man reiser seg fort opp, er det normalt med et lite tilløp til svimmelhet. Noen ganger kan svimmelheten være så markert at det kan være utfordrende å stå oppreist. Dette kalles ortostatisk hypotensjon, og kan være en plagsom, men ufarlig tilstand. De som er plaget av dette, har vanligvis

lavere blodtrykk enn normalt for øvrig. De lever snarere lengre enn normalt. Sjeldnere årsaker til lavt blodtrykk kan imidlertid være hjertesykdommer som hjerteinfarkt, langsomme eller raske rytmeforstyrrelser.

Ved medikamentell behandling av høyt blodtrykk (hypertensjon), kan forbigående hypotensjon være en bivirkning (Arnesen, 2020).

## 2.2 Behandling

Lavt blodtrykk er vanskelig å behandle. Det er viktig å sikre seg nok væske- og saltinntak, særlig i varmt vær med tendens til svetting. Unngå væsker som virker vanddrivende, som kaffe, te eller alkohol (Arnesen, 2020).

## 3. Dyp venetrombose (I82)

Dyp venetrombose (DVT) er blodproppdannelse i de store, dyptgående venene i leggen, lårene, bekkenet, eventuelt i arm eller skulderområdet. Hvis en vene er blokkert av en blodpropp (en trombe), hindres tilbakestrømning av blod til hjertet. Området nedenfor blodproppen blir da fylt med blod og blodvann, og hovner opp. Dersom blodproppen løsner og følger blodstrømmen, kan den havne i en av blodårene i lungene og kile seg fast, da foreligger en lungeemboli (Istad & Elling, 2016).

### 3.1 Symptomer og diagnose

Som oftest gir DVT plager som hevelse, smerter og varme på området som er rammet. Dette er symptomer som oppstår helt av seg selv, altså ikke etter skade på det ene benet. Smerten lindres midlertidig dersom benet heves, men forsvinner ikke. Dersom en blodpropp løsner og setter seg fast i lungene, får personen tung pust, rask puls og/eller brystmerter, og i alvorlige tilfeller hoster han eller hun opp blod og blir i svært dårlig form. Lungeemboli gir ikke alltid sterke symptomer, og derfor kan det være vanskelig å oppdage denne komplikasjonen.

Ta med person til lege/legevakt så snart som mulig ved mistanke om DVT (Istad & Elling, 2016).

## 3.2 Behandling

Den vanligste akuttbehandlingen ved DVT er å gi blodfortynnende legemidler. De kan løse opp blodproppen og forhindre ny blodproppdannelse. Behandling følges opp av fastlege hyppig de første ukene, og deretter flere ganger årlig. Denne oppfølgingen er for å justere dosering av blodfortynnende medikamenter. Ved inntak av blodfortynnende legemidler følger en del forsiktighetsregler, disse vil man bli informert om av fastlege eller annet helsepersonell (Istad & Elling, 2016).

## 4. Hjerneslag (I64)

Hjerneslag er en akutt lidelse som oppstår på grunn av blodpropp eller blødninger i hjernen. Av de to er blodpropp i hjernen den desidert vanligste årsaken. Ved hjerneslag får deler av hjernen for lite eller ingen tilførsel av oksygen, som gjør at hjernecellene dør. Ved mistanke om hjerneslag er det svært viktig å ringe 113 og tilkalle ambulanse umiddelbart (Mathisen, 2015).

### 4.1 Symptomer og diagnose

De vanligste symptomene på hjerneslag er lammelse i deler av ansiktet, en arm eller ett bein, og/eller problemer med å snakke. Hjerneslag kan også ha mer diffuse symptomer som svekkelse i hånden, kraftig hodepine, synsforstyrrelser eller svimmelhet. Symptomene oppstår plutselig. Bildet viser en enkel test vi kan be personen gjøre dersom vi mistenker hjerneslag. Be vedkommende om å prate, om å smile og om å løfte begge armene. Dersom personen har problemer med noen av disse handlingene ring 113. Jo raskere medisinsk behandling blir iverksatt, jo mindre blir det varige skadeomfanget (Mathisen, 2015).

### 4.2 Behandling

Hjerneslag kan behandles medikamentelt med blodproppløsende medisiner (trombolyse) også kalt plumbobehandling. Disse medikamentene har ført til en bedre prognose for mennesker med hjerneslag. Ved større blodpropper kan det være vanskelig å løse opp blodproppen ved medikamentell behandling. Det vil da være mulig med inngrep

(trombektomi) som har som hensikt å fiske ut blodproppen ved hjelp av et kateter. Jo raskere området i hjernen igjen får tilført oksygen, jo mindre blir det varige skadeomfanget eller funksjonshemmingen i hjernen. Optimalt er behandling iverksatt innenfor en tidsramme på 1,5 timer og senest 4,5 timer etter at slaget har inntruffet (Mathisen, 2015).

Å følge Helsedirektoratets kostholdsråd og råd for mosjon kan være med på å forebygge hjerneslag. Behandling av høyt blodtrykk er også forebyggende. Brukere med diabetes, hjerteflimmer eller andre hjertesykdommer de får behandling for kan ha særlig nytte av ekstra oppfølging hos fastlege (Mathisen, 2015).



**PRATE  
SMILE  
LØFTE**

Plutselig vanskelig å prate,  
smile eller løfte armene? Det kan være hjerneslag.

**Ring 113**  
- hvert sekund teller.

 Helsedirektoratet

## 5. Hjerterinfarkt (I21 – I22)

Hjerterinfarkt oppstår når det dannes en blodpropp i en av hjertets blodårer. Tilstanden er alvorlig, og det er viktig å umiddelbart kontakte ambulanse eller oppsøke sykehus. For hvert minutt uten behandling jo større skade på hjertemuskulaturen. Alle kan rammes av hjerterinfarkt. De fleste som får

hjerterinfarkt er eldre mennesker, og det er flere menn enn kvinner som rammes. Diabetes, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, overvekt og inaktivitet øker risikoen for å rammes av hjerterinfarkt (Elling & Midthun, 2019).

### 5.1 Symptomer og diagnose

Et hjerterinfarkt kan gi svært forskjellige symptomer eller tegn. Vanlige symptomer på truende eller oppstått hjerterinfarkt er akutte smerter og ubehag i bryst. Mange føler at det er et bånd som strammer rundt brystet. Det er vanlig å oppleve strålende smerter i en eller begge armer, særlig den venstre, til hals, kjeve, rygg og/eller øvre del av magen. Kvalme og brekninger er vanlig. Mange blir uforklarlig kortpustet og svimle. Andre vanlige symptomer er «kaldsvette», angst, uro eller slapphet. Symptomer hos kvinner, hos eldre og hos personer med diabetes er ofte mindre uttalte (Elling & Midthun, 2019).

### 5.2 Behandling

Det er to hovedformer for behandling som benyttes til å begrense skadene på hjertemusklene ved et hjerterinfarkt. Medikamentell behandling som heter trombolyse (se beskrivelse 3.8.2) og et kirurgisk inngrep som kalles perkutan koronar intervensjon (PCI). Denne metoden har som hensikt å blokkere opp trange partier i hjertets kransårer ved hjelp av et kateter. Dette skal sørge for at hjertemusklene får god tilførsel av næring og oksygen (Elling & Midthun, 2019).

