

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

## Telemarksmodellen: Veggen blir til mens vi går den sammen (1. utg.)

Telemarksmodellen er et psykoedukativt kurstilbud for barn med lett psykisk utviklingshemming på mellomtrinnet, ungdomstrinnet og i videregående skole. Formålet med tiltaket er å fremme psykisk helse og styrke mestring hos den unge og deres foresatte.

### BAKGRUNN

Telemarksmodellen er en kursrekke utviklet for å fremme psykisk helse og forebygge sosiale vansker for barn som har forståelsesvansker i form av en lett psykisk utviklingshemming. Kursene gis når barnet går på mellomtrinnet i barneskole, ungdoms-trinnet og i videregående skole. Formen er psykoedukativ hvor en veksler mellom informasjon, råd, veiledning og samtale om et hverdagsliv med forståelsesvansker. En slik terapeutisk kunnskapsformidling og møte med andre i samme situasjon, ansees å bidra til økt mestring og kompetanse.

Denne artikkelen beskriver Telemarksmodellen. Det er et tiltak som tilbys barn som får diagnosen lett psykisk utviklingshemming og deres foresatte. Tiltaket gis i etterkant av diagnostisk utredning i Habilitering for barn og unge (HABU) i Sykehuset Telemark. Kursrekken gis i separate grupper hvor barna, ungdommene og foresatte har hvert sitt kursprogram. Tema i kursene er knyttet til aktuelle livsfaser og omhandler kropp, hygiene, fritid, vennskap, pubertet, seksuell helse, arbeid og hjelpetønader. Tiltaket er utviklet av og driftes av HABU Sykehuset Telemark.

### METODE

Denne gjennomgangen er basert på tilsendt informasjon fra utvikleren av Telemarksmodellen, i tillegg til litteratursøk etter studier om tiltaket. Søket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART, Cochrane, Google Scholar, Cristin, NORA, Norart, SCOPUS, SweMed+, Cambell, NREPP, NICE, Blueprint, Helsebiblioteket.no, CEBC, Vidensportalen, Metodeguiden og CINAHL plus with Full Text.

### RESULTATER

Resultatene består av en vurdering av tiltakets beskrivelse, foreliggende effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. Det ble ikke identifisert noen studier som har undersøkt effekt eller evalueringer av Telemarksmodellen. I materialet som foreligger fremstår ikke Telemarksmodellen å være beskrevet for å gi ekstern opplæring i metoden. Tiltaket virker kun å være gjennomført ved Sykehuset Telemark. Det foreligger ingen implementeringsplaner og derfor heller ikke noen beskrevet implementeringsstrategi.

### KONKLUSJON

Basert på Ungsinn sine kriterier klassifiseres Telemarksmodellen på evidensnivå 1- godt beskrevne tiltak.

## Innledning

### Bakgrunn

Barn og unge med utviklingshemming kjenntegnes av forståelsevansker og ulik grad av utfordringer når det gjelder motoriske ferdigheter, språk, sosial kompetanse og evne til å


mestre dagliglivets aktiviteter (WHO,2000). Utviklingshemming er en hjerneorganisk og oftest livslang tilstand. Barn og unge med utviklingshemming utgjør derfor en prioritert gruppe for



**Marianne Berg Halvorsen**  
[Marianne.Berg.Halvorsen@unn.no](mailto:Marianne.Berg.Halvorsen@unn.no)  
Universitetssykehuset  
Nord-Norge HF



**Kirsten Buck Rustad**  
[kirsten.b.rustad@uit.no](mailto:kirsten.b.rustad@uit.no)  
RKBU Nord

 Engelsk sammendrag på [ungsinn.no](http://ungsinn.no)

ISSN 2464-2142

Tidsskrift Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT- Norges arktiske universitet.

utredning i spesialisthelsetjenesten i Habilitering for barn og unge (HABU) (Helsedirektoratet, 2015a). Antall barn og unge som var registrert med en hoveddiagnose på utviklingshemming var 5% i HABUer i Norge i 2015 (Helsedirektoratet, 2015b). Det er imidlertid grunn til å anta at antallet barn og unge med utviklingshemming som mottar tilbud i HABUer i Norge, totalt sett er høyere. Det er fordi utviklingshemming ofte er en sekundær diagnose til andre nevrologiske tilstander eller nevroutviklingsforstyrrelser som cerebral parese og autismespekterforstyrrelser.

