



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hva er depresjon, og hva kan det innebære for mennesker som i tillegg har en psykisk utviklingshemming?/

What is depression, and what is the consequence if the person in addition have a mental disability?

Silset, Camilla

Totalt antall sider inkludert forside: 52

Molde, 22.05.2018



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 checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" 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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kristin Juvik

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: 22.05.2018

Antall ord: 9475

Forord

Å være sterk

Å være sterk er ikke

å løpe raskest

å hoppe lengst eller

løfte tyngst

Å være sterk er ikke

alltid å vinne

alltid å ha rett eller

alltid å vite best

Å være sterk er å

se lyset når det er som mørkest

slåss for noe man tror på

selv om man ikke har

flere krefter igjen

se sannheten i øynene

selv om den er hard

- Naja E. Jensen

Sammendrag

Oppgaven starter med presentasjon av tema, som er psykiske lidelser og utviklingshemming, sammen med bakgrunn for valgt tema og relevansen for vernepleiere. Videre vil problemstillingen utdypes og begrunnes. I «metode» redegjøres det for hvordan forforståelser og antakelser påvirkes gjennom lesing, sammen med vurdering av brukte kilders troverdighet og pålitelighet. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse for begreper som anvendes i oppgaven. I kapittel 3 blir teori om depresjon og psykisk utviklingshemming presentert, sammen med aktuelle behandlingsformer ved depresjon. I drøftingskapitlet blir forekomsten av depresjon hos mennesker med psykisk utviklingshemming gjort rede for, sammen med mulige årsaker og symptomer. Videre sees de ulike behandlingsmetodene opp imot psykisk utviklingshemming og samtidig depresjon. Hvilken betydning relasjonen mellom den som mottar og den som yter tjenester drøftes, og begrep som anerkjennelse, tillit, verbal/non-verbal kommunikasjon og mestring trekkes fram. Avslutningsvis redegjøres det for hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan anvendes i prosessen, før oppgaven avsluttes med oppsummering, konklusjon og refleksjon.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Et historisk tilbakeblikk på utviklingen av vernepleie som profesjon, og temaets relevans	3
2.0	Problemstilling	5
2.1	Presentasjon av problemstilling.....	5
2.2	Avgrensninger og utdypelse av problemstilling.....	5
2.3	Metode.....	6
2.4	Kort redegjørelse for ulike begreper som brukes i oppgaven.....	8
3.0	Teori	11
3.1	Hva er depresjon?	11
3.2	Årsaker	11
3.3	Ulike former for depresjon	12
3.4	Ulike former for behandling av depresjon.....	13
3.4.1	Miljøbehandling	13
3.4.2	Kognitiv terapi	13
3.4.3	Psykoedukasjon.....	14
3.4.4	Medikamentell behandling.....	14
3.4.5	Lysbehandling	14
3.4.6	ECT	15
3.5	Hva er psykisk utviklingshemming?	16
3.6	Årsaker for utviklingshemming.....	16
3.7	Ulike grader av utviklingshemming	17
3.7.1	Lett	17
3.7.2	Moderat	17
3.7.3	Alvorlig	18
3.7.4	Dyp.....	18
3.7.5	Annen og uspesifisert.....	18

4.0	Drøfting	19
4.1	Utviklingshemming og samtidig depresjon.....	19
4.2	Forekomst	19
4.3	Årsaker	20
4.4	Symptomer på depresjon hos utviklingshemmede	21
4.5	Utredning og diagnostisering	22
4.6	Ulike behandlingsmetoder ved depresjon og psykisk utviklingshemming	24
4.6.1	Miljøbehandling	24
4.6.2	Kognitiv terapi	24
4.6.3	Psykoedukasjon.....	25
4.6.4	Medikamentell behandling.....	25
4.6.5	Lysbehandling	25
4.6.6	ECT	26
4.7	Hvilke faktorer kan være med å avgjøre valg av behandlingsmetode?.....	27
4.8	Betydningen av kommunikasjon, mestring og relasjon	30
4.9	Vernepleierens kompetanse og anvendelse av arbeidsmodellen.....	32
5.0	Avslutning	35
5.1	Oppsummering	35
5.2	Konklusjon	36
5.3	Refleksjoner.....	37
6.0	Litteraturliste.....	39
7.0	Vedlegg 1: Vernepleierens arbeidsmodell.....	45

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Overordnet tema for oppgaven er psykiske lidelser hos mennesker som har en psykisk utviklingshemming, avgrenset til depresjon. Formålet var å tilegne meg kunnskap om hva depresjon er, og hva det kan innebære for mennesker som i tillegg har en psykisk utviklingshemming (heretter bare kalt «utviklingshemming»). Ytterligere avgrensninger tilknyttet temaet presenteres under kapittelet «problemstilling».

Min interesse for temaet ble vekket gjennom et kurs via Helsekompetanse.no, kalt «psykiske lidelser». Kurset inneholdt et kapittel om depresjon i forhold til mennesker med utviklingshemming, og tok blant annet for seg symptomer, forekomst, ulike former, prognose, forebygging og behandling. Med utgangspunkt i kurset og fremtidig rolle som vernepleier var dette et relevant og aktuelt tema å fordype seg i, siden psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. Det er anslått at

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år. (...) Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen (Folkehelseinstituttet [FHI] 2016).

Min forforståelse var at depresjon hos mennesker med utviklingshemming kanskje ikke alltid oppdages, for eksempel på grunn av språkferdigheter og/eller diagnostisk overskygging. Helsekompetanse.no skriver for eksempel at utagerende atferd kan skjule symptomer på depresjon. Videre kan andre forhold som utskiftning av personal og daglige rutiner kanskje spille en rolle, da det kan påvirke brukerens opplevelse av forutsigbarhet. En annen forforståelse var at jeg kanskje kunne finne motstridende fakta, for eksempel om mennesker med utviklingshemming i det hele tatt kan oppleve depresjon, eller om eventuell endret atferd skyldes andre faktorer. Hvilke behandlingstilnærminger som er mest hensiktsmessige tenkte jeg at det også eksisterte faglige uenigheter om. Uavhengig av mine antagelser i forkant hadde jeg et håp om at arbeidet skulle avdekke positive resultater i behandlingen av og bedring ved depresjon.

Mine antagelser var at psykiske lidelser er et omdiskutert, enn om noe tabubelagt tema i dagens samfunn, da det ikke nødvendigvis er mulig å se at en person er psykisk syk. «Ved sykdom klarer vi ikke å oppfylle hverdagslivets forpliktelser, og vi bryter dermed normen om å være frisk og delta aktivt i samfunnslivet» (Norvoll 2011:127). Regjeringens strategi «*mestre hele livet*», har trivsel og god psykisk helse som målsetting, samt å redusere sosiale forskjeller innen psykisk helse. Dette innebærer forebyggende arbeid, og koordinerte tjenester for de som har utviklet en psykisk lidelse (regjeringen 2017-2022). Dersom denne strategien når sine mål, tror jeg samfunnet vil komme langt på vei i å «akseptere» psykiske lidelser og utfordringer på samme måte som de «synlige» sykdommene.

Studiet har gjort meg bevisst hvor mye makt som kan ligge i språket. Derfor har det blitt laget en begrepsavklaring i oppgaven, for å tydeliggjøre bruken av disse. Begreper som «utviklingshemming», «normalbefolkningen» ol. er derfor brukt for å tydeliggjøre forskjeller i forhold til depresjon, og hensikten er ikke å skape «grupper» i befolkningen.

1.2 Et historisk tilbakeblikk på utviklingen av vernepleie som profesjon, og temaets relevans

Her vil behovet for utviklingen av profesjonen presenteres innledningsvis, før vernepleieren sine kompetanseområder trekkes frem for å tydeliggjøre temaet sin relevans.

Ole B. Munch ble overlege ved Emma Hjorths hjem, som var en sentralinstitusjon for mennesker med psykisk utviklingshemming, i 1946. Boforholdene til brukerne og fordeling av personal bidro til at han gjennomførte en økning av antall pleiere i forhold til brukere, og samtidig fokuserte på å øke kompetansen hos pleierne. Opplæringen startet med kurs, men utviklet seg 1949 til en opplæring som varte ett år. Videre endringer i årene som fulgte førte til at de første vernepleierne med tre års opplæring var ferdig utdannet i 1964. Munch mente at mennesker med utviklingshemming i tillegg til pleie hadde behov for sosial og pedagogisk tilrettelegging, og at dette sammen med den helsefaglige kompetansen burde være et grunnlag for profesjonen. Videre ble samfunnsfaglig kunnskap på 1980 tallet også mer fremtredende i utdannelsen. Avviklingen av HVPU, helsevernet for psykisk utviklingshemmede som ble vedtatt i 1988, bidro til at sentralinstitusjonene ble nedlagt på grunn av uverdige forhold. Denne endringen medførte at kommunen som brukerne kom fra, skulle overta ansvaret for tjenestene. Dette førte til at tjenesteyterne, blant dem vernepleierne, ble en del av endringene, og fikk en sentral rolle i å bistå brukerne i den nye tilværelsen (Owren 2011, Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

På bakgrunn av at vernepleieren sin kompetanse er koblet til individ og samfunn, og forholdet mellom disse, er psykiske lidelser og utviklingshemming et relevant tema å fordype seg i, siden depresjon kan utløses av ulike årsaker (dette vendes tilbake til i drøftingen). De ulike kompetanseområdene omfatter helsefaglig kompetanse, sosialfaglig kompetanse, pedagogisk kompetanse, miljøarbeid og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. I arbeidet med mennesker med utviklingshemming kan det blant annet dreie seg om å vedlikeholde kroppslige funksjoner, opplæring av ulike ferdigheter, veiledning og tilrettelegging i miljøet rundt bruker (Nordlund et al. 2015). Vernepleiere har autorisasjon som helsepersonell etter §48 i helsepersonelloven (2018), dette innebærer blant annet kompetanse om legemiddelhåndtering (Fellesorganisasjonen [FO] 2017).

Vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 1) er et verktøy som kan brukes i det vernepleiefaglige arbeidet: Modellen består av kartlegging, målvalg, tiltaksarbeid og evaluering. Modellen kan brukes på individ-, gruppe- og organisasjons/samfunnsnivå, og sentralt står omsorgspolitiske, juridiske og etiske vurderinger. Gjennom studiet har arbeidet i hovedsak startet med kartleggingsprosessen, men i yrkesutøvelsen kan det kanskje bli hensiktsmessig å føre en annen rekkefølge for å tilpasse modellen til de aktuelle utfordringene (Nordlund et al. 2015). Hvordan vernepleieren sin arbeidsmodell kan anvendes ved utviklingshemming og samtidig depresjon, og hvordan kompetanseområdene kan utøves i praksis, redegjøres for i drøftingskapittelet.