## 6. Familiær hyperkolesterolemi (E78.0)

Familiær hyperkolesterolemi (FH) kalles også arvelig forhøyet kolesterol. FH er arvelig, og dersom den opptrer hos en eller begge foreldre er det svært sannsynlig at barnet arver dette. En arvelig genfeil fører til en økt mengde kolesterol, kalt LDL-kolesterol i blodet, fordi reseptorene i blodet som vanligvis fjerner dette kolesterolet ikke fungerer. Kolesterolnivået blir da for høyt selv hos dem som er slanke, spiser sunt og mosjonerer regelmessig. FH er altså ikke en livsstilssykdom som vi kan forebygge, men arvelig høyt kolesterol er vanlig.

Omtrent 1 av 200 har sykdommen i Norge, men ikke mer enn hver tredje person har fått diagnosen. Dette er et problem fordi over tid vil FH øke risikoen for kolesterolavleiringer i blodet og kan føre til andre hjerte- og karsykdommer (Elling, 2014).

## 6.1 Symptomer og diagnose

Det er ingen merkbare symptomer tidlig i forløpet, det er derfor viktig at pasienter får oppfølging av sine kolesterolverdier dersom noen i nær familie har fått hjerte- og karsykdom i ung alder. Tilstanden diagnostiseres gjennom en blodprøve som kan tas hos fastlegen (Elling, 2014).

## 6.2 Behandling

For å redusere kolesterol for pasienter med FH kan det være nødvendig med medikamentell behandling. Medisinene har som hensikt å redusere produksjonen av kolesterol i kroppen. Hvis pasienten røyker er det sterkt anbefalt at pasienten slutter med det (Elling, 2014).

RETNINGSLINJER 2015

### Hjerte-lungeredning til voksne

**Se etter tegn til liv**

Sjekk bevissthet:  
Rist forsiktig i skuldrene  
Rop høyt

Åpne luftveien  
Se etter normal pust  
Ring 1-1-3 straks hvis du er i tvil

Er du villen?  
HÅLEP!

Se, lyt og tel etter pust

Sidesele:  
Bare hvis normal pust i et helt minutt

Bevisstløs og puster ikke normalt

Få hjelp av andre til å hente hjertestarter

**Skaff hjelp - Ring 1-1-3**

**Start HLR 30:2**

Slå på høyttalerfunksjonen på mobiltelefonen  
Følg rådene fra 1-1-3

Trykk brystet ca 5 cm ned i en takt på 100 per minutt

Blås bare til brystkassen hever seg

Trykk i denne takt: 1-2-3-4-2

Gi brystkompressjoner uten opphold hvis du ikke får til å kombinere med innblåsninger

Fortsett til noen andre kan overta

**Slå på hjertestarteren og fest elektrodene**  
Følg hjertestarterens råd

Stopp HLR bare når hjertestarteren analyserer, lader og gir sjøkk

Bort fra pasienten!

Fortsett HLR mens hjertestarteren slås på og elektrodene festes

En elektrode nedenfor pasientens høyre kragebein

En elektrode en håndsbredde nedenfor pasientens venstre armhule

Fortsett til ambulansen kommer - eller til du ser sikre tegn til liv

**NRR**  
NORSK REDDINGSNÅDE  
NORWAY REDDING SERVICE

## Sykdommer knyttet til ledd og skjelett

Hver måned opplever 75 % av alle voksne i Norge smerter eller plager fra muskel og skjelettsystemet. De fleste er plaget med såkalt lette plager som ikke krever noen behandling. Det er imidlertid en betydelig del av befolkningen som har kroniske smerter som bør smertelindres og behandles (Lærum et al., 2013).

## 7. Osteoporose (M80 – M82)

Osteoporose er det medisinske navnet på ben-skjørhet. Sykdom gjør at beinvev knekker lettere. Selv om vi tenker på bein som noe hardt og fast er det levende vev. Beinvev dannes og brytes ned hele tiden. Hos unge mennesker dannes nye benceller raskere enn de gamle dør, denne utviklingen snur når vi blir eldre, ca ved 35 års alder. Resultatet er at eldre mennesker har tynnere beinvev enn unge, og dermed er sannsynligheten for brudd større. Det er flere kvinner enn menn som får osteoporose, dette er på grunn av hormonelle forskjeller (Folkehelseinstituttet, 2019).

### 7.1 Symptomer og diagnose

Det er ikke vanlig å oppdage osteoporose før det oppstår et, eller flere brudd. Ved mistanke vil personer bli henvist for å ta en beinmassemåling, som gjerne skjer gjennom en spesiell type røntgenundersøkelse. Det er vanlig å gjenta undersøkelsen regelmessig med noen års mellomrom for å se på utviklingen av beinmassen, og for å kontrollere om behandlingen har effekt (Folkehelseinstituttet, 2019).

### 7.2 Behandling

For pasienter som har eller er i risikogruppen for å utvikle osteoporose bør det i samråd med lege vurderes tilskudd av kalsium og vitamin D. Legemidler behandler osteoporose på to måter. Enten å redusere bein nedbrytningen eller øke beinoppbyggingen. De fleste legemidler som brukes til behandling i dag virker ved å redusere nedbrytningen. Hormonbehandling for kvinner har vært tidligere anbefalt, men ettersom dette har blitt påvist fører til fare for hjerte kar sykdommer, anbefales dette ikke lenger (Syversen & Halse, 2003).



## 8. Artrose (M15-M19)

Artrose er det medisinske navnet på slitasjegikt. Dersom en person har artrose blir leddene stive og enkle handlinger som å kneppe knapper kan være smertefullt og vanskelige å gjennomføre. Ved artrose brytes brusken i leddene gradvis ned og kan forsvinne helt. Sykdommen forekommer hyppigst i knær, hofter, hender og i ryggraden. Det er typisk en sykdom som rammer mennesker fra 50 årsalder, men faktorer som tidligere skader og overvekt kan påvirke debut av sykdom (Helsenorge, 2019).

### 8.1 Symptomer og diagnose

Symptomene på artrose kommer vanligvis gradvis. Smerte og stivhet i ledd er de vanligste symptomene. Andre symptomer kan være opplevelse av bevegelsesvansker, en opplevelse av at det knaser i leddene eller at musklene i det berørte området er svakere. Legen vil typisk stille diagnosen ved en undersøkelse av ledd og i samtale med pasienten. For brukere med

nedsatte kommunikasjonsferdigheter kan det å få innsikt i symptomer være en utfordring. Det kan da være aktuelt å foreta ytterligere undersøkelse for eksempel ulike typer billeddiagnostikk eller blodprøver som kan bidra til å ekskludere andre mulige sykdommer (Helsenorge, 2020).

### 8.2 Behandling

Det finnes ingen medikamentell behandling som kan kurere pasienter for artrose. Legemidler som kan fungere er betennelsesdempende og/eller smertelindrende behandling. Den mest virkningsfulle behandlingsmuligheten som har bevist god effekt på ledd rammet av artrose er fysisk aktivitet og vekt reduksjon. Den fysiske aktiviteten som brukes til behandling bør være så enkel/tilpasset at pasienten kan gjennomføre daglig, eventuelt flere ganger i uken (Måseide, 2013). Ved behov kan pasient henvises til en ortoped for en proteseoperasjon (Helsenorge, 2019).





# 5

I dette kapitlet får du en kort introduksjon til noen av de psykiske lidelsene som du kan forvente å møte i jobben som tjenesteyter i Velferdsetaten (TBO), samt de mest typiske lidelsene for den norske befolkningen som angst og depresjon. I kapitlet får du en innføring i hva lidelsene innebærer og hvilket symptombilde som foreligger. Det er forventet at du som ansatt setter deg inn i tilleggsdiagnoser og andre relevante helseopplysninger knyttet til bruker(e) du jobber med.

