



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Utviklingshemming og psykiske lidelser

Intellectual disability and Mental disorders

Knoff Cecilie

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Molde, 12.09.2016



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Siv Elin Nord Sæbjørnsen

## 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: 12.09.2016

**Antall ord: 11010**

## **Forord:**

Temaet psykiske lidelser har alltid berørt meg, jeg visste derfor tidlig at bacheloroppgaven skulle handle om noe med psykiske lidelser. Først det siste halve året landet jeg helt på psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Desto mer jeg leste om temaet, desto mer interessant ble det. Merkelig nok opplevde jeg at jo mer kunnskap jeg fikk om temaet, desto flere spørsmål dukket opp. Trolig er det noe av årsaken til at oppgaven forandret seg etter hvert i prosessen, og slutt resultatet ikke ble slik jeg i utgangspunktet hadde trodd. Arbeidet med oppgaven har vært interessant, krevende og ikke minst lærerikt. Målet med oppgaven har vært å tilegne meg selv og forhåpentligvis de som leser oppgaven kunnskap og refleksjon rundt mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser.

Først og fremst takke familien min som har vært tålmodige med meg denne tiden. Videre vil jeg takke veilederen min Siv Elin Nord Sæbjørnsen for utrolig god oppfølging, god veiledning og motivasjon med oppgaven. Sist men ikke minst vil jeg takke kommunen min som arbeidsgiver for å ha gitt meg mulighet til å ta bachelor i vernepleie.

### ***Hemmeligheten i all hjelpekunst.***

*«Vil jeg virkelig lykkes i å veilede et menneske mot et bestemt mål, må jeg først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, å begynne akkurat der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver som ikke kan det, lurer seg selv, når han tror han kan hjelpe den andre»*

Søren Kirkegård (1813-1855).

## **Sammendrag**

I bachelor oppgaven har jeg valgt å skrive om psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Jeg har belyst hvordan tjenesteytere kan bidra til forebygging av depresjon hos tjenestemottakere. Gjennom oppgaven vektlegges relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, hvor bevissthet i holdninger hos tjenesteyter er vesentlig.

I drøftingen brukte jeg en case om Kari, her belyses sårbarhet og symptomer på depresjon. Videre drar jeg inn Brofenbrenners utviklingsøkologiske modell. Der drøfter jeg ulike nivåer tjenesteyter kan forebygge depresjon på.

<b>1.0</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.2	Begrunnelse for og avgrensing av problemstillingen .....	4
1.3	Kjernebegrep .....	4
1.3.1	Tjenestemottaker og tjenesteyter.....	5
1.3.2	ICD-10.....	5
1.3.3	Utviklingshemming .....	5
	I oppgaven benytter jeg betegnelsen personer eller mennesker med utviklingshemming, bortsett fra når jeg gjengir diagnosekriterier eller fagartikler, da bruker jeg psykisk utviklingshemming. ....	5
1.3.4	Psykisk helse .....	6
1.3.5	Depresjon .....	6
1.3.6	Forebygging .....	6
1.4	Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2.0</b>	<b>Metode.....</b>	<b>7</b>
2.1	Litteraturstudie .....	8
2.2	Kvalitativ metode .....	8
2.3	Datainnsamling.....	8
2.3.1	Hermeneutikk.....	9
2.4	Forforståelse .....	10
2.5	Validitet og reliabilitet.....	11
<b>3.0</b>	<b>Teori .....</b>	<b>11</b>
3.1	Profesjonell kompetanse.....	12
3.2	Utviklingshemming .....	12
3.3	Depresjon.....	14
3.4	Hvordan kan depresjon komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming?.....	16
3.5	Årsak til depresjon hos personer med utviklingshemming .....	17
3.5.1	Relasjonens betydning .....	18
3.6	Forebygging av depresjon hos mennesker med utviklingshemming .....	20
3.6.1	Miljøarbeid.....	20
3.6.2	Psykoterapi som forebygging av depresjon .....	22
3.6.3	Medikamentellbehandling som forebygging for depresjon .....	22
<b>4.0</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>23</b>
4.1	Hvilke sårbarhetsfaktorer kan virke inn på utvikling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming?.....	24
4.2	Hvordan kan depresjon komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming?.....	26
4.3	Bronfenbrenners fire utviklingsøkologiske nivå ved forebygging.....	27
4.3.1	Mikronivået.....	27
4.3.2	Mesonivået .....	29
4.3.3	Eksonivået.....	29
4.3.4	Makronivået .....	30
4.4	Hvordan kan tjenesteytere forebygge og visse støtte .....	32
<b>5.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>32</b>
5.1	Oppsummerende avslutning .....	32

<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>34</b>
	<b>Vedlegg 1 Søkeskjema.....</b>	<b>39</b>

## 1.0 Innledning

I flere år mente ulike profesjoner at personer som hadde en psykisk utviklingshemming ikke kunne oppleve psykiske lidelser. Om en person hadde symptom lik en psykisk lidelse, ble det sett på som om det var en del av utviklingshemningen. Noen av argumentene for at personer med psykisk utviklingshemning ikke kunne oppleve psykiske lidelser som angst og depresjoner var at vedkommende ikke hadde kognitive evner til å utvikle dette. I følge Scheerenberger (1983) var det lite skille på psykiske funksjonshemninger og psykiske lidelser, og betegnelse som «mentalt tilbakestående» ble benyttet for både mennesker med utviklingshemning og mennesker med psykiske funksjonshemninger (Bakken 2015: 21).

Overlege Ole B. Munch (1905-1996) var en viktig pådriver for vernepleierutdanningen. Han jobbet ved Statens sentralhjem for åndssvake, som så ble Emma Hjorts hjem i Bærum. Målet ved utdanningen var at pleierne skulle ha nødvendig kunnskap som var rettet mot mennesker med utviklingshemning. Utdanningen skulle inneholde pedagogisk, sosialfaglig og helsefagligkunnskap (Nordlund, Thronsen og Linde 2015: 15).

I rammeplanen for vernepleierutdanningen legges det frem at formålet med vernepleierutdanningen er å:

*«Utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og / eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemming vil fortsatt være en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid» (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).*

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) er sentral når det gjelder tilbud innen psykisk helse. Målene ved planen var blant annet utnyttelse av ressursene på en fornuftig måte, gode og trygge tjenester, rettferdige og tilgjengelige tjenester. Personer med psykiske lidelser skulle få behandlingstilbud i eget hjem og det ble økt fokus på ambulerende team og poliklinikker. Det ble satset på økt innflytelse på tjenestene fra



tjenestemottakerne. I planen ble det lagt vekt på brukermedvirkning og brukerperspektivet. I følge planen skulle kompetanseheving hos tjenesteyterne skje lokalt, noe som ville bety kommunale og fylkeskommunale forskjeller i kompetansen (St.prp. nr. 63 1997-98).

Videre har Helsedirektoratet publisert en prioriteringsveileder for psykisk helsevern for voksne i 2015, etter at det kom frem at det var et forbedringspotensial i tilbudet. I veilederen står det blant annet at:

*«mennesker med utviklingshemming har rett til utredning og behandling av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten på lik linje med andre. Psykisk utviklingshemmede har en forhøyet sårbarhet for psykiske lidelser, og kan gi rett til kortere frist. Behandling krever ofte samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter»* (Psykiskhelsevern for voksne 2015: 7).

Bachelor oppgaven tar for seg depresjon hos personer med utviklingshemming. For enhver person vil god psykisk helse være et mål, også hos mennesker med utviklingshemming (Bakken 2015: 12). En god psykisk helse handler om å ha det bra, gode relasjoner til andre og en opplevelse av mestring. Kartlegging av risikofaktorer for psykiske lidelse kan bidra til en gevinst, både hos hvert enkelt individ, men også samfunnsøkonomisk. Psykiske lidelse rammer svært mange i samfunnet, og nesten alle vil en eller annen gang i livet oppleve en psykisk påkjenning. Det kan påvirke så mye at personen ikke mestrer jobb eller andre daglige gjøremål. Dette gjør temaet svært relevant for vernepleieryrket, da vernepleieren har bred kunnskap innen mennesker med kognitive og fysiske begrensninger, psykisk helse og miljøarbeid. Vernepleieren skal holde seg oppdatert innen ny kunnskap, slik han/hun kan bidra til tjenestemottakers ønsker og behov ivaretas. I vernepleierutdanningen vektlegges brukermedvirkning og brukerperspektiv.

I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §4-1 kommer det frem at kommunen er ansvarlige for at tjenesteyterne har kunnskap om hvordan psykiske lidelser kan komme til uttrykk og når fastlegen skal kontaktes. Tjenesteyterne skal også ha kunnskap om hvordan forebygge psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming (Helse- og omsorgstjenesteloven). Det kan derfor stilles spørsmål om tjenesteytere som arbeider med personer som har en utviklingshemming har tilstrekkelig kunnskap om psykiske lidelser.

Jeg undrer meg over hvilke tiltak som er gjennomført for å fremme en god psykisk helse hos mennesker med utviklingshemming og om disse eventuelt blir prioritert.

Det kan stilles spørsmål om tjenesteytere virkelig «ser» personer med utviklingshemming, og om det tilrettelegges godt nok. De fleste som arbeider med utviklingshemmede, har som mål å møte og tilrettelegge på en god og omsorgsfull måte, men kan det noen ganger være at tjenesteytere ikke oppfatter, misforstår eller tolker symptomer på feil måte?

Den psykiske lidelsen som oftest forekommer er depresjon. Depresjon er en felles betegnelse som dekker flere utfordringer, hvor årsak og uttrykk vil være forskjellig fra person til person. Depresjon bør også sees i lys av samfunnsmessige og kulturelle perspektiver og ikke kun betrakte depresjonen som et forhold hos personen selv, men som en helhet (Eknes 2006: 17) Med dette tenker jeg at sårbarhet for å få en depresjon kan komme av både sårbarhet hos individet, men også av ytre påkjenninger. Som for eksempel stressende hverdag, høye forventninger av samfunnet og liten mestringsfølelse. Det er summen av alle påvirkningene rundt som bidrar til sårbarhet for psykiske lidelser. Det vil være viktig at tjenesteytere som arbeider med mennesker er bevisst noen av påkjenningene som kan føre til psykiske lidelser. Dette kan gjøres ved å ha kunnskap om hva som kan være utløsende faktorer og ved å vite hvilke tidlige symptomer som kan komme til uttrykk. Forebygging av depresjon bør skje både på individnivå, der bruker er i fokus og på systemnivå, ved å være en helse- og sosialpolitisk aktør. Åpenhet om hvilke utfordringer som er tilstede ved forebygging av depresjon, kan bidra til å minske gapet som kan oppleves.