2.0 Problemstilling

2.1 Presentasjon av problemstilling

Overordnet tema for oppgaven er psykiske lidelser avgrenset til depresjon, hos mennesker som har en psykisk utviklingshemming. Ut i fra dette har følgende problemstilling blitt utarbeidet:

Hva er depresjon, og hva kan det innebære for mennesker som i tillegg har en psykisk utviklingshemming?

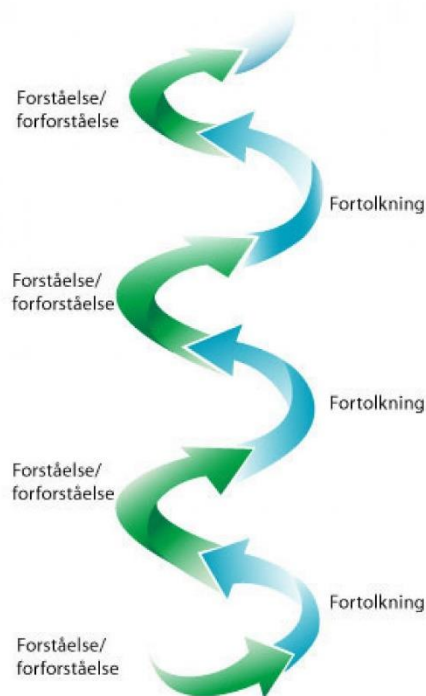
2.2 Avgrensninger og utdypelse av problemstilling

For å avgrense oppgavens omfang rettes fokuset mot lidelsen depresjon hos voksne mennesker med utviklingshemming som bor i tilrettelagte samlokaliserte boliger, og har tilgang på tjenester hele døgnet. Som fremtidig vernepleier vil det være aktuelt å arbeide for mennesker med utviklingshemming, og jeg ønsket derfor å sentrere innholdet rundt denne gruppen. Selv om samarbeidet mellom tjenesteytere er sentralt, er dette ikke inkludert i oppgaven, da fokuset er avgrenset på samarbeidet mellom bruker og tjenesteyter. Et annet utgangspunkt er at brukerne det gjelder allerede har blitt diagnostisert med en form for psykisk utviklingshemming, og denne prosessen er derfor ikke med i oppgaven.

Teori om depresjon og utviklingshemming som begrep, forekomst og årsaker presenteres kort i teorikapittelet, sammen med teori om behandlingsformer i forhold til depresjon. I drøftingen skrives det mer utfyllende om forekomst, årsaker, symptomer, utredning og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Deretter vil fokuset rette seg mot de ulike behandlingsmetodene, og det drøftes hvilken betydning perspektiv, kommunikasjon, mestring og relasjon kan ha, før vernepleieren sin kompetanse og arbeidsmodell trekkes inn avslutningsvis.

2.3 Metode

Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie, og baserer seg på allerede eksisterende empiri og teori. Det er derfor ikke foretatt egne observasjoner eller intervjuer, men brukt forskjellige informasjonskilder til å belyse oppgaven. Ut ifra problemstillingen var denne metoden godt egnet, fordi informasjonskilder kunne bli sammenliknet, og vurdert ut ifra forfatter, alder og sammenheng den ble skrevet i. Mitt utgangspunkt for skrivingen var *hermeneutisk* metode, hvor min forståelse påvirkes i møtet med teorier, som bidrar til at min fortolkning av teksten endres ut ifra hvilke oppfatninger jeg hadde før lesningen. I hermeneutisk tenkning skilles det mellom ulike forutsetninger, *forståelse* og *fortolkning*. Forståelse handler om delene i forhold til helheten. «Den hermeneutiske sirkelen (*figur 1*) vil si at helheten ikke kan forstås uten alle sine deler til sammen, men delene kan ikke forstås hver for seg uten helheten» (Garsjø 2001:142). I forkant av å lese en tekst, vil bevisste eller ubevisste oppfatninger søke å bekrefte forståelsen av innholdet. Dersom nærmere lesning kommer i motsetning til det faktiske innholdet, settes det i gang en fortolkning, som endrer oppfatningen til leseren (Garsjø 2001).



Figur 1: Den hermeneutiske sirkel/spiral (hentet fra forskning.no)

For å besvare oppgaven anvendtes empiri og teori. *Empiri* kan defineres som «metodiske kontrollerte iakttagelser av virkeligheten fremkommet under bestemte faglige forutsetninger» (Nyeng 2012:25) Empiri kan for eksempel komme frem av observasjoner eller intervju, og baserer seg på én oppfatning av virkeligheten. Begrepet *teori* kan forklares som en forenklet fremstilling av virkeligheten. Ved å fokusere på enkelte detaljer ved omverdenen fremfor å forsøke å forstå alt på en gang, kan ulike sammenhenger komme tydelig fram (Aadland 2011, Nyeng 2012).

Med utgangspunkt i problemstillingen og temaet for oppgaven, baserte jeg valgt litteratur på hva som kunne være relevant for besvarelsen, og vurderinger ut fra validitet og reliabilitet. I arbeidet med disposisjon og problemstilling ble det laget en liste med ulike søkeord, som ble anvendt i Oria, for å få en oversikt over hvilke ressurser biblioteket hadde tilgjengelig. Begrepet *validitet* omfatter at dataene som anvendes, er relevante og viktige når det gjelder valgte problemstilling. *Reliabilitet* handler om at dataene skal være nøyaktige og til å stole på (Aadland 2011, Garsjø 2001). I tillegg ble det foretatt sammenlikninger mellom ulike kilder, da blant annet ut fra hvor gamle kildene er, hvilken forskning som eksisterer og hvorvidt det er forskning av nyere dato på området. Ved å være kritisk til kildene, og vurdere de ut ifra de overnevnte kriteriene, kan det skilles mellom pålitelige og upålitelige kilder. Søket etter relevant litteratur har påvirket søkeprosessen videre, da funn har gitt nye søkeord, forfattere og kilder. I forhold til den hermeneutiske sirkel har lesningen ført til at nye faglige perspektiver og meninger har blitt presentert, og min fortolkning og forståelse har påvirket hvordan videre søk har blitt lagt opp. I oppgaven har Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (Naku) og litteratur av blant andre Jarle Eknes og Børge Holden blitt tatt i bruk, som er kilder jeg mener er pålitelige. Enkelte forfattere er bidragsytere i flere bøker. For eksempel har Jarle Eknes skrevet og bidratt i ulike bøker, samt at han sitter i Naku sin faggruppe, og er daglig leder i samordningsrådet (Naku 2018, Stiftelsen SOR 2018). Eknes sin litteratur er derfor mye brukt i oppgaven, samtidig som det han har skrevet har blitt sammenliknet og brukt sammen med andre forfattere. Ved å bruke mange av de sammen kildene kan det kanskje medføre at forskjellige faglige meninger ikke blir tilstrekkelig presentert, som kan være en ulempe for oppgaven sitt teoretiske innhold. Med dette i bakhodet gjennom prosessen har jeg forsøkt å få frem flere forskjellige faglige oppfatninger og synspunkter basert på valgt litteratur.

2.4 Kort redegjørelse for ulike begreper som brukes i oppgaven

Begreper som «depresjon» og «psykisk utviklingshemming» vil bli redegjort for i teorikapittelet.

«Bruker»

Begrepet anvendes i forbindelse med mennesker som mottar tjenester innen helse- og omsorg, i denne oppgaven spesielt mennesker som har en psykisk utviklingshemming. «Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen» (pasient- og brukerrettighetsloven 2018, §2-1a, andre ledd). Et eksempel på en aktuell tjeneste er boliger som er tilrettelagte med tilbud om tjenester hele døgnet.

«Tjenesteyter»

I denne sammenhengen vil tjenesteyter være den/de som yter tjenester innen helse- og omsorgstjenestens område. «Tjenesteyter» omfatter naturligvis også vernepleieren, men i enkelte deler, som ved anvendelse av vernepleierens arbeidsmodell og kompetanse, vil fokuset spesielt være rettet mot vernepleierprofesjonen.

«Bolig»

Bolig er betegnelsen som blir brukt om tilrettelagte hus/leiligheter for brukere som mottar helse- og omsorgstjenester. Fokuset i oppgaven vil rette seg mot boliger med døgnbemanning, hvor brukerne «deler» på personalet, og kan kontakte disse ved behov. Dette omtales ofte som samlokaliserte boliger på grunn av beliggenhet og organisering.

«Helse»

Helse er et begrep som kan omfatte en persons fysiske og psykiske opplevelse, hvor «god» helse kan handle om å være frisk og å kunne møte utfordringer i hverdagen. På en annen side kan «dårlig helse» omhandle at en person for eksempel opplever en tilværelse preget av sykdom, og/eller nedsatt evne til å mestre ulike krav (Lunde 2009).

«Livskvalitet»

Mennesker er forskjellige, og den enkeltes opplevelse av livskvalitet kan variere, men en persons fysiske og psykiske helse, mulighet til å påvirke og selv ta avgjørelser i eget liv kan være noen generelle faktorer. Hva opplever den enkelte personen at gir kvalitet på sin tilværelse? (Innstrand 2009). «Høy livskvalitet styrker motstandskraften i møtet med belastninger» (regjeringen 2017-2022: 14)

«ICD-10»

ICD er et kodeverk som klassifiserer og registrerer sykdommer og problemer relatert til helse. Ulike diagnoser grupperes, hvor blant annet symptomer blir redegjort for (direktoratet for e-helse 2018).

«Mestring»

Mestring anvendes som et begrep som omfatter en person sin opplevelse av å lykkes, eller få til noe i ulike sammenhenger (Heggen 2007). Mestring kan forekomme på forskjellige arenaer, i denne oppgaven anvendes begrepet spesielt i forhold til behandling av depresjon og økt livskvalitet.

«Normalbefolkningen»

Er et av begrepene som har forekommet hyppig i litteraturen, og som jeg har måtte forholde meg til. Begrepet i denne oppgaven omfatter dermed befolkningen generelt, i dette tilfelle de som ikke har en form for psykisk utviklingshemming.

