

Spesialisert psykiatrisk døgnbehandling for personer med utviklingshemning – fordeler og ulemper

**Trine Lise Bakken, forsker PhD., Oslo
Universitetssykehus, Psykiatrisk avdeling
for personer med utviklingshemning/autisme
UXTLBN@ous.hj.no**

**Heidi Sageng, cand. MMHC, Oslo Universitetssykehus,
Psykiatrisk avdeling for personer med
utviklingshemning/autisme
UXSAGH@ous.hj.no**

Personer med utviklingshemning er mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser enn befolkningen generelt. Likevel er personer med utviklingshemning og psykisk lidelse underrepresentert når det gjelder utredning, behandling, forskning og faglig oppmerksomhet både i Norge og internasjonalt. Manglende kunnskap om utviklingshemning og psykisk lidelse medfører et stort behov for forskning og fagutvikling på dette området. Mangel på forståelse hos helsearbeidere både i primær- og spesialisthelsetjenesten kan blant annet medføre at symptomer på psykisk lidelse misoppfattes og tilskrives den grunnleggende funksjonshemningen (utviklingshemning/autisme), og at personen derfor ikke får adekvat hjelp.

Det er i 2012 fremdeles et stort udekket behov for psykiatriske spesialisttjenester for personer med utviklingshemning; både døgnbehandling i godkjent psykiatrisk behandling sinstitusjon, i tillegg til ambulante og polikliniske tilbud.

Behov for tjenester

Tidligere fikk vanligvis ikke mennesker med utviklingshemning behandling i psykiatrisk sykehus ved psykisk lidelse. Dette henger sammen med at de fleste mennesker med utviklingshemning frem til ansvarsreformen ble iverksatt på begynnelsen av 1990-tallet bodde i sentralinstitusjoner (Nøttestad og Linaker, 2001). I dag er det er allmenn enighet om at personer med utviklingshemning kan utvikle psykisk lidelse på samme måte som i normalbefolkningen, men mennesker med utviklingshemning utover lett grad

Det er imidlertid en utfordring å legge opp til et systematisk tjenestetilbud all den tid kunnskapsgrunnlaget foreløpig er begrenset.

mangler fremdeles adekvate tjenester fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste (Martinsen mfl., 2006), ikke bare i Norge, men også ellers i Norden (Nylander og Severin, 2009; Olsen og Eifer, 2009).

Det er imidlertid en utfordring å legge opp til et systematisk tjenestetilbud all den tid kunnskapsgrunnlaget foreløpig er begrenset. Internasjonale erfaringer viser at personer med utviklingshemning i likhet med resten av befolkningen trenger differensierte psykiatriske tjenester (Chaplin, 2009; Davidson og O'Hara, 2007; Friedlander, 2006; Hall og Higgins, 2006). Det er grunn til å anta at langt de fleste personer med utviklingshemning og psykisk lidelse vil kunne få adekvat hjelp ambulant eller poliklinisk. Internasjonale erfaringer viser at slike tjenester bør gis av tverrfaglige team bestående av fagpersoner med spesialisert kompetanse relatert til målgruppen. Personer med utviklings-

Det er grunn til å anta at langt de fleste personer med utviklingshemning og psykisk lidelse vil kunne få adekvat hjelp ambulant eller poliklinisk

hemning og akutte psykiatriske tilstander som krever døgnbehandling, blir i de fleste tilfellene innlagt i allmennpsykiatriske akuttavdelinger (Lunsky mfl., 2008; 2010;

van Minnen mfl., 1997; Xenitidis mfl., 2004). Erfaringene med allmennpsykiatriske avdelinger er varierende, mens erfaringer med psykiatriske spesialistdøgnavdelinger overveiende er gode (ibid.).

I denne artikkelen vil vi diskutere behov for spesialiserte psykiatriske tjenester til personer med utviklingshemning, spesielt med tanke på døgnbehandling, det vil si innleggelse i godkjent psykiatrisk institusjon.

Indikasjoner for spesialisert døgnbehandling

I den vanlige befolkningen er de vanligste indikasjonene for døgnbehandling (innleggelse) i psykiatrisk avdeling psykose eller alvorlig affektiv lidelse, og alvorlig voldelig atferd mot seg selv eller andre, eller uorganisert (kaotisk) atferd (Lehman mfl., 2004). Alvorlig utfordrende atferd, inkludert alvorlig selvskading, er trolig en mer vanlig indikasjon for psykiatrisk døgnbehandling hos pasienter med utviklingshemning, selv om også psykose eller alvorlig affektiv lidelse fører til døgnbehandling i denne gruppen (Aman mfl., 2004; Bakken og Martin, in press; Burge mfl.; 2002.).