## ***1.1 Presentasjon av problemstilling***

Valg av tema til bacheloroppgaven er basert på min interesse og erfaringer hos personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. Formålet med oppgaven er å tilegne meg kunnskap på området slik at jeg kan forstå hvordan psykiske lidelser kan komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming. Videre vil jeg finne ut hvordan tjenesteytere kan bidra til å forbygge for utvikling av psykiske lidelser. Ved å formidle kunnskapen jeg har om temaet, samt presentere ulike teorier, håper jeg at de som har relasjoner med mennesker med utviklingshemming finner oppgaven interessant og lærerik. Dalland (2014) skriver at en problemstilling skal ved bruk av en metode kunne belyse et bestemt formål, den må derfor formuleres så presist som mulig (Dalland 2014: 128).

Jeg har valgt følgende problemstilling:

*«Hvordan kan tjenesteytere forebygge og vise støtte ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming».*

## **1.2 Begrunnelse for og avgrensning av problemstillingen**

Valg av problemstilling har sin bakgrunn i erfaringene med å arbeide i samlokalisert bolig for personer med utviklingshemming. Jeg har arbeidet der i over ti år, de fire siste årene i kombinasjon med studiet. I studietiden har jeg utfordret meg selv på ulike måter og opplever en utvikling både faglig og personlig. Jeg har tilegnet meg ulike erfaringer rundt personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. Interessen rundt temaet økte etter undervisning og oppgave om psykiske lidelser og utviklingshemming.

For meg virker det som det for liten kunnskap hos tjenesteytere om hvordan psykiske lidelser kan komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming. Avgrensningen kommer av en oppfatning om at forebygging av og støtte ved depresjon bør være en del av hverdagen for vernepleiere og andre som jobber med mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette fordi depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen.

Temaet mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser er stort, og det er flere områder som virker interessant å fordype seg i. Jeg tenkte en stund på å fordype meg i ulike kartleggingsmetoder som finnes for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. Jeg var også lenge tenkt å skrive om mennesker med utviklingshemming og aldring, for så å dra inn psykiske lidelser. Jeg endte så tilbake til psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming, et tema jeg opplever viktig. Med dette avgrenses oppgaven til forebygging av depresjon hos voksne personer med moderat utviklingshemming. Som vernepleier er det å fremme god helse hos de som mottar tjeneste vesentlig. Det vil derfor være viktig med kunnskap i hvordan depresjon kan forebygges og hvilke tidlige symptomer som kan oppstå.

## **1.3 Kjernebegrep**

I dette avsnittet presenteres oppgavens kjernebegrep kort.

### 1.3.1 Tjenestemottaker og tjenesteyter

Med tjenestemottaker mener jeg personer som mottar private eller offentlige tjenester. Tjenesteytere er de som utfører eller gir tjenestene i helseomsorgen. Noen ganger viser jeg til vernepleieren og kunnskapen vernepleieren har, men det betyr ikke at andre profesjoner enn vernepleiere også kan ha nytte av oppgaven.

### 1.3.2 ICD-10

ICD-10 (2011) står for «*Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*». ICD-10 brukes som et oppslagsverk for å gi kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Hvert tiende år revideres ICD-10 av World Health Organization (WHO). ICD-10 deles inn i forskjellige sykdomsgrupper. (ICD-10 2011: 1f). I denne oppgaven har jeg brukt ICD-10 kapittel F- Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.

### 1.3.3 Utviklingshemming

I oppgaven benytter jeg betegnelsen personer eller mennesker med utviklingshemming, bortsett fra når jeg gjengir diagnosekriterier eller fagartikler, da bruker jeg psykisk utviklingshemming.

ICD-10 (2011) beskriver psykisk utviklingshemming som:

*«en tilstand der utviklingen av evner og funksjonsnivå enten er mangelfull eller har stagnert. Det kan være stagnasjon eller svekkelse ved språk, kognitivt, motorisk og sosiale ferdigheter. Utviklingshemningen kan forekomme med eller uten andre psykiske eller somatiske lidelser, samtidig kan personen med utviklingshemming rammes av hele spekteret av psykiske lidelser. Det kommer frem at mennesker med utviklingshemming har minst tre til fire ganger større forekomst av andre psykiske lidelser enn ellers i befolkningen. Utviklingshemningen blir klassifisert inn i ulike grader av utviklingshemming» (ICD-10 2011: 224).*

Jeg har valgt å bruke ICD-10's definisjon av utviklingshemming til grunn for min oppgave. Det finnes flere definisjoner av utviklingshemming og i teoridelen presenterer en av dem, samt annen litteratur om utviklingshemming.

### **1.3.4 Psykisk helse**

WHO definerer psykisk helse som:

*«En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra ovenfor andre og i samfunnet» (Mentalhelse 2012).*

Denne definisjonen er grunnleggende i min oppgave, mer kommer i teoridelen.

### **1.3.5 Depresjon**

Det latinske ordet for depresjoner er *deprimere* som handler om nedstemthet. Eknes (2006) skriver at, *depresjon kan i faglig sammenheng forstås som et syndrom, med en rekke kjennetegn som til sammen tegner et bilde av en bestemt psykisk lidelse. Dette omfatter både tanker, atferd og kroppslige forstyrrelser. Den depressive følelsen er bare ett blant flere symptomer* (2006: 29).

I oppgaven skriver jeg ikke om den dagligdagse opplevelsen av å være deprimert, men når den kommer inn under diagnosekriteriene.

### **1.3.6 Forebygging**

Snoek og Engedal (2012) skriver at *«forebygging kan beskrives som en aktivitet som er rettet mot et problem som ennå ikke finnes, for å hindre at det oppstår»*. Noe som vil si at ved forebygging planlegges en målrettet aktivitet som i ettertid kan evalueres. For å forbygge noe, må en også vite hva som kan være årsaken til et problem. En må altså vite noe om risikofaktorer, utbredelse og tilslutt noe om forløpet til tilstanden (Snoek og Engedal 2012: 41f).

Forebygging kan deles inn i primær, sekundær og tertiær. Ved primær forebygging menes å unngå at en bestemt lidelse eller et problem forekommer. Sekundær forebygging handler om å unngå at lidelsen videreutvikler seg og tidlig vinterversjon. Behandlingen skal skje på et tidlig tidspunkt. Tertiær forebygging handler om å unngå alvorlig konsekvenser ved å hindre at et problem kommer tilbake og gjenoppta fungering for den som er berørt (Snoek og Engedal 2012: 43).

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Innledningsvis presenteres temaet om psykiske lidelser og personer med utviklingshemming, før jeg presenterer oppgavens problemstilling. Tilslutt defineres kort relevante begreper ved problemstillingen. I kapittel to presenteres metodene som er benyttet i oppgaven. Forforståelsen min legges frem, hvor erfaringer og oppfatning av temaet blir presenter. Jeg avslutter så dette kapitelet med å gå igjennom validitet og reliabilitet.

Teoridelen presenteres i kapittel tre. I dette kapitelet starter jeg med generell informasjon om den profesjonelle kompetansen. Videre presenterer jeg utviklingshemming og depresjon. Jeg knytter så sammen depresjon og utviklingshemming, for så presenterer teori på mulige måter depresjon kan komme til uttrykk og relasjonens betydning hos utviklingshemmede. Til slutt presenteres forebygging av depresjon ved bruk av ulike metoder.

I drøftingskapittelet, drøfter jeg problemstillingen min. Her ser jeg først på sårbarhetsfaktorer, så symptomuttrykk, før jeg så drøfter forebygging av depresjon gjennom Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Videre avslutter jeg med en kort oppsummering av problemstillingen og videre refleksjoner.

## **2.0 Metode**

Vilhelm Aubert (1985) formulerer metode som:

*«En metode er en fremgangsmåte, et hjelpemiddel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2014: 111).*

## **2.1 Litteraturstudie**

I bacheloroppgaven benyttet jeg litteraturstudie som metode. Dalland (2014) skriver at litteraturstudie handler om å lete etter relevant teori for så å legge det frem. Ved presentasjon av litteratur, vil det være viktig å dokumentere hvem og når litteraturen er utgitt for at oppgaven skal være mest mulig troverdig (Dalland 2014: 228). Jeg har valgt litteraturstudie fordi denne metoden vil være godt egnet til formålet med oppgaven som er få et helhetlig innblikk i hvordan forebygge depresjon hos personer med utviklingshemming. I litteraturstudiet var målet å gå i dybden på temaet gjennom å presentere aktuell teori for å fremme mest mulig kunnskap.

## **2.2 Kvalitativ metode**

Litteraturstudiet kan beskrives som en kvalitativ metode. Kvalitativ metode er en felles betegnelse for metoder der felles kjennetegn er å samle inn data om ulike opplevelser og meninger. Dette er ikke en metode hvor en kan tallfeste svar, men basert på ulik litteratur ved å samle sammen fagstoff som blir tolket (Dalland 2014: 112). I følge Repstad (1993) så handler kvalitative metoder om å se på egenskapene ved et fenomen. Kvalitativ data kan ikke brukes som objektive fakta, men de kan tolkes (Aadland 2013: 206f).

## **2.3 Datainnsamling**

Det siste året har jeg på ulike måter søkt etter teori om psykisk lidelser. Det var først det siste halve året jeg spisset det mer inn mot psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. For å finne ulik litteratur til oppgaven, har jeg benyttet litteratursøk. I prosessen med oppgaven bruke jeg bibliotek og ulike internett sider. Ved pensumlitteratur, ble stikkordsregisteret flittig benyttet etter relevant teori. I stikkordsregisteret så jeg etter ord som utviklingshemming, depresjon, forebygging og miljøarbeid. Jeg har også benyttet

internett sider som NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming) og SOR (samordningsrådet) her fant jeg flere artikler som handlet om problemstillingen. Ved søk i Google Scholar for å finne vitenskapelige artikler brukte jeg søkeordene utviklingshemming og depresjon. Oria er høyskolens søkeside for studenter, lærere og forskere. Her søkte jeg etter relevant teori ved at jeg blant annet skrev søkeordene: Utviklingshemming, psykisk helse, depresjon og forebygging. Resultat av søk kan sees i vedlegg 1.

Jeg har funnet ulike forskningsartikler og teori som handler om mennesker med utviklingshemming, psykiske lidelser og tilslutt har jeg funnet teori som handler om hvordan psykiske lidelser kan komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming.

Jarle Eknes var et naturlig valg når det skulle velges teori. Han er psykologspesialist og daglig leder ved stiftelsen SOR. Jeg har også benyttet bøker skrevet av Eknes, deriblant *Depresjon og mani, forståelse og behandling* og *Utviklingshemming og psykisk helse*. Trine Lise Bakken er også en forfatter som ble brukt en del i oppgaven. Hun er spesialsykepleier og klinisk forsker ved Psykiatrisk avdeling for utviklingshemmede ved Ullevål universitetssykehus. Hun har gitt ut flere bøker som var relevant for problemstillingen min. Bøker som ble brukt av henne var blant annet, *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming* og *Utviklingshemming og hverdagsvansker*. Forfatterne er valgt fordi jeg opplever at de får frem hvordan depresjon kan komme til uttrykk hos personer med utviklingshemming.