Befolkningsbaserte studier viser en forekomst av psykiske tillegglidelser hos barn og unge med utviklingshemming på 30 til 50 % (Einfeld m. fl., 2011). Det er godt dokumentert at barn og unge med utviklingshemming som gruppe opplever mer ensomhet, inaktivitet, overvekt, stigmatisering, mobbing, overgrep og sosiale vansker enn andre barn (Halvorsen & Steinsvik, 2019). Dette kan bidra til at personer med utviklingshemming er ekstra utsatte for å utvikle psykiske tilleggsvaner som angst eller atferdsvansker (Halvorsen m. fl., 2014).

Tiltaket som vi beskriver under, er utviklet for barn og unge med lett utviklingshemming. Ved diagnosen lett utviklingshemming er IQ vurdert til å være mellom 69 og 50, og hos voksne er mental alder rundt 9 til 12 år. Lett utviklingshemming innebærer oftest at personen i voksen alder kan ta hånd om seg selv. Mange av dagliglivets ferdigheter som personlig hygiene, matlaging og andre praktiske og huslige ferdigheter mestres. Det største problemet oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og en del har problemer med å lese og skrive. De språklige ferdighetene varierer, både når det gjelder å forstå og å uttrykke seg. I dagens spesialiserte samfunn opplever hjelpeapparatet at en del med diagnosen lett utviklingshemming vil trenge varierende grad av støtte i voksen alder, spesielt i forhold til økonomi og ivaretagelse av egen helse, innbefattet psykisk og seksuell helse. Mange kan i voksen alder ha en vanlig jobb eller en tilpasset jobb (WHO, 2000).

Kurset er utviklet av og tilbys ved HABU Sykehuset Telemark. Kursrekken ble utviklet fordi det var behov for å tilby oppfølging av barn

og ungdom som fikk diagnosen lett utviklingshemming for å forebygge tilleggsvaner som beskrevet ovenfor. Første kurs ble arrangert i 1995. Målgruppen var den gang ungdom med forståelsvansker/lettere grad av cerebral parese.

Overordnet mål med Telemarksmodellen er å fremme psykisk helse og forebygge sosiale vansker. Kursene har en psykoeduaktiv form, det vil si at barna og deres foresatte får opplæring og informasjon om hva diagnosen psykisk utviklingshemming innebærer for sentrale livsfaser i oppveksten. Aktuelle temaer dekker for eksempel kropp, hygiene, ungdomstid, pubertet, seksuell helse, arbeid og flytte hjemmefra. En slik terapeutisk kunnskapsformidling og møte med andre i samme situasjon, ansees å bidra til økt mestring og kompetanse.

### Beskrivelse og materiell

Tiltakets bakgrunn, innhold og metoder er beskrevet i rapporten Telemarksmodellen: Vegen blir til mens vi går den sammen (Mønnesland & Holm, 2012), i artikkelen «Hva betyr ordene?» (Mønnesland m. fl., 2014) og på en egen nettside (Sykehuset Telemark). I tillegg er det med bakgrunn fra erfaringer med tiltaket, utarbeidet to ordforklaringshafter for ungdom /voksne med forståelsvansker («Hva betyr ordene» og «Hva betyr ordene? Seksuell helse»).

I rapporten Telemarksmodellen beskrives bakgrunnen for utviklingen av tiltaket, målgruppe, samarbeidspartnere og rammer, målsettinger, praktisk gjennomføring av kursene og innhold, samt oversikt over litteratur og materiell. På tiltakets hjemmeside presenteres kort de ulike kursene, datoer og kontaklinformasjon.

### Målsettinger og målgruppe

Den primære målgruppen for kursrekken er barn og ungdom med diagnosen lett utviklingshemming som har vært utredet i HABU, og deres foresatte. Det er et ønske om at begge foreldre/foresatte deltar. Barnet/ungdommen går på mellomtrinnet i barneskole, ungdomsskole eller i videregående skole.

Barn og unge med lett utviklingshemming har forståelsvansker som viser seg i skoleprestasjoner, sosial samhandling, dagliglivets

ferdigheter og samfunnsferdigheter. Kursrekken er derfor et praktisk og anvendelig informasjons- og rådgivingsprogram hvor barnet, ungdommen og deres foresatte får tilrettelagt informasjon og veiledning om sentrale områder i hverdagslivet med funksjonsnedsettelsen.