Studier av henvisninger av personer med utviklingshemning publisert det siste tiåret viser at følgende undergrupper i særlig grad blir henvist til psykiatrisk døgnbehandling: pasienter med mer alvorlig utviklingshemning (Chaplin, 2009), pasienter med svært alvorlig utfordrende atferd (Lunsky mfl. 2008), pasienter med langvarige psykotiske symptomer (Catinari mfl., 2005; Hall mfl., 2006), pasienter med lett

utviklingshemning, psykose og voldelig atferd (Cowley, 2005; Raitasuo mfl., 1999), pasienter med autisme (Lunsky, Gracey og Bradley, 2007), og pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser (Fleisher mfl., 2005; Friedlander 2006).

Funnene understreker at spesialisert døgnbehandling først og fremst gis til personer med kompliserte tilstander som inkluderer en kombinasjon av kognitiv funksjonshemning og alvorlig psykisk lidelse. Det er også funnet at pasienter med utviklingshemning i spesialisert psykiatrisk døgnbehandling har høy andel medisinske (Charlot mfl., 2011) og neurologiske tilstander (Gustavson, Umb-Carlsson og Sonnander, 2005).

Spesialisert døgnbehandling i Norge

Voksne personer med utviklingshemning og psykiske tilleggsvansker har tradisjonelt hatt begrenset tilgang til psykiatrisk vurdering, behandling og omsorg (Bakken og Smeby, 2004; Bakken, 2010). Problemene oppstod etter nedbygging av sentralinstitusjoner for mennesker med mer alvorlig kognitiv funksjonshemning (Nøttestad og Linaker, 2001). Denne

Voksne personer med utviklingshemning og psykiske tilleggsvansker har tradisjonelt hatt begrenset tilgang til psykiatrisk vurdering, behandling og omsorg

situasjonen er kjent også i andre land som har omorganisert tilbudet for personer med utviklingshemning, for eksempel Storbritannia. De tverrfaglige teamene



Foto: Scandinavian Stockphoto

Kommunale oppfølgingsprogram som ble opprettet resulterte ofte i fragmentering av tjenestene

i de større institusjonene ble brutt opp. Kommunale oppfølgingsprogram som ble opprettet resulterte ofte i fragmentering av tjenestene (Graham, 2004; Gibbs og Priest, 1999), noe som er en ugunstig situasjon for de mest sårbare brukerne, særlig de med store og sammensatte vansker.

Norge er organisert i fire helseregioner. I en av disse regionene – Helse Sør-Øst – finnes det to enheter for spesialisert psykiatrisk døgntilrettelagt behandling, med til sammen 13 sengeplasser. Hvorvidt dette er et adekvat antall senger, er et helsepolitisk

spørsmål. Det vil være argumenter både for og mot en slik organisering av psykiatriske helsetjenester for personer med utviklingshemning.

Fordeler med spesialisert døgntilrettelagt behandling

Spesialiserte døgntilrettelagte enheter gjør det mulig å samle spisskompetanse. Komplisert diagnostisk vurdering er en viktig oppgave i spesialiserte psykiatriske tjenester for personer med utviklingshemning. Spesielt *diagnostisk overskygging* (Jopp og Keys, 2001) er et hovedproblem i allmennpsykiatri når pasienten er mer alvorlig utviklingshemmet, og har autismespektrumlidelse i tillegg. Å samle spesialister innen ulike disipliner gjør det mulig å utvikle integrerte tjenester basert på kunnskap fra feltene utviklingshemning



Foto: Kaja Owren.

Spesialister fra et bredt spekter av områder i samme organisasjon er en fordel når pasienten har komplekse tilstander.

og psykiatri. Dette gjelder både utredning og behandling. Kunnskap om fenomenologi, dvs. hvordan symptomene vises for personer med utviklingshemning som har manglende verbale ferdigheter og uvanlig språk, er et sentralt område. Spesialister fra et bredt spekter av områder i samme organisasjon er en fordel når pasienten har komplekse tilstander. Tverrfaglige team er understreket som en viktig faktor av en rekke forfattere.