### **2.3.1 Hermeneutikk**

I følge Schiefloe (2004) så handler den hermeneutikk om å se på deler og på helheten (Schiefloe 2004: 63f). Når jeg så søkte etter teori, var det i påvirkning av min forforståelse. Det jeg fant som relevant av teori til problemstillingen, ble påvirket av hvilke erfaringer jeg hadde om temaet, og hvordan jeg forholdt meg til det jeg leste

Aadland (2013) skriver at «Når oppgaven er å forstå, tolke, finne ut av mening og hensikt, er det naturlig å benytte den hermeneutiske sirkel som metode» (Aadland 2013: 188).

I prosessen med oppgaven har jeg beveget meg frem og tilbake som en spiral. Teorien jeg fant ble påvirket av mine «briller» før jeg så tolket funnene.



## 2.4 Forforståelse

Aadland (2013) presentere forforståelsen slik:

*«Gjennom veksling mellom forforståelse og nye erfaringstolkninger bygger vi ut vår språkforståelse, våre grunnleggelser trosposisjoner om hvordan verden hegner sammen, og vi samler opp et reservoar av personlige erfaringer. Min personlige hermeneutiske sirkelspiral skrur seg videre gjennom hele livet i en evig veksling mellom forforståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse. Jeg er aldri helt den samme fra én dag til den neste, fra ett år til det følgende, fra én situasjon til den neste»*  
(Aadland 2013: 190).

Dalland (2014) viser til Tranøy (1986) som skriver, at i vår forforståelse ligger det en mening. Vi vil alltid ha en mening eller fordom mot noe, før vi undersøker det nærmere. Selv hvor mye vi prøver å ikke ha en oppfatning av temaet, så vil vi ha tanker om det (Dalland 2014: 117). Forforståelsen min vil være preget av hvilken teori jeg har med i oppgaven, hvilke sider jeg velger å belyse i drøftingen og hva som kommer frem i refleksjonen.

Forforståelsen for temaet før jeg startet på bacheloroppgaven og forforståelsen min etter oppgaven vil trolig være noe forandret. Jeg forandrer meg hele tiden, fra dag til dag. Temaet om psykiske lidelser har alltid berørt meg, også før jeg startet studiet. Jeg viste derfor tidlig at jeg skulle skrive om psykiske lidelser. Trolig kommer det av at jeg har sett hvordan psykiske lidelser kan ta styringen over livet til den som har lidelsen, men også hvordan det kan ramme de nærmeste. Jeg har hatt innblikk i hvordan psykiske lidelser kan arte seg hos personer både med og uten utviklingshemming. Det var først i slutten av studietiden at valget ble depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Min kulturtilhørighet og bakgrunn vil kunne gjenspeiles i oppgaven, men jeg vil prøve å være den bevisst og mest mulig objektiv.

Når jeg bruker kvalitativ metode, vil det bli påvirket av *«mine egne briller»*. Teorien som blir valgt ut og belyst, kommer av at jeg finner den interessant eller overbevisende, den rører noe ved meg. Valget for hva som blir belyst, kommer av min til dels tause

forforståelse (Aadland 2013: 75). Jeg har den forforståelsen av at mennesker med utviklingshemming kan oppleve psykiske lidelser på lik linje med andre i samfunnet, men at det kan være vanskelig å bli fanget opp, bortsett fra når lidelsen er meget fremtredende. Det kan virke som at boligpersonell er usikker på hvordan bidra til forebygging av psykiske lidelser, samt hvilke symptomer de skal være oppmerksomme på. Spesielt kan det virke som at psykisk helse, blir usikker når diagnosen utviklingshemming blir lagt frem.

## **2.5 Validitet og reliabilitet**

I følge Dalland (2014) skal innsamlede data være mest mulig pålitelige og relevante. Det vil si at teorien og annen informasjon må være mest mulig nøyaktige i fremstillingen. Validitet handler om at funnene skal være relevante og gyldige, mens reliabilitet handler om pålitelighet (Dalland 2014: 120). I oppgaven benyttet jeg litteratur som andre hadde skrevet. Litteraturen ble funnet i bøker, artikler og data, noe som vil si at det er sekundære kilder.

I oppgaven gjengis kilder så nøyaktig som mulig. Det ble benyttet flere ulike kilder for å rette fokus mot psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Jeg vurderte kritisk hvilken teori jeg tok med, ved blant annet å finne ut om teorien var foreldet, relevant, og om den passet inn i problemstillingen.

Min erfaring ved å arbeide i samlokalisert bolig, og de erfaringen jeg har gjennom mitt private liv, vil kunne gjenspeiles i oppgaven. Å være bevisst i hva som kan farge meg, kan bidra til at jeg blir mindre påvirket. Linde og Nordlund (2013) skriver at «Faren er at jo mindre man er oppmerksom på hva som påvirker, desto større innflytelse kan det få» (Linde og Nordlund 2013: 116).

## **3.0 Teori**

I dette kapitlet presenteres relevant teori i forhold til oppgaven, teorien danner grunnlag for drøftingen som følger. Jeg starter med å presentere skaus kompetansetrekant og beskriver så hva den profesjonelle kompetansen innebærer. Videre sier jeg noe mer om

begrepet utviklingshemming før jeg forklarer noe om årsaksforhold, til slutt nevnes konsekvenser ved utviklingshemming kort.

Jeg presenterer så teori om depresjon, hvor det trekkes frem ulike måter depresjon kan komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming. Videre presenteres mulige årsaker til depresjon hos personer med utviklingshemming, hvor kommunikasjon og mestring er mest fremtredende. Jeg har valgt å belyse en del om relasjonens betydning for depresjon. Her drar jeg inn viktigheten av kommunikasjon og mestring igjen, samt belyser menneskets avhengighet til hverandre.

I siste teoridelen presenteres ulike forebyggende metoder. Metodene som kort blir presentert er miljøarbeid, psykoterapi og medikamentell behandling.

### ***3.1 Profesjonell kompetanse***

Ordet kompetanse kommer av det latinske ordet «*competentia*» som handler om å være skikket eller kvalifisert til for eksempel det en vernepleier skal gjøre. I følge Skau (2012) kan den profesjonelle kompetansen deles inn i tre deler, den teoretiske kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og profesjonelle kompetanse.

Teoretisk kunnskap handler om allmenn fakta og vitenskapsbasert kunnskap, den er upersonlig og endres ofte. Tjenesteyterne som samhandler med mennesker må derfor hele tiden holde seg oppdatert på blant annet teori om psykiatri, etikk, jus, forskningsområder, vitenskap og sosiologi. Yrkesspesifikke ferdigheter handler blant annet om ferdigheter som er praktisk rettet slik som teknikker og metoder. Den personlige kompetansen sier noe om hvem vi er som personer, ovenfor oss selv og andre. Den er personlig, og vil bære preg av hvilke holdninger og erfaringer vi har med oss. Den vil ha betydning for hvordan vi åpner opp for samspillet og lar andre få være i møtet med oss. Kompetansen vil være avgjørende for hva vi kan oppnå med den teoretiske kunnskap og yrkesspesifikke ferdighet. De tre ulike delene vil til sammen skape en helhet for profesjonell kunnskap (Skau 2012: 59ff).

### ***3.2 Utviklingshemming***

Utviklingshemming er en samlebetegnelse på ulike tilstander, noe som vil si at det vil være store variasjoner på den kognitive fungeringen. Det vil være vanskelig å anslå hvor mange i samfunnet som har en utviklingshemming. Trolig er det flere med lett utviklingshemming som ikke er diagnostisert, da noen klarer seg fint uten bistand fra samfunnet. Selv om tallene variere er det en enighet om at 1% av befolkningen har en utviklingshemming med IQ under 70. Det er utarbeidet flere ulike målinger for å kartlegge om personen har en utviklingshemming (Snoek og Engedal 2012: 142f).

Begrepet psykisk utviklingshemming benyttes om personer som har betydelig svikt i kognitive funksjoner. Svikten må komme til uttrykk i løpet av personenes utvikling (Melgård 2003: 11). Ved diagnostisering gjennomføres en omfattende kartlegging, der anamnese, utredning av intellektuell funksjon og kartlegging av adaptiv atferd foreligger. Ved utviklingshemming vil det være en betydelig svekket intellektuell funksjon, betydelig svekket adaptiv atferd og debut i utviklingsperioden (Offernes og Lorentzen 2009: 36f).

Tabellen viser en oversikt over hvordan utviklingshemming deles inn i ulike grader.

<i>Grad av psykisk utviklingshemming</i>	<i>Testbart intelligensnivå (IQ)</i>	<i>Tilsvarende mental alder (MA)</i>
<i>Lett</i>	<i>IQ 50-69</i>	<i>MA 9-12 år</i>
<i>Moderat</i>	<i>IQ 35-49</i>	<i>MA 6-9 år</i>
<i>Alvorlig</i>	<i>IQ 20-34</i>	<i>MA 3-6 år</i>
<i>Dyp</i>	<i>IQ under 20</i>	<i>MA under 3 år</i>

(ICD-10 2011: 224).

Holden (2011) skriver at i mange tilfeller er årsaken til utviklingshemmingen u-spesifikk, som vil si at en ikke vet årsaken. Samtidig kommer det frem at kunnskapen om utviklingshemming øker (Holden 2011: 23).

Det kan være ulike årsaker til psykisk utviklingshemming, deriblant genetiske. Som oftest er kromosomfeil som Down syndrom årsak til alvorlig, moderat og lett utviklingshemming. Utviklingshemming kan også oppstå som følge av skader i fosterstadiet. Noen av skadene kan være somfølge av infeksjoner i første del av svangerskap, alkohol og narkotika misbruk og ulykker. Det kan også skyldes

komplikasjoner som har oppstått under fødsel som oksygenmangel og hjerneblødninger (Melgård 2003: 18f).

I følge Holden (2010) vil de fleste personer med en utviklingshemming ha noen utfordringer med å mestre dagligdagse krav uten noen form for tilrettelegging eller bistand. (Holden 2011: 23).

*Ved moderat psykisk utviklingshemming utvikler personen språket og språkforståelsen sent. Personen har begrenset evne i motoriske ferdigheter og personlig hygiene. Noen har behov for tilsyn hele livet. Personen kan lære seg grunnferdigheter som å lese, skrive og telle ved tilrettelagt spesialundervisning. Personen kan mestre arbeid som er nøye strukturert og utføres under faglært ledelse. Uavhengighet i voksen alder, oppnås sjeldent. Ferdighetsnivået ved moderat utviklingshemming kan variere. Noen kan delta i en enkel konversasjon, mens andre bare kan uttrykke de mest grunnleggende behov. Noen lærer aldri å bruke språket, men kan forstå enkle instruksjoner og kan lære å bruke tegnspråk (ICD-10 2011: 226f).*

### **3.3 Depresjon**

Det greske ordet for psykisk er «psykhe» som betyr sjel. Psykiatri handler om sjelens eller sinnets lidelse, hvor det læres om følelser, tanker og handlinger som er avvikende (Snoek og Engedal 2012: 23).

