



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Depression as concomitant and intensifying element to other psychiatric diseases.

- Do professional health personnel recognise the depression?

Jarle Gjerde

Totalt antall sider inkludert forside: 37

Molde, 2. oktober 2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Depresjon som følgelidelse og forsterkende element i andre psykiske lidelser.

- Ser de profesjonelle hjelperne depresjonen?

Tittel på engelsk: Depression as concomitant and intensifying element to other psychiatric diseases.

- Do professional health personnel recognise the depression?

Forfatter(e): Jarle Gjerde

Fagkode: VPL05

Studiepoeng:

Årstall: 2009

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 2.9.2009

Fanget

*Hva er det jeg ikke forstår?
Hvorfor vil ikke kroppen min virke?
den lar seg verken lee eller lirke.
Er det bare hjertet som slår?*

*Jeg ser det som må gjøres,
er bare så sliten, tankene så tunge.
Hjelpeløs er jeg, som en liten unge
det er som det ikke kan røres.*

*Det er så vondt og trist,
å føle på og fortvile,
over behovet for hvile.
Når man ikke noe har vist.*

*Likeså å kjenne andres forakt.
Det er jo så uendelig mye jeg vil,
men jeg får det bare ikke til.
I egne øyne blir jeg et slakt.
Jeg er fanget i eget sinn.*

anonym

Takk til mine to snille døtre for utholdt pappa

Takk til Karl Yngvar – veilede kan du

Innholdsfortegnelse	Side:
1.0 Innledning	5
1.1 Presentasjon av tema og mitt ståsted	5
1.2 Relevans til vernepleierfaget	5
1.3 Formålet med oppgaven – min agenda	6
1.4 Disposisjon, hvordan jeg har løst oppgaven	6
2.0 Tema og problemstilling	7
2.1 Tema	7
2.2 Problemstilling	7
2.3 Definisjoner	7
2.4 Avgrensninger	8
3.0 Metode	8
3.1 Valg av metode relatert til problemstillingen	8
3.2 Begrunnelse for, og beskrivelse av metode – validitet og reliabilitet	9
3.3 Forforståelse – egen forforståelse i hensyn til drøftingen	11
4.0 Teori	12
4.1 Depresjon	12
4.2 Årsaksforhold	13
4.3 Symptom på depresjon	15
4.3.1 Kognitive symptomer – tanker og følelser	15
4.3.2 Kroppslige symptomer	17
4.3.3 Atferdsmessige symptomer	18
4.4 Forekomst	18
4.5 Depresjon som følgelidelse	19
4.5.1 Komorbiditet	19
4.5.2 Omkostninger og økte ressursbehov	20
4.6 Behandling av depresjon	21
4.6.1 Allmenne prinsipper	21
4.6.2 Fysisk trening	22

Innholdsfortegnelse	Side:
4.6.3 Lysbehandling	22
4.6.4 Nyttige råd	22
4.6.5 Selvmordsfare	22
4.7 Sammendrag av teori	23
5.0 To case	24
5.1 Evig runddans – Worst case”	24
5.2 En litt lysere skjebne – ”Best case”	25
6.0 Drøfting av teori opp mot ovennevnte to caser	27
7.0 Oppsummeringer og konklusjoner	32
7.1 Generell oppsummering	32
7.2 Forbehold og begrensninger	33
7.3 Refleksjon	33
7.4 Forslag til tiltak og forskning	34
8.0 Litteratur og kilder	35
8.1 Pensumlitteratur	35
8.2 Selvvalgt litteratur	35
8.3 Kilder	36
8.4 Forskningsrapporter	36
8.5 Internasjonale standarder	36
8.6 Hefter	37

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og mitt ståsted.

Denne oppgaven er min fordypningsoppgave i tilknytning til siste semester i min utdanning til vernepleier. Temaet er fundert i min interesse for, og tanker om depresjoner, og hva denne alvorlige og utbredte psykiske lidelsen gjør med mennesker som også har andre psykiske lidelser. Depresjon er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene (Snoek og Engedal 2005).

En stor del av populasjonen innen psykisk helsevern sliter med depresjon enten som primærlidelse eller som følgelidelse (Eknes 2006). Jeg har imidlertid inntrykk av at depresjon i liten grad fanges opp når den forekommer som følgetilstand. Kan det være at profesjonelle hjelpere hovedsakelig fokuserer på primærlidelsen, for eksempel schizofreni, mens de kanskje overser eller nedprioriterer komorbide sykdommer og lidelser, deriblant depressive tilstander. Gjennom de ulike studiepraksisene har jeg opplevd at mennesker jeg har arbeidet for, i ulik grad har manglet motivasjon og eller mestring i hensyn til å bedre egen helse- og livssituasjon. Mitt inntrykk er at dette er fundert i egen livssituasjon, og at det kommer til uttrykk som depresjoner, depressive følelser, eller som i noen tilfeller kanskje best kan beskrives som håpløshet. I noen grad har jeg også inntrykk av at negative erfaringer styrer den enkelte, som; ”det nytter ikke uansett, jeg har jo forsøkt, eller jeg blir ikke forstått”.

Tilværelsen oppleves ofte av den deprimerte som grå eller svart, og at før enkle gjøremål, er blitt uoverkommelige oppgaver. De har ikke energi til å utføre ”enkle” oppgaver, langt mindre krefter til å komme ut av situasjonen. Deprimerte kan gjerne lengte etter kontakt med andre mennesker, men ofte unngår de, eller trekker de seg bort fra andre (Eknes 2006).

Jeg ønsker å rette fokus på de alvorlige konsekvensene depresjon representerer for det enkelte mennesket, samt å belyse om, og hvordan profesjonelle, ser og håndterer depresjoner hos pasienter/brukere de møter. Jeg vil forsøke å belyse problematikken ut i fra både et individ- og systemperspektiv.

1.2 Relevans til vernepleierfaget

Som vernepleier har jeg en bachelorgrad utdanning i helse- og sosialfag med hovedfokus på arbeid med mennesker med ulike fysiske og psykiske hemninger. Vernepleieren har god kompetanse innenfor emner som samfunnsfag og juss, helsefag, psykologi og pedagogikk og miljøarbeid. En vernepleier kan ut fra sin helse- og sosialfaglige

kompetanse vurdere tiltak rettet mot både brukerens behov (herunder fysiske, somatiske, psykiske, sosiale og kognitive ressurser/behov), men vil også kunne identifisere og tilrettelegge eventuelle begrensede rammebetingelser i brukerens miljø (FO – vernepleierens helsefaglige kompetanse).

Problemstillingen er relevant i forhold til vernepleierens kompetanse. For mennesker med depresjon, enten det gjelder depresjon som hoved- og eller følgelidelse, vil vernepleierens kompetanse innen helhetlig tenking, psykologi, brukermedvirkning og brukerperspektiv, kunne gjøre gode bidrag til bedret helse- og livssituasjon for den deprimerte. Viktig her også å nevne de yrkesetiske prinsippene vernepleiere skal jobbe etter. Vernepleierens kunnskaper om å søke adekvat teori og veiledning, samt fokus på tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid er også viktige elementer her.

1.3 Formålet med oppgaven – min agenda

Jeg vil benytte bacheloroppgaven til å lære mer om depresjoner. Jeg ønsker å lære hvordan depresjoner kan oppstå og hva de gjør med mennesker, hva depresjoner kan bety for rehabilitering og habilitering. Hvordan kan jeg som profesjonell best hjelpe mennesker med slike lidelser? Jeg tenker at jeg i dette arbeidet vil berøre områder som kommunikasjon, samhandling, hvordan jeg tenker, mine verdier og min forståelse av sykdommen. Min erfaring med depresjoner er dels selvopplevd, dels skapt i møter med mennesker i ulike livsfaser, samt empiri fra studiepraksiser og noe teori. Problemstillingen er fundert i ytterst få opplevelser, men det unndrar likevel ikke verdien av temaet og problemstillingene, fordi dette kan være av uvurderlig betydning for det enkelte menneskes opplevde livskvalitet. Jeg tenker at dette er et område hvor en liten innsats fra helsepersonell kan gjøre vesentlig forskjell, eksempelvis om enkeltmennesket opplever å bli sett og tatt på alvor i sine vansker.

1.4 Disposisjon, hvordan jeg har bygd opp oppgaven

Jeg har valgt å følge skolens forslag/modell til disposisjon for denne oppgaven. Den fremstår for meg som ryddig og lett å arbeide med. Jeg mener den også skaper en layout som leserne vil finne oversiktlig og lettlest. Kapittel en starter med presentasjon og disposisjon. Videre følger bakgrunn for temavalg og hvilken relevans dette valget har til vernepleierfaget. I kapittel to møter du igjen temaet og problemstillingen med avgrensninger, samt noen sentrale definisjoner. I kapittel tre presenterer jeg hvilke metoder jeg har valgt, samt beskrivelse av, og begrunnelse for metode.

I kapittel fire har jeg valgt å trekke inn mye og bred teori for å synliggjøre hvor alvorlig sykdommen er. Her vil du finne en bred beskrivelse av depresjoner, samsykklighet og årsaksforhold, videre om ulike symptomer, forekomst og behandlingsalternativer. Mengden og bredden her er et bevisst valg fordi jeg mener denne teorien er svært viktig kunnskap å ha for alle som arbeider med mennesker i hjelperelasjoner. Bær over med meg om du synes det ble i meste laget, denne oppgaven har også vært min læring om temaet. Det neste du møter er to kjekke karer som bor i hvert sitt case. Det er opp mot livssituasjonen til disse to jeg i del seks drøfter problemstilling og teori. Til sist møter du oppsummering, konklusjon og refleksjoner i kapittel sju. Helt i enden (åtte) finner du litteratur og kildehenvisninger.

2.0 Tema og problemstillinger

2.1 Tema

Psykisk helse – depresjon – komorbiditet til psykiatriske diagnoser og psykiske tilstander. Depresjoner, depressive tanker og følelser forsterker diagnoser og tilstander, samt vanskeliggjør eller hindrer rehabilitering og habilitering (Eknes 2006).