Det overordnede målet på mellomtrinnet er å styrke det enkelte barnet og deres foresatte i mestring av hverdagen. Dette gjennomføres ved å la barna møte andre barn på samme alder, la de oppleve en møteplass for å snakke om ting som er vanskelig, samt å prøve ut grenser i forhold til aktiviteter. Tilsvarende for foresatte er at de skal få informasjon om offentlige ytelser og funksjonsnedsettelsen, drøfte forelderrollen og møte andre foresatte i samme situasjon.

På ungdomsskolekurset er det overordnede målet å styrke den enkelte ungdom og deres foresatte i møte med ungdomstid/puberteten ved å gi ungdommene ny kunnskap om ungdomstid, seksualitet, aktivitet og ernæring. De får erfare nye sosiale relasjoner og oppleve en møteplass for å snakke om ting som er vanskelig. Tilsvarende for foresatte er å få informasjon og økt forståelse for puberteten/seksualitet relatert til ungdommens funksjonsnedsettelse, samt informasjon om ulike støtteordninger og møte andre i samme situasjon.

For videregående skolekurset er det overordnede målet å styrke den enkelte ungdom og deres foresatte i møte med ungdommens overgang til voksenlivet. Dette gjennomføres ved å gi ungdommene ny kunnskap om ulike aspekter ved å flytte ut av foreldrehjemmet, få innblikk i ulike typer arbeidsforhold samt oppleve en møteplass for å snakke om ting som er vanskelig, og erfare nye sosiale relasjoner. Tilsvarende for foresatte er å få informasjon om ulike aspekter ved at ungdommene flytter hjemmefra, informasjon om offentlige ytelser og møte andre i samme situasjon.

### Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

Kursrekken Telemarksmodellen består av til sammen tre kurs som gis i et gruppeformat til barn og deres foresatte i mellomtrinnet på barneskolen, på ungdomsskolen og i videregående skole.

Barnet/ungdommen og deres foresatte inviteres til å delta på alle tre kursene eller enkeltkurs.

Ett kurs går over fem påfølgende dager for barn og ungdommer, og tilsvarende fire dager for foresatte. Antall deltakere er omtrent ti barn og deres foresatte. En til tre fagpersoner fra HABU/Habilitering fra voksne er til stede på henholdsvis barne-/ungdomsgruppene og foresattegruppen.

Innholdet i kursrekken dekker tema innenfor ulike livsfaser barn og ungdommer med lett utviklingshemming eller forståelsesvansker er i. Aktuelle tema for mellomtrinns-kurset er: i) kropp og hygiene og ii) venner og fritid. For ungdomsskolekurset i) ungdom og puberteten, ii) forelskelse og seksualitet og iii) å sette grenser. For videregående skolekurset: i) arbeid og trygd, ii) å bo i eget hjem og iii) seksualitet, barn/ikke barn. Det legges opp til noe repetisjon av stoff på de ulike kurstrinnene. Det er egne kurs-program for barna, ungdommene og deres foresatte. De deltar samtidig på kursene, men hovedsakelig i separate grupper.

Barna og ungdommene har forståelsesvansker, varierende grad av språklige vansker og lese- og skrivevansker. Metoder for å formidle læringsmål er bruk av visualisering, konkretisering, filmer og rollespill. For eksempel visualiseres handlingsrekkefølgen for ulike hygieneferdigheter ved hjelp av bilder/grafiske tegn og/eller demonstrasjoner. Det anvendes også grafiske tegn som støtte til en del skriftlig informasjon. I gruppesamtalene vektlegges et enkelt språk, repetisjoner, god tid og aktivitet. Vanskelige og sentrale ord blir forklart, skrevet opp på flip-over og kopiert til kurspermen som barna får med seg. Kurspermen inneholder også materiell som deles ut og blir til under kursene. Mye av materialet består av bilder da ikke alle barna kan lese og skrive. Ved slutten av hvert kurs deles det ut et skriftlig evalueringsskjema til alle. Kursholderne leser spørsmålene og enkle grafiske symboler skal lette avkrysningen for barna og ungdommene.