Psykisk lidelse er en «sekkebetegnelse» på ulike tilstander som påvirker personenes følelser og tanker. Psykoser, stemningslidelser, angst, belastningslidelser og atferdsforstyrrelser blir betraktet som psykiske lidelser. Sunne relasjoner, opplevelse av mestring og identifisering av psykiske vansker tidlig vil kunne føre til positiv og god psykisk helse (Bakken 2015: 11ff).

Når en person opplever en depresjon blir tanker, følelser, kropp og atferd påvirket. Personene kan da oppleve både psykiske, fysiske og somatiske symptomer. Ved depresjon

kan symptomene variere endel, det vil derfor være forskjellig fra person til person, hvordan depresjonen kommer til uttrykk (Knudsen 2012: 81).

Kringlen (2012) viser til en tabell med sentrale symptomer på depresjon. Han deler den inn i fire deler, der *Emosjonelle symptomer* handler om en opplevelse av å være trist, at ting er håpløst og en mister lysten til å gjøre ting. Den andre er *motivering* som handler om at personen kan oppleve hjelpeløshet, vansker med å ta avgjørelser og være apatisk. Den tredje er *kognitive symptomer*, som handler om at personen kan oppleve vansker med konsentrasjonen, har lett for å ta på seg skyld for alt og dårlig selvbilde. Det fjerde og siste symptom handler om *legemlige symptomer*. Personen kan oppleve forstyrret søvn, kraftløshet, dårligere appetitt og smerter eller ubehag i kroppen (Kringlen 2012: 15).

I følge Gerlach og Vestergaard (1998) er det omtrent 3 % av befolkningen som til enhver tid lider av en depresjon. 10% av menn og mellom 25-30% av alle kvinner vil i løpet av livet oppleve lette og moderate depresjoner. Om lag 3% av menn og 6% av kvinner må behandles på sykehus ved å bli lagt inn fordi de utvikler en alvorlig depresjon (Eknes 2011: 154). Depresjon er blitt en folkesykdom og rammer svært mange.

ICD-10 (2011) skiller mellom depressive episoder og tilbakevendende depressiv lidelse (ICD-10 2011: 116).

Noen av symptomene på depresjon er blant annet tretthet, selv etter lite anstrengelser, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om eller utføring av selvskade eller selvmord, søvnevansker og redusert appetitt (ICD-10 2011: 116).

Uavhengig av omstendigheter, varierer det senkede stemningsleiet lite, men har en fast daglig variasjon. I ungdomstiden er det vanlig at symptomene er atypiske. Noe som vil si at symptomene vises på en annen måte enn hva som er mest vanlig hos voksne. Ved depresjon vil det være individuelle forskjeller på symptomer. Personen kan oppleve å miste glede over tidligere interesse, mindre søvn og er tidligere oppe om morgen, Symptomene må ha vært tilstede i minst to uker, før en kan stille diagnosen (ibid).

Ved alvorlig depressiv episode, vil personen også kunne ha vrangforestillinger og hallusinasjoner. Debut for tilbakevendende depressiv lidelse forekommer som regel i femti årene. Gjennomsnittlig varer episodene i seks måneder, men kan vare fra tre til tolv måneder. Som regel opplever personen fullstendig restitusjon mellom episodene, mens noen få utvikler vedvarende depresjon. Ulike livshendelser som har vært belastende kan påvirke til depresjon (ICD-10 2011: 117ff).

### ***3.4 Hvordan kan depresjon komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming?***

Nielsen (1995) hevder at et resultat av depresjon kan vise seg ved generell kognitiv svekkelse. Personen kan oppleve nedsatt evne til å resonnere og løse problemer, og kan i noen tilfeller be om bistand til å løse tidligere mestret handlinger. Det kan også være vanskelig å følge med i samtaler, og personen har lett for å trekke seg ut (Eknes 2011: 155). Tjenesteytere kan da misforstå tjenestemottaker ved å tro at han ikke orker å utføre handlinger han tidligere har utført, mens det i virkeligheten er at han ikke mestere den lenger. Videre viser depresjon seg ofte ved endret matlyst. Ved lette faser kan appetitten øke, og personen spiser mer for å dempe uro og negative følelser. Ved større depresjoner kan personen miste matlysten helt og slutte å spise (Eknes 2011: 156).

Personer som har utfordringer rundt kommunikasjon og har sosiale vansker, kan kanskje gå med en uoppdaget depresjon. I følge Eknes (2008) kan noe av årsaken til dette være at personen viser atypiske symptomer på lidelsen, og dermed ikke passer inn i diagnosekriteriene som benyttes (Knudsen 2012: 82). Personen kan for eksempel vise dette ved å stenge seg inne, både fysisk og psykisk. Enkelte kan vise depresjonen ved utfordrende atferd ved å utvise både aggressiv atferd og ved selvskading. Det blir da en måte å uttrykke følelser på.

I følge Nygaard (2012) så har personer som opplever kroniske smerter økt sårbarhet for depresjon, mens personer som har en depresjon har økt sårbarhet for smerter. Begge deler påvirker hverandre like mye (Nygaard 2012: 270). Tilrettelegging av kommunikasjonen er viktig, da personer med utviklingshemming kan ha utfordringer med å uttrykke hvordan de har det.

Martinsen m.fl. Del 1 (2006) hevder at for å kunne iverksette et tjenestetilbud med riktig kompetanse, må den psykiske lidelsen først identifiseres. Tjenesteyterne må derfor tilegne seg spesifikk kunnskap om hvilke symptom som kan komme til uttrykk ved psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming (Martinsen m.fl. Del 1 2006: 12). Samtidig skriver Snoek og Engedal (2012) at symptomene kan uttrykkes på forskjellige måter. Noen kan reagere med å trekke seg tilbake, være passiv, mens for andre kan symptomene være uttrykk for personens væremåte (Snoek og Engedal 2012: 144). Videre sier Eknes (2011) at i situasjoner hvor det stilles krav som oppleves som vanskelige, kan personen uttrykke dette ved utfordrende atferd og atferden blir da en del kommunikasjonen (Eknes 2011: 158).

### ***3.5 Årsak til depresjon hos personer med utviklingshemming***

Som nevnt i innledningen er et av målene til vernepleierne å vise respekt for tjenestemottakers autonomi. Nordlund mfl. (2015) skriver at ved å legge til rette for utvikling av et godt selvbilde, er selvstendighet og mestring vesentlig (Nordlund mfl. 2015: 102). Samtidig kan det noen ganger oppleves som utfordrende, spesielt om tjenesteyter ikke forstår eller får med seg hva tjenestemottaker uttrykker.

Depresjon kan forårsakes av genetisk og biologisk sårbarhet og arv. Knudsen (2012) nevner stress-sårbarhetsmodellen. Hun forklarer den slik «*Utvikling av depresjon avhenger av balansen mellom individets sårbarhet og opplevd stress: dette kan forstås som at jo mer sårbar et individ er, desto mindre stress og belastning kan det tåle*» (Knudsen 2012: 83). Trolig vil personer som lett tar på seg skyld og som stresser seg fort opp, ha en større sårbarhet for å rammes av en depresjon. Samspillet mellom ytre faktorer og arv vil avgjøre om en person opplever en depresjon.

Som tidligere nevnt, kan symptomene på depresjon variere fra person til person, grensene på hva som er sykt og hva som er friskt kan være utfordrende å avklare. Grensen kan oppleves som flytende (Snoek og Engedal 2012: 30). Dette kan oppleves som utfordrende for tjenesteytere da de ønsker å bistå tjenestemottaker med hans psykiske helse, men er usikker på når han er syk. Samtidig kan det være utfordrende når tjenestemottaker ikke alltid ønsker slik bistand.



Ved alderdom er det økt risiko for å oppleve en krise. Mange opplever å miste nære personer rundt, fall i tidligere mestret ferdigheter og økt fare for skade og sykdom. Dette kan igjen føre til økt sårbarhet for depresjon. Ofte blir ikke depresjonen oppdaget, noe som kan ha en årsak i at den forveksles med ensomhet, sorgreaksjoner eller demens på et tidlig stadium (Helgesen 2011: 202). Det er bedre levekår nå enn før, og flere opplever å bli eldre, også personer med utviklingshemming. Det vil derfor være betydningsfullt at nærpersoner er oppmerksomme på atferdsendringer, og er åpne for at endringen kan ha ulike årsaker. Tjenesteyterne bør ta seg tid til å se tjenestemottakerne, noe som igjen kan bidra til at tjenestemottaker får en opplevelse av å bli respektert. Mennesket har behov for å bli sett, forstått og akseptert, noe som igjen kan bidra til en sikker opplevelse av seg selv. Personer som opplever at andre ikke speiler deres følelser har en økt sårbarhet for mistriivsel, ensomhet, depresjon og en usikker selvfølelse (Thorsen 2009: 36).

I Eknes (2011) kommer det frem at det er noe uenighet i risikoen for psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Dôsen (1993) og Meins (1994) mener at risikoen for å utvikle psykiske lidelser er størst ved alvorlig utviklingshemming. Borthwic-Duffy (1994) og Iverson og Fox (1989) mener derimot det omvendte, at personer med lettere utviklingshemming er mer sårbare for å utvikle psykiske lidelser enn de med alvorlig utviklingshemming. Eknes (2011) mener at de som har en lett utviklingshemming er mer sårbar for å utvikle depresjon, mens de som en alvorlig utviklingshemming er mer sårbar for å utvikle andre spesifikke psykiske lidelser (Eknes 2011: 34f).

### **3.5.1 Relasjonens betydning**

Fletcher (1993) hevder mennesker med utviklingshemming som opplever psykisk lidelse sjeldent oppsøker behandlingstilbud selv, slik som den generelle befolkningen gjør (Eknes 2011: 40). Om tjenestemottaker skal få den rette hjelpen, er han avhengig av en god relasjon til tjenesteyter, slik symptomer på for eksempel depresjon kan fanges opp.

Holden (2010) nevner at verbalfungeringen kan påvirke hvordan psykiske lidelsen oppstår og utarter seg (2010: 32). Å kommunisere vanskelige tanker kan være utfordrende for enhver, spesielt når en ikke helt vet hva det er som oppleves som vanskelig. Det kan oppleves som et kaos av tanker og vanskelig å sortere. Knudsen (2012) hevder videre at

utfordringer med kommunikasjonen kan igjen føre til misforståelser og dermed stress og andre belastninger som gir økt sårbarhet for å utvikle depresjon. Det kan være utfordrende å finne ut hva som kan være stressfaktorer til forløp av depresjon. Dette fordi det er personen selv og hvordan han opplever situasjonen som har betydning for om sårbarheten er økt (Knudsen 2012:84). Ved andres tolkninger kan det lett oppstå feiltolkninger og misforståelser, det er derfor viktig med noen som kjenner personen (Snoek og Engedal 2012: 144). Måten en person med utviklingshemming ytrer sin psykiske lidelse vil være avhengig av hvordan han kommuniserer, mens en person som har gode kommunikative evner vil lettere kunne forklare hvordan han har det.