«Brukermedvirkning»

Pasient- og brukerrettighetsloven (2018) §3-1 slår fast at bruker har

(...) rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Brukermedvirkning handler om at bruker skal være aktivt deltakende i valg og utføring av behandling, fremfor å ha en passiv rolle (Norvoll 2001). Begrepet *medvirkning* er brukt synonymt med brukermedvirkning i oppgaven.

«Makt»

Makt som begrep kan defineres forskjellig, og kan komme til uttrykk blant annet via språk, fysisk styrke eller kunnskap (Owren 2011) I denne oppgaven anvendes begrepet for å beskrive at det er et maktforhold mellom den som mottar og den som yter tjenester. Denne relasjonen kan være preget av tjenesteyter utøver sin makt til å få sin vilje gjennom, som for eksempel kan komme til uttrykk i måten han eller hun velger å formulere seg på. Dette maktforholdet vendes tilbake til.

«Psykiske lidelser»

«Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt» (regjeringen 2017-2022:9). Det kan beskrives som en «fellesbetegnelse på en gruppe lidelser som i første rekke rammer tenkning og følelser» (Bakken og Olsen 2012: 17). Lidelser av denne typen forekommer derfor i en persons psykiske helse, men kan som oppgaven vil gjøre rede for, også påvirke fysiske forhold ved personen.

3.0 Teori

3.1 Hva er depresjon?

Depresjon som diagnose er en psykisk lidelse, som kan utarte seg på ulike måter. Depresjon har «en rekke kjennetegn som til sammen tegner et bilde av en bestemt psykisk lidelse. Det omfatter både tanker, følelser, atferd og kroppslige forstyrrelser» (Eknes 2006:29). Siden mennesker er forskjellige, kan depresjon for noen medføre økt appetitt, men hos andre kan den være redusert. Disse forskjellene kan også komme til uttrykk ved eksempelvis søvn og sosialt samvær (Eknes 2006, Martinsen 2011). Tap av interesse for omgivelsene og likegyldighet kan være en del av opplevelsen ved depresjon, hvor fokuset rettes mot det negative fremfor det positive. Depresjon kan komme til uttrykk ved tale, som kan oppfattes monoton og langsom. Kroppsholdning kan også være en faktor, noen vil oppfattes som ansente, mens andre kan ha en slapp holdning. Hos enkelte kan aktivitetsnivået være på et minimum, men hos andre kan det gi utslag i rastløshet og motorisk uro. Kliniske depresjoner vil minske i varighet ved behandling, samt forebygge tilbakekomst. Uten behandling kan depresjonen vedvare over en periode på flere måneder, for deretter å opphøre av seg selv (Eknes 2000).

3.2 Årsaker

Årsaken til depresjon kan være sammensatte, og kan komme av påvirkninger fra psykiske og miljømessige forhold. Depresjon kan også bli utløst av kronisk smerte, vedvarende alkoholmisbruk og på grunn av endringer i hjernen ved økende alder. Depresjon kan blant annet fremkalles av sykdom, såkalt sekundære depresjoner. Mangel på B12-vitamin og forstyrrelser i hormonproduksjon kan også være en medvirkende årsak, samt bivirkninger av medisiner. Videre kan stress, ensomhet, tap av relasjoner, endringer i livssituasjon, reduserte sosiale ferdigheter og arvelighet føre til depresjon (Eknes 2000, Eknes 2006).

3.3 Ulike former for depresjon

De finnes ulike former og grader av depresjon. «Depresjon er ikke en bestemt tilstand eller problem. Det er en sekkebetegnelse for en rekke forskjellige problemer, hvor både symptomene og årsakene er forskjellige» (Eknes 2006:49).

Bipolar depresjon kjennetegnes ved at en person veksle mellom deprimerte og maniske perioder. Dersom en person ikke har maniske perioder, men kun depresjon, kalles det *unipolar depresjon*, som er den formen som forekommer hyppigst. Videre vil enkelte depresjoner skyldes årstider, hyppigst i forbindelse med vinteren og våren (Eknes 2000, Eknes 2006). *Dystymi* beskrives som en permanent tilstand av mild depresjon (Knudsen 2012). Denne formen varer ofte over flere år, og de som får dystymi har mildere symptomer enn de som utvikler «vanlig» depresjon. De som har utviklet dystymi er utsatt for å få depresjon i tillegg (Eknes 2006).

Ut ifra alvorlighetsgrad kan depresjon kan deles inn i tre grader; lett, moderat og alvorlig, tillegg til alvorlig grad med/uten psykotiske symptomer. De ulike formene og symptomene beskrives i ICD-10 som «*affektive lidelser stemningslidelser*», og har kodene fra F30-F39 (finnkode.ehelse.no 2018). I sammenheng med depresjon kan det oppstå tillegglidelser, for eksempel i form av angst. Dette kalles *komorbiditet* (Eknes 2006).

3.4 Ulike former for behandling av depresjon

3.4.1 Miljøbehandling

I litteraturen brukes begrepet «miljø» i forbindelse med blant annet «behandling», «terapi» og «terapeutisk arbeid». Jeg har valgt å bruke *miljøbehandling*, som betyr det samme som miljøterapi ut ifra Helsekompetanse.no. Ifølge Holden (2013) er det ikke en entydig definisjon av begrepet, men en beskrivelse kan være at miljøbehandling kan omfatte tilrettelegging i form av sosiale og fysiske forhold, og kan skje hvor og når som helst. Varigheten kan variere ut ifra om personen har behov for tilrettelegging over et begrenset eller lengre tidsrom. Det kan handle om å tilrettelegge på flere områder i en persons liv, eller ett konkret område. Miljøbehandlingen kan handle om å lære nye ferdigheter, eller endre/reducere eksempelvis uønsket atferd (Holden 2013). Miljøbehandling kan rette tiltak mot rammene og det emosjonelle klimaet rundt personen. Tilpasning av rammefaktorer kan være i form av avlastning, skjerming og tilstrekkelig hvile. Det emosjonelle klimaet knyttes til det emosjonelle/følelsesmessige klimaet. «Expressed emotion» er et begrep som beskriver miljøet rundt personen som trygt, og at samspillet med personal bygger på positiv kommunikasjon og tålmodighet (Helsekompetanse.no).

3.4.2 Kognitiv terapi

En bestemt hendelse eller situasjon kan føre til utvikling av depresjon, og tankene knyttet til den bestemte hendelsen kan være utgangspunktet for kognitiv terapi (Eknes 2000). Kognitiv terapi «skal hjelpe personen å endre en problematisk tankestil, og til å tenke mer rasjonelt. Dette skal dempe ubehagelige følelser, og bidra til mer aktiv og positiv handling» (Holden 2013:141). Terapien bidrar til å bli bevisst tanker som opprettholder depresjon, og hvordan disse kan endres (Eknes 2006).

3.4.3 Psykoedukasjon

Handler om å øke kunnskapen om depresjonen, som symptomer og hvilke behandlinger som er aktuelle. Ved økt innsikt kan det bli lettere for bruker å fortsette kampen mot lidelsen, sammen med vissheten om at depresjonen etter hvert kommer til å ta slutt, og at han eller hun ikke er alene i prosessen. I tillegg er det også viktig at de som omgås bruker, som eventuelle tjenesteytere og pårørende blir informert, slik at forventninger og tiltak samsvarer på ulike arenaer (Knudsen 2012).

3.4.4 Medikamentell behandling

Ved medikamentell behandling ved depresjon, vil det ofte være ulike meninger både hos den det gjelder og fagpersonell når dette bør settes i gang. Ved moderate gjentatte depresjoner vil anvendelse av medisiner være hensiktsmessig, men ved lette depresjoner bør hvert enkelt tilfelle vurderes (Eknes 2006). Ved depresjonssymptomer er *antidepressiva* en betegnelse på forskjellige medikamenter som brukes i behandlingen. Disse har som mål å behandle depresjon, men kan også ha virkning på for eksempel angst. Virkningen av antidepressiva kan føre til at livslysten vender tilbake, og påvirke sinnsstemningen hos de med depresjon. En person som ikke er deprimert vil kun oppleve bivirkninger¹, og ingen oppkvikkende effekt. Virkningen vil først inntre etter et par uker med behandling, mens bivirkninger ofte oppstår fra starten, for deretter å delvis avta. Varigheten på behandlingen vil variere, men etter at effekt er registrert, kan behandlingen vare fra et halvt til et helt år. Noen fortsetter med behandlingen for å hindre tilbakekomst. Ibid.

3.4.5 Lysbehandling

Er en behandling hvor personen får tilført lys fra en lampe som avgir en form for dagslys. Fra 30 minutter til to timer daglig (avhengig av lysstyrke) er anbefalt. «I all sin enkelhet består lysbehandling av at pasienten står eller sitter i passende avstand til et kunstig lys hver dag, vanligvis om morgenen, i et par uker» (Larsen 2012:225). Hvilken effekt den enkelte får, og hvor lang behandlingstid som trengs, vil variere (Eknes 2006, Larsen 2012).

¹ «En bivirkning er en uønsket virkning av en medisin» (Felleskatalogen 2018).

3.4.6 ECT

Står for «electro convulsivetherapy», og er aktuell ved depresjoner av alvorlig grad. Personen som har depresjon legges i lett narkose, og behandles ved en elektrostimulering av hjernen. Behandlingen er aktuell hvor medikamentell behandling muligens ikke har effekt, ved fare for selvmord eller brukeren sin helse tilsier at medikamentell behandling ikke kan brukes (Eknes 2006, Sørensen 2012).

3.5 Hva er psykisk utviklingshemming?

Diagnosen *psykisk utviklingshemming* kan beskrives som en

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale (finnkode.ehelse.no 2018).

Tilstanden klassifiseres ut ifra kriteriene i ICD-10, og eventuelle skalaer som kan gi et utdypende grunnlag. Utviklingshemming deles inn i gradene lett, moderat, alvorlig og dyp, i tillegg til annen og uspesifisert utviklingshemming, og beskrives ut fra kodene F70 til F79 (finnkode.ehelse.no 2018). I tillegg vil diagnosen stilles ut ifra hvordan personen det gjelder fungerer på ulike områder generelt. Mennesker med psykisk utviklingshemming kan ikke beskrives som en samlet gruppe, siden eksempelvis språklige eller sosiale ferdigheter kan variere. Enkelte fungerer «jevnt» i forhold til ferdigheter, mens andre kan ha utpreget sterke eller mindre sterke sider (Holden 2016).