2.2 Problemstilling

Hvilken betydning har depresjon som ledsagende og forsterkende element i andre psykiske lidelser, og ser profesjonelle hjelpere depresjonen?

2.3 Definisjoner

Depresjon: Sykelig tilstand med alvorlig langvarig nedstemthet, ofte i forbindelse med sterke hemninger og søvnvansker. Fortvilet og/eller skyldbetyngt sinnstilstand.

Endogen depresjon – oppstår av seg selv, kommer ofte periodevis, av og til avløst av maniske perioder (jf manisk – depressiv sykdom).

Eksogen depresjon – forårsaket av eksempelvis tap av nær person eller vanskelig motgang.

Komorbiditet – kan defineres som samtidig forekomst av ulike lidelser hos samme individ i en definert tidsperiode.

Korrelasjon – sammenheng mellom ulike variabler

2.4 Avgrensinger

Problemstillingen favner veldig vidt. Jeg har derfor avgrenset oppgaven til å fokusere på depresjonen og hvilke konsekvenser den kan gi. Den eller de øvrige diagnosene pasienten

har, blir her beskrevet som hoveddiagnose. Om behovet for å eksemplifisere tilsier det, vil jeg trekke inn en adekvat diagnose. Depresjon sorter under gruppebetegnelsen affektive lidelser, som har flere nært beslektede diagnoser. Disse blir holdt utenfor i teoridelen, men kan forekomme i drøftingen av teorien opp mot de to casene.

I oppgaven vil jeg blant annet forsøke å finne svar på hva som kan utløse depresjoner, hvordan ulike faktorer innvirker på depresjoner, samt hvordan depresjoner påvirker rehabiliteringsløp. Videre vil jeg trekke inn den profesjonelles rolle, for å se hvordan de best kan og bør forholde oss til mennesker med depresjoner.

3.0 Metode

Med begrepet ”metode” forstår vi en planmessig fremgangsmåte. Metodisk arbeid handler derfor om å innhente og systematisere kunnskapsdata, samt skaffe seg innblikk og forståelse (Linde og Nordlund 2003) (Bø og Helle 2003).

3.1 Valg av metode relatert til problemstillingen.

En profesjonell miljøarbeider skal skille mellom hensiktsmessige og uhensiktsmessige metoder. Metodevalget skal knyttes til enkeltindividets egenart. Generell informasjonshenting (forundersøkelser) danner grunnlag for å kunne velge hvilke metoder som vil være formålstjenlige i det videre arbeidet (Linde og Nordlund 2006). Jeg velger hovedsaklig å bruke både systematisk metode og usystematiske metoder. Dette innebærer både samtaler og kildegransking, samt tilfeldig informasjon. Mitt metodevalg er fundert i hva slags informasjon jeg har søkt i forhold til problemstillingen min, og er følgende metoder:

1. Kildetolking (dokumentanalyse)
2. Usystematisk observasjon
3. Kollegasamtaler (informanter)

3.2 Begrunnelse for, og beskrivelse av metode – validitet og reliabilitet

Jeg har valgt å innlede her med en kort beskrivelse av kvantitative og kvalitative metoder. Videre har jeg valgt å presentere de tre metodene hver for seg, med begrunnelse og beskrivelse, samt kommentarer om validitet og reliabilitet i den enkelte presentasjonen. Dette kan i seg selv utgjøre en feilkilde, da jeg føler meg noe utrygg på hvorvidt jeg har kompetanse og erfaring til å vurdere dette. Dalland (2000) skriver at det er et

grunnleggende krav at dataene har relevans til problemstillingen, da er de også valide. Om reliabilitet skriver Dalland at det handler om å samle inn data på en slik måte at de er pålitelige.

Ved kvalitativ metode forsøker man å finne egenskaper eller karaktertrekk (kvaliteter), for deretter å se etter mønstre for å forstå et fenomen. I kvalitative metoder kan vi finne ut om, og eventuelt hva som skjuler seg bak opplysningene som kommer fram gjennom kvantitative undersøkelser. (Aadland 2007). Kvalitative data kan innhentes både i tekster, ved ulike observasjoner eller samtaler i ulike former (Linde og Nordlund 2003).

Kvantitativ metode kjennetegnes ved at vi forsøker å måle og telle noe, for slik å oppnå presisjon og nøyaktighet. Vi kan kontrollere hva vi spør om, utformingen av våre spørsmål og hvem som skal spørres. I helse- og sosialfaglig sammenheng er det begrenset hvor mye kunnskap man kan finne ved bruk av kvantitative metoder. (Aadland 2007).

Kildetolking (dokumentanalyse):

Er en kvalitativ metode. Jeg sorterer her både faglitteratur og publikasjoner på nettet under dokumenter. Dette er offentlig tilgjengelige data som er publisert av andre. Viktig her er å kvalitetssikre kildene ved å undersøke hvem som står bak, at informasjonen er vitenskaplig fundert og ikke mer bærer preg av meningsytringer (jf kronikker o.l), at publikasjonene representerer den nyeste forskning og at den er publisert av anerkjente forfattere med god faglig bakgrunn, og gjennom anerkjente kanaler. Dokumentanalyse er valgt fordi jeg tenker de er de mest reliable kildene. Mangelfullt utvalg av søkeord på nettet kan gi svakere kildeutvalg ved at jeg ikke finner nok relevante opplysninger. Mangelfulle språkkunnskaper og egne oversettelser av eventuelle utenlandske kilder kan føre til både svak validitet og svekket reliabilitet. Egen forforståelse kan farge både valg av kilder, og min tolking av relevans i opplysninger som finnes i kildene. Validiteten har jeg forsøkt å ivareta ved å søke den nyeste tilgjengelige teorien, reliabiliteten ved å følge fagpersoners anbefalinger om kilder, samt å forsøke ettergå bakgrunnen til den/de som har forfattet og publisert dokumentene og rapportene.

Usystematisk observasjon:

Med denne metoden har jeg fått større innsikt i vansker som mennesker med langvarige og sammensatte psykiske vansker kan ha. Dette er empirisk og udokumentert kunnskap, så reliabiliteten her har kanskje ikke så veldig stor validitet. Empirien er fundert i hendelser som har skjedd i samhandling med pasienter med lidelser som har relevans til problemstillingen. Viktig her å fremheve at jeg har opptrådt slik at likeverdet i samhandlingen best mulig er blitt ivaretatt. Jeg opplever til en viss grad noen sammenfall

mellom disse erfaringene og den kunnskapen jeg finner i teorien, men her er det viktig å reflektere over hvordan jeg har fått erfaringene. De åpenbare feilkildene er flere, og kan i stor grad påvirke disse erfaringene. Eksempelvis kan min tilstedeværelse bidra til å endre den andres væremåte og meddelsomhet, ikke minst også dennes uttalelser. Vedkommende kan ha ulike motiver for å fortelle meg noe, det være seg noe denne tror jeg vil like, eller noe som vedkommendes tror kan fremme dennes status. Hvis jeg smiler og er veldig utadvent, kan det smitte over på en pasient, men det kan også forsterke forskjellen mellom oss, og dermed også skape større avstand i relasjonen.

Reliabiliteten kan svekkes fordi det er min subjektive fortolkning av hendelser eller utsagn som ligger til grunn for den ferdige erfaringen jeg har fått. Min forforståelse spiller også en rolle, og denne vil i noen grad også kunne farges av mitt teoretiske kunnskapsnivå. Ikke desto mindre verdsetter jeg denne kunnskapen høyt, fordi den er viktig i mitt daglige arbeid, og det vil jo i hovedsak være denne jeg responderer ut fra i hendelser jeg møter. Den danner sammen med mine teoretiske kunnskaper også mitt grunnlag for å reflektere, både for meg selv og i samtaler og diskusjoner med kolleger.

Kollegasamtaler (informanter):

Kollegasamtalene kan ikke regnes som kvalitativ metode, fordi dette ikke er intervjuer hvor jeg har forberedt spørsmål til de ansatte om deres tanker og opplevelser av problemstillingen. Ikke har jeg nedtegnet de opplysningene jeg fikk heller. De har derimot bidratt med sine synspunkter på problemstillingen, og slik også til å belyse og utvide mine perspektiver omkring problemstillingen. Validiteten i denne kunnskapen mener jeg er relativt stor, idet den er kommet fra en relativt sammensatt gruppe kolleger, som i hovedsak har lang yrkeserfaring, og fordi de kjenner pasientene godt. Reliabiliteten kan derimot være mye svakere, fordi en langvarig hjelper – pasient relasjon kan bli statisk. Med det mener jeg at pleier kan ha dannet seg et bilde av pasienten for år siden. Det er ikke uvanlig at et menneske forandrer seg over tid, jeg har i hvert fall gjort det. Hvis pleieren ikke tar opp i sitt bilde av pasienten de endringene som skjer, svekker det reliabiliteten i de kunnskapene jeg får fra pleieren. Kunnskapen er også deres subjektive fortolkninger, og kan i likhet med min subjektivitet være farget av meninger og holdninger. Engasjement er også en faktor som kan påvirke her.

Jeg tenker at disse tre metodene kan relateres til kompetansetrekanten som beskrives av Skau (2002). Da tenker jeg at kildetolkningen representerer den teoretiske kunnskapen, at

de erfaringer jeg bringer med meg i usystematiske observasjoner er min personlige kompetanse, og de samtaler og refleksjoner jeg har i kollegasamtalene vil i hovedsak være fundert i mine yrkesspesifikke ferdigheter, og slik danne grunnlag for disse samtalene/refleksjonene.