Eknes (2003) fremhever viktigheten av relasjonene mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, hvor kvaliteter som varme, empati og ekthet er svært viktige (Eknes 2003: 227). Gjennom gode relasjoner kan tjenestemottaker oppleve seg selv som verdifull, og dermed få en økt selvtillit, noe som kan bidra til å minske risikoen for å oppleve en depresjon.

Redusert mestringssevne vil påvirke hvordan personen takler utfordrende livshendelser og andre påkjenninger. Mangel på kontroll og styring over eget liv, lite sosialt nettverk og stigmatisering vil kunne medføre økt sårbarhet for å utvikle en depresjon (Eknes 2011: 40). Knudsen (2012) nevner også hvordan mestrings blir som en sårbarhetsfaktor for å utvikle depresjon. Personen kan oppleve at det er uoverensstemmelse mellom hva han har behov for av bistand og hvilken bistand som blir gitt. Dermed kan det føles som å ikke strekke til og at omgivelsene stille for høye krav. Personen kan føle han mangler kontroll og føler seg mislykket, noe som igjen kan føre til depresjon (Knudsen 2012: 84).

En god psykisk helse påvirkes av muligheter til å bestemme over seg selv samt mulighet til å påvirke omgivelsene rundt. I følge Beauchamp og Childress (1994) handler autonomi om retten til å ha egne meninger og kunne foreta egne valg (Bakken 2015: 176ff).

Henriksen og Vetlesen (2011) skriver at alle mennesker er avhengig av hverandre, noe som gjør mennesket til et sårbart vesen. Sårbarhet fører til at vi knytter bånd til andre. *«Avhengighet basert på sårbarhet gjør menneskelivet til noe skjørt»* (Henriksen og Vetlesen 2011:76f). Det kan tenkes at personer med utviklingshemming er i en sårbar situasjon. Mange er avhengige av flere tjenesteytere og noen ganger kan det være stor gjennomtrekk av ansatte, dette kan igjen oppleves som sårbart.

Snoek og Engedal (2012) viser til Hubble, Duncan & Miller (1999) som skriver at relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter er den mest virkningsfulle enkeltfaktoren for forandring (Snoek og Engedal 2012: 27). Selv med forklaringer på symptomuttrykk og hvordan forløpet arter seg, vil et godt forhold mellom partene være det som kan bidra til å fremme en god psykisk helse.

Nettverket til tjenestemottakere kan være begrenset og tjenesteyterne er kanskje de personene som tjenestemottaker forholder seg mest til. Gjennom hele livet arbeider mennesket for å finne sin identitet, for så å sette det sammen til ett selvbilde. Selvbildet bygges opp i møte med andre (Hem 2012:59). Videre mener Kringlen (2012) at å ha noen å betro seg til, kan bidra til å minske risikoen for depresjon (Kringlen 2012: 37). En opplevelse av å høre til og å ha noe nære rundt seg vil derfor ha betydning for om en opplever en depresjon. Samtidig skriver Hollins (2016) i sin artikkel at det er lett å overse psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming, spesielt der hvor tjenestemottaker ikke formidler tanker gjennom språk. Depresjon kan ofte sees der personen har opplevd store livsforandringer, samtidig kan personer som ikke har hatt store påkjenninger oppleve depresjon (Hollins 2016) Det vil derfor være fornuftig av tjenesteytere å sette av tid til tjenestemottaker, slik det blir skapt rom for utveksling av informasjon slik tjenestemottaker får en opplevelse av å bli sett og hørt.

### ***3.6 Forebygging av depresjon hos mennesker med utviklingshemming***

Nedenfor presenterer jeg et utvalg av måter som kan bidra til å forebygge depresjon hos personer med utviklingshemming.

#### **3.6.1 Miljøarbeid**

Miljøarbeid ble etablert når vernepleierutdanningen startet opp. Utdanningen var rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming, hvor det ble lagt vekt på myndiggjøring, medbestemmelse og selvbestemmelse (Linde og Nordlund 2013: 17f).

I omsorgsplan 2015 kommer det frem at miljøarbeid handler om bistand som ytes til tjenestemottakere, hvordan den blir gitt og relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. «Omsorg er både en handling og en kvalitet ved denne handlingen. Kvalitativt gode tjenester må derfor formidle omsorg både gjennom handling og holdning» I miljøarbeid blir handlingene utført på en profesjonell og faglig riktig måte. Tjenesteyterne er opptatt av å vise forståelse, respekt og nærhet til tjenestemottakere (Nordlund, Thronsen og Linde 2015: 26f).

Lært hjelpeløshet sees ofte i sammenheng med depresjon. Lært hjelpeløshet handler om at personen forventer negative opplevelser, samtidig som han ikke har mulighet til å unngå eller mestre hendelsene (Helgesen 2011: 91). I miljøarbeid vil det derfor være viktig at tjenesteyterne legger til rette for positive opplevelser ved blant annet brukermedvirkning, noe som kan skape en følelse av å bli sett og hørt. På denne måten kan tjenesteyteren bidra til å minske sårbarheten for depresjon.

Evensen (2011) hevder at ved depresjon er det vesentlig med ro og forutsigbarhet, da tjenestemottaker kan ha behov for å bli skjermet for en periode. Høye krav kan oppleves som stressende og bør unngås (Knudsen 2012: 91). Tilpasset krav kan bidra til opplevelse av mestring. Hva som oppleves som passende krav, vil variere fra person til person. I følge Bakken (2015) er nærpå personer til mennesker med utviklingshemming viktige når psykiske lidelser skal oppdages. De er også sentrale når det gjelder forebygging, da de kan sitte på kunnskap om hvordan personen reagere ved mental overbelastning, sensorisk overbelastning, tap av nærpå personer og så videre (Bakken 2015: 27). I utarbeidelse av tiltak kan det være fornuftig å lage en faseplan, med ulike varseltegn. Spesielt viktig er det med en slik plan, der personen selv har vansker med å formidle hvordan han har det (Martinsen m.fl. Del 2. 2006:19). Et godt gjennomtenkt miljøarbeid vil være sentralt i arbeidet for å bedre livskvaliteten hos tjenestemottaker

Søndenaa og Skeie (2015) skriver at riktig og godt kunnskap om psykiske lidelser og utviklingshemming vil bidra til økt trygghet for tjenestemottaker som har en varig tilknytning til tjenesteapparatet. Når tjenesteytere har solid kunnskap, vil det være lettere å samarbeide med eventuelt spesialisthelsetjenesten (Søndenaa og Skeie 2015: 335).

### **3.6.2 Psykoterapi som forebygging av depresjon**

Psykoterapi kan forklares ved «*enhver intensjon som har til hensikt å redusere psykologisk ubehag, redusere uhensiktsmessig atferd gjennom veiledning, strukturert eller ustrukturert interaksjon, et treningsprogram eller en oppsatt behandlingsplan*». (Snoek og Engedal 2012: 46).

Det finnes noe uenighet i om personer med mild og moderat utviklingshemming har nytte av psykoterapi. Noen mener at personen ikke har de verbale og det intellektuelle som skal til, mens andre mener at så lenge det blir tilrettelagt ved å benytte steder som personen føler seg komfortabel i og bruke tilpasset språk vil personen ha nytte av psykoterapi (Eknes 2011: 43). Videre sier Bakken (2012) at fremgangsmåten, utredningen og behandlingen er så kompleks, at det er behov for tverrprofesjonelt samarbeid. Det vil være nødvendig med en kombinasjon av psykososiale, pedagogiske og miljøterapeutiske tilnærminger. Samtidig sier hun at det finnes lite forskning på området, men den forskningen som foreligger viser positiv effekt (Bakken 2012: 26).

I samtalene er et av målområdene å bistå tjenestemottaker med å kartlegge relasjonelle faktorer som opprettholder eller utløse depresjonene. Når kartleggingen av ulike faktorer er klarlagt, arbeides det terapeutisk for å unngå at problemene, slik tjenestemottaker forhåpentligvis unngår tilsvarende situasjoner. Hvilken grad utviklingshemming og språkkunnskaper personen har, vil være avgjørende for effekten av terapien. Terapien vil det ofte være preget av struktur. Terapeuten har en aktiv og styrende rolle, hvor han står for det meste av snakkingen. Relasjonen mellom partene er viktig og er preget av empati og støtte (Knudsen 2012: 90).

### **3.6.3 Medikamentellbehandling som forebygging for depresjon**

Medikamentellbehandling retter seg mot symptomer, og ikke årsak. Behandlingen bør være et supplement til psykososiale tiltak, slik som bo- trening og eventuelt psykoterapi. Ved bruk av medikamenter blir reseptorene i hjernen påvirket. Reseptorene styrer impulsoverføring, eller hvordan de blokkeres i synapsesystemet (Snoek og Engedal 2012: 58).

I en artikkel av Bygdnes (2016) kom det frem at flere som fikk medisin for psykiske lidelser, fikk feil medisin eller for høye doser. Flere sto på første generasjons-antipsykotika, noe som kan gi langt mer alvorlige bivirkninger, en nyere antipsykotika. Bakken (2012) skriver at en bør være tenke seg nøye igjennom før en velger medikamentell behandling, fordi personer med utviklingshemming kan ha vansker med å formidle ulike bivirkninger som de opplever ubehagelige (Bakken 2012: 25). Videre mener Snoek og Engedal (2012) at tjenesteytere derfor bør være oppmerksomme på mulige bivirkninger hos tjenestemottaker (Snoek og Engedal 2012: 57).

Shoemaker (2011) skriver at personer med utviklingshemming er av de menneskene som blir mest medisinert i hele samfunnet. Det bli i høy skala benyttet psykofarmaka i behandlingen for utfordrende atferd og med den tilgjengelige kunnskapen vi når har burde tenke mer igjennom konsekvensene (NAKU 2014).

Samtidig er det viktig at personer som kan ha nytte av medikamentbruk får tilbudet. Eknes (2011) skriver at medikamenter kan bidra til å øke livskvaliteten til personen. Videre hevder han at på grunn av negativ omtale har flere helsearbeidere blitt fanatiske motstandere, noe som igjen føre til at utviklingshemmede mister behandling som kunne ha bidratt til å øke livskvaliteten (Eknes 2011: 41). Det er derfor viktig at personer som kan ha behov for psykotrop medikasjon får en tverrfaglig vurdering. Her bør det blant annet foreligge historikk over tidligere erfaringer med medikamenter (Søndenaa og Skeie 2010: 331).

