



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Behandling av depresjon hos personer med  
utviklingshemming

Treatment of depression in people with  
intellectual disabilities

**Kandidatnummer: 301**

BSV5-300 Bachelor i Vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 01.12.2021

Antall ord: 7977

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

**Theme:** The theme for this bachelor thesis is treatment of depression in people with intellectual disabilities.

**Introduction/background:** There are few research articles that shows which measures that has shown an effect in treatment of depression in people with intellectual disabilities. Underdeveloped treatment options and the need for further research contrast with increased occurrence and risk of mental disorders in people with intellectual disabilities. In addition to underdeveloped treatment options and the need for more research, diagnostic overshadowing, dual diagnoses and complex needs are known challenges in this field.

**Research question:** To what extent have different measures shown an effect in treatment of depression in people with intellectual disabilities and what factors can affect the treatment effect?

**Method:** Literature study is chosen as the method in this thesis. To answer the research question, curriculum literature, specialist literature and research literature are used. In total, four research articles are included in this study through a systematic search.

**Result:** The interventions BeatIt, StepUp and KAT indicates promising treatment effects on depressive symptoms in adults with mild or moderate intellectual disabilities. Inclusion of supporters in treatment and experienced therapists with competence, together with knowledge of the complexity of treating depression and knowledge of the conditions of people with intellectual disabilities, seems to be positive factors for treatment effects.

**Conclusion:** The research conducted with evidence of treatment effects on various depression treatments in adults with intellectual disabilities is little and unsatisfactory. There is a need for more research experiments that include large enough experimental groups and control groups in future effect studies, in addition to the use of adapted measurement tools.

**Keywords:** Measures, Treatment, Depression, Intellectual disability, Effect

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR TEMA, PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER .....	2
1.2 BEGREPSAVKLARING .....	3
1.3 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	4
<b>2.0 BEHANDLING AV DEPRESJON HOS PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING .....</b>	<b>5</b>
2.1 UTVIKLINGSHEMMING OG DEPRESJON .....	5
2.2 BEHANDLING .....	6
2.2.1 <i>Psykoedukasjon</i> .....	7
2.2.2 <i>Psykoterapi</i> .....	7
2.2.3 <i>Miljøterapi</i> .....	8
<b>3.0 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....</b>	<b>10</b>
3.1 FØRFORSTÅELSE .....	10
3.2 PICO-SKJEMA OG LITTERATURHIERAKI .....	10
3.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	11
3.4 SØKESTRATEGI .....	12
3.5 KRITISK VURDERING OG KVALITETSVURDERING AV EGEN METODE.....	13
3.6 ANALYSE AV FORSKNINGSARTIKLER .....	15
<b>4.0 RESULTATER.....</b>	<b>16</b>
4.1 ARTIKKEL 1.....	16
4.2 ARTIKKEL 2.....	17
4.3 ARTIKKEL 3.....	18
4.4 ARTIKKEL 4.....	19
<b>5.0 DRØFTING.....</b>	<b>20</b>
5.1 KOMPLEKSITET VED BEHANDLING AV DEPRESJON OG METODISKE SKJEVHETER.....	20
5.2 BETYDNING AV STØTTESPILLERE OG ERFARNE TERAPEUTER MED KOMPETANSE.....	22
5.3 UTVIKLINGSHEMMEDES FORUTSETNINGER I BEHANDLING.....	25
<b>6.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>28</b>

<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>29</b>
<b>VEDLEGG 1 – SØKELOGG .....</b>	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 2 – SAMLESKJEMA .....</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG 3 – PRISMA FLYTSKJEMA.....</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 4 – CASP KRITISK VURDERINGSSKJEMA .....</b>	<b>38</b>

## 1.0 Innledning

World Health Organization (WHO) viser til at 4,3 prosent av verdens befolkning er rammet av en depresjonslidelse og at psykiske lidelser er blant de største helseproblemene i verden (World Health Organization [WHO], 2013, s.8). Psykiske lidelser påvirker om lag halvparten av alle mennesker gjennom livsløpet, hvor en av tre vil trenge behandling for sine psykiske plager. Depresjon, angstlidelser og misbruk eller skadelig bruk av rusmidler, er de mest vanlige plagene (Martinsen, 2018, s.15). Ifølge WHO (2021a) kan depresjon utvikle seg til en alvorlig helsetilstand, spesielt ved tilbakevendelse og ved moderat eller alvorlig intensitet. Å være deprimert kan påvirke personen sterkt og medføre dårlig fungering på ulike arenaer (WHO, 2021a). I 2030 estimeres depresjon å være den mest utbredte globale sykdommen i verden ifølge United Nations (u.å.).