3.3 Forforståelse – egen forforståelse i hensyn til drøftingen

Vi møter andre mennesker med et sett av forutinntatte holdninger og meninger. Det er de forutsetningene vi bringer med oss, selve forforståelsen, som avgjør om vi finner mening i det vi møter Aadland (2004). Mine verdier og holdninger, samt erfaringer vil prege min forforståelse. De er mine ”briller” i møte med verden. Jeg opplevde selv for mange år siden å ha en depresjon, og husker godt hvordan livet følte da. Jeg tenker at den opplevelsen nok har forsterket min holdning til hvor viktig dette temaet er, og bør være for profesjonelle hjelpere.

Jeg har gjennom datainnsamlingen til denne oppgaven lært mye om depresjon. Om hvor omfattende og sammensatte symptomer diagnosen har, og om spennvidden i graden av styrke. Jeg kan tilstrebe objektivitet i innsamlende data, men kan også ut fra egen erfaring vektlegge data jeg oppfatter som viktigere enn andre. Datainnsamlingen min vil slik kunne innholde objektive data, men helheten dataene danner kan være farget av min subjektive erfaring – helheten er formet slik at jeg kjenner den igjen. Dette vil også kunne komme til uttrykk i drøftingen, ikke minst i form av hva jeg velger å vektlegge, og hva jeg utelukker. Den vil også være fundert i mine subjektive meninger om temaet.

4.0 Teori

Jeg har som leseren vil se gått rimelig bredt ut i innsamlingen av data, og dette er et bevisst valg fundert i at jeg mener dette er svært viktig kunnskap for helsepersonell. De alvorlige konsekvensene som kan følge av en depresjon, mener jeg underbygger min påstand.

4.1 Depresjon

Depresjon er ikke en klart avgrenset tilstand, men kjennetegnes av rekke symptomer som kan ligne på følelser vi alle har kjennskap til, som håpløshet, nedtrykthet, tretthet,

irritasjon, ubesluttsomhet og lignende. Tilstanden er gjerne omtalt som en av de nye folkesykdommene.

The Global Burden of Disease Study (DALY)¹ fant at alvorlig depresjon var den fjerde største årsak til funksjonsnedsettelse på verdensbasis i 1990, og predikerte at depresjon vil ligge på andreplass i år 2020, etter iskemisk hjertesykdom (liten blodtilførsel til hjertemuskelen). Denne høye rangeringen gjenspeiler både lidelsens hyppighet og dens ødeleggende følger. (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001).

Variasjoner i styrke og omfang er stort, og spenner fra lettere depressiv lidelse til alvorlig depresjon. Med lettere beskrives funksjonssvikten, ikke hvordan en deprimert opplever sin tilstand. Alvorlig depresjon kan være svært ødeleggende for de som rammes, og blir i de alvorligste tilfellene betegnet som ”alvorlig sinnslidelse” (jf juridisk terminologi), og kan hjemle bruk av tvangsinnleggelse i psykiatrien hvis pasienten regnes å være til fare for seg selv eller andre (jf § 3.3 psykisk helsevernlov). Blir depresjon diagnostisert, skal den forstås som en sykdom eller psykisk lidelse. I alvorlige tilfeller kan den deprimerte kan utvikle særlig kraftig mindreverdighetsfølelse, og eller skyldfølelse, samt tanker om at de bare er til bry for sine nærmeste. Depresjon kan også berøre pårørende og nettverk i den forstand at den syke kan endre atferd og bli mer aggressiv, trekke seg tilbake fra sosiale hendelser eller oppleves som avvisende og negativ. Aggresjon er minst sannsynlig å forekomme i de dypeste depresjonene. Selvmordstanker er ikke uvanlig i alvorlige tilfeller, og i verste konsekvens kan depresjoner derfor være dødelige (Eknes 2006) (Snoek og Engedal 2005).

(DSM – IV The *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*).

4.2 Årsaksforhold

Årsakene bak depresjoner kan være svært sammensatte, og kan utløses av ulike faktorer som tragiske opplevelser og hendelser, psykososialt miljø, kultur og samfunn, samt arv og biologi. Skal man finne hva som ligger bak en depresjon, er det viktig å forstå at årsak og virkning er sirkulære og ikke bare går en vei. Depresjon kan slik også forstås som selvforsterkende, og eksempel på dette kan være at mens depresjon kan føre til søvnvansker, kan manglende søvn forsterke depresjonen. Eller om depresjon fører til at man isolerer seg, kan isolasjonen medføre at depresjonen opprettholdes, forlenges og forverres (Eknes 2006).

En depresjon kan bryte ut etter vanskelige livssituasjoner. Eksempelvis vil vonde opplevelser som tap av et menneske man har nært, enten det er gjennom død eller skilsmisse, overgrep, alvorlig sykdom og økonomiske problemer kunne utløse depresjon. Det samme kan også gjelde ved tap av jobb, samt tap av selvrespekt. Slike ytre årsaker har gjerne særlig sterkt medvirkende årsak til det første utbruddet av depresjon et menneske opplever. Eknes (2006) skriver at i en undersøkelse (Kendler mfl 1999) blant 2000 tvillinger fant man høy korrelasjon (sammenheng mellom ulike variabler) mellom belastende livshendelser og depresjon. Tallene er lavere ved andre og tredje gangs depresjoner. Grunnen kan være at det ved første gangs depresjon oppstår en psykologisk og nevrologisk sårbarhet som kan utløse ny depresjon uten særlige ytre årsaker. Depresjoner kan ramme de aller fleste mennesker, og altså utløses av mange ulike årsaker. For mange til at jeg skal gå inn på alle her (Eknes 2006).

Vanskelige relasjoner og tapt barndom, herunder omsorgssvikt, overgrep, kriser og traumer vil kunne bidra til at en person utvikler skyldfølelse, lavt selvbilde og lært hjelpeløshet. Dette kan i sin tur bidra til å utvikle reaksjonsmønstre som vanskeliggjør å skape trygge, stabile sosiale relasjoner. Dette bidrar klart til å gjøre en sårbar for depresjoner. Svake nettverk kan i og for seg også være en sirkulær årsak, idet bortfall av enkeltpersoner vil svekke nettverket ytterligere, og derved øke sårbarheten i hensyn til depresjon. Videre kan skam være en vesentlig faktor til depresjon, eksempelvis kan en person som har opplevd overgrep i barndommen, senere utvikle skamfølelse fordi ”det var min skyld at det skjedde”. Skyld er for øvrig også en sentral faktor, og mennesker kan oppleve ikke å strekke til i relasjoner eller leve opp til egne eller andres forventninger (Eknes 2006).

Sosiale ferdigheter er særlig sentrale, og svake sosiale ferdigheter og manglede opplevelse av mestring i sosiale situasjoner kan medføre at en trekker seg unna slike settinger, som igjen kan medføre ytterligere svekkede sosiale ferdigheter. Mangel på den sosiale støtten som ligger i gjensidige og tette relasjoner er en markert faktor som bidrar direkte til å utvikle depresjon. Grublende og oppkonstruerende tenking omkring relasjoner er også en faktor, som gjerne henger sammen med svake sosiale ferdigheter. En hendelse kan alltid tolkes på ulike måter, det samme gjelder for egen oppfattelse av seg selv som menneske. Der andre i utgangspunktet bare ser en helt vanlig og hyggelig person, kan personen selv ha en helt urimelig og negativ oppfatning av seg selv. Vedkommende ser bare negative

sider ved seg selv, og er blind for de positive. Negative og uheldige tenkemåter forårsaker og opprettholder i stor grad depresjoner. Eknes (2006) (Beck 1976) beskriver seks ulike kognitive feilmekanismer som forklaring på ovennevnte negative fokus.

Feilslutninger; som hvis en man kjenner haster forbi uten å se deg, blir dette utelukkende betraktet som en avvisning.

Negativ perseptuell seleksjon; man tar innover seg den sure naboen, og unnlater å tenke på alle de hyggelige naboene.

Overgeneralisering; en saks- eller episodebetinget irettesettelse blir generalisert til å være et uttrykk for at den irettesettende part ikke liker vedkommende.

Overdrivelse: om en person i en gruppe uttrykker mistillit til deg, kan dette få gyldighet til hele gruppen. Motsatt; underdrivelse av en god prestasjon vil bli nedvurdert og bagatellisert.

Selvhenførelse (det som skjer har forbindelse til en selv); en person som er lei seg, er det på grunn av noe du sa eller gjorde mot vedkommende.

Dikotom tenking (todelt); alle opplevelser er i sort/hvitt uten nyanser – enten er folk snille eller slemme, og gjerne med størst fokus på det negative (Eknes 2006).

4.3 Symptomer på depresjon

4.3.1 Kognitive symptomer – tanker og følelser

Deprimert følelse er en naturlig følge av å ha en depresjon, men det er ikke en forutsetning for å ha depresjon. Enkelte med depresjon beskriver ikke følelsen av den grunn de har hatt den så lenge at den blir normaltstand, mens andre kan omsette følelsen til irritasjon. De fleste tilfeller er milde og moderate, uten at det avdramatiserer alvorligheten. I dype og alvorlige depresjoner kan det gå så langt at man ikke kjenner noen følelser, verken glede eller tristhet. Mange vil oppleve å miste interessen for omgivelsene sine, de blir likegyldig til forhold som tidligere betydde noe/mye for dem. Livsgleden er liksom borte og følelser av tomhet og gledesløshet er deler av et sentralt symptom ved depresjon. (Eknes 2006).

Depresjonen griper inn i måten man fortolker og oppfatter verden på. Eksempelvis vil en kommentar kunne være morsom i en ikke – deprimert periode, mens den i motsatt fall vil kunne oppfattes som uvennlig og ondsinnet. Det er altså ikke det som blir sagt som har endret seg, men hvordan det blir fortolket av den deprimerte. Deprimert tenking kan sies å

være fokusert på negative ting som understøtter depresjonen, samtidig som man filtrerer ut ting som kan "true" depresjonen. Forventningene ligger mot at ting utvikler seg negativt, og man fortolker underveis slik at man får rett. Og rett er slik en bekreftelse på ens egen mislykkethet. De positive opplevelsene som hender, tolkes som høyst forbigående fenomener. De kan også fortolkes som ytre hendelser og omstendigheter. Den deprimerte tar enten selv skylden for de negative, eller skylder på andre personer (Eknes 2006).