## **4.0 Drøfting**

I dette kapittelet vil jeg på bakgrunn av teori og casen om Kari nedenfor, drøfte hvordan depresjon kan komme til uttrykk og hvordan tjenesteytere kan bidra til å forebygge og vise støtte. Jeg drøfter ulike sårbarhetsfaktorer og måter depresjon kan komme til uttrykk. Videre i kapitlet vil jeg gjennom Bronfhenberenners utviklingsøkologiske modell presentere hvordan depresjon kan forebygges. Jeg avslutter så drøftingskapittelet med å oppsummere hvordan tjenesteytere kan forebygge og vise støtte ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming.

Case:

Kari er en kvinne på 55 år, han har diagnosen moderat utviklingshemming. Hun har ekspressivt språk. Enkelte ord bruker Kari til flere ulike betydninger, tjenesteyterne må derfor høre på tonefallet til Kari, for å vite hva hun mener.

De siste fem årene har hun bodd i samlokalisert bolig. Før den tid bodde hun i egen leilighet uten personlig bistand, men mottok praktisk bistand i form av vask av leilighet en gang i uken. Ellers ordnet Kari alle andre daglige aktiviteter selv. Kari jobbet i mange år i en familiebedrift. Hun pensjonerte seg for seks år siden. Hun har en mor og flere søsken, faren døde for ca syv år siden. Etter Kari flyttet inn i boligen sa hun ofte at noen ville ta henne og at hun så skumle ting. I et par tilfeller slo hun så hardt i møblene at hun måtte til legen, fordi hun skadet seg. Kari fikk så antipsykotika utskrevet av legen fordi hun hadde symptomer på å hallusinere. Medisinen som først ble utskrevet, fikk hun bivirkninger av, ved tale og motorikk. Medisinen ble endret og de skumle tingene forsvant. De første tre årene var hun ofte med på aktiviteter sammen med personalet. Kari likte godt å synge og hadde humor. De siste to årene har det vært en del utskiftning av personal i boligen.

Den senere tid har Kari endret seg og forandret døgnrytmen. Hun legger seg sent og står opp sent. Når hun står opp, tar daglige gjøremål dobbelt så lang tid som tidligere. Tidligere aktiviteter hun likte å holde på med, vil hun ikke lenger. De få gangene Kari vil ut, rekker hun som regel ikke å bli klar før det er vaktskiftet. Hun blir da forvilet, fordi hun ikke rakk å være med på tur. Det siste halve året har Kari gått ned flere kilo i vekt, ofte vil hun ikke spise mer en ett, maks to måltider i løpet av dagen. Kari har vært hos fastlegen for utredning av somatiske lidelser. Legen kunne ikke finne noe, bortsett fra at han bemerket at Kari ikke var like utadvendt som hun pleide.

#### ***4.1 Hvilke sårbarhetsfaktorer kan virke inn på utvikling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming?***

Ved å se tilbake til casen om Kari, kan en undre seg over hvordan hun har det. Det er syv år siden faren døde. Pårørende informerte tjenesteyterne om at Kari tok dødsfallet fint, og at far hadde vært syk en stund før hun døde. Samtidig sier Hollins (2016) at mennesker med utviklingshemming har behov for lengre tid til å bearbeide og forstå informasjon. Dermed kan følelsesmessige utfordringer vise seg på et langt senere tidspunkt enn hva

omgivelsene hadde forventet. Dette kan føre til at det blir utfordrende for blant annet tjenesteytere å forstå hvorfor Kari reagerer som hun gjør, da det blir vanskelig å sette handlingen i sammenheng med opplevelsen. Det vil være viktig at tjenesteyterne legger til rette for at Kari får snakke om tapet, selv om det er mange år siden (Bøckmann 2008: 43).

Som allerede nevnt øker sårbarheten for depresjon ved traumer, sorg, tap og belastende livshendelser (Eknes 2015). For Kari har det vært store livs forandringer de siste syv årene, i tillegg har det vært ustabil i personalgruppen. De overstående hendelsene bidrar ifølge Hollins (2016) til at Kari er mer sårbar for å utvikle depresjon. Sårbarheten for å utvikle depresjon øker ved blant annet endring av rutiner, endring av omsorgspersoner og ved å flytte. Hva som oppleves som tap, vil variere fra person til person (Hollins 2016). Henriksen og Vetlesen (2011) skriver at avhengighet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er bygd opp ved å motta bistand. Det kan tenkes at Kari opplever tjenesteytere som slutter som et stort tap, noe som setter Kari i en sårbar situasjon. Bøckmann (2008) skriver at tjenesteyterne må være bevisst at sorg ikke kun utløses ved dødsfall, men kan også komme av tapsopplevelser, som for eksempel ved at tjenesteyter slutter eller tap av ferdigheter. Tjenesteyteren må derfor ha kunnskap om depresjon og sorgreaksjoner, slik de kan skille normal sorg reaksjon og depresjon (Bøckmann 2008: 31ff).

ICD-10 (2011) skriver at personer med moderat psykisk utviklingshemming kan ha noe begrenset språkbruk og språkforståelse. Videre sier Snoek og Engedal (2012) at vansker med verbal- kommunikasjon bidrar til at tjenestemottaker er avhengig av tjenesteytere som kan tolke følelsene deres riktig. Søndena og Skeie (2010) poengterer at det er fare for at fastlegen skriver ut medikamenter uten tilstrekkelig kunnskap eller støtte fra psykisk helsevern (Søndena og Skeie 2010: 330). Dette gjør Bygdnes (2016) artikkel om medikamentbruk hos personer med utviklingshemming interessant. Her kommer det frem at personer med kognitiv svikt kan ha utfordringer med å formidle for eksempel bivirkninger av medisin, og dermed bruker medisin som de kanskje ikke skulle hatt. Kan det være at Kari har fått utskrevet feil medikament eller dose, slik som det ble nevnt i artikkelen? Kari kan ha vansker med å formidle hvilke symptomer og bivirkninger hun opplever. Hun er derfor avhengig av blant annet tjenesteytere observerer hennes virkning av medikamentet, noe som vil kreve systematisk og sikker dokumentasjon. Dermed blir Kari sårbar fordi hun er avhengig av andre.



Som allerede nevnt er gode relasjoner mellom tjenesteyter og tjenestemottaker viktig. Tjenestemottaker bør ha en opplevelse av å bli respektert og forstått, da et godt selvbilde utvikles ved samspill med andre (Eknes 2003: 227). Det har vært en del nye tjenesteytere hos Kari den siste tiden. Når det kommer nye tjenesteytere tar det tid for Kari og tjenesteyter å bli kjent. Det kan tenkes at Kari ikke alltid opplever tjenesteyterne forstår henne. Som nyansatt i en bolig, er det vanlig med noen opplæringsvakter. Tiden som er til rådighet er for knapp til å lære Kari å kjenne, da dette tar tid. Tjenesteytere bør derfor være bevisst hvordan Kari uttrykker seg, slik at hun kan oppleve en følelse av å bli forstått og respektert.

#### ***4.2 Hvordan kan depresjon komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming?***

Det kan være utfordrende å stille diagnosen depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Diagnosekriteriene spør om følelser, noe som kan være vanskelig for Kari å formidle. Det vil ofte kreve tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner for å sette sammen helhetlige og tilpassende tjenester til Kari. Som tjenesteyter vil det derfor være vesentlig å være bevisst på hvordan depresjon kan komme til uttrykk. Samtidig er det mange symptomuttrykk som ligner på depresjon som kan ha andre årsaker. Jeg vil derfor nedenfor drøfte noen av uttrykkene ved depresjon og samtidig belyser andre utfordringer.

Kari har den siste tiden endret søvnvaner. Hun virker sliten og uopplagt, ofte vil hun ligge i sengen til langt på dag. I følge Edland (2009) så er det ikke uvanlig at søvnvanene endres når en blir eldre. Enkelte kan oppleve at de ofte våkner i løpet av natten, og dermed opplever å være uopplagt (Edland 2009: 79). Samtidig er et av symptomene på depresjon mindre søvn, en opplevelse av å være trett selv etter få anstrengelser (ICD-10 2011: 116). Når Kari ikke orker å stå opp, kan det være fordi hun har sovet mindre enn det hun har behov for. Hun kan da oppleve seg sliten og uopplagt og dermed blir liggende i sengen. Årsaken til mindre søvn kan da ha sammenheng i en depresjon, men også ved å bli eldre. Kanskje må Kari opp på toalettet om natten og dermed får vansker med å sovne til igjen, eller kanskje har Kari en depresjon og er dermed mer sliten enn vanlig.

Som tidligere nevnt forekommer det oftere psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming enn i resten av befolkningen (Mæhle 2013: 78). Et fåtall får oppfølging for lidelsen. Jeg antar at noe av årsaken kommer av at det kan være utfordrende å diagnostisere psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. Ofte tolkes symptomene på psykisk lidelse som en del av personens utviklingshemming. Personenes nærmeste pårørende og tjenesteytere er ofte de som må forklare hvilke symptomer personen har til fagfolk (Herheim og Langholm 2010: 155f). Trolig kan det være slik for Kari også, at tjenesteyterne er usikre på hva som kan være symptomer på depresjon og hva som ligger til Karis utviklingshemming og hennes væremåte. Som nevnt flyttet Kari til omsorgsboligen for 5 år siden. Før den tid bodde hun i egen leilighet, uten noen form for personlig bistand. Det finnes derfor lite kartlegginger av Kari, observasjonene som finnes er tatt etter at hun flyttet inn. Annen informasjon tjenesteyterne har, kommer fra familien.

### ***4.3 Bronfenbrenners fire utviklingsøkologiske nivå ved forebygging***

I dette avsnittet viser jeg til Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Den beskriver fire nivåer som påvirker hverandre. Ut ifra de ulike nivåene beskriver jeg hvordan en kan forbygge for psykiske lidelser, samtidig som jeg drøfter casen om Kari.

#### **4.3.1 Mikronivået**

Mikronivået kan også kalles familienivået. Det første nivået er det som har størst påvirkningskraft hos personen. Kari, tjenestemottaker og eventuelle andre nærpersoner kan sette seg sammen å reflektere over hvordan Kari opplever sin situasjon. Sammen kan de finne tiltak som kan bidra til å øke hennes mestringsfølelse. Muligens kan Kari oppleve å føle seg verdsatt gjennom selvbestemmelse og mestring. Dette kan igjen forebygge for videreutvikling av psykiske lidelser (Snoek 2010: 64). Bakken (2015) hevder at depresjon er den vanligste psykiske lidelsen der personen kan oppleve store funksjonsfall (Bakken 2015: 84). Trolig kan en faseplan utviklet i samarbeid være et egnet tiltak. Da kan tjenesteyteren bistå Kari i å tilpasse samhandling og aktiviteter. En faseplan kan beskrive mestring og ulike emosjonelle svingninger (Martinsen m.fl Del 2: 19). Muligens kan dette bidra til mestringsopplevelse, selv om det betyr at tjenesteyterne må overta arbeidsoppgaver Kari tidligere mestret for en periode. Dette støtter også Evensen (2011).