## Psykiske lidelser

Når tanker, følelser og væremåte blir forstyrret hos ett menneske slik at det blir en belastning kaller vi dette for en psykisk plage. Når tilstanden blir så alvorlig at det oppfylder diagnostiske krav ifølge ICD-10 kaller vi det for en psykisk lidelse (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.). Diagnose stilles etter skjematisk intervjuer av den enkelte og deres nærpå personer og observasjoner over tid som gjøres av flere fagfolk sammen (Vågen, 2020). Årsakene til psykiske lidelser kan være mange og kompliserte, men det er vanlig å skille mellom tre risikokategorier som alle kan opptre sammen. Biologiske, psykologiske og sosiale risikofaktorer.

- ▶ **Biologiske risikofaktorer** handler om å være genetisk disponert for psykiske lidelser
- ▶ **Psykologiske risikofaktorer** handler om utløsende faktorer og sårbarhet for livserfaringer, som alvorlig sykdom, tøff skilsmisse, arbeidsløshet, økonomiske problemer
- ▶ **Sosiale risikofaktorer** handler om opprettholdende faktorer, alle aspekter ved det sosiale livet til det enkelte menneske, eksempelvis at deprimerte personer trekker seg unna sosiale sammenkomster, man blir mer passiv, bruker mye tid på negative tanker, etc. (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.)

## 1. Depresjon (F32-F33)

Depresjon defineres slik i ICD-10:

*«Ved typisk milde, moderate eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg,*

*føle interesse og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse. Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede. Det senkende stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene.»*

(Direktoratet for e-helse, 2020)

### 1.1 Symptomer og diagnose

For å stille diagnosen må symptomer forekomme i mere enn to uker. For å diagnostisere personer med depresjon, foretas semistrukturerte intervjuer og observasjoner over tid med personen, eller nærpå personer der personen har vanskelig for å uttrykke seg (Vågen, 2020). Symptomer på depresjon påvirker både tanker, følelser, kropp og atferd. Det er individuelt hvordan depresjon kan fremstå fra person til person. Tanker om tap og sorg vil være dominerende for noen, mens for andre kan det være dårlig samvittighet og skyldfølelse som er mest fremtredende (Eknes, 2006).

**Angst** ses hos over halvparten av de med depresjon. For eksempel kan det dreie seg om generalisert angst, som kjennetegnes ved overdreven bekymring, rettet mot kroppslige symptomer. Det vil også være nødvendig å behandle angsten for å oppnå et godt resultat (Nordviste, 2019; Norsk helseinformatikk, 2018).

**Irritabilitet og aggressiv atferd** kan forekomme hos personer med depresjon. Det kan for eksempel vise seg ved lett utløst sinne eller utagerende atferd dersom personen føler seg presset eller stresset.

**Smerter og kroppslige symptomer;** for eksempel brystsmerter, hodepine, ryggsmertor, andre diffuse smerter, eller tretthet og svimmelhet.

**Misbruk og selvskading** kan begge være symptomer på at personen forsøker å dempe tilstanden og/eller vanskelige følelser.

*Du som tjenesteyter kan bidra med gode observasjoner og registreringer, som et viktig bidrag for at brukeren får rett diagnose og riktig behandling.*

## 1.2 Behandling

Behandling av depresjon vil både handle om å behandle den aktuelle depresjonen, samt at man finner tiltak som kan forebygge senere episoder med depresjoner (Vågen, 2020). Forebygging av depresjon er et viktig tiltak for å forhindre tilbakefall. Det er vesentlig å skape et trygt miljø, med lite belastning og traumer. Kartlegging av personens kognitive funksjonsnivå og ressurser, samt bli enige om krav og forventninger, vil gjøre det enklere å tilpasse miljøterapien (Nysæter & Walvig, 2016).

### Psykoterapi

I behandling er det psykoterapi som er det viktigste elementet. Terapien vil ha fokus på livsstilsendringer og måter og holde seg i aktivitet på, blant annet har fysisk trening vist seg å ha en gunstig effekt på depresjoner. Den psykologiske teknikken som brukes mest, og som har best dokumentert effekt i vitenskapelig litteratur, er kognitiv atferdsterapi (Norsk helseinformatikk, 2019). I tjenester som gis av tilrettelagte boliger vil miljøterapi, i form av struktur, forutsigbarhet og trygge rammer, være hovedfokus. Her handler det om å

tilrettelegge for lystbetonte aktiviteter, samt bidra til god balanse mellom aktivitet og hvile. Noen ganger må personen skånes fra for mye stimuli og belastende sanseinntrykk. Å skåne personen kan innebære redusert deltakelse i sosial settinger og skånes for sosiale stimuli som kan virke overveldende og krevende. Reduserte krav til oppgaveløsning kan være et annet tiltak (Nysæter & Walvig, 2016).

### Medikamentell behandling

Antidepressive medikamenter gis når depresjonen er så alvorlig at den ikke går over av seg selv. Effekten av antidepressive legemidler er liten, og bare 1/3 av de som får slike legemidler oppnår komplett bedring etter tre måneder (Norsk helseinformatikk, 2019). Effekt vil begynne å vise seg etter 1-2 uker.

## 2. Angst (F40-F41) (F92-F93)

Angst og frykt kan være mange forskjellige følelser fra å være litt redd eller engstelig til å få panikk og miste kontrollen over seg selv. Angstlidelsene deles inn i hovedkategorier og alvorlighetsgrad. Fobi kalles det når man har frykt for noe spesielt som kan være eller ikke nødvendigvis er reelt farlig. For eksempel heis og edderkopper. Annen angst kan komme som et resultat av opplevd følelsesmessig belastning. Belastningen kan ha vært akutt, for eksempel å ha vært i en ulykke eller kan ha vedvart over lengre tid for eksempel en barndom med omsorgssvikt eller misbruk. Posttraumatisk stresslidelse, generalisert angstlidelse, panikklidelse og hypokondri hører også inn under diagnose spekteret som handler om angst (Rådet for psykisk helse, 2020).



## 2.1 Symptomer og diagnose

Angst kan oppstå som en tanke eller følelse som gir kroppslige reaksjoner. Hjernen øker produksjon av blant annet adrenalin, og svekker oppmerksomheten. Det kan oppstå forhøyet puls, blekhet, svette, kvalme og svimmelhet. Angst er noe alle mennesker kan få erfaring med, men det er snakk om gradforskjeller, og hvilken innvirkning angsten får for livet vi lever (Eknes, 2000).

### Vanlige symptomene på angst, og hvordan de kan se ut:

- ▶ munntørret: økt drikking, går ofte på do/tisser på seg
- ▶ endring i pust og puls
- ▶ tegn på økt aktivering: svetting, selvskadning og unngår folk/steder/gjenstander
- ▶ tegn på panikk: høy motorisk uro, rastløshet, irritabilitet, sinne, aggresjon
- ▶ tegn på svimmelhet: mister balansen, holder/klamrer seg til gjenstander eller folk (Oslo universitetssykehus, 2020)

For å fylle kriteriene for en angstdiagnose, må lidelsen ha vedvart i minst seks måneder. Det må da være vedvarende eller hyppige angstreaksjoner som reduserer funksjonsevnen og forhindrer vanlige eller ønskede gjøremål. Diagnose settes av spesialist etter skjematisk intervju med den det gjelder eller nærpersoner hvis den ikke kan svare for seg selv.