Fokus ved depresjoner er rettet mot enkelthendelser eller enkeltforhold. Det er vanskelig for den deprimerte å se helheten i sin egen tilværelse. Den mørke sinnsstemningen "skygger" for løsninger på problemer, og utydeliggjør hva som er viktig og hva som er betydningsfullt. Små bagateller kan oppleves som uoverkommelige problemer (Eknes 2006).

Lavt selvbilde er en vanlig følge av å være deprimert, og man kan i tiltagende grad se seg selv som svak, verdiløs, dum, ubetydelig og mislykket. De destruktive tankemønstrene kan bidra til at man ikke søker å oppnå sosial anerkjennelse og positive bekreftelser, enda det gjerne er det man ønsker. Det destruktive tankesettet overskygger håpet og troen på noe bedre, og det kan være vanskelig å forestille seg at fremtiden blir bedre. Andres forsøk på å overbevise om at det vil bli bedre fremover når ikke inn – de hører hva som blir sagt, men klarer ikke å forestille seg det (Eknes 2006).

Irritabilitet er vanlig, med unntak av ved de dypeste nivåene i depresjon. Evnen til å oppleve sinne og irritasjon kan forsterkes ved en depresjon. Når irritasjonen blir uttrykk ved kjefting på- og kritikk, er det ikke uvanlig at man selv ser urimeligheten i det man gjør. Det kan føre til skyldfølelse – som igjen kan forsterke depresjonen (Eknes 2006).

Konsentrasjonsvansker og nedsatt hukommelse er også vanlige symptomer. Depresjon kan føre til nedsatt kognitiv funksjon, og både oppmerksomhet og hukommelse som arbeidsminne og episodisk hukommelse kan rammes. Først og fremst er det positive og nøytrale ting som glemmes. Derimot blir evnen til å huske det negative vanligvis ikke tilsvarende nedsatt. Det er som hukommelsen generelt blir nedsatt, mens negative hukommelsesbilder får forkjørsrett (Eknes 2006).

Deprimerte kan få store vansker med å ta avgjørelser som tidligere sorterte under hverdagslige beslutninger. De kan oppleves som krevende og utmattende, og betydningsfulle avgjørelser kan bli overveldende og skremmende. Også motivasjon kan rammes, og den deprimerte kan oppleve tap av energi og interesse. Man føler seg apatisk og ting som før kunne oppleves som både lystbetont og interessant, kan nå fremstå som nytteløst og uoverkommelige oppgaver (Eknes 2006).

Man kan også bli mer sårbar under depresjoner, og man reagerer sterkere på andres språklige og kroppslige uttrykk enn tidligere. Man tar i større grad ting innover seg og blir fortere lei seg. Også her nedtones positive opplevelser, og negative forhold forstørres. Sårbarheten i kombinasjon med økt negativt fokus bidrar også til andre typer negativ tenking som tristhet, skyldfølelse, skam, misunnelse, bitterhet og sjalusi. Alle disse tenkemåtene gir god næring til forlengelse av depresjonen og vanskeliggjør bedring (Eknes 2006).

4.3.2 Kroppslige symptomer

Apetittforandringer er symptomer ved depresjoner, og ved lettere tilfeller vil en del personer øke matinntaket (jf trøstespising). Ved dypere depresjoner er det motsatte vanligere, og noen kan slutte helt å spise. Dette er vanligvis ikke livstruende da dype depresjoner oftest går over av seg selv etter en viss tid (Eknes 2006).

Vanlig er også stress og muskelspenninger i kroppen. Fysiske smerter i rygg og nakke, eller andre steder i kroppen kan påvirkes til dels betydelig av depresjon, men disse har sjelden sin opprinnelse i depresjonen. Derimot kan slike symptomer utgjøre et hovedfokus i møte med fastlege eller nærpersoner, slik at følelsesmessige vansker og andre symptomer på depresjon ikke blir en del av det kliniske bildet. Mange deprimerte blir mer passive og stille, mens andre kan plages av uro og rastløshet. Uroen kan komme til motorisk uttrykk ved at armer og bein konstant er i bevegelse (Eknes 2006).

For kvinner kan depresjonen medføre menstruasjonsforstyrrelser, og for begge kjønn gjelder ofte nedsatt seksuell lyst. Søvnforstyrrelser hos voksne deprimerte er typisk, og kommer blant annet til uttrykk ved innsovningsproblemer. Søvnen blir urolig og oppdelt, og mange våkner svært tidlig om morgenen (Ivanenko mfl 2005) i Eknes (2006). De ofte blir ekstra trette og slitne utover dagen. Hos ungdom er økt søvn et vanlig fenomen (Jindal og Thase, 2004) i Eknes (2006). For de som sover ekstra mye (hypersomnia), kan noen være så trette at de sjelden er helt våkne. Men dette er ikke alltid å forstå som et spesifikt søvnproblem, men heller et uttrykk for innaktivitet, initiativløshet og et behov for flukt og gjemsel (Eknes 2006).

4.3.3 Atferdsmessige symptomer

Deprimerte mennesker har en karakteristisk måte å bruke ansiktsmusklene. Ansiktsuttrykk med opp- og sammentrekte pannemuskler, samt nedtrukne munnviker, er kjennetegn som er beskrevet så langt tilbake som av Darwin. Ansiktsuttrykkene er universelle og gjelder på tvers av kulturer. Øynene sies å være sjelens speil, og tristhet og vanskelige følelser kan leses i øynene. Kroppsholdningen kan også bli påfallende, noen med en noe sammensunket og slapp holdning – andre med stiv og anspent holdning (Eknes 2006).

Aktivitetsnivået kan være en indikator på depresjon. For eksempel kan det på hjemmebane inntre en nærmest total handlingslammelse, lenge før noen påviselige ytelsesendringer på jobb. Som tidligere nevnt er noen urolige, der hender og føtter mer eller mindre er i konstant bevegelse. Dette kan forstås som forsøk på å oppnå en spenningsreduksjon. Bekjempelse av indre uro kan observeres som ytre uro (Eknes 2006).

Depresjon har vært ansett som en passiv lidelse som utelukker aggresjon mot andre. Dette er feil, og av og til vil personen kunne veksle mellom passivitet og aggresjon. Klermann mfl. (1984) i Eknes (2006) avdekte at selv om noen kvinner ble vurdert å ha lavt aggresjonsnivå i samtaler med psykologer og psykiatere, kunne de likevel utvise aggressivitet på hjemmebane. I dype depresjoner er sannsynligheten for aggressiv atferd betraktelig redusert (Eknes 2006).

Depresjon kommer alltid til uttrykk på en eller annen måte, og særlig gjelder dette overfor nære relasjoner. Ofte kommer dette til uttrykk ved at den deprimerte oftere sier ”nei” og oppleves som negativ og avvisende til invitasjoner/forslag fra sine nærpå personer, som i sin tur kan reagere på denne oppførselen med å trekke seg bort eller utelukke vedkommende. Deprimerte utviser ofte selvdestruktiv atferd, og blant disse er alkohol- og annen rusmisbruk utbredt. Økt rusbruk kan være et uttrykk for forsøk på å dempe ubehaget ved depresjonen, og kan på kort sikt oppleves å ha den effekten. (Eknes 2006).

4.4 Forekomst

Depresjoner har økt kraftig de siste årene, og forklaringen kan ligge i vår tids generelle samfunnsutvikling, der man har stadig flere muligheter, men også færre klare retningslinjer å forholde seg til. Endringer i blant annet kjønnsrollemønstre i den vestlige kulturen kan være et eksempel på dette. Tidligere tiders relativt konforme roller ga kvinner og menn ganske avgrensede oppgaver, mens i dag skal begge kunne fylle både sine egne og den andres oppgaver. Ingenting er uomtvistelig lenger med hensyn til kjønnsroller og hvordan

en skal leve livet. Dette gjør mennesker usikre, søkende og mer sårbare for depresjoner (Eknes 2006). Generelt har omtrent 4 – 7 % av befolkningen til enhver tid en depresjon. I løpet av livet, og vurdert etter tradisjonelle depresjonskriterier, vil omtrent 10 % av alle menn og 20 % av alle kvinner rammes av lettere og moderate depresjoner. Henholdsvis 3 % av mennene og 6 % av kvinnene vil pådra seg så dype depresjoner at behandling bør skje ved sykehus. Men terskelen for innleggelse ved psykiatriske sykehus i Norge er så høy, at i realiteten er det få som får slikt tilbud. I Oslo viste en undersøkelse at 7,3 % av befolkningen har en markert depressiv forstyrrelse i løpet av en ettårs periode. På bakgrunn av deres hukommelse fra hittil levd liv, viste selvrappoterer i et utvalg på 2066 personer, at 24 % av kvinnene og 9,9 % av mennene hadde opplevd en markert depressiv forstyrrelse. Både på bakgrunn av at ikke alle husker slike episoder like godt, og at snittalderen i utvalget var 40 år, er det grunn til å tro at livstidsforekomsten reelt sett er høyere. Ut fra rådende diagnosekriterier finner man at kvinner har mer enn to ganger høyere risiko for å utvikle depresjon enn menn (Eknes 2006).

Videre sier Eknes (2006) at disse tallene kan tenkes å være usikre, fordi menn kan ha andre symptomer på depresjon enn kvinner. Vanlig er at deprimert følelse skal være tilstede, men om irritabilitet blir lagt inn i diagnosekriteriene, vil forekomsten blant menn stige og den store kjønnsforskjellen utjevnes.

Antall mennesker med depresjoner er usikre, og det av flere grunner. Blant annet fordi diagnosen alltid vil være et resultat av en vurdering, samt at vurderingen er gjort etter diagnosekriterier som vel kan regnes som noe upresise. Levesett og kulturelle betingelser påvirker også grad av nøyaktighet i forekomsttallene (Eknes 2006).