Han forteller at ved depresjon er det vesentlig med ro og forutsigbarhet og at det i perioder kan være behov for skjerming for å unngå stress belastning (Knudsen 2012: 91). Videre skriver Eknes (2003) at tjenesteyter må passe på at skjermingen kun er for en periode, da innaktivitet kan føre til en følelse av å ikke strekke til, noe som over tid kan bidra til lav selvfølelse. Ved å motivere til økt aktivitet litt etter litt, kan mestring oppleves (Eknes 2003: 183).

Samtidig kan det oppleves utfordrende for Kari å formidle sine følelser gjennom språk. Eide og Eide (2014) skriver at enkelte kan ha utfordringer med å forklare på direkte spørsmål hvordan de har det. Dette kan komme av at personen ikke forstår spørsmålet, har ikke intellektuelle ferdighetene til å forklare seg, eller fordi det er uvant å snakke om følelser og derfor ikke vet hvordan det kan gjøres (Eide og Eide 2014: 267). Hvordan relasjonen mellom tjenesteyter og Kari er, vil være av betydning for om Kari er trygg til å formidle følelser og om tjenesteyter oppfatter henne korrekt. Som tidligere nevnt minsker risikoen for depresjon ved å ha noen å betro seg til (Kringlen 2012: 37). I casen om Kari, kommer det frem at det har vært ustabil i personalgruppen den siste tiden. Kan det da vær at Kari opplever at hun ikke har noen å betro seg til? En opplevelse av å høre til og å ha nære rundt seg vil derfor ha betydning for om en opplever en depresjon.

Martinsen m.fl. Del 1 (2006) hevder at for å kunne iverksette et tjenestetilbud med riktig kompetanse, må den psykiske lidelsen førts indentifiseres. Tjenesteyterne må derfor ha spesifikk kunnskap om hvilke symptom som kan komme til uttrykk ved psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming. På den andre siden, kan det være utfordrende å vite hvilke symptomer som er en depresjon. Depresjon kan lett misforstås som en normal sorg reaksjon, eller noen av symptomene som kommer til uttrykk ligner personens væremåte. I casen om Kari, kommer det frem at Kari pensjonerte seg året før hun flyttet inn i omsorgsboligen. Kan det være Kari savner sin gamle leilighet eller jobb? Som Knudsen (2012) hevder, vil symptomene ved depresjon variere, det vil derfor være forskjellig fra person til person, hvordan depresjonen kommer til uttrykk. Noen viser atypiske symptomer, og passer derfor ikke inn i diagnosekriteriene (Knudsen 2012: 81f). Dette er noe Bakken (2012) også understreker, da symptomene på psykiske lidelser kan ha andre uttrykk hos personer med utviklingshemming, noe som kalles for idiosynkratiske (Bakken 2012: 32). Tjenesteyterne blir derfor i fare for å overse symptomer hos Kari, da de kan tro at det er karakterer ved hennes personlighet.

### 4.3.2 Mesonivået

Mesonivået blir også kalt for nærmiljønivået, som viser til samspillet mellom treffpunktene. På dette nivået foregår forebyggende arbeid for psykiske lidelser gjennom grupper (Snoek 2010: 67). Ved gruppebaserte forebyggende tiltak, som for eksempel brukerorganisasjoner, kan muligens Kari oppleve støtte og aksept fra samfunnet. Det kan bidra til å hindre en opplevelse av å bli stigmatisert, som igjen kan gi en positiv opplevelse for hennes psykiske helse. Kommunale lovverket handler om næromsorg. Kommunen kan sette i verk flere tiltak for å nå målet som står i veilederen for psykisk helsearbeid: «*å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser*». Dette kan blant annet gjøres ved å utnytte ressurser som finnes i nærmiljøet og sosiale nettverk. Målet er at kommunen skal være effektiv å spare penger. Samtidig er det viktig at kommunen har forståelse for at hjemmebaserte tjenester kan være tids- og personalkrevende (Snoek 2010:31f). Det kan være at Kari og tjenesteytere har ulik oppfatning på hva som er effektiv omsorg. Dermed kan det være hun føler de har liten tid til henne. Knudsen (2012) nevner at der det er uoverensstemmelse mellom hva tjenesteyter opplever som behov for bistand og den bistanden som blir gitt, kan føre til en følelse av mislykkethet. mangel på kontroll og respekt, som igjen kan bidra til sårbarhet for depresjon (Knudsen 2012: 84).

Søndenaa og Skeie (2010) skriver at det er avgjørende at kompetansen er tilgjengelig for alle, samme hvor i landet en befinner seg. En måte å få til dette vil være at de som har kompetanse på psykisk helse og de med kompetanse innen utviklingshemming utvikler et samarbeid. For personer som mottar varige tjenester fra tjenesteapparatet vil det være svært viktig med felles forståelse, bred og nær kunnskap, noe som kan bidra til trygghet hos Kari (Søndenaa og Skeie 2010: 335). På den andre siden kan det være utfordrende for profesjonene å bli enige om hva som er tjenestemottakers utfordringer, da de kan ha ulike områder de fokuserer på (Martinsen m.fl. Del 1. 2006: 18).

### 4.3.3 Eksonivået

I eksonivået foregår forebyggingen av psykiske lidelser ved at kommunen vedtar psykiatriplanene. Vedtakene som fattes her kan ha store konsekvenser for tjenestemottakerne og blir kalt for lokalmiljønivået. Samtidig skal kommunen tilrettelegge for brukermedvirkning. Representanter fra brukerorganisasjoner kan være med å påvirke utformingen av tjenester og omgivelser. Slik kan også personer med særskilte behov bli myndiggjort (Snoek 2010: 69).

En del helseforetak velger en modell der habiliteringstjenesten knyttes direkte til psykisk helsevern. Dette er i tråd med Veileder for habiliteringstjenesten for voksne- i spesialisthelsetjenesten (2009), de skriver at det skal være: *tettere samarbeid mellom habiliteringstjenestene og psykisk helsevern, samt styrking av psykiatritilbudet ved habiliteringstjenestene*». Samtidig kan det oppstå utfordring da tjenestemottaker også kan ha behov for somatisk spesialisthelsetjeneste (Søndena og Skeie 2010: 332). Det kan da stilles spørsmål om Kari får et fullverdig tjenestetilbud? Som nevnt kan kroniske smerter øke sårbarheten for depresjon, og motsatt kan depresjon øke sårbarheten for smerter (Nygaard 2012: 270). Dermed kan Kari ha behov for flere sammensatte tjenester.

#### **4.3.4 Makronivået**

Det er på makronivået landets lover og politiske linjer blir laget. Makronivå vil si det samme som det nasjonale nivået. Beslutninger på dette nivået har fått store konsekvenser for personer med psykiske lidelser. En spesifikk plan ble iverksatt som et tiltak til forebygging av psykiske lidelser (Snoek 2010:69f).

Snoek (2010) skriver at forebygging av psykiske lidelser på makronivået, var blant annet opptrappingsplanen for psykiske helse. Når en person opplever for eksempel en depresjon, blir de fleste behandlet ved poliklinikker, distrikts psykiatriske senter, eller får støtte fra ambulerende team, mens de tidligere ble innlagt i sykehus. For de som skal yte tjenestene kreves det et godt tverrprofesjonelt samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten (Snoek 2010: 29). For mange fungerer dette, men kan også skape utfordringer, ved at tjenestemottaker blir «kasteball» i systemet. Som nevnt innledningsvis skulle opptrappingsplanen være mer effektiv og kostnadsbesparende. Det kom også frem i planen at personer med utviklingshemming skulle prioriteres og få lik behandling som

andre i samfunnet. Noen av tiltakene gikk ut på at tjenestene skulle være nærmest mulig personene som hadde behov for dem. Videre ble det lagt vekt på brukerinnflytelse på utforming av tjenestene. Det kan stilles spørsmål om brukerne har fått uttalt seg om utformingen av tilbudet, og om organiseringen fungerer som tenkt. Martinsen m.fl. Del 1 (2006) hevder at på grunn av organiseringen kan tjenestemottakere oppleve å bli «kasteball» mellom spesialisthelsetjenestene.

Det hender noen ganger at personer med utviklingshemming blir avvist av psykiatrien, grunnet tradisjoner som henger igjen. Det har vært liten tradisjon for behandling i psykisk helsevern hos utviklingshemmede, dermed kan det oppstå «henvisningsvegring». En annen grunn er manglende kompetanse. Dette støttes av Søndena og Skeie (2010) som hevder at tjenestene som skal ytes av psykisk helsevern ikke er godt nok tilpasset personer med utviklingshemming og psykiske lidelser. Det er forskjell i behandlingen og tjenestemottakerne blir lite inkludert (Søndena og Skeie 2010: 334). På den andre siden hevder Ekens (2011) at det er en økt bevissthet rundt psykiske lidelser hos utviklingshemmede og at ved å diagnostisere hvilken psykisk lidelse de lider av vil bidra til bedre hjelp. Han skriver videre at alle fagpersoner bør ha nødvendig kompetanse på dette feltet. Videre kommer det frem at det er viktig at andrelinjetjenesten også ser behovet for psykiske tjenester til mennesker med utviklingshemming. Ved å samle sammen ulik kompetanse kan samarbeid bidra til Kari får den hjelpen hun trenger. Tjenestemottaker behov bør være i fokus, og gjenspeile den tverrfaglige innsatsen og omsorgen (Eknes 2011: 51). Samtidig blir det belyst at det fortsatt er mangelfull kompetanse i fagmiljø som samhandler lite med personer som har en utviklingshemming. Temaet psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming, har hatt lite fokus når Norsk Psykiatrisk Forening har lagt ut programmene under «psykiatriveka» (Søndena og Skeie 2010: 332f). Muligens kan det være slik fordi det fortsatt finnes usikkerhet i tilnæringsmetodene? Behandling av psykiske lidelser er stadig i endring og varierer fortsatt endel rundt i de ulike kommunene. Hvordan kan da tjenesteytere bidra til forebygging av depresjon hos personer med utviklingshemming, om det fortsatt er store forskjeller mellom kommunene, og det ikke finnes svar på hvor spesialisert bistand befinner seg? Som tidligere nevnt er depresjon en lidelse som er lett å overse (Knudsen 2012: 81). Trolig kan noe av årsakene til at depresjon blir oversett, at man er usikker på om når det er en depresjon. Noen av følelsene vi til tider kan oppleve er slik som håpløshet, fortvilelse, nedstemthet og trøtthet. Dette er følelser som de fleste av oss kan kjenne oss igjen i, men det er når følelsene tar overhånd

og varer lengre enn hva som er normalt, det blir betegnet som en depresjon (Eknes 2006: 19).