Kursinnholdet for de foresatte er lagt opp som en vekslende mellom formidling av kunnskapsstoff, drøfting og erfaringsutveksling. Det benyttes foredragsholdere fra Sykehuset Telemark som psykologer, vernepleiere, leger, sosionomer,

ergoterapeuter og klinisk ernæringsfysiolog. I tillegg bidrar eksterne foredragsholdere som brukerrepresentant og ansatte fra kulturetat, familievernkontor, videregående skole, miljøarbeidertjeneste, NAV, boligkontor og overformynderi. Gjennom kursrekken gis det kunnskap om hva diagnosen utviklingshemming innebærer i form av utfordringer i hverdagsliv, støtteordninger og rettigheter, foreldrerollen og familieliv, venner og fritid, pubertet og seksualitet, tilpasset videregående opplæring, overgang til voksenliv og bolig, kosthold og ernæring.

### Det teoretiske grunnlaget for metoden

Teoretisk forankring og virkningsmekanismer av tiltaket er ikke nærmere beskrevet i rapporten Telemarksmodellen (Mønnesland & Holm, 2012). I litteraturlisten som følger med rapporten, fremkommer i all hovedsak referanser til norske bøker, rapporter og hefter som omhandler temaet utviklingshemming, psykisk helse, samliv og seksualitet, kropp og hygiene og tilsvarende. Telemarksmodellen kan forståes som et psyko-educativt tiltak. Gjennom tilrettelagt formidling og informasjon om funksjonsnedsettelsen og hverdagsliv, foreldre og familierollen, støtteordninger og deling av erfaringer mellom deltakerne, søker kursrekken å øke barnas og pårørendes opplevelse av mestring og kompetanse og slik fremme psykisk helse og forebygge sosiale vansker.

### Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader

Telemarksmodellen tilbys ved HABU, Sykehuset Telemark i Helse Sør-Øst. Tiltaket er ikke implementert i andre tjenester. Det er angitt at utøvere av tiltaket er ansatte i habiliterings-tjenesten med ulik profesjonsbakgrunn. Videre må det settes av personal-ressurser, lokaler til gjennomføring, samt tid til forberedelser og gjennomføring av tiltaket. Alle barn og ungdom med foresatte som får diagnosen lett psykisk utviklingshemming i HABU Sykehuset Telemark, inviteres til å delta i kursrekken. Implementeringsstrategien og opplæring i tiltaket for

utøvere, er ikke nærmere beskrevet. Det benyttes evalueringsskjema for barn/unge og foresatte etter hvert kurs. Det fremgår at tiltaket kontinuerlig utvikles med bakgrunn i tilbakemeldinger fra kursdeltakere, og hva som til enhver tid er gjeldene problemstillinger for familier med barn med forståelsesvansker og i samfunnet for øvrig.

### Kostnader

Tiltaket er beskrevet å ligge på et lavkostnivå, men eksakt oversikt/regnskap over indirekte og direkte kostnader fremgår ikke.

### Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om Telemarksmodellen kan være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