4.5 Depresjon som følgedidelse

4.5.1 Komorbiditet

Komorbiditet ved psykiske lidelser er vanlig, ikke minst gjelder dette depresjoner og angstlidelser, og er assosiert med svakere behandlingsrespons, økt sykefravær og dårligere prognose (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001). Depresjon forekommer ofte hos pasienter med somatiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, angstlidelser, alkohol- og stoffmisbruk, schizofreni, demens og andre organiske psykosyndomer (Aarre 1999).

Depresjon opptrer i komorbiditet til mange ulike lidelser, både somatiske og psykiske. Hvis man tar utgangspunkt i for eksempel ADHD, vil følgelidelser være vesentlig vanligere enn ADHD uten komorbide lidelser. ADHD uten samtidig forekomst av andre psykiske lidelser er sjelden (Barkley, 2002). Funn i en undersøkelse om komorbide lidelser hos voksne skal ha vist en forekomst av ADHD alene hos bare 7 % (Craig, 1996), ellers refereres det gjerne til en forekomst av komorbide lidelser på omkring 75 % (Pary 2002). Affektive lidelser synes å forekomme hyppigst. Det rapporteres fra undersøkelser som har funnet en samtidighet av denne gruppen lidelser hos opp til 70 % av voksne med ADHD. Hesslinger og mfl (2003) forteller at tilbakevendende depressiv lidelse ble funnet hos 70 % (Kristiansen Blikø (2008).

Hoem (2008) skriver at forskning på voksne med ADHD ikke er særlig langt kommet enda, er alle tall usikre, men at enkel logikk tilsier at tallene har noenlunde gyldighet også for den voksne populasjonen med ADHD. Han skriver videre at i de undersøkelser som foreligger, tyder funnene på at 20-30 % av alle voksne med ADHD også har en eller annen form for depresjon. Hoem (2008) sier videre at dette er alvorlig, og at med mindre man finner en virksom behandling, kan denne kombinasjonen i verste fall gi så tragiske utfall som selvmord.

4.5.2 Omkostninger og økte ressursbehov

Depresjoner koster samfunnet store summer hvert år. I USA har de beregnet at utgiftene er sammenlignbare med utgifter til lidelser som kreft, hjerte- og karsykdommer og AIDS. I et hypotetisk regnestykke der prevalensen (utbredelse av en sykdom målt i antall syke dividert med befolkningstallet) av depresjon og utgiftene per deprimerte antas å være lik i USA og Norge, ville depressive lidelser kostet det norske samfunn ca. 7,1 milliarder kroner i 1990.

Depresjoner lar seg behandle effektivt, men de fleste deprimerte er udiagnostiserte, ubehandlet eller underbehandlet. Teoretisk ligger det derfor store samfunnsøkonomiske besparelser i å øke oppdagelses- og behandlingsraten, men to rapporter (Gotlands-studien og Hampshire-studien) gir motstridende signaler om potensialet. Det foreligger ingen norske beregninger av hva depresjon koster det norske samfunnet, hvor mye det koster å behandle, og hvor mye det koster å la være å behandle depressive lidelser. Legeforeningen foreslo å prøve ut ulike samarbeidsmodeller med andre yrkesgrupper, som psykologer, psykiatere og sykepleiere. I England har man gjort forsøk hvor sykepleiere gis en sentral rolle i vurdering og oppfølging av depresjonspasienter (Hirschfeld mfl 1997)². Det bør

også undersøkes hvilke behandlingsstrategier som er de mest kostnadseffektive (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001).

4.6 Behandling av depresjon

4.6.1 Allmenne prinsipper

Diagnostikken er avgjørende for valg av behandling. For eksempel skal en alvorlig depressiv episode, med eller uten somatisk syndrom, alltid behandles med antidepressive legemidler eller andre somatiske metoder. Dette gjelder uansett om det er en psykologisk eller somatisk faktor, som på en mer eller mindre tydelig måte utløste depresjonen.

Utløsende faktorer må selvsagt være i fokus; en psykologisk krise må få sin oppmerksomhet og bearbeiding. Det er viktig å huske at en depressiv episode oftest blir autonom, det vil si at den fortsetter av seg selv med et visst forløp, selv om de utløsende faktorene er eliminert (Aarre 1999).

Depresjon som er sekundær til somatisk eller psykisk lidelse (eks. schizofreni, rusmisbruk), kan også reagere gunstig på antidepressiv medisiner. Det er da vesentlig at man er oppmerksom på den primære lidelsen og behandler den også. Ufullstendig diagnostikk kan føre til at en somatisk lidelse ikke blir oppdaget. Stemningslidelser har multifaktoriell etiologi (sammensatte årsaker). Det er viktig å analysere mulige utløsende somatiske og psykososiale faktorer med tanke på om disse kan elimineres. Eliminerbare faktorer kan for eksempel være underliggende somatiske eller psykiske lidelser, konflikter, rusmiddelmisbruk eller legemidler. Selv om disse faktorene blir tillagt betydning, vil det kliniske bildet avgjøre behovet for umiddelbar antidepressiv eller antimanisk behandling (Aarre 1999).

Betydningen av generelle endringsmekanismer, som gjenfinnes i ulike former for behandling, må ikke undervurderes. Halvparten av effekten av medikamentell behandling for depresjon hviler på generelle psykologiske forandringsmekanismer, blant annet pasientens motivasjon, forventninger og kvaliteten av samarbeidsalliansen mellom behandler og pasient. Forskning har vist at kvaliteten i den terapeutiske relasjonen forklarer en stor del av variasjonen i behandlingsresultatene både for medikamentell og psykoterapeutisk behandling. Det er derfor viktig å utvikle og ivareta disse forholdene i all behandling (Aarre 1999).

4.6.2 Fysisk trening

Deprimerte mennesker er i gjennomsnitt i dårligere fysisk form enn folket ellers. I flere kontrollerte forsøk er det dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt ved milde til moderate depresjoner. Effekten er like stor som den en kan oppnå ved ulike former for samtalerapi. Det er ønskelig at en er i aktivitet minst en halv time tre ganger i uka. Intensiteten bør tilpasses den enkeltes treningstilstand. Det er mange ulike aktiviteter å velge mellom, og den antidepressive effekten ser ut til å gjelde ulike former for trening. Den enkleste form for fysisk trening er å gå tur (Aarre 1999).

4.6.3 Lysbehandling

Depresjon kan behandles med kunstig fullspektrumlys med intensitet. Den synlige kliniske effekten og den antidepressive effekten pasienten opplever, oppstår etter to til fem behandlinger. Lysbehandling kan også fungere profylaktisk (forebyggende). Rapporterte bivirkninger er hodepine, tretthet, øyeirritasjon, uro, rastløshet, innsøvningsvansker og omslag til hypomani (letter form for oppstemthet). Indikasjoner for lysbehandling er i første rekke årstidsbundne depresjoner (vinterdepresjoner) og søvnforstyrrelser (Aarre 1999).

4.6.4 Nyttige råd

Det er anbefalt å ha en regelmessig, normal døgnrytme med nok søvn og hvile. Sunt kosthold og regelmessig mosjon og frisk luft har positiv virkning på depresjoner, likeså sollys i de mørke årstidene. Videre bør man unngå all bruk av alkohol og andre rusmidler. Det er også viktig å senke kravene til deg selv, samt prøve å finne på noe hyggelig å gjøre. Forsøk å unngå å ta viktige avgjørelser når du har en psykisk lidelse (Aarre 1999).

4.6.5 Selvmordsfare

Faren for selvmord er stor i alle faser av depresjoner og også i månedene etter. Stemningsleiet kan veksle fra dag til dag. Ved en tilfeldig forverring i begynnelsen av den antidepressive behandlingen er det derfor lett for pasienten å miste troen på behandlingen. Det er viktig å motvirke en slik utvikling ved å informere om at den antidepressive effekten til behandlingen inntreer gradvis og kan la vente på seg i flere uker. Den sterkeste risikofaktoren er tidligere selvmordsforsøk. Sterke selvmordstanker og fremfor alt

konkrete selvmordsplaner eller forberedelser til selvmord øker risikoen ytterligere. Andre risikofaktorer for selvmord ved stemningslidelser er depresjon med sterke innslag av angst, vrangforestillinger, skyldfølelse, opplevd håpløshet, opplevd krenkelse eller ydmykelse, manglende evne til å få overblikk, samtidig rusmiddelmisbruk. Svakt sosialt nettverk, arbeidsledighet og samtidig somatisk sykdom er også risikofaktorer. Menn er mer utsatt enn kvinner, eldre mer enn yngre, enslige mer enn gifte. Det er sterk sammenheng mellom depresjon og selvmord. Undervisning i depresjonskunnskap til personell i kommunehelsetjenesten har derfor en viktig plass i det selvmordsforebyggende arbeidet (Aarre 1999).

Av dem som har tatt sitt eget liv, har omtrent 90 % hatt en behandlingstrengende psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelse eller rusproblematikk ved eller kort tid før dødstidspunktet Henriksson mfl (1993) i Eknes (2006). Selvmord kan også forekomme i alle faser av depresjon, inkludert når man er kommet ut av depresjonen. I flere tilfeller har mennesker som tilsynelatende har det lettere, likevel tatt sitt liv (Eknes 2006).