## 2.2 Behandling

Det er viktig at den som skal behandles har tilstrekkelig med informasjon og mottar veiledning for å best mulig kunne lære seg å håndtere angst. Med økt forståelse for hva som skjer med kroppen, vil en være bedre rustet til å mestre tankene i et

angstanfall og det kan oppleves mindre plagsomt (Rådet for psykisk helse, 2020).

## Ulike typer terapi

**Miljøterapi.** Med høye og for mange krav øker sjansen for angst, derfor er det viktig med individuell tilrettelegging og krav etter dagsform og sykdomsfaser. Når en person ikke klarer å gi uttrykk for frykt og angst, kan vedkommende ha atferd som blir mistolket som problematferd. I noen tilfeller er det forhold i miljøet som kan forårsake eller forsterke angst. Derfor er fleksible og godt tilpassede miljøbetingelser vesentlige i forebygging (Rådet for psykisk helse, 2015).

**Eksponeringsbehandling** bidrar ofte til god og relativt rask symptomlindring og er vitenskapelig godt dokumentert. Sammen med en kompetent veileder jobbes det med å gradvis tilnærme seg det som fører til angst. Målet er at angsten reduseres ved eksponeringen. Hensikten med behandlingsformen er å bryte dysfunksjonelle atferdsmønstre (Helsenorge, 2018).

**Kognitiv terapi** er samtaleterapi som er strukturert og forener elementer fra tradisjonell psykoterapi og atferdsterapi. Hensikten med behandlingsformen er å støtte brukeren/pasienten til å mestre sine livsproblemer, endre uhenksomme tanke- og atferdsmønstre og atferd som er knyttet til problemene (Helsenorge, 2018).

**Psykomotorisk fysioterapi** er en behandling som kan virke like bra som kognitiv terapi. Psykomotorisk fysioterapi handler om å se sammenhengen mellom muskelspenninger og følelser. Det kan for eksempel se ut som at livsproblemer henger sammen med kroppslige utfordringer. Hensikten med behandlingen er å lære seg å slappe av i kropp og sinn, og takle stress (Helsenorge, 2018).

## Behandling av angst med medisiner

Legemidler gir ofte gode resultater på kort tid. En ulempe ved slik behandling er at unngåelsesatferden som er med å opprettholde angsten, som regel ikke endres. Medikamentene gir dessuten bivirkninger, risiko for avhengighet og fare for tilbakefall etter avsluttet behandling. Antidepressiva benyttes for langsiktig medisinerings og angstdempende benyttes for akutt medisinerings (Helsenorge, 2018).

Det er i hovedsak spesialisthelsetjenesten som er ansvarlige for denne type behandling, men tjenestesteder kan settes i stand til å utføre deler av den praktiske behandlingen sett ut fra kompetanse, ressurser og hva en ser som formålstjenlig av spesialisthelsetjenesten.

### 3. Bipolar lidelse (F31)

Bipolar lidelse defineres slik i ICD-10:

*«Lidelsen kjennetegnes av to eller flere episoder der pasientens stemningsleie og aktivitetsnivå er betydelig forstyrret. Forstyrrelsen består noen ganger i hevet stemningsleie (oppstemthet) og økt energi og aktivitet (hypomani og mani), og andre ganger i senket stemningsleie (nedstemthet), nedsatt energi og aktivitet (depresjon). Gjentatte episoder av bare hypomani eller mani skal klassifiseres som bipolar lidelse.»*  
(Direktoratet for e-helse, 2020)

Bipolar lidelse er en stemningslidelse. Det betyr at det oppstår faser hvor forandringer i stemningsleie påvirker tanker, følelser og atferd hos de som har lidelsen. Det er store variasjoner i alvorlighetsgrad for dem med bipolar lidelse, hvor ofte en fase inntreffer og hvor lenge den varer. For å få diagnosen må en manisk fase vare mere enn 4 dager og depressiv fase vare mer enn 2 uker (Helsebiblioteket, 2018).

#### **Bipolar betyr to poler.**

De to polene står for:

**Mani/Hypomani og Depresjon.**

#### 3.1 Symptomer

Ved mani blir energi- og aktivitetsnivået betydelig økt. Den som opplever dette kan føle seg oppstemt,

energisk og kreativ. Den kan føle seg helt fantastisk og i stand til å klare alt. Mani kan også gjøre en rastløs og irritabel, med intenst tankekjør. Man kan snakke svært raskt, ikke sove, og få en sterkt økt selvfølelse som kan ta form som vrangforestillinger. Ved depressiv fase opplever den som rammes det motsatte. Nedsatt energi med triste tanker, nedstemthet og en opplevelse av ikke å være verdt noe. Personen vil mangle selvtillit, engasjement og interesse, og ha økt behov for søvn og hvile (Helsenorge, 2017).

#### **Andre symptomer på bipolar lidelse:**

##### **Grenseløs og ukritisk atferd:**

I en manisk fase, overgår personen seg selv og er preget av at personen «tar av». Stort pengeforbruk er et vanlig symptom på en manisk fase, og kan føre til fatale økonomiske konsekvenser.

##### **Psykose:**

Enkelte utvikler en så stor grad av mani eller depresjon som er så forstyrret at de blir psykotiske. En psykose er ytterpunktet ved en manisk eller depressiv fase. Det kan være psykotiske vrangforestillinger, ofte om egen storhet, men også hallusinasjoner.

##### **Selv mord:**

I perioder med depresjon er det utbredt å ha tanker om selvmord, men selvmordstankene kan også være til stede i maniske faser (Helsenorge, 2017).

#### 3.2 Behandling

De forskjellige terapiformene og psykoedukasjon gjelder for bipolar lidelse som ved schizofreni. Miljøterapi og tilrettelegging anvendes i stor grad. Det er viktig at den som har lidelsen og/eller de som er rundt lærer seg tidlige tegn på at man er på vei inn i en ny fase og ha en plan for miljøterapeutiske tiltak som kan være med å dempe symptomer.

### I akutt fase

Personalet rundt personen har lik forståelse av hvilken fase personen er i. Et nyttig tiltak kan være en faseplan som er en systematisk oversikt over personens kjennetegn i ulike faser. Mani er forbundet med utførelsesvansker, og i en manisk fase vil det være utfordrende å utføre oppgaver og opprettholde ferdigheter de vanligvis klarer selv. Personer med bipolar lidelse i en manisk fase vil kunne ha store vansker med å ivareta egne grunnleggende behov som ernæring, søvn, hvile og daglig hygiene. I denne fasen vil de behøve hjelp til å dekke disse behovene. Det kan oppleves skremmende å oppleve at man mister kontrollen over egne tanker og atferd. I en manisk fase vil de fleste ha behov for mer tilstedeværelse av personale og tryggere rammer (Helsenorge, 2017).

Personer med utviklingshemming og mani kan ha store utfordringer med å hemme irrelevante impulser, og bør dermed skånes fra impulser og inntrykk i en manisk periode. Det bør fortløpende tas vurderinger på hvor mye den enkelte klarer å gjennomføre i sin aktuelle tilstand og ikke utsette vedkommende for vanskelige krav. Det er viktig at tjenesteyterne jobber med å begrense impulser og stimuli på en minst mulig inngripende måte; å være i forkant, planlegge, tilrettelegge aktiviteter og overta oppgaver personen vanligvis gjør selv, er viktige strategier for å bistå. For å forebygge for nye faser er det viktig med søvn, regelmessige måltider og fysisk aktivitet. Fokus er på å leve mest mulig rutinemessig (Helsenorge, 2017).

### Medikamentell behandling

Medikamentell behandling skjer hovedsakelig med antidepressiva, stemningsstabiliserende og antipsykotiske medisiner både i akutt fase og som forebygging. Effekt av stemningsstabiliserende kan ta flere måneder (Bipolarforeningen, u.å.).