3.6 Årsaker for utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming kan utvikles før, under eller i etterkant av fødselen. 80% av tilfellene ved psykisk utviklingshemming forekommer av en organisk hjerneskade, hos de siste 20% skyldes det en ukjent årsak. For eksempel kommer Down syndrom og Retts syndrom av kromosomfeil og genetisk arv, hvor hjernens utvikling har blitt påvirket i tidlig svangerskap. Stoffskiftesykdommer som er medfødte og ikke blir behandlet, samt sykdommer hos mor, rusmisbruk og medisiner kan påføre ervervede hjerneskader i svangerskapet, og gi utviklingshemming. Dersom barnet før, underveis eller i etterkant av fødsel opplever oksygenmangel, kan utviklingshemming oppstå som følge av dette, men forekomsten er sjelden. I etterkant av fødsel kan utviklingshemming forekomme av hjerne- og hjernehinnebetennelse, som skade etter fall samt mangelfull ernæring og stimulering (Naku 2018). Den hyppigste årsaken til utviklingshemming skyldes i de fleste tilfellene at personen har ett kromosom 21 for mye, og kalles Down syndrom (Mæhle 2011).

3.7 Ulike grader av utviklingshemming

3.7.1 Lett

Mennesker med lett psykisk utviklingshemming mestrer ulike praktiske ferdigheter, men kan få utfordringer i å lese og skrive. Ferdigheter innen språk kan variere når det gjelder forståelse og evne til å uttrykke seg, da språket kan være umodent sammenliknet med alder. Denne grad av utviklingshemming har en IQ mellom 50 og 69, som tilsvarer en alder på 9-12 år (Holden 2016, Naku 2018).

3.7.2 Moderat

Ved moderat grad av utviklingshemming er motoriske ferdigheter noe begrenset, og de det gjelder har behov for bistand i ulike gjøremål. Når det gjelder regning, skriving og lesing kan noen ha grunnleggende ferdigheter. Ved denne grad vil personen ha behov støtte og tilrettelegging i forhold til arbeid, samfunn og hjemmet. Utviklingen av språklig forståelse og uttrykksevne er forsinket, og tegn til tale² kan bidra til å støtte opp under språkferdighetene. Tilstander som epilepsi og autisme i tillegg til utviklingshemmingen er vanlig. Hos denne gruppen er IQ beregnet til mellom 35 og 49, med en mental alder tilsvarende 6 til 9 år (Naku 2018).

² «Tegn- til- tale brukes for å tydeliggjøre talespråket for dermed å styrke samspill og språkutvikling» (Naku 2018).

3.7.3 Alvorlig

De som har alvorlig psykisk utviklingshemming har nedsatt motorikk, og lavere ferdighetsnivå enn ved moderat utviklingshemming. De har behov for bistand i praktiske gjøremål, som ivaretagelse av personlig hygiene og i arbeid og fritid. Språklig uttrykksevne er begrenset til enkle setninger, og forståelsen av språket knytte til et enkelt tilpasset språk. Den mentale alderen ligger på 3 til 6 år, med en IQ mellom 20 og 34 (Holden 2018, Naku 2018).

3.7.4 Dyp

Ved dyp psykisk utviklingshemming er evnen til å bevege seg nedsatt, og personen har behov for bistand i å ivareta egne behov. Evnen til å uttrykke og forstå språk er begrenset, personen bruker ofte gester til å uttrykke seg, og kan forstå enkle beskjeder. Forekomst av autisme og epilepsi, samt nedsatt hørsel og syn er vanlig. Her er mental alderen beregnet til under 3 år, med en IQ på under 20 (Holden 2016 og Naku 2018).

3.7.5 Annen og uspesifisert

Omfatter tilfeller med utviklingshemming som er utfordrende å registrere (finnekode.ehelse.no 2018).

4.0 Drøfting

4.1 Utviklingshemming og samtidig depresjon

Ut ifra problemstillingen drøftes forekomsten, årsaker, symptomer, utredning og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemming, før de forskjellige behandlingsmetodene som ble gjort rede for i teorikapitlet, sees i sammenheng med psykisk utviklingshemming. Videre drøftes betydningen av tjenesteyter sitt perspektiv, og betydningen av relasjon, kommunikasjon og mestring. Til slutt trekkes vernepleieren sin kompetanse frem, og eksempler på hvordan vernepleierens arbeidsmodell kan anvendes i prosessen.

4.2 Forekomst

Eknes (2006) antar at risikoen for å utvikle depresjon er den samme, uansett om personen har en psykisk utviklingshemming eller ikke, da han hevder forskningen på området ikke kan fastslå dette. Samtidig trekker Knudsen (2012) fram at på grunn av økt sårbarhet, antas det at depresjon oppstår hyppigere hos de med utviklingshemming enn hos normalbefolkningen. Årsaken til depresjon kan sees i sammenheng med sårbarheten til en person, som påvirker hvor stor grad av stress de kan håndtere (Knudsen 2012). «*Stress-/sårbarhetsmodellen*», som ble utviklet av Zubin og Spring, viser til at psykiske lidelser kan utvikles av ulike faktorer, som kan være «både arvelige, psykologiske, biologiske og sosiale» (Dramsdahl og Jordahl 2015:62).

Utfordringer i å tolke egne og andre sine følelser, nedsatt kognitiv fungering og opplevelsen av å være annerledes kan bidra til økt sårbarhet. Hva som bidrar til å utvikle depresjon hos den enkelte kan være utfordrende å fastslå, da belastninger håndteres ulikt. Samtidig vil mangel på kontroll primært henge sammen med at en person kan utvikle depresjon, da det kan oppstå forandringer utenfor personens kontroll, for eksempel i forbindelse med tjenestetilbudet eller daglige rutiner (Knudsen 2012). Ut ifra overnevnte synspunkter er det derfor vanskelig å fastslå om forekomsten av depresjon er mer utbredt hos utviklingshemmede, men det kan tas utgangspunkt i at mennesker som mottar tjenester på døgnbasert basis, opplever en del fravær av kontroll, og er kanskje på grunn av dette mer utsatte enn befolkningen for øvrig for å utvikle depresjon

4.3 Årsaker

Årsakene til depresjon kan som nevnt være mange og sammensatte, og derfor trekkes det her frem et par hovedtrekk.

Knudsen (2012) skriver at for en del av de med utviklingshemming, så er fravær av relasjoner og ensomhet vanlig, og at depresjon kan utvikles på grunn av dette. Dette støttes av Eknes (2006), som gjør rede for at det er en tydelig forbindelse mellom det sosiale nettverket til en bruker, og utviklingen av depresjon. Ved utviklingshemming kan ferdigheter på enkelte områder være reduserte, for eksempel sosial fungering. Selvtillit og selvfølelse sier noe om hvilken oppfatning en person har om seg selv, og hvis disse er preget av dårlig tro på egne evner og verdi, øker muligheten for at depresjon blir utviklet. Ibid. Dersom en person oppfatter at han eller hun ikke strekker til i samspill med andre, og heller velger å unngå sosiale situasjoner, kan det være vanskelig å etablere og vedlikeholde relasjoner, som på sikt kanskje kan bidra til depresjon. Tap/fravær av sosiale relasjoner og ensomhet kan påvirke sårbarheten og redusere livskvaliteten, i motsetning til et godt sosialt nettverk, som i utfordrende perioder kan bidra med støtte. For en del brukere vil tjenesteyterne ha en sentral rolle i nettverket, og observasjoner av tegn som viser eksempelvis sosial tilbaketrekning, oppdages kanskje først av disse. Noe som er viktig å være oppmerksom på, er at med tjenesteytere som en del av sitt nettverk, så kan bruker sin opplevelse av tap eksempelvis komme av at en tjenesteyter slutter å jobbe i den aktuelle boligen.

Opplevelsen av å ikke ha innflytelse og kunne ta egne beslutninger, kan også være en årsak for depresjon. Gjentatte erfaringer med at det ikke nytter å forsøke å påvirke egen situasjon, kan på føre til at bruker blir *lært hjelpeløs*, og blir passiv i avgjørelser på egne vegne (Eknes 2006, Knudsen 2012). Følelsen av å ikke alltid kunne kontrollere sine omgivelser er kanskje spesielt forbundet med de som har behov for bistand i hverdagen, og hvor likegyldighet som depresjonssymptom kanskje bidrar ytterligere til passivitet.

4.4 Symptomer på depresjon hos utviklingshemmede

Det at personens «normale» atferd og funksjon er endret, og at endringene har vedvart i to uker, er hovedfaktorene som kan indikere depresjon. Symptomene kan komme til uttrykk på forskjellige måter, både hos normalbefolkningen og mennesker med utviklingshemming (Knudsen 2012). For å oppsummere, så kan depresjon komme til uttrykk på forskjellige måter, siden kroppen påvirkes både fysisk i form av atferd og kropp, men også psykisk i form av følelser og tanker. Noen generelle symptomer på depresjon kan være redusert interesse for aktiviteter, endret kroppslig uttrykk i form av for eksempel anspenhet, endret søvnmønster og nedstemthet.

Hos mennesker med utviklingshemming, så skriver Knudsen (2012) at observasjoner foretatt av personal og pårørende i forhold til atferd, og interesse knyttet til ulike gjøremål eller manglende kroppsspråk, kan gi et inntrykk av om atferden over et tidsrom har endret seg. Selv om personen har fått nok søvn, kan gjøremål som til vanlig ikke medfører anstrengelser, føre til utmattelse. Nedsatt selvfølelse og selvtillit kan komme som et følge av depresjonen. Utfordringer å få sove, eller tidlig oppvåkning er vanlig, og kan lede til uregelmessig døgnrytme. Utrykk for fysisk smerte kan også være et tegn på depresjon, og kan brukes som en formidlingsmåte til omgivelsene. Redusert kommunikasjon og mindre sosial deltakelse er et vanlig symptom, og irritabilitet, sinne og fysisk utagerende atferd kan bli en måte å utrykke seg på, både til de rundt seg, eller i form av selvskading (Knudsen 2012). De som yter tjenester har derfor et viktig ansvar for å være oppmerksom mot eventuelle endringer, og se de i sammenheng med brukeren sin livssituasjon. Har det for eksempel blitt foretatt noen endringer i daglige rutiner, som kunne ha påvirket bruker ved at han eller hun ikke fikk komme meg egne innspill, eller er det noen som har forsvunnet fra brukeren sitt nettverk, eksempelvis et familiemedlem eller en tjenesteyter?