4.7 Sammendrag av teori

Depresjon er ikke en klart avgrenset tilstand, men kjennetegnes av rekke symptomer, og store variasjoner i styrke og omfang. Tilstanden omtales som en av de nye folkesykdommene, og er av WHO ranket til den fjerde største årsak til funksjonsnedsettelse på verdensbasis. Prediksjoner tyder på at depresjon vil avansere til andreplass i år 2020. Denne høye rangeringen gjenspeiler både lidelsens hyppighet og ødeleggende følger. Blir depresjon diagnostisert, skal den forstås som en sykdom eller psykisk lidelse. Alvorlig depresjon kan være svært ødeleggende for de som rammes, og blir i de alvorligste tilfellene betegnet som ”alvorlig sinnslidelse”, og kan hjemle bruk av tvangsinnleggelse hvis pasienten regnes å være til fare for seg selv eller andre. Depresjon kan også berøre pårørende og nettverk gjennom endret atferd. Selvmordstanker er ikke uvanlig i alvorlige tilfeller, og i verste konsekvens kan depresjoner derfor være dødelige. Årsakene bak depresjoner kan være svært sammensatte, og kan utløses av ulike faktorer som tragiske opplevelser og hendelser, psykososialt miljø, kultur og samfunn, samt arv og biologi.

Det er viktig å forstå at årsak og virkning er sirkulære og ikke bare går en vei, og kan være selvforsterkende. Det er høy korrelasjon mellom belastende livshendelser og første

depresjon. Det oppstår en psykologisk og nevrologisk sårbarhet som kan utløse ny depresjon uten særlige ytre årsaker. Depresjoner kan ramme de aller fleste mennesker. Depresjon opptrer også i komorbiditet til mange ulike lidelser, både somatiske og psykiske. Hvis man tar utgangspunkt i for eksempel ADHD, vil følgelidelser være vesentlig vanligere enn ADHD uten komorbide lidelser. Affektive lidelser synes å forekomme hyppigst. Det rapporteres fra undersøkelser som har funnet en samtidighet av denne gruppen lidelser hos opp til 70 % av voksne med ADHD (Kristiansen Blikø 2008). Depresjonen næres av de stadige sviktopplevelsene som følger av ADHD, og motsatt vil mestring av ADHD symptomer være langt vanskeligere å takle når depresjonen har stjålet krefter og tro (Hoem 2008).

5.0 To case

Det understrekes her at de to karene du møter i følgende caser, bokstavelig talt er høyst sammensatte karer. ”Foreldre” til begge er på den ene siden min fantasi, og på den andre siden mine erfaringer. Forøvrig er de ikke i slekt med hverandre.

5.1 Evig runddans – ”Worst case”

Kåre er 26 år og er pasient på et psykiatrisk sykehus. Han er overført dit fra et fengsel hvor han har sonet en dom på 6 år. Kåre har diagnosen dyssosial personlighetsforstyrrelse, og tester viser at han har svake kognitive ferdigheter. På sykehuset har han vært sint og truende mot personalet, men det har ikke kommet til fysiske hendelser. Han er observert til å stadig ha motorisk uro ved at han sjelden er, eller sitter rolig – hender og føtter går ”hele tiden”.

Kåre har vokst opp i et hjem hvor mor ruset seg, og far reiste når Kåre var to år. I femårsalderen grep barnevernet inn og plasserte han på et barnehjem. Fra han var 9 år til 16-års alder bodde han hos fosterforeldre. Skolegangen var preget av relativt stort fravær og mange til dels alvorlige konflikter (herunder også voldsepisoder) med både lærere og medelever. Fra 16 til fylte 18 år var han tilknyttet en ungdomsinstitusjon hvor de forsøkte å ha et stramt regime rundt ham. Han stakk av flere ganger derfra og hver gang hadde han ruset seg. Avslutningen på dette oppholdet kom da han ble idømt seks år fengsel for grov

vold og narkotikabesittelse. Kåre har forsøkt de fleste tilgjengelige tilbud samfunnet kan tilby uten at hans livssituasjon har endret seg.

Kåre er i dag svært ambivalent til hva fremtiden skal inneholde for egen del. Han gir uttrykk for at han ønsker å få seg en leilighet og førerkort, men har ikke klare tanker om hva han skal ta seg til. Han har ønsker om å få seg jobb, men vet ikke hvilken jobb. Han er svært opptatt av hvor mange penger han har krav på fra trygdesystem og sosialkontoret. Nav utbetaler ham et fast beløp to ganger i uken. Men Kåre mangler forståelse og kontroll på penger. De renner ut mellom fingrene hans, straks han har de i hånden. Han er derfor svært ofte fri for tobakk, og kan da oppleves nesten panisk i forsøk på å skaffe seg røyk. Innimellom uttrykker han et ønske om å sitte i fengsel igjen, og begrunner det med at han trives og har venner der. Andre ganger uttrykker han ønske om å bli overført til en regional psykiatrisk institusjon, fordi han mener de der vil ha er bedre tilbud til ham. Han opplever å være bare oppbevart der han er i dag, og uttrykker håpløshet for egen livssituasjon. Han mener personalet på sykehuset bør ta mer initiativ til å forsøke å skape endring i hans livssituasjon, men Kåre har så langt avvist alle forslag, også forslag om Individuell Plan og faste ukeplaner.

Kåre uttrykker at egentlig så ”driter” han i personalet, de ”driter” jo i han også. Krangling mellom personale og Kåre er ikke uvanlig, og selv om Kåre er den som oftest starter krangelen, har det også hendt at personalet har startet noen krangler med ham. Kranglene utløses oftest av brudd på ”husregler”, og flere ganger fordi Kåre legger seg på en sofa i fellesstuen. Flere av personalet er klare på at dette er et sykehus, og at pasientene er innlagte. De bor ikke der. Kåre har vært innlagt i 2 år og 7 måneder nå.

Kåre har de siste to månedene vært svært opptatt av å få komme på perm, noe han også har fått en del ganger. Med ett unntak har han i varierende grad vært ruset når han kom tilbake, en gang ble han brakt tilbake av politiet. På en av permene mistet han en dyr klokke han var svært stolt av, men pytt – pytt, han kan jo bare kjøpe en ny. Penger har han dog ikke.

5.2 En litt lysere skjebne – ”Best case”

Jonas er 43 år og har ADHD og unipolar stemningslidelse, depressiv type. Han har en tilrettelagt jobb i en mekanisk bedrift og bor i egen bolig. Han har tilsyn fra botjenesten seks timer i uken. Tidligere hadde han støttekontakt, men denne har sluttet og kommunen har ikke klart å skaffe en ny. Foreldrene hans bor i samme bydel, men Jonas har ikke mye kontakt med dem. Jonas er noe impulsiv og har dårlig struktur i hverdagen, særlig i hensyn til døgnrytme. Jonas er møter på jobb til rett tid, men er ofte trøtt og uopplagt. Jonas har

dårlig økonomisk styring, og roter det ofte til for seg ved at han ikke får betalt regninger i tide. Jonas har vært en del sykmeldt fra jobb i perioder, for det meste en uke av gangen. Personalet fra botjenesten opplever Jonas under disse sykemeldingene som tiltaksløs og ustrukturert, leiligheten bærer også preg av dette ved at det er påtakelig mer uorden der. De kan også finne ham sovende når de kommer innom på ettermiddag. Han forklarer dette med at han ikke får sove om natten. Personalet har grunn til å tro at han sitter oppe utover natten, og enten spiller på data eller ser tv. Personalet fra botjenesten hjelper Jonas i disse periodene med å rydde og vaske i leiligheten, samt til å få ordnet opp i eventuelle ubetalte regninger. Jonas går som regel tilbake til jobb etter en ukes sykemelding, og oppleves både av personale og ledelse i bedriften som mer konsentrert og engasjert.

I det siste halvåret har personalet registrert en nedadgående kurve i Jonas aktivitetsnivå og uttrykte glede. Kartlegging har synliggjort at han mangler adekvate fysiske og sosiale aktiviteter. Kontaktgruppa hans i personalet har sammen kommet frem til et utvalg aktiviteter som kan bidra til økt fysisk aktivitet som samtidig kan gi sosial omgang med andre. Jonas virker først litt avvisende til dette, men blir gradvis mer engasjert ettersom personalet legger frem de alternative tiltakene. Særlig øker engasjementet når de spør ham om han har ønsker om andre aktiviteter. Da personalet forteller at det er helt greit at han prøver ut de forskjellige alternativene – bestemmer Jonas seg for to aktiviteter og gjør samtidig avtale med personalet om når de skal dra. Ny kartlegging viser at Jonas har et mer aktivt liv nå, og han uttrykker mer glede.

6.0 Drøfting av teori opp mot ovennevnte to caser.

I verste konsekvens kan depresjoner være dødelige!

Som det fremkommer i ovenstående teori, viser en undersøkelse at omtrent 90 % av dem som har tatt sitt eget liv, har hatt en behandlingstrengende psykisk lidelse, personlighetsforstyrrelse eller rusproblematikk, ved eller kort tid før dødstidspunktet (Henriksson mfl 1993) i Eknes (2006). Det er en sterk sammenheng mellom den psykiske lidelsens alvorlighetsgrad og risiko for selvmord (Eknes 2006).

Undersøkelsen her representerer slik jeg forstår et statistisk tverrsnitt av befolkningen.

Hva da om en slik undersøkelse ble utført bare blant mennesker i langvarige og vanskelige livssituasjoner som psykisk sykdom, soning av fengselstraff, rusavhengighet, eller kombinasjoner av disse? Hvilke forekomsttall ville undersøkelsen da gi?

Selv mord kan også forekomme i alle faser av depresjon, inkludert når man er kommet ut av depresjonen. I flere tilfeller har mennesker som tilsynelatende har det lettere, likevel tatt sitt eget liv. 79 % av de som tok sitt eget liv skåret svært høyt på skalaer som målte angst og agitasjon (sinnsbevegelse, uro), noe som indikerer at man bør vektlegge disse faktorene i større grad når man vurderer selvmordsrisikoen hos mennesker med depresjon (Eknes 2006). Studier har vist at ubehandlede pasienter kan tilbringe om lag *en femtedel av sin levetid* i depressive eller maniske episoder. Dødeligheten av selvmord ved utilstrekkelig behandlet affektiv lidelse er høy. Enkelte studier har påvist at opptil 15 prosent av pasienter som har vært innlagt i sykehus for stemningslidelser, dør for egen hånd. Dødeligheten av somatiske sykdommer er også forhøyet i komorbiditet med stemningslidelse (Aarre 1999).