Hva som skiller innleggelse og poliklinisk behandling, er i hovedsak at døgnenheter tilbyr miljøterapi døgnet rundt som kan beskytte pasienten og hans omgivelser når pasienten ikke har kontroll over sin egen atferd. Personer med utviklingshemning og psykisk lidelse er kjent

Å håndtere kombinasjonen av angst og fortvilelse hos mennesker som ikke er i stand til å gjøre seg forstått verbalt, kan være en indikasjon for døgnerbehandling.

for å oppleve alvorlig angst, noe som kan føre til utfordrende atferd (Helverschou og Martinsen, 2010). Å håndtere kombinasjonen av angst og fortvilelse hos mennesker som ikke er i stand til å gjøre seg forstått verbalt, kan være en indikasjon for døgnerbehandling. For å håndtere

utfordrende atferd forårsaket av psykisk lidelse kreves det tilrettelagt kommunikasjon i alle deler av organisasjonen, samt et tilstrekkelig antall ansatte for å håndtere utfordrende atferd uten å ydmyke pasienten. Allmennpsykiatriske enheter har muligens ikke nok inneliggende pasienter i denne målgruppen til å tilegne seg tilstrekkelig kompetanse på dette området, selv i byer med høyt befolkningsgrunnlag (Hall og Higgins, 2006).

I den akutte fasen er beskyttelse og en fullt kompenenserende miljøterapi nødvendig, særlig for pasienter som har utviklingshemning og psykotisk lidelse (Bakken, 2010). Personer med utviklingshemning kan ha behov for å være lenger innlagt på sykehuset når de har en psykisk lidelse. Enhetens emosjonelle klima – og kultur/holdning og forståelse bør være mer orientert mot programklarhet, orden og organisasjon, med et lavt nivå av sinne og aggresjon (Friis, 1986), i stedet for tilbake-trukket, isolasjon og grensesetting (Hamolia, 2001), som ofte brukes som metode i miljøterapi for personer med utviklingshemning (Sovner og Hurley, 1987). Et eksempel er når pasienter blir lagt i gulvet – såkalt nedleggingsprosedyrer – på grunn av utfordrende atferd. Denne intervensjonen har vært jevnlig i bruk i Norge mot personer med mer alvorlig utviklingshemning. Dette er offensiv intervensjon, som kan føre til alvorlig

Miljøterapi for personer med nedsatt evne til forståelse bør være ikke-offensiv.

angst for den berørte klienten. Miljøterapi for personer med nedsatt evne til forståelse bør være ikke-offensiv. Slike tiltak er krevende oppgave; noe som belyses i en etnografisk studie av omsorg for pasienter med utviklingshemning i en allmennpsykiatrisk døgnenhet i New Zealand (Taua og Farrow, 2009). Intervjuene med ansatte viste at det å opprettholde et trygt miljø og forstå kompleksiteten hos pasienter med utviklingshemning er sentrale temaer. Observasjon av samhandling mellom pasient og ansatt avdekket at ansatte hadde problemer med å differensiere og skille på væremåte forårsaket av en psykisk tilstand og vanlige atferd hos pasientene grunnet utviklingshemningen. For eksempel kunne en «støyende» pasient bli isolert på rommet sitt av en sykepleier, tilbudt beroligende midler av neste sykepleier, mens den tredje gjorde ingenting (ibid.). Slik inkonsekvente tolkningen av atferd er en daglig utfordring for alle pasienter med utviklingshemning og psykisk lidelse.

Overmedisinering relatert til personer med utviklingshemning er godt dokumentert (Tyrer mfl., 2008). Personer med utviklingshemning som er i et psykotisk kaos eller har annen alvorlig psykisk lidelse, vil kunne trenge medisiner over tid. Det er derfor nødvendig å ta i betraktning at personer med utviklingshemning har tendens til å utvikle bivirkninger som de i bare i begrenset grad kan rapportere (Sørensen, 2012). Slike pasienter er derfor avhengige av ansatte som er i stand til å skille mellom bivirkninger og annen ny atferd som er symptom på aktuell psykisk lidelse.

**Klinisk erfaring
understreker at det kan være spesielt
viktig å undersøke og tilpasse
medikasjon hos pasienter med sårbar
hjerne som har et avvikende
metabolsk mønster**

Klinisk erfaring understreker at det kan være spesielt viktig å undersøke og tilpasse medikasjon hos pasienter med sårbar hjerne som har et avvikende metabolsk mønster (såkalt rapid-cyclers eller slow-cyclers). Den ansvarlige lege trenger derfor spesialisert kompetanse om utviklingshemning og autisme, og hvordan kognitiv funksjonshemning samvarierer med psykisk lidelse.