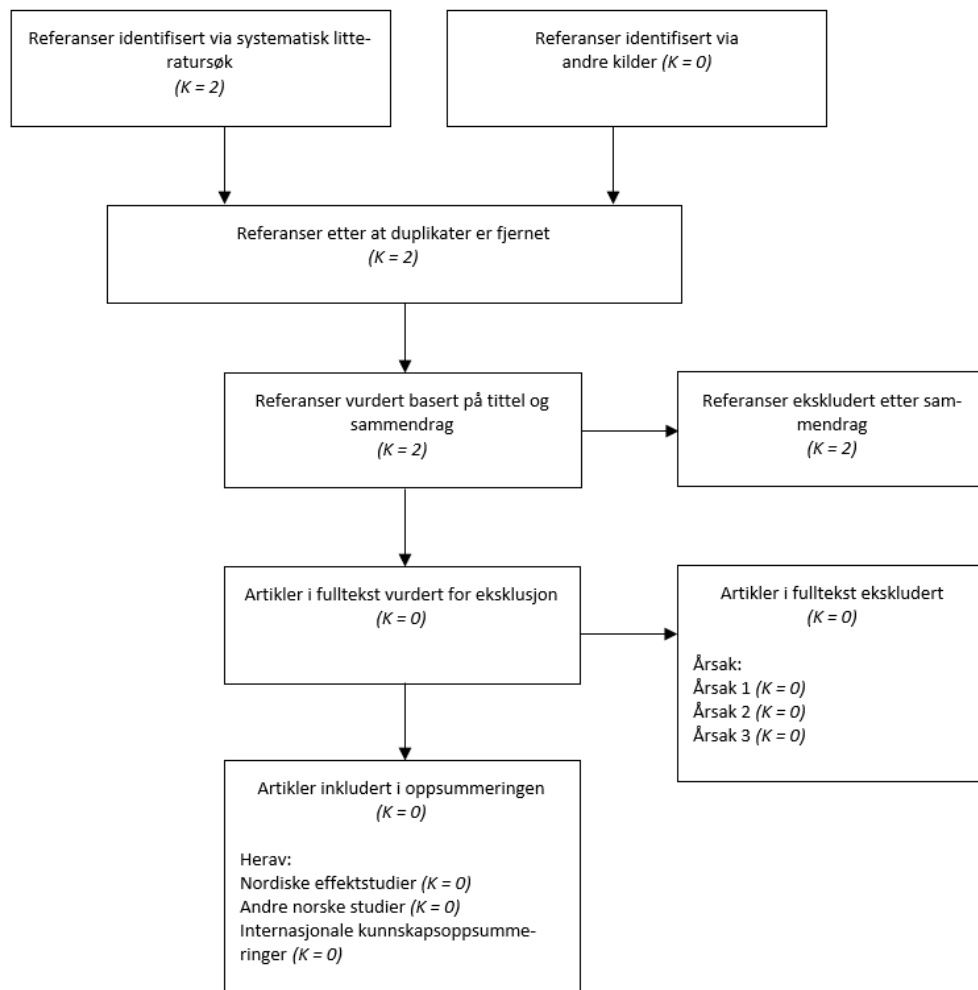
### Metode

Litteratursøk etter studier om tiltaket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART, Cochrane, Google Scholar, Cristin, NORA, Norart, SCOPUS, SweMed+, Campbell, NREPP, NICE, Blueprint, Helsebiblioteket.no, CEBC, Vidensportalen, Metodeguiden og CINAHL plus with Full Text. Søkedato: 03.02.2020. I tillegg ble tiltakseier kontaktet og bedt om å sende inn dokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket, som for eksempel manualer, veiledere, upublisert forskningsdokumentasjon, implementeringsstrategier og kvalitetssikringsrutiner. To forskere gjennomgikk forskningsdokumentasjonen uavhengig av hverandre, og identifiserte eventuell aktuell litteratur for nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer, samt andre norske evalueringer i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2019).

### Resultater

Litteratursøket resulterte i to treff, hvorav ingen artikler ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Det skyldtes at identifisert litteratur ikke inneholdt noen evalueringer av Telemarksmodellen.

## Resultater fra litteratursøk



Figur 1. Flytdiagram for gjennomgang av litteratursøket.

## Gjennomgang av beskrivelser

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse		x	
Målgruppe			x
Hovedmål			x
Sekundærmål	x		
Utforming av tiltaket			x
Metoder som benyttes		x	
Kjerneelementer/ fleksibilitet		x	
Utøvere av tiltaket		x	
Manual/veileder for utøvere		x	
Materiell for mottakere av tiltaket		x	
Undersøkelser som styrker beskrivelsen	x		

Det samlede materialet som foreligger om Telemarksmodellen vurderes ikke som tilstrekkelig som opplæringsmateriell. Materialet fremstår mer som en redegjørelse for historisk utvikling av modellen og innhold i tiltaket. Telemarksmodellen er i det fremlagte materiale ikke fremstilt systematisk, og materiale kan ikke benyttes som en fullverdig manual. Tittelen på rapporten «Telemarksmodellen- vegen blir til mens vi går den sammen» (Mønnesland & Holm, 2012), indikerer at tiltaket ikke er standardisert, men at det tilpasses hver enkelt gruppe. Artikkelen «Hva betyr ordene?» (Mønnesland m. fl., 2014) supplerer rapporten, men fremdeles fremstår beskrivelsene med manglende teoretisk forankring og for lite detaljert på fremgangsmåte. Det er også utfordrende for leser å bla mellom ulike utgivelser for å få en mer helhetlig oversikt. Materialet gir en beskrivelse av utfordringer som målgruppen har, men den kunne vært mer tydelig og omfangsrik. Det mangler beskrivelse av tenkte virkningsmekanismer samt kilder og referanser. Målgruppen fremkommer tydelig i form av inklusjonskriterier (lett psykisk utviklingshemming). Eksklusjonskriterier kunne vært spesifisert ut over for eksempel behov for tolk. Primærmål er godt formulert, men sekundærmål