Det vil vel være rett å anta at depresjoner i all sin kompleksitet og diffushet kan utgjøre overveldende hindre som kan oppleves vanskelige for noen pleiere å angripe. Særlig hvis de ikke har nødvendig kunnskap om problemområdet. Eknes (2006) skriver at det vil være et stort feilgrep om man forholder seg til stemningslidelser som om det skulle være et tema mellom dem som er rammet, og behandlere i psykisk helsevesen. Blant annet fordi det er et enormt gap mellom hvor mange som sliter med for eksempel depresjon, og hvor mange som faktisk behandles av psykologer, psykiatere og annet helsepersonell med spesiell psykiatrisk kompetanse. Siden legenes tid til hver klient er begrenset, vil man kunne oppnå gevinst ved at helsepersonell og andre med spesiell kompetanse og interesse for temaet,

gjennomfører programmer for forebygging og behandling i grupper. En rekke terapeutiske grep og strategier og behandlingsformer, som tross for udokumentert effekt på gruppenivå, treffer enkeltindividet godt (Eknes 2006).

Jeg mener at når bare selve begrepet depresjon tydeligvis er så ladet med stigma, understøtter dette at en holdningsendring i samfunnet vil bidra til å gjøre byrden av en depresjon lettere å bære. På sikt vil en holdningsendring i kombinasjon med kunnskapsformidling om slike vansker kanskje også føre til større endringer i samfunnet, hvor folk, både overfor seg selv og andre gjør valg som stopper eller reverserer den utviklingen vi ser i dag (Eknes 2006).

En nøkkel her er at pleiepersonell både har kunnskapene, og gis anledning til å gjøre dette. En annen at de blir motivert til og engasjerte i oppgaven. Vi vet at depresjoner forekommer hyppig, at tilstanden er underdiagnostisert og at effektiv behandling finnes. Det er rett å anta at økt kunnskap blant helsepersonell og befolkningen generelt, vil kunne redusere de menneskelige lidelsene, trolig også de samfunnsmessige kostnadene ved depresjoner (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001).

Det foreligger ingen beregninger av hva depresjon koster det norske samfunnet, hvor mye det koster å behandle, og hvor mye det koster å la være å behandle depressive lidelser. Men i et hypotetisk regnestykke der prevalensen av depresjon og utgiftene per deprimerte, antas å være lik i USA og Norge, ville depressive lidelser kostet det norske samfunn ca. 7,1 milliarder kroner i 1990 (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001).

Hvilke faktorer innvirker på depresjoner?

Årsak til depresjoner kan være svært sammensatte. Tragiske opplevelser og hendelser, psykososialt miljø, kultur og samfunn, samt arv og biologi er alle viktige faktorer som kan utløse depresjoner. Slike ytre årsaker har gjerne særlig sterkt medvirkende årsak til det første utbruddet av depresjon et menneske opplever. Tallene er dog lavere ved senere depresjoner, noe som kan skyldes at det ved første gangs depresjon oppstår en psykologisk og nevrologisk sårbarhet som kan utløse ny depresjon uten særlige ytre årsaker. For å finne bakenforliggende årsaker til en depresjon, er det viktig å forstå at årsak og virkning er sirkulære. Depresjoner kan slik forstås som selvforsterkende (Eknes 2006).

Jonas fra case to, som har unipolar depresjon, komorbid til ADHD, kan eksemplifisere både sirkulariteten i depresjoner og hvordan komorbide diagnoser gjensidig kan innvirke på hverandre og forsterke vanskene for pasienten. ADHD er foruten vanligst i komorbiditet med depresjoner, også en diagnose som kjennetegnes blant annet ved dårlig struktur og prokrastinering (utsettelsesvanvidd). Disse symptomene kan påvirke døgnrytmen, som igjen gjerne fører til lite søvn og dårlig søvnkvalitet. Manglende søvn og dårlig søvnkvalitet kan tappe et menneske for krefter og overskudd, som igjen kan forsterke vanskene med å mestre ADHD-symptomene. De komorbide lidelsene til Jonas er altså ikke bare sirkulære i seg selv, de kan forstås som sirkulære og gjensidig forsterkende til hverandre også. Ikke desto mindre, kan søvnvansker også forekomme som selvstendig følgeproblem til ADHD (Hoem 2008).

Det er også ulike faktorer som gir positiv gevinst. Sunt kosthold og regelmessig mosjon og frisk luft har dokumentert positiv virkning på depresjoner, likeså sollys i de mørke årstidene. Åpenbart vil mangel på disse da gi negative følger. Dog finnes det også faktorer det sterkt anbefales å unngå helt, alkohol og andre rusmidler eksemplifiserer slike. Det er også viktig å senke kravene til deg selv, samt prøve å finne på noe hyggelig å gjøre. Forsøk å unngå å ta viktige avgjørelser når du har en psykisk lidelse (Aarre 1999).

Det er videre flere ulike aktiviteter å velge mellom, og den antidepressive effekten ser ut til å gjelde de ulike formene for trening. Den enkleste form for fysisk trening er å gå tur, og det er anbefalt at en er i aktivitet minst en halv time tre ganger i uka, og at intensiteten bør tilpasses individuelt (Aarre 1999).

Hvordan kan depresjoner påvirke rehabiliteringsløp?

Som i relasjon til manglende mestring over ADHD-symptomene, kan tapet av krefter og overskudd ved manglende søvn og dårlig søvnkvalitet, negativt bidra til et rehabiliteringsløp. Ved depresjoner er fokus rettet mot enkelthendelser eller enkeltforhold, og det er vanskelig for den deprimerte å se helheten i egen tilværelse. Den mørke sinnsstemningen ”skygger” for løsninger på problemer, og utydeliggjør hva som er viktig og betydningsfullt. Små bagateller kan oppleves som uoverkommelige problemer. De blir likegyldig til forhold som tidligere betydde noe eller mye for dem. Livsgleden er liksom

borte og følelser av gledesløshet og tomhet er sentrale symptomer ved depresjon (Eknes 2006).

Det virker ganske åpenbart at depresjoner vil virke rimelig kraftig inn på et rehabiliteringsløp, kanskje vil det også virke bortimot formålsløst å forsøke. Særlig om en tilsynelatende ikke oppnår bevegelse i pasientens tilstand. I empowerment tradisjonen er kjernespørsmålene om og hvordan den profesjonelle yrkesutøver kan legge forholdene til rette for pasienter og brukere selv kan ta makt og gjenvinne styringen over eget liv (Askheim 2003).

Det ville ikke forundre meg mye om det i personalgruppa til Jonas er vernepleiere. For vernepleiere er det naturlig å anvende helhetlig arbeidsmodell. Med den kan de kartlegge både pasientens døgnrytme og aktivitetsnivå, og ut fra innsamlede data analysere, konkludere og utarbeide mål og tiltaksplan for pasienten. Når vi vet at det er anbefalt å ha en regelmessig, normal døgnrytme med nok søvn og hvile (Aarre 1999), vil dette kunne være gode målvalg for den deprimerte. Med utgangspunkt i pasientens kartlagte døgnrytme, vil adekvate tiltak som døgnplan med faste leggetider og faste aktiviteter, kunne gjøre positiv forskjell også for utviklingen av depresjonen (Linde og Nordlund 2003).

Hvordan kan profesjonelle hjelpere best forholde seg til mennesker med depresjoner?

Hvis jeg tar utgangspunkt i vernepleiernes faglige ståsted, vil nøkkelord være yrkesetiske retningslinjer og ikke minst brukermedvirkning og brukerperspektiv. For faglig og etisk bevisste vernepleier er det svært viktig å forsøke å forstå pasientens livsverden, slik denne opplever den selv. Den hermeneutiske sirkel kan være en relevant metode her, i den forsøker man å forstå, tolke, finne mening og hensikt i en hendelse eller et menneskes handlinger eller væremåte. Hvordan et menneske forholder seg til et annet, vil alltid komme an på øynene som ser, forstanden som vurderer og på mennesket som deltar. Kvaliteten på helse-

og sosialfaglig yrkesutøvelse vil alltid være avhengig av minst to komponenter. Generell faktakunnskap om pasientens situasjon og klientens problemer er avgjørende, men like sentralt for en dypere forståelse av profesjonelt hjelpearbeid, er selvinnsikt i egen forforståelse, fordommer og virkelighetsoppfatninger, samt innsikt i hvem jeg selv er, mine begrensninger og at jeg mestrer moden refleksjon over hvordan jeg medvirker i andres liv (Aadland 2004).

Hvis vi så tar utgangspunkt i de to herrene Kåre og Jonas, så er det bare Jonas som har en diagnose på depresjon. Hans diagnose er satt etter gjeldende kriterier (ICD-10). Men kan vi ikke også finne trekk i Kåres atferd similare til symptomer ved depresjoner? Vi vet at depresjoner forekommer hyppig og at tilstanden er underdiagnostisert (Sanne, Dahl og Seppola Tell 2001). Samtidig vet vi at noen deprimerte er urolige, hender og føtter mer eller mindre er i konstant bevegelse. Dette kan forstås som forsøk på å oppnå en redusert spenning. Den indre uroen kan komme til uttrykk som ytre uro (Eknes 2006). Sammenholder vi disse fakta med opplysninger fra Kåres case, er det da mulig at Kåre er underdiagnostisert for depresjon?

Typisk for mennesker med dyssosial personlighetsforstyrrelse er at de lett havner i voldelige episoder på grunn av sin lave frustrasjonstoleranse og vanskeligheter med å styre impulser og aggresjon (Snoek og Engdal 2005). Også Kåre har en lang rekke voldsepisoder bak seg, kan symptomene hans og voldshistorikken hans være faktorer som overskygger depressive symptomer, og videre personalets evne/vilje til å se disse? Kan dette også ha gyldighet for den generelle tilnærmingen personalet oppviser overfor Kåre? Forforståelse kan være både bevisst og ubevisst. Ureflekterte og negative forestillinger om andre menneskers personlige egenskaper er det vi til vanlig kaller fordommer (Aadland 2004).