Tverrfaglige team i døgnenheter har mulighet til å komme sammen og diskutere komplekse saker. Dette er grunnleggende for oppbygging av klinisk og teoretisk kompetanse. Spesialiserte døgnenheter er derfor unike i den forstand at de for det meste benytter et stort antall fagpersoner under samme tak som muliggjør fagutvikling og forskning (Lohrer mfl., 2002).

Ulemper med spesialiserte psykiatriske døgnenheter *Ulemper for pasientene*

Pasienter kan ha en tendens til å være innlagt i disse enhetene over lang tid (Bakken og Smeby, 2004), og det kan medføre at pasienter blir påført institusjonssyndrom (Goffman, 1967). Selv om moderne psykiatriske institusjoner for det meste er langt mer åpne enn tidligere, kan



Foto: Kaja Owren.

uheldige behandlingsskulturer fortsatt dukke opp.

«Relocation syndrom» («flyttesyndrom») er et annet problem. «Flyttesyndrom» vil kunne innebære en nedbrytning av pasientens sosiale liv og tilhørighet på hjemstedet, noe som kan være vanskelig å gjenopprette senere.

I enkelte tilfeller kan det være vanskelig å etablere adekvate botilbud når pasienter med store og sammensatte lidelser blir utskrevet fra spesialiserte psykiatriske døgnenheter, noe som kan føre til unødvendig lange opphold, i tillegg til passivitet (Fleisher mfl., 2005). Internasjonale erfaringer viser at det er en tendens til at pasienter med store og sammensatte vansker, med utfordrende atferd og psykisk lidelse i tillegg til utviklingshemning og autisme, blir plassert i ulike typer lang-

tidsoppfølging langt unna sitt lokalmiljø. Dette fenomenet er studert og beskrevet spesielt i England, og kalles «out of area placement», og blir sett på som svært

'Out of area placement' er dyrt, og det er ingen bevis for at slike tjenester er bedre enn hva kommunale helse- og sosial tjenester kan tilby

uheldig (Allen mfl., 2007; Mansell mfl., 2006). 'Out of area placement' er dyrt, og det er ingen bevis for at slike tjenester er bedre enn hva kommunale helse- og sosial tjenester kan tilby (ibid.).

Døgnbehandling kan forårsake stress når pasienten er kognitivt svekket og ikke forstår grunnen til å flyttes, eller formålet med psykiatrisk vurdering og behandling.

Ulemper for samfunnet

Spesialiserte psykiatriske døgneheter kan bidra til en sentralisering av fagfolk som kan miste kontakten med samfunnet utenfor. Dette kan forstås som et «sykehus-

Tilgjengelige spesialister på psykiatri og utviklingshemning burde ideelt sett finnes i alle nivåer av tjenestene.

syndrom» for fagfolk. Fagfolk har en tendens til å holde sammen. De er ikke nødvendigvis interessert i desentralisering, selv om det kan være til det bedre for pasientene. Profesjonelle behandlingskulturer som ikke svarer til behovene i samfunnet kan dukke opp.

Tilgjengelige spesialister på psykiatri og utviklingshemning burde ideelt sett finnes i alle nivåer av tjenestene. Sentralisering av fagfolk påvirker ikke pasienten som er innlagt på sykehus, men er fortsatt et problem for de pasientene som ikke har tilgang på formålstjenelige tjenester. Psykiatrisk døgntilrettelagt behandling er dyrt. Spesialiserte døgneheter er enda dyrere. En av grunnene er behovet for høy bemanning (Lohrer mfl., 2002). Standard bemanning er 1:1, men noen pasienter trenger 2:1 eller 3:1 bemanning.

Konklusjoner

Psykiatriske døgneheter som gir tilbud om utredning og behandling til voksne med utviklingshemning og psykisk lidelse bør være en integrert del av det totale tjenestetilbudet for mennesker med utviklingshemning. Spesialiserte psykiatriske døgneheter synes å være

et nødvendig valg når pasienten har en kompleks tilstand, inkludert psykose, utfordrende atferd og begrensede verbale ferdigheter. Nyere forskning tyder på at pasienter med utviklingshemning og psykisk lidelse viser høy forekomst av medisinske problemer og nevrologiske tilstander, noe som peker på et behov for tverrfaglige team som kan tolke pasientenes tegn og symptomer både mentalt og fysisk. Disse ekstraordinære sammensatte behovene kan favorisere spesialiserte tjenester. Slike enheter bør