fremstår som utydelig. Utformingen av tiltaket i form av beskrivelse av blant annet undervisning i grupper, varighet og tematisk struktur er godt beskrevet. Metodene som benyttes beskrives i noe grad, men forutsetter forkunnskap i bruk av disse (for eksempel pyramiden, røde og grønne kort). Forståelsen av ord/begreper er et kjerneelement i modellen og er godt beskrevet. Fleksibilitet ved tilrettelegging av opplegg for hver gruppe er vektlagt, men det er lite beskrevet hvordan man gjør vurderinger på hvilke elementer som skal prioriteres. Det er presentert at Telemarksmodellen kun tilbys ved HABU Telemark, og at de i hovedsak benytter seg av interne ressurser til gjennomføring. En kurskoordinator har det overordnede ansvaret for organisering og delegering av ansvar knyttet til praktiske oppgaver samt internt og eksternt samarbeid. Det er ikke beskrevet om det er noen som defineres som kursledere. Kurskoordinator og psykolog deltar i de fleste temasamlingene, mens det alltid er minst en fra habiliterings-tjenesten til stede. Ergoterapeut og fysioterapeut har stort ansvar for aktiviteter. Opplæring for kurskoordinator, kursholdere eller bidragsyttere er ikke beskrevet. Noe av materialet til kursdeltagere er beskrevet ved titler. Et fullverdig kursmateriell er ikke forelagt artikkelforfatterne.

Oppsummert når det gjelder beskrivelse, etterlyser vi en mer vitenskapelig tilnærming samt en manual som beskriver trinn for trinn hvordan Telemarksmodellen kan gjennomføres.

### Effektstudier

Det foreligger ingen effektstudier på Telemarksmodellen, og det er heller ikke foretatt noen forskningsmessige evalueringer eller kunnskapsoppsummeringer.

### Implementeringskvalitet

I materialet som har blitt forelagt artikkelforfatterne, var det ikke beskrevet noen systematisering av opplæring eller plan for opplæring. Det er derfor naturlig at det ikke foreligger noen implementeringsstøtte eller kvalitetssikring av implementering.



Tabell 2. Implementeringskvalitet

Kategori	Ja	Nei	Ikke Relevant
1. Implementeringsstøtte		x	
2. Kvalifikasjonskrav	x		
3. Opplæring		x	
4. Sertifiseringsordninger		x	
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse		x	
6. Veiledning		x	
7. Identifisering av målgrupper	x		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy		x	
9. Strategier for tilpasning		x	
Samlet skåre	$\Sigma$ 2/9		

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/ utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

## Diskusjon

Hovedmålet med denne artikkelen var å undersøke om Telemarksmodellen er et virksomt tiltak benyttet i normal praksis i Norge, basert på Ungsinns nye kriterier for klassifisering. Resultatene diskuteres dermed på bakgrunn av disse i påfølgende avsnitt.

## Beskrivelse

Telemarksmodellen er i hovedsak tilstrekkelig beskrevet gjennom rapporten Telemarksmodellen: Vegene blir til mens vi går den sammen, sykehusets nettside og artikkelen Hva betyr ordene? (Mønnesland m. fl., 2014). Barn og unge med forståelsesvansker eller en lett psykisk utviklingshemming, utgjør en sentral pasientgruppe i HABU i spesialisthelsetjenesten hvor mange får stilt diagnosen. Det er velkjent at denne pasientgruppen er ekstra sårbar for å utvikle psykiske og sosiale vansker sammenlignet med andre barn. Dette redegjør Telemarksmodellen for. Målgruppen er definert som alle barn og ungdom som får diagnosen lett psykisk utviklingshemming i HABU. Siden en slik diagnose ofte opptrer sammen med andre tilstander, savnes det en spesifisering av hvordan tiltaket tilrettelegger for/ eventuelt ekskluderer barn og unge med tilleggsvansker som for eksempel autismespekterforstyrrelser.