Vi ser at de to herrene åpenbart opplever sitt personale rimelig ulikt. Hos Kåre er det nærliggende å si at han selv er en god bidragsyter til marginale endringer i sitt liv. Jeg mener selvfølgelig ikke dette, men ut fra casen hans, er det også vanskelig å lese at personalet har gitt adekvate bidrag til fremme for Kåres livsverden. Bidrag som forslag om IP er de lovpålagte å gi. Dog har han ikke løpt personalet ned i entusiasme etter å få hjelp heller.

I tilfellet Jonas, er forholdet mellom personalet og ham åpenbart mye mer positivt ladet. Ikke minst kommer dette til uttrykk i den innsats personalet legger ned for å motvirke negative faktorer i hans liv. Det er fristende å si at deres innsats er forbilledlig. Depresjonen griper inn i måten man fortolker og oppfatter verden på. Eksempelvis vil en kommentar kunne være morsom i en ikke-deprimert periode, mens den i motsatt fall vil kunne oppfattes som uvennlig og ondsinnet. Det er altså ikke det som blir sagt som har endret seg, men hvordan det blir fortolket av den deprimerte. Deprimert tenking kan sies å være fokusert på negative ting som understøtter depresjonen. Samtidig filtrerer man ut ting

som kan ”true” depresjonen. Jeg vil her trekke inn empowerment perspektivet, for her tenker jeg at den profesjonelle hjelperen har et særlig ansvar. I følge empowerment tenkingen, er det alltid, i ulik grad, et ujevnt maktforhold i en hjelperelasjon, og ujevnheten ligger i selve relasjonen mellom pasient og profesjonell (Askheim 2003). Dette oppfatter ikke jeg så sort – hvitt som at den ene bare gir, og at den bare andre mottar. I et hermeneutisk perspektiv vil interaksjoner mellom mennesker alltid gi og motta begge veier. Vi er ikke utelukkende som registrerende kameraer som mottar inntrykk, vi skaper og utformer oss selv som meningsskapende mennesker i et altopplukende samspill med omverdenen (Aadland (2004). Men det er også viktig at de profesjonelle er seg bevisst den makten som ligger i en hjelperelasjon, og at de ikke prøver å forestille seg selv og mottaker at de er likestilte. Da er maktutøvelsen endret fra åpen til utydelig og tildekket (Askheim 2003).

7.0 Oppsummering og konklusjoner

Så var det tid for oppsummering og konklusjoner. Her vil du hovedsaklig finne en oppsummering av drøfting opp mot problemstillingen. Her vil jeg også forsøke å trekke en konklusjon ut av drøftingen. Jeg vil også forsøke å belyse noen forbehold og begrensninger jeg har identifisert i arbeidet med denne oppgaven. Til sist reflekterer litt over mer vidløftige tanker som, om enn har vært litt på sidelinjen, også har vært en del av helheten i mitt arbeid.

7.1 Generell oppsummering og konklusjoner

Selv om det ikke akkurat berører kjernen i problemstillingen, valgte jeg å innlede drøftingen med å sette en sterk start med først å ta tak i selvmordskonsekvensene ved depresjoner. Jeg har deretter rettet fokus mot profesjonelle pleieres kompetanse om depresjoner sett opp i mot både underdiagnostisering og manglende behandlingsskapasitet. Jeg har også belyst deler av den fremmedgjøringen samfunnet vårt dessverre har om depresjoner, og det stigma den deprimerte kan føle og oppleve som følge av å være deprimert. Dette er et bevisst valg fra min side, og er fundert i det engasjementet jeg har for depresjonens vonde og skadelige følger. I det videre møtte du tre kapitler overskrifter hvor jeg har tatt tak i tre områder jeg mener er sentrale til problemstillingen og mitt fag.

Vernepleiere kan jobbe i miljøet i samhandling med pasienter og brukere. Det innebærer et sett av ferdigheter på mellommenneskelig nivå, samt gode evner til refleksjon og innsikt hos vernepleieren. Jeg føler jeg har fått belyst sentrale områder godt, men temaet er så uendelig stort at jeg har vært nødt til å utelate mye.

En konklusjon jeg kan trekke ut fra drøftingen er at de samlede ressursene, både hva gjelder profesjonelle aktører og tjenesteytneres totale tilbud til deprimerte er alt for mangelfullt og ustrukturert. Jeg tenker for eksempel på at trolig er det svært mange pleiere som ikke har god nok kompetanse, kanskje heller ikke nok engasjement til å møte de deprimerte som allerede er i hjelpeapparatet. Jeg mener å ha vist at det bør være muligheter til en betydelig økt innsats mot depresjoner, om bare de bevilgende myndigheter setter kampen mot depresjon ordentlig på dagsorden. I høyeste konsekvens er dette våre stortingspolitikere, og i lys av de svært høye samfunnsmessige kostnadene depresjoner kan tyde på å utgjøre, vil jeg tro økonomien alene burde få mer enn en politiker til å reagere.

7.2 Forbehold og begrensinger

På ingen måte for å nedskrive verdien i egen utdanning, men viktigste forbehold knyttet til denne oppgaven vil være reliabiliteten i den, den er forfattet av en student på bachelorgrad nivå. Den klareste begrensningen er mangelfull tilgjengelig litteratur og forskningsrapporter på norsk som berører problemstillingen direkte. Utenlandsk forskning er ikke lett tilgjengelig, verken i adgang eller i språk.

7.3 Refleksjon

Først må jeg få sagt, jeg har bare positivt å si om vernepleierutdanningen, den er både faglig bred og praktisk rettet, ikke minst er den veldig godt fundert med tanke på egenutvikling, og gir et veldig godt utgangspunkt for en nyutdannet på vei ut i en ny arena i arbeidslivet.

Det har vel i denne oppgaven kommet til uttrykk at jeg mener at det området problemstillingen tar opp, ikke er preget av å være særlig i fokus blant helsepersonell, ei heller at kompetansenivået er godt nok. Jeg understreker at dette kun gjelder for de nivåer jeg har erfaringer fra (til og med bachelorgrad). Jeg står for den tanken, men er også veldig klar over at dette er fundert min empiri, og er ikke på noen måte dokumentert. Like fullt har nettopp mitt inntrykk her vært arnested og fødselshjelp til denne oppgaven. Reflektert

som jeg nå har blitt, kommer jeg ikke utenom tanken på om ovennevnte mangler på kunnskap og fokus blant helsepersonell – også har gyldighet for meg selv?

Jeg har lært utrolig mye om depresjoner og følgene av den i dette arbeidet. Mye av denne lærdommen er inkorporert i teksten her, men det er også mye som er utelatt. Totalt sett har dette arbeidet gitt meg et styrket engasjement og vilje til å arbeide videre med temaet. Men viktigst er det økte fokuset jeg har fått, det tenker jeg vil komme de pasientene jeg møter i min arbeidshverdag til gode – de møter en vernepleier som vil se dem bedre og bredere.

7.4 Forslag til tiltak og forskning

Jeg vil trekke frem at jeg på bakgrunn av arbeidet med denne oppgaven har identifisert mangler i tilgjengelige kilder og litteratur, fundert i norsk forskning og skrevet på norsk. Jeg tar et bittelite forbehold på den begrensningen som ligger i at det er jeg som har søkt. Mitt ønske og forslag til tiltak vil være, forsk mer – og skoler flere.

8.0 Litteratur og kilder

8.1 Pensumlitteratur

Aadland, Einar (2004) – *”Og eg ser på deg...” Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*

Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter (2003) – *Fra normalisering til empowerment*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Bø, Inge og Lars Helle (2003) – *Pedagogisk Ordbok*

Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav (2008) – *Metode og oppgaveskriving for studenter*

Oslo: Gyldendal Akademisk

Engelstad Snoek, Jannike og Knut Engedal (2005) – *Psykatri*

Oslo: Akribe Forlag

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2003) – *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*

Oslo: Universitetsforlaget

Skau, Greta Marie (2002) – *Gode fagfolk vokser*

Oslo: Cappelen Forlag

8.2 Selvvalgt litteratur

Eknes, Jarle (2006) – *Depresjon og mani, forståelse og behandling*

Oslo: Universitetsforlaget

Hoem, Sverre (2008) – *ADHD, en håndbok for voksne med ADHD*

Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

8.3 Kilder

Aarre, Trond F. (Red.) (1999) *Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*

Oslo: Helsetilsynet (Utredningsserien 3:2000)

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/stemningslidelser_kliniske_retningslinjer_utredning_behandling_ik-2695.pdf

Lest 22.9.2009

Bjarte Sanne, Alv A. Dahl og Grethe Seppola Tell (2001) – *Depresjon – samfunnsøkonomiske perspektiver*.

Oslo: Den Norske Legeforening

http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=270495

Lest 23.9.2009

Kristiansen Blikø, Inga Kristine (2008) – *ADHD hos voksne: En undersøkelse av diagnostikk, komorbiditet og problembelastning*

Oslo: Norsk psykologforening

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=44100&a=2&sok=1

Lest 19.9.2009

8.4 Forskningsrapporter

¹The Global Burden of Disease Study – Disability-adjusted life year (DALY)

World Health Organization

http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/

²Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F et al. (2001)

– *The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. J Am Med Assoc 1997; 277: 333 – 40.*

The American Journal of Psychiatric

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/12/2077>

Lest: 17.9.2009

8.5 Internasjonale standarder

International Classification of Diseases (ICD-10)

World Health Organization (WHO)

<http://www.who.int/en/>

Lest: 30.9.2009

The Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM – IV)

American Psychiatric Association (APA)

<http://www.psych.org/>

Lest: 18.9.2009

8.6 Hefter

Seksjonsrådet for vernepleiere (2002) – vernepleierens helsefaglige kompetanse

Oslo: Fellesorganisasjonen (FO)