Elektrostimuleringsbehandling kan være aktuelt for personer som ikke har hatt effekt av annen behandling. En liten kontrollert mengde strøm tilføres hjernen gjennom elektroder på hodet. Elektrisiteten utløser ett lite epileptisk anfall som har vist å ha en god antidepressiv effekt. Behandlingen skjer under narkose og kan repeteres etter behov (Bipolarforeningen, u.å.).

## 4. Schizofreni (F20)

Direktoratet for e-helse (2020) definerer schizofreni i ICD-10 slik:

*«Generelt kjennetegnes de schizofrene lidelsene av fundamentale og karakteristiske endringer av tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt. Det betegnes som en psykoselidelse og det fremkommer episoder som kan variere i tid. Klar bevissthet og intellektuell kapasitet er vanligvis opprettholdt, selv om en viss kognitiv forstyrrelse kan utvikles over tid.»*

Schizofreni er en psykoselidelse og ICD-10 definerer flere underkategorier av lidelsen etter hvordan symptomene utarter seg hos hver enkelt person (F20-F20.9) (Direktoratet for e-helse, 2020). I dag regner man med at om lag 25 prosent på lang sikt blir helt friske, mens om lag 50 prosent mer eller mindre blir rehabilitert. Disse kan gjenvinne evnen til å klare seg i dagliglivet og ha et sosialt liv (Helsenorge, 2019).

Psykose handler om en forandret virkelighetsoppfatning, og innebærer nedsatt realitetsorientering som vrangforestillinger, alvorlige forstyrrelser av følelseslivet og manglende sykdomsinnsett.

*«Psykose handler om å miste normalfungering i dagliglivet og å miste kontrollen på seg selv.»*

## 4.1 Symptomer og diagnose

Endring i normalfungering og funksjonsfall kan være symptomer på psykoselidelser. Man må se etter endringer i atferd, søvnrytme og humør hos de som ikke kan eller vil fortelle selv det de opplever. Symptomer kan observeres som søvnvansker, manglende matlyst, irritabilitet, uro og utagering. For å kunne stille diagnosen schizofreni, må minst to av følgende symptomer ha vært tilstede i minst en måned (Løberg & Johnsen, 2016):

- › vrangforestillinger
- › hallusinasjoner
- › tankemessig desorganisering
- › isolasjon
- › følelsesavflating
- › apati

**Vrangforestillinger** handler om å ha en feilaktig forestilling om andres menneskers motiver og handlinger. Samt en feilaktig forestilling om enkelte gjenstanders funksjon. For eksempel kan en person som lider av vrangforestillinger oppleve å bli forfulgt dersom en tilfeldig forbigående person går på samme vei. Et annet eksempel er når man får rødt lys i trafikken, dette kan oppleves som overvåkning. Vrangforestillinger kan også handle om opplevelsen av ens egen betydning og verdi. Vrangforestillinger oppleves som virkelige for de som lider av dem. For omverdenen kan det være vanskelig å trygge eller realitetsorientere (Løberg & Johnsen, 2016).

**Hallusinasjoner** vil si å oppleve noe som virkelig, men som ikke er virkelig for andre. Hallusinasjoner kan oppstå i alle sansemodaliteter. Det kan være mulig å observere følgende trekk som kan tyde på hallusinasjoner: vanskelig å oppnå kontakt med, holder for ørene, viser tegn til redsel, ser på noe som ikke er der og snakker tilsynelatende med seg selv (Løberg & Johnsen, 2016).

**Tankemessig desorganisering** skjer når personen snakker på en måte som gjør at det er vanskelig å følge med. Personen kan for eksempel hoppe fra et tema til et annet, finne nye ord som gir mening for vedkommende selv, vise en manglende evne til å følge logikk, ha opphold i tale og forlenget latenstid (Løberg & Johnsen, 2016).

**Uorganisert atferd** vil lettest kunne observeres gjennom aktiviteter som personen ellers utfører riktig, for eksempel knytte skolisser. Personen vil ha vansker med å koordinere og utføre handlinger i riktig rekkefølge, og vil fremstå som motorisk eller verbalt urolig, forvirret og usystematisk (Løberg & Johnsen, 2016).

**Negative symptomer** handler om at personen oppleves flat i følelseslivet, og fremstår med manglende engasjement og interesse, fattig språk, og sosial tilbaketrekking. For å identifisere negative symptomer, må det være tydelig at disse viser en forandring fra hvordan personen fungerte tidligere (Løberg & Johnsen, 2016).





## 4.2 Behandling

I følge forskning utført av Lunsby m.fl. indikerer resultatene at personer med utviklingshemning og psykose vil tjene på innleggelse i psykiatrisk avdeling (referert i Bakken, 2020). Det anbefales at det lages en individuell plan sammen med et behandlingsteam. Et behandlingsteam bestående av helsearbeidere med spesialkompetanse om psykiske lidelser sammen med resurspersoner til den diagnostiserte og/eller den diagnostiserte selv. Sammen bør de bestemme hva slags pleie og oppfølging som den enkelte kan ha nytte av.

### Medikamentell behandling

Det er vanlig å bruke to grupper med antipsykotika (førstegenerasjon og andregenerasjon). Disse preparatene virker omtrent like godt, men annen-generasjons antipsykotika er trolig best til å forhindre tilbakefall. Dersom diagnosen schizofreni nylig har oppstått vil det som regel bli brukt et nyere antipsykotika først. Annengenerasjons antipsykotika gir samlet sett mindre bivirkninger enn de tradisjonelle.

Antipsykotika er vanligst i tablettform, men noen kan tas som langtidsvirkende sprøyter (injeksjoner). De fleste må ta antipsykotika over lang tid for å forhindre tilbakefall (Helsenorge, 2019; Løberg & Johnsen, 2016).

### Annen behandling

Kognitiv terapi er en form for behandling som er virksom overfor hallusinose og vrangforestillinger hos personer med vedvarende psykose. Slik behandling er ikke studert hos personer med utviklingshemning og metoden vil være vanskelig å bruke overfor personer som kommuniserer verbalt i begrenset grad (Bakken, 2020).

### Miljøbehandling

Mye kan tyde på at psykotiske mennesker med utviklingshemning ofte henter seg inn eller samler seg og at de i stor grad mestrer samhandling når hjelperen tilrettelegger for og tar helt over oppgaven for den psykotiske personen. Ofte anvendes det vi kaller for faseplaner for å tilrettelegge for et godt behandlingsmiljø. Hensikten med faseplaner er å tilpasse tjenestene til personens symptombilde gjennom dagen. Det erfarer at det er viktig med et høyt nivå av støtte, praktisk orientering og hjelp, samt orden og organisasjon. For eksempel kan et nyttig verktøy være dagsplan for å strukturere hverdagen. Det anses som viktig at en unngår sinne og aggresjon, og at en i stor grad benytter seg av personalkontroll (Bakken, 2020).

Det er i hovedsak spesialisthelsetjenesten som er ansvarlige for denne type behandling, men tjenestesteder kan settes i stand til å utføre deler av den praktiske behandlingen sett ut fra kompetanse, ressurser og hva en ser som formålstjenlig av spesialisthelsetjenesten.