En mer fruktbar diskusjon nå er hvordan utvikle tjenester som samsvarer med pasientenes behov i ulike faser av en psykisk lidelse.

være en del av en kjede av psykiatriske tjenester tilgjengelig for denne gruppen av pasienter, ikke som en eneste løsning. Diskusjonen om døgntilrettelagt eller om ambulant behandling er den beste løsningen for denne gruppen synes å være utdatert. En mer fruktbar diskusjon nå er hvordan utvikle tjenester som samsvarer med pasientenes behov i ulike faser av en psykisk lidelse. ● ● ●

Referanser

- Allen, D.G., Lowe, K., Moore, K., og Brophy, S. (2007). Predictors, costs and characteristics of out of area placement for people with intellectual disability and challenging behaviour. *J Intellectual Disability Research*. 51:6, 409-416.
- Aman, M.G., Crismon, M.L., Frances, A., King, B.H., og Rojahn J. (2004). *Treatment of psychiatric and behavioral problems in individuals*



Foto: Kaja Owren.

with mental retardation. Expert Consensus Guideline, LLC. Retrieved October 5, 2011 from [http://www.psychguides.com/sites/psychguides.com/files/docs/Expert Consensus Guidelines Update.pdf](http://www.psychguides.com/sites/psychguides.com/files/docs/Expert%20Consensus%20Guidelines%20Update.pdf)

- Bakken, T.L. og Martinsen, H. (in press). Adults with intellectual disabilities and mental illness in psychiatric inpatient units. Empirical studies of patient characteristics and psychiatric diagnoses from 1996-2011. *International Journal of Developmental Disabilities*.
- Bakken, T.L. (2010). *Schizophrenia in adults with intellectual disability and autism: behavioural indicators and staff communication skills*. University of Oslo: Doctoral dissertation.
- Bakken, T.L., og Smeby, N.A. (2004). Avoiding control and pressure when working with severely intellectually disabled and disturbed patients. A study of interaction between professional caregivers and patients. *Nordic Journal of Nursing Research and clinical studies*. 72:24, 16-20.
- Burge, P., Quелlette-Kuntz, H., og Saeed, H. mfl. (2002). Acute Psychiatric Inpatient Care for People With a Dual Diagnosis: Patient Profiles and Length of Stay. *Can J Psychiatry*. 47:3, 243-249.
- Catinari, S., Vass, A., Ermilov, M., og Heresco-Levy, U. (2005). Pffropschizophrenia in the age of deinstitutionalisation: whose problem? *Comprehensive Psychiatry*. 46, 200-205.
- Chaplin, R. (2004) General psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *J Intellectual Disability Research*. 48:1, 1-10.
- Chaplin, R. (2009) New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *J Intellectual Disability Research*. 53:3, 189-199.
- Charlot, L., Abend, S., Ravin, P., Mastis, K., Hunt, A. og Deutsch, C. (2011). Non-psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 55:2, 199-209.
- Cowley, A., Newton, J., Sturmey, P., Bouras, N., og Holt, G. (2005). Psychiatric inpatient admission of adults with intellectual disabilities: predictive factors. *Am J Mental Retardation*. 110:3, 216-225.
- Davidson, P.W., og O'Hara, J. (2007). Clinical