4.5 Utredning og diagnostisering

Symptomer på depresjon kan sammenfalle mellom mennesker med utviklingshemming av lett og moderat grad, og befolkningen for øvrig. Ved dyp og alvorlig utviklingshemming kan det være likheter i symptomer, men ferdigheter innen språk kan føre til utfordringer i å gjenkjenne disse (Eknes 2006). Ved økende grad av utviklingshemming er symptomer som stigende utagerende atferd og motorisk uro vanlig (Eknes 2000, Knudsen 2012).

For en del med utviklingshemming, spesielt ved lettere og moderat grad, kan det tas utgangspunkt i at enkelte mestrer å uttrykke egne følelser og opplevelser, som kan føre til at depresjonen oppdages relativt tidlig. Depresjon som diagnose hos mennesker med moderat/alvorlig utviklingshemming kan i tillegg til uttrykk for egne opplevelser baseres på observasjoner personalet har gjort på eventuelle atferdsendringer (Knudsen 2012). Samtidig er det ved negative atferdsendringer viktig at de rundt brukeren vurderer endringene, og ser disse i sammenheng med symptomene, for eksempel dersom de ikke avtar over tid, som en «typisk» depresjon gjør (Eknes 2000). Det er «viktig å avdekke om det foreligger sosiale begivenheter som kan være belastende, fysiske eller psykiske lidelser som skal behandles før depresjonen» (Knudsen 2012:82). Slike belastninger kan være sykdommer som gir symptomer som kan minne om depresjon, endringer i daglige rutiner (for eksempel endring i personalgruppen eller aktiviteter), tap av familiemedlemmer eller bivirkninger av medisiner. Enkelte hendelser i livet kan medføre at personer for en periode blir nedstemt, uten at dette nødvendigvis medfører depresjon, og det er derfor viktig at dette avklares før eventuell diagnose settes.

Ved symptomer som tyder på depresjon, bør fastlege oppsøkes. Jf. helsepersonelloven (2018), så skal tjenesteyterne utøve faglig forsvarlig arbeid ovenfor brukerne. Dette juridiske ansvaret er også knyttet opp mot pliktetisk tenkning, som ifølge Lingås (2005) beskriver en forpliktelse til å gjøre noe. Ut ifra dette, så har de som yter tjenester både et juridisk og etisk ansvar for å handle, for å ivareta bruker sine behov og sørge for at han/hun får nødvendig hjelp. Dersom det er behov for behandling, vil videre henvisning til spesialisthelsetjenesten sørge for at bruker følges opp med utredning og aktuell behandling (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Det er ulike kartleggingsverktøy tilgjengelige ved utredning av depresjon, for eksempel «Reiss Screen for Maladaptive Behavior» (RSMB) og «Self-report Depression Questionnaire» (SRDQ) (Eknes 2000:167). Disse er beregnet for mennesker som har en psykisk utviklingshemming. Generelle tester/verktøy kan også tilpasses og gjennomføres hos de med lett utviklingshemming (Eknes 2000). Hvilke verktøy som kan være aktuelle ved eventuell utredning, bør vurderes ut i fra den enkelte bruker, siden forutsetninger, og grad av depresjon og utviklingshemming varierer.

4.6 Ulike behandlingsmetoder ved depresjon og psykisk utviklingshemming

4.6.1 Miljøbehandling

«Miljøterapi er den behandlingsformen som er mest sentral for personer med utviklingshemming som har depresjon» (Naku 2016). Siden depresjon kan påvirke både fysiske og psykiske forhold ved bruker, kan også tiltakene rettes mot forskjellige forhold: Tiltak som skjerming og avlastning i form av senkende krav i hverdagen er spesielt viktig for mennesker med utviklingshemming, siden mange generelt har behov for hjelp i å planlegge hverdagen og ivareta egne behov. Personen får rom for å være seg selv, ved at hverdagen tilpasses og oppleves som forutsigbar. Fokus på aktiviteter som bruker liker og mestrer, og støtte til å gjennomføre disse, er en viktig del i behandlingen (Holden 2013, Knudsen 2012). Videre vil tiltak som styrkes bruker sitt sosiale nettverk være viktig. Fokuset bør ligge på kvaliteten i relasjonen, siden det tyder på at det er en sammenheng mellom sosiale relasjoner og depresjon. Her er kommunikasjon en viktig faktor, dette tas opp igjen senere i drøftingen. Siden miljøbehandling kan foregå på flere arenaer i bruker sitt liv, og kan tilpasses ut ifra forskjellige utfordringer. Dette er dermed en aktuell behandlingsform, siden tiltak kan settes inn i forhold til fysiske omgivelser ved blant annet skjerming, psykisk i form av eksempelvis forutsigbarhet, og sosialt innad i brukeren sitt nettverk.

4.6.2 Kognitiv terapi

Eknes (2000) gjør rede at kognitiv terapi i mindre grad har blitt brukt hos mennesker med utviklingshemming, på bakgrunn av kognitive fungering. Videre viser han til at det har vært positive erfaringer knyttet til dette, spesielt ved depresjon og lettere utviklingshemming (Eknes 2000). Utbytte av denne behandlingen støttes også av Knudsen (2012), som skriver at kognitiv terapi kan være egnet til personer med utviklingshemming, ut ifra kognitiv fungering. Ut fra disse synspunktene tror jeg denne behandlingen kan gi et positivt utbytte, men da er det viktig at kommunikasjonen tilpasses ut ifra bruker sin språklige forståelse, og uttrykksevne. Det er viktig at bruker får tid til å sette ord på sine opplevelser, og selv definere hva han eller hun opplever som gir utfordringer.

4.6.3 Psykoedukasjon

Ved at bruker får informasjon om sin lidelse, og en visshet om at depresjonen kommer til å gå over, kan det bidra til at han eller hun ikke gir opp (Knudsen 2012). Informasjonen som gis, og hvordan den formidles, må tilpasses bruker sin forståelse, og kan for eksempel omhandle viktigheten om at bruker tar eventuelle medisiner, eller holder på med aktiviteter som gir glede. I tillegg kan informasjon til pårørende kanskje bidra til at brukeren slipper «å late som» at han eller hun er frisk, siden pårørende har kunnskaper om depresjonen.

4.6.4 Medikamentell behandling

Bruk av antidepressive medikamenter ved alvorligere grad av depresjon kan være hensiktsmessig skriver Eknes (2000). Det er allerede nevnt at ved lettere depresjoner bør medisinerer vurderes individuelt. Siden det har blitt foreslått at de med lettere grad av utviklingshemming kan ha effekt av kognitiv terapi, tror jeg dette sammen med andre tiltak i bruker sine omgivelser bør fokuseres på fremfor medikamenter ved «lette» depresjoner, siden antidepressiva medfører bivirkninger.

4.6.5 Lysbehandling

Bruk av lysbehandling hos mennesker med utviklingshemming har blitt forsøkt, men det er lite dokumentert forskning på området. I de studiene som er foretatt, som omhandler både barn og voksne med varierende grad av utviklingshemming og depresjon, har en del positive resultater blitt funnet (Larsen 2012). Siden lysterapi omfatter at personen sitter ved en lampe over et gitt tidsrom, kan for eksempel kroppslig uro være en faktor som kan påvirke resultatet av behandlingen, dersom brukeren ikke mestrer å sitte ut den anbefalte tiden.

4.6.6 ECT

Foreløpige studier peker på at behandling med ECT er like effektiv for mennesker med utviklingshemming som ved normalbefolkningen. I forkant av behandling må bruker faste på grunn av narkosen, og knyttet til dette kan være en utfordring å påse at bruker ikke spiser i et gitt tidsrom før behandlingen. Ved denne behandlingen må bruker gi sitt samtykke (Sørensen 2012). Ut ifra grad av utviklingshemming kan det være vanskelig for bruker å forstå hva samtykket til behandlingen innebærer. Dette kan bli en utfordring dersom ECT behandling blir vurdert som nødvendig for bedring, for eksempel dersom medikamenter ikke har effekt.

4.7 Hvilke faktorer kan være med å avgjøre valg av behandlingsmetode?

Når det gjelder behandling av depresjon, finnes det ulike behandlingsmetoder, uavhengig av om personen har utviklingshemming eller ikke. Dette kan være fra tiltak rettet mot miljøet til medikamentell behandling og kognitiv terapi. Det er forskjellige områder som kan påvirke hvilke(n) behandling(er) som velges, men her trekkes bruker sin rett til selvbestemmelse frem, samt hvilken påvirkning tjenesteyter sitt perspektiv kan ha i prosessen.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2018) har bruker rett på helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og i sammenheng med dette rett til å medvirke ved eventuelle valg av behandlingsmetoder. Bruker skal ha en så aktiv del som mulig i utformingen av tilbudet, og informasjonen som gis skal være tilpasset brukeren sin forståelse. Å ha *samtykkekompetanse* innebærer at en bruker skal gi sitt samtykke før det gis helsehjelp. I enkelte tilfeller kan det falle bort, dersom personen det gjelder ikke forstår følgende av samtykket, som blant annet kan forekomme ved psykisk utviklingshemming. Samtykkekompetansen kan være fraværende på bestemte områder, for eksempel i økonomiske avgjørelser. Dette vurderes ut ifra den enkelte persons fungering (pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 2018).

Ved valg og gjennomføring av behandling, vil bruker sin mulighet for medvirkning variere, både ut ifra forutsetninger og tilrettelegging. Tjenesteytere «(...) har et ansvar for å påse at tiltak og tjenester ikke bidrar til å umyndiggjøre brukerne/klientene» (FO 2015:3). Uavhengig av forutsetninger, mener jeg at alle i varierende grad kan medvirke, så lenge det legges til rette for det på en god måte. Det er mange områder hvor det kan tilrettelegges for medvirkning, for eksempel kan det å selv velge ut hvilke klær bruker vil ha på seg, eller hva han eller hun vil ha til middag, bidra til å ivareta denne retten, selv om dette ikke kanskje ikke regnes som store avgjørelser.

Hvilket perspektiv de som yter tjenester har, kan være en medvirkende faktor til hvordan behandlingen legges opp og gjennomføres. Ved samtidig utviklingshemming og depresjon, kan tjenesteyter for eksempel forstå utfordringene ut ifra diagnoser som bruker har. Owren (2011) kaller dette for *medisinsk modell*, og den kan forklares ut ifra at fokuset rettes mot forholdene ved bruker sitt sykdomsbilde, og at tiltakene for eksempel formes ut fra målsetningen om å forbedre bruker sine ferdigheter.