## Referanseliste

### Offentlige dokumenter

Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. (u.å.). *Omsorg ved livets slutt*. <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/utviklingshemning-og-aldring/helse-og-sykdom/omsorg-ved-livets-slutt/>

Bakken, T. L. (2020, 29. april). *Utviklingshemming og psykose*. NAKU. Hentet 8. desember 2020 fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-psykose>

Direktoratet for e-helse (2020, 8. oktober). *ICD-kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Haukeland universitetssjukehus. (2020, 22. oktober). *Irritabel tarm syndrom (IBS)*. Helse-Bergen. Hentet 9. desember 2020 fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/seksjon-for-fordoyelsessjukdommar/nasjonale-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer/irritabel-tarm-syndrom-ibs#hva-er-behandlingen-ved-ibs>

Helsedirektoratet (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer (IS-5/2013)* [Rundskriv]. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/\\_/attachment/inline/1d186908-1abd-4a5d-933f-74d6c87c06af:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/_/attachment/inline/1d186908-1abd-4a5d-933f-74d6c87c06af:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf)

Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten (IS – 1735) [Nasjonale faglige retningslinjer]. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/\\_/attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonale%20faglige%20retningslinjer%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf)

Helsedirektoratet (2019, 27. november). Demens. [Nasjonale faglige retningslinjer]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet (2019, 02.mai). *Tannhelse – helsefremmende og forebyggende tannhelsetiltak for voksne over 20 år*. [Nasjonale faglige råd]. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>

Helsetilsynet. (2015, 4. mars).  *Rett til utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning - Rettigheter til helse- og omsorgstjenester*. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/helse--og-omsorgstjenester/rett-til-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/rett-til-utredning-diagnostisering-og-behandling/>

Helse Øst. (2006).  *Diagnostisering og behandling av personer med utviklingshemming og demens* [Faghefte]. Habiliteringstjenestene for voksne, Helse Øst. [https://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4610/h07/undervisningsmateriale/Aldring\\_utviklhemn\\_net.pdf](https://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4610/h07/undervisningsmateriale/Aldring_utviklhemn_net.pdf)

ICD-10  *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (2020, 8. oktober). Direktoratet for e-helse. Hentet 8. desember 2020 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/O/O/O/-1>

NAKU. (2016, 3. mai).  *Diagnose: Årsak til psykisk utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-%C3%A5rsak-til-psykisk-utviklingshemming>

NAKU. (2019, 15. januar).  *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-icd-10>

Sosial- og helsedirektoratet (2005).  *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. (IS-1162) [Veileder]*. Sosial- og helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/\\_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_/attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf)

## Lovverk

Forskrift om legemiddelhåndtering (2008)  *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp* (FOR-2008-04-03-320) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Helsepersonelloven. (1999).  *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011).  *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_2)

Legemiddeloven (1994)  *Lov om legemidler m.v.* (LOV-1992-12-04-132) Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132#KAPITTEL_1)

Lov om straff. (2005).  *Straffeloven* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001).  *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2019-06-21-43). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om tannhelsetjenesten. (1984).  *Tannhelsetjenesteloven* (LOV- 1983-06-03-54). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54#KAPITTEL_2)

## Internett

Andreassen, K. (2017, 30. april). *Puss tennene før frokost, ikke etter. Det kan redde tennene dine*. Doktor Online. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.klikk.no/helse/doktoronline/tannhygiene/puss-tennene-for-frokost-ikke-etter-2516123>

Arnesen, H. (2020, 12. november). *Hypotensjon*. Store medisinske leksikon. Hentet 7. desember 2020 fra <https://sml.snø.no/hypotensjon>

Arnesen, E. (2016, 20. oktober). *Høyt blodtrykk: risikofaktor for nedsatt kognitiv funksjon*. LHL. <https://www.lhl.no/et-sunnere-liv/hoyt-blodtrykk-risikofaktor-for-nedsatt-kognitiv-funksjon/>

Autismeforeningen. (u.å.). *Autismespekteret – en kort innføring*. Hentet 11. desember 2020 fra <https://autismeforeningen.no/informasjonsmaterieill/autismespekteret-intro/>

Bipolarforeningen – vi ser hele mennesket (u.å.). *Medikamentell behandling*. Hentet 8. desember 2020 fra <https://www.bipolarforeningen.no/bipolar-lidelse/behandling/medikamentell-behandling>

Bjerkelund, T. (2019, 6. september). *Tilleggsvansker og utfordringer. Psykiske lidelser*. I Fjæran-Granum, T. (red.), *Autismespekterforstyrrelse*. <http://asf.helsekompetanse.no/del2/psykiske-lidelser>

Cerdán, A. G. (2017, 8. juni). *Mirror neurons: The most powerful learning tool*. CogniFit. Cognitive tests & brain training. <https://blog.cognifit.com/mirror-neurons/>

Diabetesforbundet (2020, 7. november). *Årsaker til diabetes*. Diabetes. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.diabetes.no/hva-er-diabetes/arsaker-til-diabetes/>

Eikeseth, S. (2016). *Psychopathology as a result of selection by consequences exemplified by autism spectrum disorders (ASD)*. Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 43 (1), 35-38. Hentet fra <http://nta.atferd.no/loadfile.aspx?ldFile=1378>

Eldevik, S., Hastings, R. P., & Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2010). *Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism*. American journal on intellectual developmental disabilities, 115(5), 381 – 405. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.5.381>

Elling, I. (2014, 4. mars). *Arvelig, forhøyet kolesterol – Familiær hyperkolesterolemi*. LHL. <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/arvelig-forhoyet-kolesterol/>

Elling, I. & Midthun, N. (2019, 11. mars) *Hjerteinfarkt*. LHL. Hentet 8. desember 2020 fra <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/>

Engedal, K. (2002). *Diagnostikk og behandling av demens*. Tidsskriftet den norske legeforening, 122(5), 520-524. <https://tidsskriftet.no/2002/02/tema-geriatri/diagnostikk-og-behandling-av-demens>

Eriksen, S. N. (2017, 3. april). *Ser ikke mennesket for bare diagnoser*. NRK. <https://www.nrk.no/ytring/ser-ikke-mennesket-for-bare-diagnoser-1.13443232>

Felleskatalogen. (2019, 4. april). *Overvekt*. Dansk Lægemiddel Information A/S og Felleskatalogen AS. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/fedme>

Foreningen for kognitiv terapi. (u.å.). *Hva er fysiske og psykiske lidelser?* Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.kognitiv.no/psykiske-lidelser/arsaker/>

Gjerstad L, Taubøll E., & Røste, G. K., 2003, *Behandling av epilepsi*. Tidsskrift den norske legeforening, 123(13-14), 1864-1868. <https://tidsskriftet.no/2003/06/tema-epilepsi/behandling-av-epilepsi>

Gjerstad, L. & Taubøll, E. (2003), *Hva er epilepsi*. Tidsskrift den norske Legeforening 123(10), 1359-1361. <https://tidsskriftet.no/2003/05/tema-epilepsi/hva-er-epilepsi>

Grung, R. M, & Jørgensen, L. T, (2015). *Behandling av funksjonell enkoprese*. Norsk tidsskrift for atferdsanalyse, 42(1), 29-38. <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/3153/1256090.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helsebiblioteket. (2019, 25. oktober) *Beinskjørhet - osteoporose*. BMJ. Hentet 9. desember 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/muskel-og-skjelett/beinskjoerhet>

Helsebiblioteket.no. (2018, 8. juni). *Bipolar lidelse: Hva er det?* BMJ. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/bipolar-lidelse-hva-er-det>

Helsebiblioteket.no (2018, 14. september). *Epilepsi*. BMJ. Hentet 9. desember fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/epilepsi>

Helsebiblioteket.no (2017. 29. september). *Forstoppelse*. Hentet 27. november 2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/mage-og-tarm/forstoppelse>