I følge Baldor (2021) er behandling og diagnostisering av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming ofte utilstrekkelig, langsom eller ikke eksisterende. Forskningsbasert evidens som støtter behandlingseffektiviteten av ulike intervensjoner og tiltak for å bedre psykiske helse er også begrenset. Baldor (2021) påstår at det ikke er uvanlig at personer med utviklingshemming oppsøker psykologer for atferdsproblemer, som egentlig skyldes andre psykiske lidelser som depresjon.

I Norge ble HVPU-reformen avviklet i 1995, noe som ga kommunene hovedansvaret for å gi bistand til personer med utviklingshemming. Kommunen sin oppgave ble da å sikre nødvendig kompetanse og kunnskap i møte med reformen (Fellesorganisasjonen & Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming [NAKU], s. 2). Før reformen, ble ikke personer med utviklingshemming behandlet i psykiatriske sykehus ved psykiske lidelser, noe som har gitt opphav til et underutviklet behandlingstilbud ifølge Stiftelsen SOR (SOR, 2019). SOR (2019) belyser et behov for forskning som undersøker hvilke tiltak som har vist effekt på psykiske vansker hos personer med utviklingshemming.

## 1.1 Bakgrunn for tema, problemstilling og avgrensninger

Forskning tyder på at personer med lett til moderat utviklingshemming har økt forekomst og risiko for å bli utsatt for psykiske lidelser, sammenlignet med befolkningen for øvrig (NOU 2016: 17, s. 101). Det kan være utfordrende å oppdage psykisk lidelse hos denne gruppen, hvor endret atferd som uro, aggresjon eller irritabilitet kan forveksles med selve utviklingshemmingen og undergrave symptomer på psykiske lidelser (NOU 2016: 17, s. 101). Det har blitt avdekket at personer med utviklingshemming som har sammensatte og komplekse behov, ikke mottar den helseoppfølgingen de har behov for (NOU 2016: 17, s. 106).

Personer med utviklingshemming kan oppleve vanskeligheter med å gjøre seg forstått, eksempelvis i situasjoner som innebærer skildring av symptomer i et sykdomsbilde (Ellingsen & Berge, 2014, s. 205). Ved behandlingsbehov, kan vernepleierfaglig kompetanse være nyttig og noen ganger avgjørende, da den kan bidra til hendelsesforløp, informasjon og symptomer som blir formidlet på en rask og effektiv måte for å sikre videre behandling (Ellingsen & Berge, 2014, s. 205). WHO (2021c) mener at kommunikasjonsproblemer kan gjøre det vanskelig å stille tilleggsdiagnoser som depresjon hos personer med utviklingshemming, og anbefaler å vektlegge observerbare symptomer i høyere grad enn ellers.

Etterspørsler etter mer forskning på feltet innen psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming er tydelige (Bakken, 2020a, s. 31; Knudsen, 2020, s. 109; SOR, 2019). Oppgaven vil av den grunn ha som formål å sette søkelys på behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming ved undersøke effektiviteten av ulike tiltak i behandling. Jeg anser tematikken som tidsaktuell og nyttig i en framtid som vernepleier, hvor personer med utviklingshemming har en høyere forekomst av depresjon og hvor behandling av depresjon ofte omtales som krevende, komplekst og ukjent. På bakgrunn av dette vil jeg undersøke følgende problemstilling:

*«I hvilken grad har ulike tiltak vist effekt i behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming og hvilke faktorer kan påvirke behandlingseffekten?»*

Både planlagte intervensjoner, ikke-medisinske behandlinger og spesifikke endringer gjennomført for å oppnå effekt, vil kategoriseres som tiltak i oppgaven. Grunnet oppgavens omfang, er faktorer som kan ha påvirket behandlingseffekten begrenset til de mest fremtredende faktorer som blir belyst i forskningsartiklene. Oppgaven drøfter ikke gruppebasert- eller individuellbasert terapiform og bruk av medikamenter som kan ha medført påvirkning på resultatene. Forskningsartikler som omhandler personer med utviklingshemming som har både depresjon og/eller depressive symptomer er inkludert. Begrepet utviklingshemming vil bli benyttet framfor psykisk utviklingshemming. Både NAKU, Norges forbund for utviklingshemmede og Meld. St. 45 benytter seg av terminologien utviklingshemming ifølge NAKU (2021b). Oppgaven er avgrenset til å omhandle voksne personer som har lett til moderat grad av utviklingshemming.