Når tjenesteutøvere, tjenesteutøvermiljøene og hjelpeapparatet oppfatter at personers vansker i hovedsak skyldes ulike forhold ved personen selv, vil faglig arbeid i hovedsak fokusere på endring og utvikling av deres individuelle forutsetninger (Owren 2011:31).

Ut ifra denne forståelsen skal bruker «rette» seg til de kravene som stilles av omgivelsene, på bakgrunn av at det eksempelvis er en bestemt diagnose som gir utfordringer.

Den *sosiale modellen* peker på at det er omgivelsene som kan gi utfordringer, siden de ikke er tilpasset bruker sine forutsetninger. Dersom en bruker med utviklingshemming og depresjon møter utfordringer i eksempelvis sosiale sammenhenger, vil disse utfordringene forklares ut ifra den sosiale modellen at omgivelsene «hemmer» brukeren i å fungere normalt. Ibid. Dette blir skillett fra den medisinske modellen, hvor utfordringene forklares ut fra forhold ved personen. Tiltak vil dermed handle om å tilpasse miljøet for bruker sin fungering.

En annen forståelse kan være at bruker sine forutsetninger for å utføre en oppgave, kanskje ikke svarer til kravet om fungering som omgivelsene stiller. Dette kan sees i sammenheng med *gap-modellen*, som kan vise til forholdet mellom en persons forutsetninger og omgivelsenes krav. I modellen blir det vektlagt at situasjonen/omgivelsene skal tilpasses personen sine forutsetninger på det aktuelle tidspunktet (Owren 2011). Dette kan innebære å senke kravene, for eksempel i forbindelse arbeid eller matlagning, slik at «gapet» blir redusert.

Tjenesteyter sitt perspektiv kan ha ulike konsekvenser. Forståelsen ut ifra den medisinske modellen, kan medføre at omgivelsene til bruker ikke blir regnet som en medvirkende årsak til utfordringer som oppstår. Når det gjelder den sosiale modellen, vil tiltak rette seg mot å tilpasse miljøet, og i bruker sitt hjem kan det i større grad være mulig enn i det offentlige rom. Videre kan grad av både utviklingshemming og depresjon medføre at bruker har behov for opplæringstiltak for å mestre deler av dagliglivet, men som på grunn av denne forståelsens hovedfokus kanskje ikke gis nok oppmerksomhet. I gap-modellen vil kanskje bruker sine behov sees i sammenheng med diagnosen, fremfor eksisterende ferdigheter. Videre kan det være krevende å vite hvilke faktorer som skaper «gapet», er det omgivelsene/samfunnet, eller er det forhold ved brukeren? (Owren 2011). Ut ifra de ulike forståelsene som er presentert, er det også viktig å ta med i betraktningen: Hva er det bruker opplever som gir utfordringer, og stemmer dette overens med tjenesteyter sin oppfatning?

Ved valg av behandling er det forskjellige faktorer som spiller inn. Utgangspunktet bør i alle tilfeller ta utgangspunkt i brukeren sine ønsker og behov, sammen med de faglige vurderingene til de som er en del av teamet rundt bruker. «Den enkelte klients modenhets, ferdighets og funksjonsnivå vil bestemme grad av tilrettelegging» (Knudsen 2012:89). Bruker sine forutsetninger må sees i sammenheng med daglig fungering, og hans eller hennes alder ut ifra erfaringer. Selv om utviklingshemming kan medføre redusert eller forsinket utvikling/fungering, så har bruker sine egne livserfaringer, uavhengig av om eksempelvis mental alder er vurdert ut ifra kriteriene ICD- 10. Ut ifra de ulike perspektivene som kan prege tjenesteyter sin yrkesutøvelse, så er det viktig å være bevisst sin egen forståelse. Selv om forskjellige faktorer i omgivelsene kan gjøre det vanskelig for bruker å fungere best mulig, så kan det ikke sees bort i fra at tilknyttet diagnoser vil det ofte være tilknyttet spesielle behov som må ivaretas.

4.8 Betydningen av kommunikasjon, mestring og relasjon

Oppgaven er avgrenset til brukere som bor i tilrettelagte boliger, og har personal tilgjengelig hele døgnet. Tjenesteyterne har derfor en sentral rolle i bruker sin hverdag, og i denne delen av oppgaven rettes fokuset mot forskjellige faktorer som kan ha betydning i forbindelse med behandlingsprosessen, som ofte kan utføres hjemme hos bruker. Her trekkes blant annet kommunikasjon og mestring, sammen med betydningen av relasjon frem:

I kommunikasjon er *anerkjennelse* et viktig grunnlag. «Anerkjennelse «betegner en likeverdig relasjon der man bestreber seg på å forstå den andres perspektiv. Man bekrefter den andres oppfatning av virkeligheten (...)» (Jensen og Ulleberg 2011: 261). Ut ifra symptomene som kjennetegner depresjon, er det sannsynlig at brukeren en periode muligens opplever økt sårbarhet, og redusert selvtillit og selvfølelse. I møtet mellom bruker og tjenesteyter eksisterer det et *maktforhold*, i egenskap av de representerer ulike parter; en som mottar hjelp og en som gir. Relasjonen kan beskrives som *asymmetrisk*.

Det er en ulikevekt eller asymmetri i forholdet mellom den parten som trenger omsorg, og den parten som yter omsorg. Slik asymmetri er et strukturelt trekk i enhver omsorgsrelasjon (Henriksen og Vetlesen 2006:79).

Som tjenesteyter vil bevisstheten om denne asymmetrien kunne gi mer makt til brukeren, og legge til rette for aktiv deltakelse (Henriksen og Vetlesen 2006). Hvordan bruker opplever samspeillet, vil påvirkes av hvordan han eller hun erfarer å bli møtt av tjenesteyter. Blir han/hun lyttet til, og viser tjenesteyter anerkjennelse til det som ytres, eller er fokuset rettet mot praktiske gjøremål i leiligheten? Med økende grad av utviklingshemming, hvor eksempelvis ferdigheter innen språk kan være redusert, vil oppmerksomhet ovenfor bruker sine uttrykk være ekstra viktig. Eide og Eide (2012) skriver at ved verbal og non-verbal bekræftelse, kan bruker oppleve å bli sett og hørt for sine opplevelser. Verbal bekræftelse kan komme til uttrykk ved utsagn som «jeg forstår hva du sier», «så bra/leit å høre» eller «hva tenker du om det?» og liknende. Spørsmål som er ment utdypende, må tilpasses den enkeltes forståelse. Non- verbal kommunikasjon som blick-kontakt, bekræftende nikk og ansiktsmimikk bidrar til å understøtte at det som ytres blir mottatt og forstått. Ibid.

Tillit i relasjonen er viktig for at bruker skal føle seg trygg, og vite at han eller hun kan være seg selv. I mange tilfeller er tjenesteyter en del av brukerens sosiale nettverk, og over tid kan bruker få en god relasjon til disse, om han /hun opplever å bli møtt, respektert og ivaretatt på en god måte. «Brukeren skal oppleve at hun blir respektert, lyttet til, informert og sett på som en aktiv og ansvarlig samarbeidspart, ikke som et passivt objekt for fagfolkenes ulike tiltak» (Røkenes og Hanssen 2006: 227). Ved bekreftelse og forståelse fra de rundt seg, kan det bidra til at brukeren har lettere for å åpne seg, og fortelle om sine opplevelser.

I tillegg til kommunikasjon og relasjon, er *mestring* en faktor jeg ønsker å trekke frem. Mestring omhandler at en person greier å gjøre noe selv, med de ressursene han eller hun har til rådighet (Heggen 2007). Hva som skal til for å oppleve mestring vil variere, siden mennesker er forskjellige. Hos mennesker med utviklingshemming og samtidig depresjon, vil tjenesteyterne være en viktig ressurs i forhold til å tilpasse omgivelsene på en måte som legger til rette for mestring. Et mål kan være «å bidra til bedre funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse gjennom bedre tilpasning mellom individuelle forutsetninger og ulike situasjoner krav» (Owren 2011:38). Ved depresjon kan vanlige gjøremål virke uoverkommelige for brukeren, eksempelvis på grunn av nedstemthet og redusert interesse. Det kan legges til rette for mestring ved å ta utgangspunkt i aktiviteter som bruker setter pris på, og tilpasse disse etter bruker sine forutsetninger på det aktuelle tidspunktet. Ved å oppleve mestring, kan det på sikt kanskje bidra til at interessen for aktiviteter øker. Dette kan gi ringvirkninger på brukerens selvtillit og livskvalitet.

4.9 Vernepleierens kompetanse og anvendelse av arbeidsmodellen

Ut ifra vernepleieren sin kompetanse er mennesker med psykisk utviklingshemming en sentral gruppe å arbeide for. Ved å bruke vernepleierens arbeidsmodell (vedlegg 1) med de ulike kompetanseområdene som fundament, sammen med en forståelse for forskjellige nivåer i samfunnet sammen med juridiske og etiske vurderinger, kan tilbudet til den enkelte bruker tilpasses etter deres ønsker og behov. Her skal jeg forsøke å belyse hvordan jeg som vernepleier kan anvende arbeidsmodellen ved depresjon og utviklingshemming.

I *kartleggingsprosessen* kan ulike metoder tas i bruk for å skaffe informasjon, som danner grunnlag for videre arbeid. En persons møte med omgivelsene, og utfordringer knyttet til disse kan for eksempel være utgangspunktet for prosessen. For eksempel er sosial tilbaketrekning en faktor som kan bidra til at depresjon både utvikles og vedlikeholdes, og kan være en sentral utfordring for brukeren. Andre eksempler kan være utmattelse knyttet til gjennomføring av praktiske gjøremål, endringer i daglige rutiner, utfordringer i samspillet med personalet, høye krav fra omgivelsene, fravær av kontroll eller mestring, og/eller lav selvtillit. Ved å aktivt inkludere bruker sin opplevelse, og tjenesteyterne sin forståelse for utfordringen, kan det skapes en oversikt over situasjonen. Nordlund et al. (2015) skriver at forskjellige kartleggingsmetoder kan brukes til å samle informasjon, og for at denne informasjonen skal bli så nøyaktig som mulig, stilles det krav til grundige forberedelser på forhånd. Underveis må observatøren beskrive det som skjer i en aktuell situasjon, og ikke sine egne tolkninger av dette. Hvilke metoder som velges for observasjon må vurderes, og det må tas stilling til om den som observerer skal ha en aktiv eller passiv rolle. Feilkilder knyttet til observasjonene kan påvirke resultatet, og disse må også tas med i vurderingen.