#### ***4.4 Hvordan kan tjenesteytere forebygge og visse støtte***

Ut i fra drøftingen kan det se ut til at Kari er sårbar for depresjon. Forebygging av depresjon innebærer at tjenesteyter har vid kompetanse. Skau (2012) poengterer er det summen av den teoretiske kunnskapen, de yrkesspesifikke ferdighetene og den personlige kunnskapen som til sammen er den profesjonelle kunnskapen (Skau 2012: 59ff). Som det kommer frem i drøftingen så innebærer den profesjonelle kunnskapen om å være bevisst relasjonens betydning for depresjon. Samtidig må tjenesteyter være klar over hvilke sårbarhetsfaktorer og symptomer som kan tyde på en depresjon. Videre må tjenesteyter ha kunnskap i miljøarbeid, psykoterapi og medikamentbehandling. Tilslutt skal tjenesteyter ha kunnskap hvordan påvirke på systemnivå. Alle de overstående kunnskapene danner grunnlag for profesjonell kompetanse.

I oppgaven ble Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell benyttet. Her ble de ulike nivåene drøftet oppimot forebygging av psykiske lidelser. Snoek (2010) skriver at kommunikasjonen foregår mellom nivåene og at det ikke er klare skiller da dette er en modellbeskrivelse (Snoek 2010: 70). Det samme gjelder for drøftingen som ble presentert. Selv om jeg skrev under et bestemt nivå, vil det ikke si at det også passet ved et annet nivå.

## **5.0 Avslutning**

Jeg velger å slå sammen oppsummering, konklusjon og refleksjon i avslutningen min.

### ***5.1 Oppsummerende avslutning***

I oppgaven ble relevant teori presentert og drøftet i forhold til case om Kari. Jeg har belyst hvordan depresjon kan komme til uttrykk hos personer med utviklingshemming, samtidig som jeg har sett på ulike måter som kan bidra til forebygging. I oppgaven kommer det frem at det er store variasjoner på hvordan depresjon utarter seg fra person til person, noe som krever vid kunnskap. Videre belyser drøftingen flere måter vernepleieren kan bidra til å forebygge og vise støtte. Det jeg håper folk som leser oppgaven sitter igjen med, om jeg

må begrense meg til noe konkret, så er det relasjonens betydning for depresjon. Jeg håper oppgaven har bidratt til økt kunnskap om temaet, slik at tjenesteytere kan bistå tjenestemottaker med å oppnå en best mulig livskvalitet. For å kunne arbeide mot økt livskvalitet vil det være vesentlig å ha fokus både på individet og på systemet, ved å være en helse- og sosialpolitisk aktør.

På bakgrunn av teori og drøfting kan jeg ikke si at jeg har kommet frem til et entydig svar på problemstillingen «hvordan kan tjenesteytere forebygge og visse støtte ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming?», da symptomer vil variere fra person til person. Her handler det om å være bevisst relasjonen. Vi er alle forskjellige individer, med våre egne særtrykk. Det vil derfor være av vesentlig karakter at de som samhandler med personer som har en utviklingshemming tenker over dette. Som oftest er det tjenesteyteren som er nærpersionene som tjenestemottaker prøver å formidle utfordrende tanker og følelser til. Har en ikke kunnskap om depresjon vil det også være vanskelig å forstå signalene. Forebygging handler nettopp om å være i forkant og hindre en hendelse i å oppstå.

Forebygging av depresjon bør foregå på flere nivå. Brukermedvirkning er sentralt i forebyggingen, og som tjenesteyter bør en tilrettelegge for høyest mulig grad av mestring i hverdagen. Slik jeg ser det, er det da viktig at tjenesteytere har nødvendig kunnskap om sårbarhetsfaktorer for depresjon slik at de bedre kan sette seg inn i tjenestemottakers perspektiv. På denne måten tenker jeg at tjenesteyter kan bidra til å støtte og forebygge depresjon hos mennesker med utviklingshemming.



## 6.0 Litteraturliste

### *Pensumlitteratur*

Aadland Einar (2013) «Og eg ser på deg», *vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo. Universitetsforlaget.

Bøckmann Sissel (2008) *Utviklingshemming og sorg*. Cappelen Akademisk Forlag.

Dalland Olav (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Edland Astrid (2009) *Den fysiske helse*. I Larsen Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard (2009) *Lærebok, utviklingshemming og aldring*. Tønsberg. Aldring og helse Forlaget.

Eide Hilde og Tom Eide (2014) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Eknes Jarle (2011) *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo. Universitetsforlaget.

Helgesen Leif A. (2011) *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi*. Kristiansand. Høyskoleforlaget. 2 utg.

Hem Hans Einar (2012) *Profesjoner*. I Brodtkorb Elisabeth og Marianne Rugkåsa (2012) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo. Gyldendal Akademisk. 2.utg. 3opplag.

Henriksen Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2011) *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Holden Børge (2011) *Psykiske lidelser og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Linde Sølvi og Nordlund Inger (2013) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo. Universitetsforlaget.

Melgård Torhild (2003) *Utviklingshemming*. I Eknes Jarle (2003) *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo. Universitetsforlaget.

Nygaard Harald A. (2012) *Kroniske, ikke-ondartete smerter hos gamle*. I Bondevik Margareth og Nygaard Harald A. (2012) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen. Fagbokforlaget. 3 Utg.

Offernes Nils Øivind og Eirin Lorentzen (2009) *Diagnostisering av utviklingshemning hos voksne*. I Eknes Jarle, Trine Lise Bakken Jon Arne Løkke og Ivar Mæhle (2009) *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo. Universitetsforlaget.

Skau Greta Marie (2012) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Latvia. Cappelen Damm As.

Snoek Jannike Engelstad (2010) *Møte med «den andre» Om psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo. Akribe.

Snoek Jannike og Knut Engedal (2012) *Psykiatri, Kunnskap-Forståelse-Utfordringer*. Trondheim. Akribe Forlag.

Thorsen Kristen (2009) *Opplevelsen av aldring*. I Larsen Frode Kibsgaard og Elisabeth Wigaard (2009) *Lærebok, utviklingshemming og aldring*. Tønsberg. Aldring og helse Forlaget.

### **Selvvalgt litteratur:**

Bakken Trine Lise (2015) *Utviklingshemning og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo. Gyldendal Akademisk. Innledning (6 sider), Kap 1 (9 sider), Kap 5 (16 sider), Kap 9 (15 sider), Kap 10 (14 sider).

Bakken Trine Lise (2012) *Kunnskapsgrunnlaget*. I Bakken Trine Lise og Mette Egelund Olsen (2012) *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*. Oslo. Universitetsforlaget. Kap 1 (8 sider). Kap 2 (5 sider).

Eknes Jarle (2006) *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo. Universitetsforlaget. (Innledning: 17f. Totalt 2 sider). Kap 1 (33 sider).

Herheim Åste og Kari Langholm (2010) *Psykisk helsearbeid- teorier og arbeidsmåter*. N.W.Damm & Søn.

ICD-10 (2011) *Psykisk lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo. Gyldendal Akademisk. Kap F70-F79 Psykisk utviklingshemming (5 sider). Kap F30-F39 Affektive lidelser (22 sider).

Knudsen Trine Reippuert (2012) *Depresjon*. I Bakken Trine Lise og Mette Egelund Olsen (2012) *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*. Oslo. Universitetsforlaget. Kap 7 (12 sider).

Kringlen Einar (2012) *Depresjon*. Stavanger. Hertervig Akademisk. Kap 2, Symptomer ved depresjon (8 sider). Kap 6, Årsaker til depresjon (8 sider).

Mæhle Ivar (2013) Down syndrom. I Mæhle Ivar, Jarle Eknes og Gunnar Houge (2013) *Utviklingshemning, Årsaker og konsekvenser*. Oslo. Universitetsforlaget.

Nordlund Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde (2015) *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo. Universitetsforlaget. Kap 1 (11 sider). Kap 6 (16 sider).

Prioriteringsveileder (2015) *Psykisk helsevern for voksne*. Helsedirektoratet. (19 sider).

Schiefloe Per Morten (2004) *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen. Fagbokforlaget. Kap 3 (45 sider).

### ***Internettsider og artikler:***

Bygdnes Anne Marit (2016) *Utviklingshemmede får feil medisin*  
<http://fontene.no/fagartikler/utviklingshemmede-far-feil-legemidler-6.47.361482.6711db5397> (lest 08.06.2016).

Helsedirektoratet (2015) *Prioriteringsveileder- Psykisk helsevern for voksne*.  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevern%20for%20voksne.pdf>  
(16.06.2016).

Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp.nr. 63 (1997-98) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1&q=> (lest 06.06.2016).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lest 10.08.2016).

Hollins, S.C (2016) *Depressions in people with intellectual disabilities*.  
<http://www.intellectualdisability.info/mental-health/articles/depression-in-people-with-intellectual-disabilities> (lest 07.06.2016).

NAKU (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). Artikkel *Psykisk helse: Forskning*. Publisert 10.07.2014. Helse- og omsorg, psykisk helse.  
<http://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-forskning> (lest 01.06.2016).

Martinsen Harald, Trine Lise Bakken, Sissel Berge Helverschou og Terje Nærland (2006) *Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. 1: Den organisatoriske utfordringen*. SOR Rapport nr. 1. (16 sider).

Martinsen Harald, Trine Lise Bakken, Sissel Berge Helverschou og Terje Nærland (2006) *Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. 2: De faglige utfordringene*. SOR Rapport nr.2. (18 sider).

Mental helse. <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse> (lest 02.06.2016).

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for vernepleierutdanning*.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf) (lest 06.06.2016).

Stiftelsen SOR. Eknes Jarle (2015) *Depresjon ved autisme og utviklingshemming*.

<http://www.samordningsradet.no/index.cfm?pArticleId=43340&pArticleCollectionId=420>

5 (lest 02.06.2016).

Søndenaa Erik og Geirmund Skeie (2010) *Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemming: Et viktig fordypningsemne for masterstudium i psykisk helsearbeid*.

Universitetsforlaget. Fagartikkel. (7 sider).

## Vedlegg 1 Søkeskjema

Søkeord				Avgrensning	Funn
Intellectual disability	Depression	Prevent		2006-2016	12 (06.06.16)
Forebygge					922 (12.08.16)
Forebygge	Depresjon				29 (12.08.16)
Forebygge	Depresjon	Utviklingshemming			0 (12.08.2016)
Depression	Intellectual disability				1004 (12.08.16)
Depression	Intellectual disability	Prevent			12 (12.08.16)
Utviklingshemming	Depresjon				3 (01.06.16)
Søkeord				Avgrensning	Funn
Utviklingshem*	Depresjon*				39 (01.06.16)
Utviklingshem*	Psykiske*			Fagfelleverdert	178 (01.06.16)
Utviklingshem*	Depres*			Fagfelleverdert	30 (01.06.16)
Intellectual disability*	Depres*			Fagfelleverdert	148 (01.06.2016)