Tiltaket er definert som helsefremmende hvor det overordnede målet for kursene på de ulike alderstrinnene, er å fremme psykisk helse og styrke mestring hos det enkelte barn, ungdom og deres foresatte. Det fremgår ikke hvordan måloppnåelse eller utkomme kan vurderes. Tiltaket benytter et kartleggingsverktøy i form av et evalueringsskjema for barn/ungdom og foresatte etter endt deltakelse. Spørsmålene fokuserer på opplevelse rundt egen deltakelse og opplevd utbytte. Her kunne tiltaket vurdert å inkludere målinger av psykisk helse, mestring og livskvalitet ved oppstart, underveis og ved avslutning av kursrekken, for å evaluere effekten av tiltaket.

Organiseringen og struktureringen av Telemarksmodellen er godt beskrevet. Imidlertid savnes det en detaljert beskrivelse av metoder som anvendes, og det foreligger ikke en detaljert manual som muliggjør en standardisering av utøvelsen av tiltaket. Kontinuerlig avklaring av barnas/ungdommenes forståelse av ord/begreper som brukes i formidlingen av informasjon, vektlegges som et nødvendig kjerneelement i utøvelsen av tiltaket. Utøvere av tiltaket er beskrevet å være ulike yrkesgrupper i HABU, men det mangler informasjon om hvordan opplæring og etterlevelse av tiltaket sikres.

## Teoretisk rasjonale

Det teoretiske rasjonale for Telemarksmodellen og virkningsmekanismer er ikke tilstrekkelig konkretisert.

## Antall effektstudier

Det finnes ingen nordiske effektstudier eller internasjonale kunnskapsoppsummeringer der effekten av tiltaket Telemarksmodellen er undersøkt. Tiltaket kan dermed ikke sies å ha noe dokumentasjon på effekt i henhold til kriteriene i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2019).

## Implementeringskvalitet

Samlet sett er det lav score på implementeringskvalitet (2/9). Dette kommer som en naturlig konsekvens av at Telemarksmodellen per nå kun er beskrevet som et internt tiltak på HABU Sykehuset Telemark. Det fremkommer ingen plan for opplæring i bruk av tiltaket, verken internt eller eksternt.

## Konklusjon

Telemarksmodellen klassifiseres på evidensnivå 1 – Godt beskrevne tiltak

## Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

## Referanser

- Einfeld, S. L., Ellis, L.A. & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143. <https://doi.org/10.1080/13668250.2011.572548>
- Halvorsen, M., & Steinsvik O. O. (2019). Barn og unge med nedsatt funksjonsevne eller kronisk sykdom. I Hansen, M. B., Adolfsen, F., Martinussen, M. (red.) *Familiens hus: Organisering og faglige perspektiver 2. utgave* (s. 205-215). RKBUNord, UiT.
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J., Myrbakk, E., Brøndbo, P. H., Steinsvik, O. O. & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), 210-215.
- Helsedirektoratet (2015a). *Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten*. Prioriteringsveileder. Hentet 26.05.2020 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>.
- Helsedirektoratet (2015b). *Samdata spesialisthelsetjenesten* (Rapport). Hentet 26.05.2020 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten>.
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S-P., Patras, J. & Mørch, W-T. (2019). *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak*. 2. utgave (V2.1). UiT Norges Arktiske Universitet.
- Mønnesland, E. & Holm, R. (2012). *Telemarksmodellen. Vegen blir til mens vi går den sammen*. Sykehuset Telemark HF. Habiliteringsseksjonen for barn og unge.
- Mønnesland, E., Melteig, A., & Holm, R. (2014). *Hva betyr ordene? Begrepsforståelse hos personer med nedsatt kognitiv funksjonsevne*. Tidsskriftet SOR Rapport. 2, (s. 10-19). <https://stiftelsen.no/images/tidsskriftarkiv/2014/2/10-19.pdf>
- Robertson, K., Melteig, A., & Holm, R. (2016). *Hva betyr ordene? Seksuell helse*. Sykehuset Telemark HF. <https://www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/ordbok/C3%B8ker/Ordbok%20-%20Hva%20betyr%20ordene%20seksuell%20helse.pdf>
- WHO (2000). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Klinisk beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Som alle artikler i Ungsinn, kan denne fagfelle-vurderte artikkelen arkiveres og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se bunntekst), ingen kommersiell bruk og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Mottatt: 15.10.2020  
Godkjent: 28.10.2020  
Publisert: 01.12.2020  
Redaktør: Charlotte Reedtz