I tillegg til ansvaret for å innhente samtykke til å kartlegge, har vi som vernepleiere et like stort ansvar for å utøve kritisk og etisk refleksjon i vurdering og bearbeiding av den informasjonen vi har innhentet (Nordlund et al. 2015:69).

Proessen med kartlegging (og anvendelsen av vernepleierens arbeidsmodell for øvrig) er en del av helsehjelpen som ytes, og er regulert ut fra bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven (2018) kapittel 4 om «samtykke til helsehjelp». Når det har blitt innhentet informasjon via kartlegging, vil neste steg være å analysere og drøfte funn som har blitt gjort (*analyse/drøfting* ligger representeres under «kartleggingsprosessen» i modellen). Ved å systematisk arbeide med informasjonen, kan hvilke funn som danner grunnlaget for arbeidet videre sorteres ut ifra formålet med kartleggingen. Drøftingen kan eksempelvis omfatte sammenlikning av eksisterende forskning opp imot de aktuelle funnene, i lys av etiske, juridiske og faglige vurderinger (Nordlund et al. 2015).

Neste del av arbeidet er å fastsette *mål*. Hva bruker ønsker å oppnå er utgangspunktet, og et likeverdig samarbeid er viktig for opplevelsen av medvirkning og innflytelse på egen situasjon. Det kan utarbeides flere mål som bygger på hverandre, og som kan variere med tanke på tidsrom, og de kan deles inn i overordnede mål, hovedmål og delmål. Målene kan utformes ut fra hva som skal oppnås, og kan ta form som eksempelvis læringsmål, som handler om å lære eller holde ved like ferdigheter. Ibid. Et overordnet mål kan for eksempel handle om livskvalitet eller selvstendighet. Et hovedmål kan konkretiseres ut ifra dette, for eksempel at bruker opplever mestring. Videre kan helt konkrete delmål lages, for eksempel at bruker lager frokost, dersom dette er noe han eller hun opplevde glede og mestring i før depresjonen. Sentrale mål ved utviklingshemming og depresjon kan for eksempel være å oppleve mestring ved å gjøre aktiviteter som gir glede, redusere depresjonssymptomer, øke livskvaliteten, kunne ta egne valg og ha innflytelse på egen hverdag.

Etter utformingen av målene følger *tiltaksarbeid*, som kan deles inn i metodevalg, planlegging, tilrettelegging og gjennomføring. Hvilken metode som er egnet og valg av fremgangsmåte, avgjøres blant annet av brukers ønsker, tilgjengelige ressurser, rammebetingelser og hvilke mål som er satt. Før tiltaket sette i gang, bør det settes *avbruddskriterier*³, i tilfelle det blir nødvendig å avslutte tiltaket underveis, for eksempel om eventuell utagerende atferd øker, eller bruker ikke opplever å mestre tilrettelagte oppgaver (FO 2008). Brukerens medvirkning er viktig, siden tiltak mot miljøet for eksempel kan igangsettes i bruker sitt hjem, som veiledning i å lage frokost, bistand i å gjennomføre meningsfulle aktiviteter, eller tiltak som sikter mot å ivareta eller utvide brukerens sosiale nettverk. I forbindelse med depresjon kan det kanskje bli nødvendig å kombinere forskjellige behandlinger, som for eksempel miljøtiltak og medisinerer.

Siste del i arbeidsmodellen er *evaluering*. Ut ifra gjennomført tiltak vil vurderingen bidra til en forståelse for om målet/målene ble nådd, og eventuelle årsaker. For at evalueringen skal bli mest mulig nøyaktig vil et tidsavgrenset tiltak bidra til en tydelig start og avslutning, som sammen med en plan for evaluering gir et vurderingsgrunnlag (Nordlund et al. 2015). I evalueringen vil bruker sine meninger og opplevelser være sentrale, sammen med eventuelle personer i nettverket og personalet.

³ «Det bør utarbeides klare regler for når tiltaket skal avbrytes – for eksempel at tiltaket har for mange eller for store bi-effekter, eller at måloppnåelse er urealistisk» (Løkke og Salthe 2012: 28).

5.0 Avslutning

Jeg har valgt å dele avslutningskapittelet i tre deler. I oppsummeringen sammenfattes det ulike hovedpunkter fra oppgaven. I konklusjonen ser jeg tilbake på antagelsene jeg hadde om temaet og hvorvidt disse stemmer med funn som har blitt gjort, og problemstillingen. Avslutningsvis reflekterer jeg blant annet over bruk av begreper, kildebruk, vernepleieren sin arbeidsmodell og hvilke inntrykk jeg sitter igjen med.

5.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg fordypet meg i temaet depresjon hos mennesker som har en psykisk utviklingshemming. Temaets relevans ble blant annet begrunnet med utgangspunkt i vernepleieren sin kompetanse, og ut ifra anslagene om at psykiske lidelser vil i et livsløp ramme halvparten av befolkningen i Norge. Metodisk utgangspunkt for oppgaven var å anvende eksisterende teori og empiri, og vurdere hvilken litteratur som kunne være relevant og gyldig for å svare på problemstillingen, sammen med en bevissthet om at det jeg leste påvirket min forståelse for temaet. Ut ifra problemstillingen ble teori om depresjon og utviklingshemming presentert. Videre ble ulike årsaksforklaringer til depresjon, ulike behandlingsmetoder og betydning av mestring og kommunikasjon drøftet, før vernepleieren sin kompetanse og anvendelsen av arbeidsmodellen avslutningsvis ble redegjort for.

5.2 Konklusjon

Som jeg hadde en antakelse om, fant jeg motstridende meninger, blant annet om mennesker med psykisk utviklingshemming kan oppleve depresjon. I noen kilder ble det gjort rede for at depresjon er mer vanlig hos utviklingshemmede, andre steder at forekomsten var lik normalbefolkningen. Det ble eksempelvis begrunnet i at forskningen på området ikke kan fastslå det. Hensikten med oppgaven var ikke å fastslå forekomsten, og jeg har forsøkt å holde meg nøytral, og heller belyse faglige oppfatninger som presenteres innen faglitteraturen. Det eksisterer derfor en del delte meninger til årsaker for utvikling av depresjon, men et likhetstrekk er at i mange tilfeller kan depresjon forekomme av ensomhet, og fravær av sosiale relasjoner som kan bidra med støtte i tyngre perioder i livet. Hvilke behandlingsmetoder som ble anbefalt ved utviklingshemming og samtidig depresjon, var det flere kilder som mente at de forskjellige metodene kunne anvendes ved utviklingshemming, dersom de ble tilpasset den enkelte, for eksempel kognitiv terapi.

Min problemstilling for oppgaven var: «Hva er depresjon, og hva kan det innebære for mennesker som i tillegg har en psykisk utviklingshemming?» Ut ifra teoriene som eksisterer om depresjon som psykisk lidelse, er det en del hovedtrekk, som kan omfatte likegyldighet, redusert interesse for aktiviteter, nedstemthet og/eller endret døgnrytme og appetitt. Samtidig har det blitt presisert at depresjon kan arte seg forskjellig, enten den det gjelder har en utviklingshemming og eller ikke, *nettopp* fordi vi mennesker er forskjellige, og håndterer utfordringer ulikt. Derfor vil det, ut ifra teorien som har blitt presentert og drøftet, være vanskelig for meg å fastslå en entydig konklusjon ut fra problemstillingen. Det som derimot kan fastslås, er at depresjon er en krevende belastning uansett forutsetninger og livssituasjon, og ved utviklingshemming vil evnen til observasjon fra tjenesteytere og pårørende være viktig for å oppfatte endringer i atferd hos brukeren, og ut ifra dette vurdere hva som bør gjøres.

5.3 Refleksjoner

I forbindelse med skriveingen, innså jeg at en del begreper som ble brukt, kunne oppfattes ulikt, og så det derfor nødvendig å lage en begrepsavklaring. Enkelte begreper, som for eksempel «normalbefolkningen» vegret jeg meg for å bruke, da det kan oppfattes som en inndeling av grupper i samfunnet. Begrepet var derimot hyppig brukt i litteraturen, og ble derfor noe jeg måtte forholde meg til i prosessen. I begrepsavklaringen ble det definert ut ifra hvordan det ble anvendt i oppgaven, som bidro til at nyansene kanskje kom tydeligere fram. Videre ble ICD-10 brukt med forsiktighet, siden sykdommer og diagnoser beskrives ut ifra hvilke forhold som kan oppstå hos personen, og ikke gjør rede for hvordan det kan oppleves, eller hvilke belastninger det kan medføre for personen.

I oppgaven refereres det til forskjellige forfattere og litteratur. I søket etter relevant litteratur var informasjon om depresjon generelt godt representert, men depresjon ved psykisk utviklingshemming var begrenset. Derfor var jeg opptatt av å forsøke å sammenligne faglige synspunkter, for at teorien som ble presentert ikke skulle bli for ensidig, og kun basere seg på en forfatter sin mening. Dette var en utfordring, siden enkelte forfattere er vel representert innenfor temaet.

Ved å inkludere vernepleierens arbeidsmodell i arbeidet, har jeg fått en forståelse for hvordan den kan brukes i forbindelse med depresjon og utviklingshemming. Modellen kan anvendes i de ulike stadiene i forhold til utredning og tilrettelegging av omgivelser, og til å sette i gang og evaluere tiltak. Uavhengig av utgangspunkt og problemstilling, så er det viktig at brukerens ønsker og behov står i sentrum. I oppgaven vises det til rettigheter som bruker har når det gjelder helse- og omsorgstjenester, og plikter tjenesteytere har. I tillegg er også etisk refleksjon sentralt i arbeidet, for selv om tjenesteytere er pålagt å yte forsvarlig helsehjelp ut ifra lovverket, så har også mennesker en iboende samvittighet, og tanker om hva som er riktig eller galt å gjøre i situasjoner som oppstår. Derfor er det avgjørende at tjenesteytere ikke vegrer seg for å gjøre sitt ytterste for at bruker skal ivaretas på best mulig måte, dersom forholdene tilsier at noe bør gjøres.