Helsenorge.no (2019, 8. mars) *Artrose (slitasjegikt)*. Hentet 9. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/muskel-og-skjelett/artrose/>

Helsenorge.no (2020, 30. november). *Autisme*. Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomni (NevSom). Hentet 7. desember 2020 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/utviklingsforstyrrelser/autisme>

Helsenorge.no (2020, 22. oktober). *Diabetes type 1*. Helsedirektoratet. Hentet 9. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-1/>

Helsenorge.no (2020, 22. oktober). *Diabetes type 2*. Helsedirektoratet. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-2/>

Helsenorge.no (2020, 25. august) *Forstoppelse*. Hentet 20. november 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/forstoppelse/>

Helsenorge.no. (2019, 21. juni). *Schizofreni*. BMJ. Hentet 8. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/>

Helsenorge.no. (2018, 30. april). *Angstlidelser*. Hentet 8. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/#behandling>

Helsenorge.no. (2018, 22. november). *Føling og lavt blodsukker (hypoglykemi)*. Helsedirektoratet. Hentet 10. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/lavt-blodsukker-foeling/>

Helsenorge.no (u.å.) *Kostråd*. Hentet 7. desember 2020 fra <https://helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/kostrad>

Helsenorge.no. (2017, 24. januar). *Bipolar lidelse*. Helsedirektoratet. Hentet 8. desember 2020 fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/bipolar-lidelse/>

Istad, H. (2019, 20. mars). *Høyt blodtrykk – Hypertensjon*. LHL. <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hoyt-blodtrykk/>

Istad, H. & Elling, I. (2016, 18. april). *Blodpropp – Dyp venetrombose (DVT)*. LHL. <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/blodpropp/>

Johansen, A. (2019, 6. september). Hva er autismespekterforstyrrelse. I Fjæran-Granum, T. (red.), *Autismespekterforstyrrelse*. <http://asf.helsekompetanse.no/hva-er-autismespekterforstyrrelse>

Kleveland, K. (2007, 7. mai). *Alvorlige senvirkninger hos barn med forstoppelse*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2007/05/alvorlige-senvirkninger-hos-barn-med-forstoppelse>

Landsforening mot fordøyelsessykdommer (u.å.). *Hva er irritabel tarm (ibs)*. Hentet 11. desember 2020 fra <https://www.lmf norge.no/magesmerter/diagnoser/ibs>

Lorentzen, E. (2008) *Psykisk utviklingshemning – hvordan stilles diagnosen?*. Tidsskriftet den norske legeforening, 128(2), 201-202. <https://tidsskriftet.no/2008/01/kronikk/psykisk-utviklingshemning-hvordan-stilles-diagnosen>

Mathisen, S. T., (2015, 28. oktober). *Behandling og utredning ved hjerneslag*. LHL Hjerneslag. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/fakta-om-hjerneslag/behandling-av-hjerneslag/>

Måseide, T. (2013). *Artrose kan behandles på flere måter*. Tidsskriftet den norske legeforening, 133(10), 1062. <https://tidsskriftet.no/2013/05/kommentarartikkel/artrose-kan-behandles-pa-flere-mater>

Nakken, K. O. & Brodtkorb, E. (2015). *Ny definisjon av epilepsi*. Tidsskriftet den Norske legeforening, 135(11), 1020-1021. <https://tidsskriftet.no/2015/06/kommentar-og-debatt/ny-definisjon-av-epilepsi>

Nasjonalforening for folkehelse (2019, 5. juli). *Symptomer og tidlig tegn på demens*. [https://nasjonalforeningen.no/demens/symptomer-og-tidlige-tegn/?gclid=EAlalQobChMljbOpiNzG6AIVjIGyCh3wCwzpEAAAYASABEgKvcvD\\_BwE&gclid=EAlalQobChMljbOpiNzG6AIVjIGyCh3wCwzpEAAAYASABEgKvcvD\\_BwE](https://nasjonalforeningen.no/demens/symptomer-og-tidlige-tegn/?gclid=EAlalQobChMljbOpiNzG6AIVjIGyCh3wCwzpEAAAYASABEgKvcvD_BwE&gclid=EAlalQobChMljbOpiNzG6AIVjIGyCh3wCwzpEAAAYASABEgKvcvD_BwE)

Nordviste, O. (2019, 10. desember). *Generalisert angstlidelse*. NEL, Norsk elektronisk legehåndbok. Hentet 8. desember 2020 fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/angstlidelser/generalisert-angstlidelse/>

Norsk helseinformatikk. (2020, 14. september). *Endometriose*. Hentet 10. desember 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/kvinne/ulike-sykdommer/endometriose/?hp=true>

Norsk helseinformatikk. (2020, 6. juli). *Livsstilssykdommer*. Hentet 7. desember 2020 fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/?page=all>

Norsk helseinformatikk. (2019, 2. august). *Overvekt og fedme*. Hentet 7. desember 2020 fra <https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/overvekt-og-fedme/?page=all>

Norsk helseinformatikk. (2018, 22. mars). *Symptomer og tegn på generalisert angstlidelse*. Hentet 8. desember 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-symptomer-og-tegn/>

Norsk helseinformatikk. (2017, 4. april). *Hjerte og blodårer*. <https://nhi.no/kroppen-var/organer/hjerte-og-blodarer/>

Norsk helseinformatikk. (2017, 15. november). *Hva er palliativ medisin?* <https://nhi.no/sykdommer/kreft/lindrende-behandling/palliativ-medisin/?hp=true>

Oslo universitetssykehus (2020, 1. oktober) *Angstlidelse*. Hentet 9. desember 2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonale-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/Sider/Angstlidelse.aspx>

Oslo Universitetssykehus, (2020, 23. mars). *Autisme*. Hentet 6. desember 2020 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nevsom/autisme>

Oslo Universitetssykehus (2012). Diagnostisering av autismspekterforstyrrelse. I Munkhaugen, E. K. og Larsen, K. (red.), *Identifisering, diagnostisering og oppfølging/behandling av førskolebarn med autismspekterforstyrrelser (ASF). En undersøkelse av systemer, rutiner og praksis i Helse Sør-Øst*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/rapport%20tidlig%20identifisering%20og%20tjenester.pdf>

Ovrid, T., Kristiansen, H. M. & Bogetun, G. (2013). *Håndbok. Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Fylkesmannen i Finnmark, Helse Finnmark. [https://naku.no/sites/default/files/kba\\_uploads/handboken\\_ferdig\\_revidert\\_juni\\_2013.pdf](https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/handboken_ferdig_revidert_juni_2013.pdf)

Ruhl, C. (2020, 7. august). *Theory of Mind*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/theory-of-mind.html>

Rådet for psykisk helse (2020, 3. februar). *Angst*. Hentet 8. desember 2020 fra <https://psykiskhelse.no/angst>

Skorpen, S., Haugland, M. & Pareli, D. (2017, 22. november) *Smerter hos mennesker med psykisk utviklingshemming*. Sykepleien. Hentet 10. desember 2020 fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/smerter-hos-personer-med-psykisk-utviklingshemming>

Shore, S. (2019, 6. september). *105 favorite quotes about autism and aspergers*. The Art of Autism. <https://the-art-of-autism.com/favorite-quotes-about-autism-and-aspergers/>

Skullerud, E., Linaker, O.M., Svenning, A.C., & Torske, H. (2000) *Psykisk helse blant mennesker med psykisk utviklingshemming*. Tidsskriftet den norske legeforening, 120(27), 3246-3248. <https://tidsskriftet.no/2000/11/klinikk-og-forskning/psykisk-helse-blant-mennesker-med-psykisk-utviklingshemming>