## 1.2 Begrepsavklaring

Psykisk utviklingshemming: Ifølge WHO (2021C) er utviklingshemming en tilstand av mangelfull eller forsinket utvikling av evner og funksjonsnivå, bestående av kognitive-, språklige-, motoriske- og sosiale ferdigheter. For å stille diagnosen utviklingshemming kreves en samlet vurdering av de intellektuelle ferdighetene som skal vurderes av en erfaren kliniker. Selv om de intellektuelle ferdighetene er nedsatt, kan disse bedres ved trening og rehabilitering (WHO, 2021c).

Depresjon: Depresjon karakteriseres av interesse- og gledeløshet, nedstemthet eller energitap som medfører redusert aktivitet og trøtthet. Andre plager kan være nedsatt konsentrasjon, oppmerksomhet, selvfølelse, selvtillit og opplevelse av skyldfølelse, mindreverdighetsfølelse, søvnforstyrrelser og redusert appetitt (WHO, 2021b).

Behandling: Ifølge Orrem (2020) kan behandling tradisjonelt sett defineres som «[...] spesifikke tiltak som settes i verk for å fjerne eller lette symptomer på og/eller årsak til sykdom» (Orrem, 2020).

### 1.3 Oppgavens oppbygning

Relevant litteratur knyttet til utviklingshemming, depresjon og behandling, vil presenteres i kapittel to. I kapittel tre beskrives valg av metode, framgangsmåte for å finne forskningslitteratur, kritisk vurdering og analyse av forskningsartikler. I kapittel fire framlegges relevante hovedfunn fra forskningsartiklene. I kapittel fem drøftes hovedfunn fra forskningsartiklene kategorisert i tema, i lys av relevant litteratur. Avslutningsvis oppsummeres viktige funn og det konkluderes med i hvilke grad ulike tiltak har vist effekt på behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming og hvilke faktorer som kan ha påvirket behandlingseffekten.



## 2.0 Behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming

I dette kapittelet presenteres relevant litteratur knyttet til utviklingshemming, depresjon og behandling.

### 2.1 Utviklingshemming og depresjon

For å stille diagnosen utviklingshemming, skal personen fylle kriterier om IQ under 70, vansker tilknyttet språk, motorikk og utvise et bistandsbehov i dagliglivet som debuterer før personen fyller 18 år (NAKU, u.å.). Det kan være store individuelle forskjeller mellom spesifikke ferdigheter hos personer med utviklingshemming. Noen kan ha dårligere forutsetninger på enkelte områder, mens andre kan klare seg godt på området. Dette forklarer hvorfor intelligens ikke alene kan avgjøre karakteristikk, og hvordan vurderinger må tas på bakgrunn av et større antall ferdigheter (WHO, 2021c).

Mange voksne med lett grad av utviklingshemming er i stand til å arbeide, ha gode sosiale relasjoner og gjøre en samfunnsnyttig innsats. Normalt sett, er det atferdsmessige-, følelsesmessige- og sosiale forhold som oppleves utfordrende (WHO, 2021c). Til forskjell har moderat grad av utviklingshemming kjente utfordringer bestående av begrenset språkforståelse og språkbruk, reduksjon i egenpleie og motoriske ferdigheter, i tillegg til behov for livslang støtte hvor en sjeldent oppnår fullstendig uavhengighet. Enkelte personer utvikler aldri evnen til å kunne uttrykke språket sitt, men kan likevel forstå noen instruksjoner og lære seg tegnspråk (WHO, 2021c). Personer med utviklingshemming har dårligere forutsetninger for adaptive ferdigheter og kognisjon, som nedsatt oppmerksomhet, hukommelsesvansker, langsomt tempo for kognitiv bearbeidelse, nedsatt tidsoppfatning og nedsatt eksekutive funksjoner (Stubrud, 2020, s. 56-57).