Når det gjelder psykiske lidelser, og da spesielt hos mennesker med utviklingshemming, tror jeg fortsatt det er et stykke å gå i å fastslå forekomsten. Ved å fokusere på det forebyggende arbeidet, som er et mål i strategien «*mestre hele livet*», tror jeg som nevnt at samfunnet kan være på vei i riktig retning når det gjelder å likestille de synlige fra de usynlige sykdommene.

6.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: universitetsforlaget.

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen. 2012. «Sentrale begreper.» I *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, red. Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 17-19. Oslo: Universitetsforlaget.

Direktoratet for e-helse. 2018. «Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). Lest 21.04.2018.

<https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Dramsdahl, Margaretha og Helge Jordahl. 2015. *Kognitiv miljøterapi. Samarbeid og endring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2012. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eknes, Jarle. 2000. «Depresjon. Forståelse og behandling av depressive lidelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming.» I *Utviklingshemming og psykisk helse*, red. Jarle Eknes, 154-192. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle. 2006. *Depresjon og Mani. Forståelse og behandling*. Oslo: universitetsforlaget.

Emneplan. 2017-2018. Emneplan 3. studieår.

Felleskatalogen. 2018. «Medisiner og bivirkninger». Lest 29.04.2018.

<https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/nyttig-om/bivirkninger>

FHI (folkehelseinstituttet). 2016. «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv». Lest 19.04.2018.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>

Finnkode.ehelse.no. 2018. «(F30-F39) Affektive lidelser stemningslidelser». Lest 19.05.2018.

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596291>

Finnkode.ehelse.no. 2018. «(F70-F79) Psykisk utviklingshemming». Lest 18.04.2018.

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>

FO (Fellesorganisasjonen). 2008. «Om vernepleierket». Lest 10.05.2018.

https://www.fo.no/getfile.php/131955-1377694151/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/ Om%20vernepleierket_A5.pdf

FO (fellesorganisasjonen). 2015. «Yrkesetisk grunnlagsdokument». Lest 10.05.2018.

https://www.fo.no/getfile.php/1320310-1429186747/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument_2015.pdf

FO (Fellesorganisasjonen). 2017. «Om vernepleierket». Lest 21.04.2018.

<https://www.fo.no/getfile.php/1352745/06%20Profesjonene/Vernepleierne/Vernepleierbrosjyre%202017.pdf>

Forskning.no. 2012. «Hva er hermeneutikk?» (modell av den hermeneutiske spiral). Lest 02.05.2018.

<https://forskning.no/filosofiske-fag/2012/02/hva-er-hermeneutikk>

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heggen, Kåre. 2007. «Rammer for meistring.» I *Meistring og myndiggjering*, red. Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen, 64-82. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsekompetanse.no. «Diagnose og diagnostisk overskygging». Lest 28.04.2018.

<http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17956>

Helsekompetanse.no. «Miljøbehandling – emosjonelt klima». Lest 27.04.2018.

<http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17997>

Helsekompetanse.no. «Miljøbehandling – rammer». Lest 27.04.2018.

<http://kurs.helsekompetanse.no/psykiske-lidelser/17996>

Helse og omsorgsdepartementet. 2014. «Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp». Lest 12.05.2018.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/>

Helsepersonelloven. 2018. *Lov av 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_9#%C2%A749 (Lest 21.04.2018).

Henriksen, Jan- Olav og Arne Johan Vetlesen. 2006. *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holden, Børge. 2013. *Miljøbehandling. En atferdsanalytisk tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holden, Børge. 2016. *Utfordrende atferd og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet.» i *utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*, red. Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 31-43. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2011. *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Knudsen, Trine Reippuert. 2012. «Depresjon.» I *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, red. Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 81-93. Oslo: Universitetsforlaget.

Larsen, Per Lindsø. 2012. «Lysbehandling.» I *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, red. Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 224- 228. Oslo: Universitetsforlaget.

Lingås, Lars Gunnar. 2005. *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: kommuneforlaget AS.

Lunde, Edith Victoria. 2009. «Perspektiver på helse og habilitering.» I *utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*, red. Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 19-29. Oslo: Universitetsforlaget.

Løkke Jon A. og Gunnar Salthe. 2012. «Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering.» *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 39, s. 17-32.

Martinsen, Egil W. 2011. *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Mæhle, Ivar. 2011. «Down syndrom.» I *Utviklingshemming. Årsaker og konsekvenser*, red. Ivar Mæhle, Jarle Eknes og Gunnar Houge, 67-80. Oslo: universitetsforlaget.

Naja E. Jensen (Frambu 2012:40) «Annerledeslandet. Dikt om liv som tok uventete veier».
Lest 29.04.2018.

<http://www.frambu.no/ShowFile.aspx?FileInstanceId=1188bf06-b685-42c1-9aa4-2a43ef5e843b>

Naku (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). 2018. «Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemming». Lest 18.04.2018.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming-og-icd-10>

Naku (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). 2018. «Kommunikasjon: tegn-til- tale». Lest 28.04.2018.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/kommunikasjon-tegn-til-tale>

Naku (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). 2018. «Om Naku». Lest 08.05.2018.

<https://naku.no/omnaku>

Naku (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming). 2016. «Utviklingshemming og depresjon».

<https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-depresjon>

Norlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: universitetsforlaget.

Norvoll, Reidun. 2001. «Sosiale avvik og sosial kontroll». I *mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, red. Elisabeth Brodtkorb, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa, 123-151. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nyeng, Frode. 2012. *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Owren, Thomas. 2011. «Et blikk tilbake». I *vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde, 85-107. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas. 2011. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming». I *vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde, 28-41. Oslo: Universitetsforlaget.

Owren, Thomas. 2011. «Spørsmålet om tvang og makt». I *vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*, red. Thomas Owren og Sølvi Linde, 223-240. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2018. *Lov av 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker> (Lest 30.04.2018).

Regjeringen. 2017-2022. *Mestre hele livet*. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

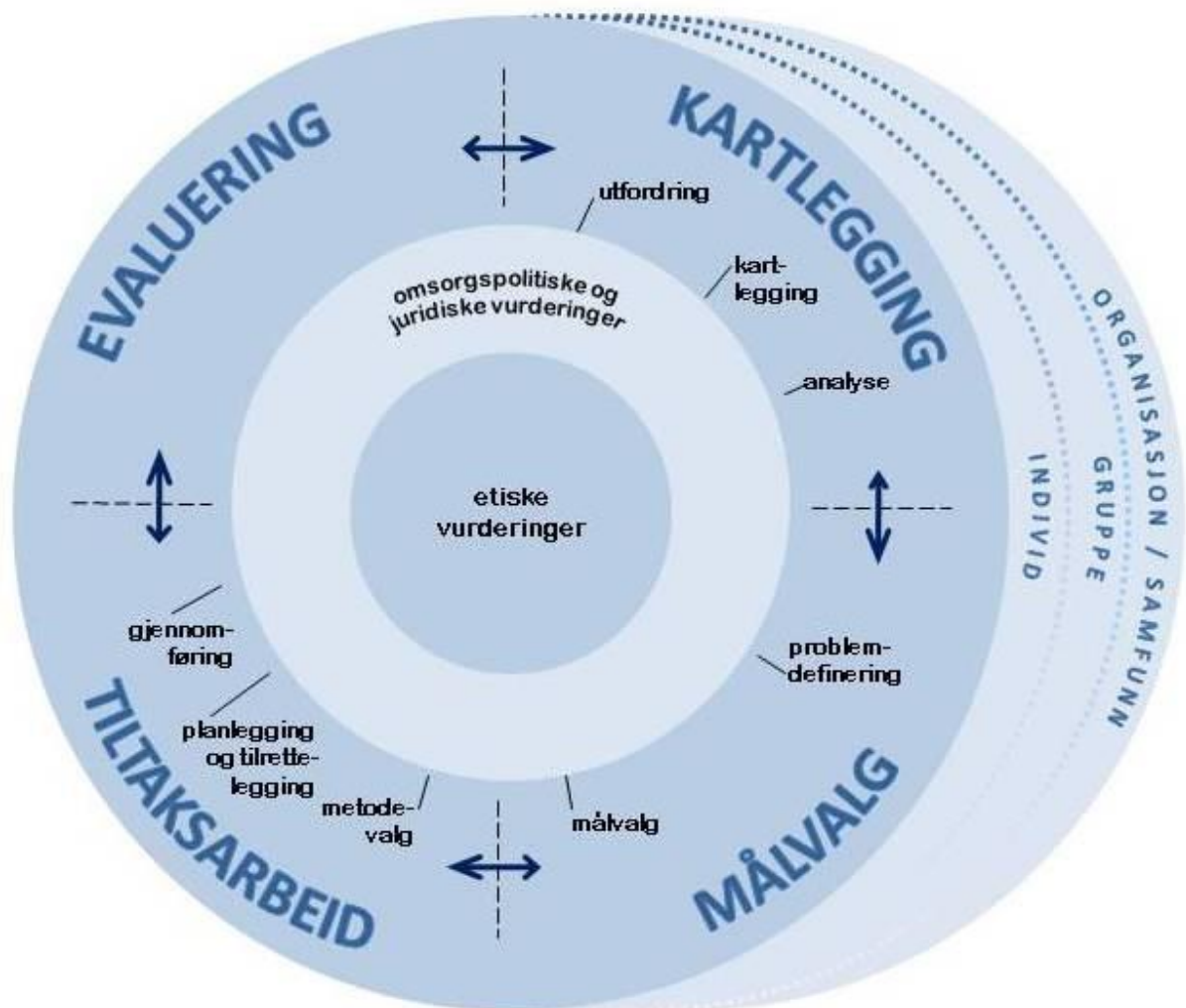
Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2006. «Samhandling i yrkesrollen». I *bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, red. Odd Harald Røkenes og Per Halvard Hanssen, 219-263. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Stiftelsen SOR (samordningsrådet). 2018. «Stiftelsen SOR, Jarle Eknes». Lest 08.05.2018. <http://www.samordningsradet.no/index.cfm?pArticleId=23140&pArticleCollectionId=4205>

Sørensen, Kurt. 2012. «ECT -Electro Convulsive Therapy.» I *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, red. Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 218- 223. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørensen, Kurt. 2012. «Medikamentell behandling.» I *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*, red. Trine Lise Bakken og Mette Egelund Olsen, 205- 217. Oslo: Universitetsforlaget.

7.0 Vedlegg 1: Vernepleierens arbeidsmodell



Vernepleierens arbeidsmodell er hentet fra emneplanen for 3. studieår (2017-2018) s. 2.