Syversen, U. & Halse, I. J. (2003). *Medikamentell behandling av osteoporose*. Tidsskriftet den norske legeforening, 123(16), 2263-2264. <https://tidsskriftet.no/2003/08/legemidler-i-praksis/medikamentell-behandling-av-osteoporose>

Thorsby, P., Kilhovd, B., Sletmo, R., Martinsen, S. & Birkeland, K. I. (2000). *Blodsukkersenkende behandling ved type 2-diabetes*. Tidsskriftet den norske legeforening 120(20) 2434-2440. <https://tidsskriftet.no/2000/08/tema/blodsukkersenkende-behandling-ved-type-2-diabetes>

Utforsksinnet.no. (2018, 27. februar). *Speilnevroner og empati: de fantastiske tilkoblingsmekanismene*. <https://utforsksinnet.no/speilnevroner-og-empati-fantastiske-tilkoblingsmekanismene/>

Valeur, J. & Berstad, A. (2013). *Irritabel tarm-syndrom – et mikrobielt perspektiv*. Tidsskriftet den norske legeforening 113(21) 2276-2278. <https://tidsskriftet.no/2013/11/kronikk/irritabel-tarm-syndrom-et-mikrobielt-perspektiv>

Vågen, R. T. (2020, 16. mai). *Depresjon*. NEL. Norsk elektronisk legehåndbok. Hentet 8. desember fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/depresjoner/depresjon/>

Waldum, H. L. (2002) *Legemiddelbehandling av irritabel tarm-syndrom*. Tidsskriftet den norske legeforening 122(4) 401-402. <https://tidsskriftet.no/2002/02/legemidler-i-praksis/legemiddelbehandling-av-irritabel-tarm-syndrom>

Westergård, B.E. (2017, 16. november). *Voksne og eldre med utviklingshemming trenger også palliativ omsorg*. Sykepleien.no. Meninger. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/08/voksne-og-eldre-med-utviklingshemming-trenger-ogsa-palliativ-omsorg>

## Litteratur

Eknes, J. (2006). Depresjon og mani: Forståelse og behandling. Universitetsforlaget.

Green, G. (2011). Early intensive behavior analytic intervention for autism spectrum disorders. I Mayville, E. A., & Mulick, J. A. (red.). Behavioral foundations of effective autism treatment. (s. 183-199). Sloan Pub

Hagen, R., & Kennair, L.E.O, (red). (2016). Psykiske lidelser. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Iversen, G. S. & Teigen, S. (2019). Tror du vi kan klare det. Lindrende behandling til mennesker med utviklingshemming – kompetansehevede tiltak for ansatte i bofellesskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Bergen kommune, i samarbeid med Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest

Linaker, O. (2013). Om påvisning, utredning og behandling av psykiske lidelser blant mennesker med psykisk utviklingshemming. I Aasan, S. (red.) Psykisk utviklingshemming og psykisk helse – grunnleggende tema og utviklingshemming og psykisk helse. (1, 11-13)

Løvaas, O. I. (2004). Opplæring av mennesker med forsinket utvikling. Grunnleggende prinsipper og programmer. Gyldendal Akademisk.

Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. Oslo universitetssykehus: Muskel og Skjelett Tiåret (MST) v/ FORMI, Klinikk for kirurgi og nevrofag,

Løberg, E., & Johnsen, E., (2016) Psykoselidelser. I Hagen, R., & Kennair, L.E.O, (red). Psykiske lidelser. (s. 104 – 118). Gyldendal Akademisk

Nysæter, T.E., & Walvig, H.J. (2016) Stemningslidelser. I Hagen, R., & Kennair, L.E.O, (red). Psykiske lidelser, s. 122 – 139. Gyldendal Akademisk.

Øzerk, K & Øzerk, M. (2013). Autisme og pedagogikk: Teoretiske og pedagogisk metodiske-tilnærminger til arbeid med barn med autisme-spekter-forstyrrelser. Cappelen Damm Akademisk.

## Konferansebidrag

Aanonsen, N.O. (2018, november). Autisme og biologi. Innlegg presentert ved Holtet bosenter og verksted, Oslo.



## Bilder

Absurdgalleriet. Tante Solveig går på medisiner

Stein Marvold, Autismespekter. Norsk versjon.

Vidar Tenmann. Mage – tarm.

Øvrige bilder: hentet fra [www.istock.com](http://www.istock.com)

## Vedlegg 1



## LEGESJEKKLISTE

KONKRETE TILTAK FØR LEGE KONTAKTES	Gjennomført	Ikke gjennomført
Sjekk om vedkommende føler seg syk eller uopplagt		
Ser vedkommende syk eller uopplagt ut		
Sjekk endringer i aktivitetsnivå		
Sjekk den mentale konsentrasjons- og responsevne		
Sjekk pust; endring fra normal pust		
Sjekk hudfarge (f. eks blek, rød)		
Svette og klamhet		
Måle blodtrykk		
Sjekke blodsukker (diabetikere)		
Endring i naturlige kroppsfunksjoner; appetitt, søvn, vannlating, avføring. Dvs endring i normalen.		
Væskebalanse (dehydrering)		
Tegn på smerte		
Ernæringstilstand (endring i vekt)		
TILTAK SOM KAN SETTES I GANG UTEN LEGE	Iverksatt	Ikke iverksatt/aktuelt
Endre temperatur (lufte, mindre/mer klær..)		
Gi smertelindring (foreskrevet legemidler)		
Tilføre væske		
Måle temperaturen		
Måle puls		
Måle blodtrykk		
Ta UVI-test (urinsticks)		
Føre tilsyn – øke samhandlingen		



## Palliativ behandling

### **Europeisk standard for palliativ omsorg for personer med utviklingshemming:**

1. Utviklingshemmede skal oppleve likeverdig tilgjengelighet og oppfølging ved livets slutt.
2. Utviklingshemmedes kommunikasjonsbehov skal anerkjennes og tas i betraktning ved palliativ omsorg.
3. Personal i offentlige helse- og omsorgstjenester må være i stand til å gjenkjenne tegn til at utviklingshemmede trenger lindrende behandling, og gi dette uavhengig av verdisyn eller religiøse oppfatninger.
4. Det skal gjøres en totalvurdering av alle behov. Fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov skal vurderes, dokumenteres, adresseres, gjennomgås og følges opp.
5. Symptomhåndtering har stor betydning. Det skal tas hensyn til at symptomer kan maskeres eller uttrykkes på ukonvensjonelle måter. Et tett samarbeid mellom profesjonelle og dem som kjenner personen best, er derfor viktig.
6. Beslutningstaking; mennesker med utviklingshemming har rett til liv og rett til å bli anerkjent for sin verdi. De skal antas å ha kapasitet til å ta avgjørelser for sin omsorg og behandling, med mindre noe annet er påvist. For eksempel at det foreligger et formelt vedtak om mangelfull evne til informert samtykke (ikke alle land har samme bestemmelser om dette som Norge).
7. Familier, venner og omsorgspersoner og dem som betyr noe for personen, skal involveres i omsorgen ved livets slutt.
8. Samarbeid mellom tjenester, omsorgspersoner og eventuelt åndelige ledere, er nøkkelen til god palliativ omsorg til mennesker med utviklingshemming.
9. Berørte, familie, venner og omsorgspersoner skal anerkjennes og støttes i sin omsorgsrolle og sorg.



Oslo

Oslo kommune, Velferdsetaten  
ISBN nr.: 978-82-93361-94-7

[www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no)