- services for people with intellectual disabilities and psychiatric or severe behaviour disorders. In: Bouras, N. og Holt, G. (red.) *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and development disabilities*. Second edition. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fleisher, M., Faulkner, E.H., Scalock, R.L., Folk, L. (2005). A model for inpatient services for persons with mental retardation and mental illness. In: Dosen, A., og Day, K. (eds.). *Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Friedlander, R. (2006) Mental health for persons with intellectual disability in the post-deinstitutionalization era: experiences from British Columbia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 43:4, 275-280.
- Friis, S. (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta psych scand*, 74, 469-473.
- Gibbs, M. og Priest, H.M. (1999) Designing and implementing a 'dual diagnosis' module: a review of the literature and some preliminary findings. *Nurse education today*, 19, 357-363.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske*. Jørgen Paludans forlag. Viborg.
- Graham, J. (2004) Communicating with the uncommunicative: music therapy with pre-verbal adults. *British Journal of Learning Disabilities*. 32:1, 24-33.
- Gustavson, K.-H., Umb-Carlsson, O. og Sonnander, K. (2005) A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. *Journal of Intellectual Disability Research*. 49:12, 905-914.
- Hall, I., Parkes, C., Samuels, S., Hassiotis, A. (2006) Working across boundaries: clinical outcomes for an integrated mental health service for people with intellectual disabilities. *J Intellectual Disability Research*. 50:8, 598-607.
- Hall, I. og Higgins, A. (2006) The development of a new integrated mental health service for people with learning disabilities. *BJ Learning Disabilities*. 34, 82-87.
- Hamolia, C.D. (2001) Preventing and managing aggressive behavior. In G.W. Stuart and M.T. Laraia (Eds.) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (pp 635-657). Seventh edition. St. Louis: Mosby.
- Helverschou, S.B. og Martinsen, H. (2010). Anxiety in people diagnosed with autism and intellectual disability: Recognition and phenomenology. *Research in Autism Spectrum Disorders*. doi:10.1016/j.rasd.2010.05.003.
- Jopp, A.D., and Keys, C.B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *Am Journal of Mental Retardation*, 106, 416-433.
- Lehman, A.F., Lieberman, J.A., Dixon, L.B., mfl. (2004) *The APA practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia*. Second edition. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lohrer, S.P., Greene, E., Browning, C.J., og Lesser, M.S. (2002) Dual diagnosis: examination of service use and length of stay during psychiatric hospitalisation. *J Dev Phys Disabilities*. 14:2, 143-158.
- Lunsky, Y., Gracey, C., Bradley, E. (2007) Adults with Autism Spectrum Disorders using psychiatric hospitals in Ontario: Clinical profile and service needs. *Research in Autism Spec Dis*. 3, 1006-113.
- Lunsky, Y., Bradley, E., Durbin, J., og Koegl, C. (2008) A comparison of patients with intellectual disability receiving specialised and general services in Ontario's psychiatric hospitals. *J Intellectual Disability Research*. 52:11, 1003-1012.
- Mansell, J.L., Beadle-Brown, J., Skidmore, C. mfl. (2006). People with learning disabilities in 'out-of-area' residential placements: I. Policy context. *J Intellectual Disability Research*. 50:2, 837-844.
- Martinsen, H., Bakken, T.L., Helverschou, S.B., Nærland, T. (2006). Psykiske vansker hos mennesker med utviklingshemming. 2. De faglige utfordringene. *SOR-rapport*, 4.
- Nylander, L. og Severin, T. (2009) *Kunnskap och Samverkan – «Ingen kal alt, alla kan något»*. Rapport från ett nationellt prosjekt Vård och stöd til personer med utvecklingsstörning och psykisk ohelsa.
- Nøttestad, J.A. and Linaker, O.M. (2001) Self-injurious behaviour before and after

- deinstitutionalization. *J Intell Dis Research*, 45:2, 121-129.
- Olsen, M.E. og Eifer, D. (2009) Spredt dekning i regionerne. Udviklingshæmmede med psykiske lidelser. *VIPU Viden*. 11:9, 8-13.
- Raitasuo, S., Taiminen, T., og Salokangas, R.K.R. (1999). Characteristics of people with intellectual disability admitted for psychiatric inpatient treatment. *Journal Intellectual Disability Research*. 43:2, 112-118.
- Sovner, R. og Hurley, A.D. (1987). Guidelines for the treatment of mentally retarded persons on psychiatric inpatients units. *Psychiatric aspects of Mental Retardation Reviews*. 6:2-3, 7-14.
- Sørensen, K. (2012). Medikamentell behandling. I: Bakken, T.L. og Olsen, M.E. (red). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Taua, C. og Farrow, T. (2009) Negotiating complexities: An ethnographic study of intellectual disability and mental health nursing in New Zealand. *Int J Ment Health Nursing*. 18, 274-284.
- Tyrer, P., Oliver-Africano, P.C., Ahmed, Z. mfl. (2008) Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet*. 5:371, 57-63.
- van Minnen, A., Hoogduin, C.A.L., og Broekman, T.G. (1997). Hospital outreach treatment of patients with mental retardation and psychiatric disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 95, 515-522.
- Xenitidis, K., Gratsa, A., Bouras, N., Hammond, R., Ditchfield, H., Holt, G., Martin, J., og Brooks, D. (2004). Psychiatric inpatient care for adults with intellectual disabilities: generic or specialist units? *J Intellectual Disability Research*. 48:1, 11-18.



Foto: Kaja Owren.