Hele spekteret av psykiske lidelser kan forekomme hos personer med utviklingshemming, i tillegg til en økt sannsynlighet på minst tre til fire ganger større risiko for å utvikle psykiske lidelser enn andre ifølge WHO (2021c). Ved depresjon, kan det oppstå andre symptomer hos personer med utviklingshemming enn hva som er vanlig hos normalbefolkningen generelt

(Knudsen, 2020, s. 107). Et kjent fenomen hos personer med utviklingshemming kalt diagnostisk overskygging, oppstår når atferdsendringer som dukker opp grunnet psykiske vansker forveksles med personens funksjonsnedsettelse. Forekomsten er ikke uvanlig hos personer med utviklingshemming, da psykiske lidelser kan bli misforstått og forbli ubehandlet (Bakken, 2015, s. 15). Noen eksempler er atferdsendringer i form av sosial tilbaketrekning og mindre kommunikasjon. Irritabilitet nevnes som et vanlig symptom på depresjon ifølge Knudsen (2020, s. 107) men irritabilitet nevnes derimot ikke i diagnosekriteriene til ICD-10. Flere fysiske- og atferds symptomer hos personer med moderat grad av utviklingshemming, faller både innenfor og utenfor det offisielle diagnosesystem ifølge Knudsen (2020, s. 108).

Angst, bekymringer eller økende ritualisering, er symptomer som parallelt kan skyldes andre diagnoser i tillegg til depresjon, kalt dobbeltdiagnose, som eksempelvis angst- og tvangslidelser (Knudsen, 2020, s. 107). Spesifikke screeningsverktøy utviklet for personer med utviklingshemming kan fange opp disse symptomene (Fletcher et al., 2016, sitert i Knudsen, 2020, s. 108). «Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped-II (DASH-II)» og «Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD)» er to valide screeningverktøy som benyttes for måling av depresjon hos personer med utviklingshemming, ifølge Kraft et al., (2009, sitert i Knudsen, 2020, s. 108).

## 2.2 Behandling

Det er lite forsket på behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming, og det eksisterer ingen offisielle retningslinjer for behandling spesifikt rettet mot denne gruppen, per i dag (Knudsen, 2020, s. 109). Ellingsen og Berge (2017, s. 196; Sutherland mfl., 2002, s. 430) belyser problematiske faktorer for utredning av sykdom hos personer med utviklingshemming. Problematikken skyldes små utvalgsstørrelser i studier og andre forhold som kan bidra til metodiske skjevheter, deriblant personkarakteristikk. Bakken (2020a, s. 31) hevder at sparsommelighet på RCT-studier med få deltakere og uten kontrollgrupper, er en utfordring innen forskning på depresjon hos personer med utviklingshemming. Bakken (2020a, s. 31) påstår at det kan skyldes kompleksiteten ved behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming, som trenger tverrfaglig innsats. Det er vist sammenheng

på effekten av behandling når det ligger en relasjon til grunn mellom deltaker og terapeut, kalt arbeidsalliansen, i behandling ifølge Bakken (2011a, s. 23). Alliansen kan forstås som to komponenter: tilhørighet og kontroll, og felles forståelse av arbeidsoppgavene. Sentrale prinsipper i samhandling når det gjelder behandling av psykiske lidelser, er tydelig kommunikasjon, felles oppmerksomhet, hjelp til oppgaveløsning, meningsfull respons og emosjonell støtte (Bakken, 2011a, s. 23-27).

Bakken (2020a, s. 29) belyser et spekter av ulike behandlingsmetoder som ikke egner seg for personer med utviklingshemming, grunnet marginalt utvalg av studier om effektive behandlingsmetoder på feltet. Noen behandlingsmetoder baserer seg på selvrapportering, i form av å fylle ut spørreskjema med avkrysning og/eller åpne spørsmål, intervju og fortellinger om egne opplevelser, tegninger eller på andre måter. Selvrapportering krever at personen selv er i stand til å rapportere sine meninger og synspunkter, som er relevant for behandlingen (Bakken, 2020b, s. 57). Det er flere forhold som må tas til etterretning når pålitelige data samles inn, deriblant kan personer med moderat utviklingshemming ha vansker med å svare på spørreundersøkelser på egenhånd (Bakken, 2020b, s. 58). For behandlingsvalg av depresjon hos personer med utviklingshemming, mener Knudsen (2020, s. 109) at elementer fra psykoedukasjon, psykoterapi, miljøterapi og medisinsk behandling, må inkluderes. Alvorlighetsgrad av depresjon avgjør hvilken innsats som trengs og sammensetningen av behandlingen (Knudsen, 2020, s. 100).

### *2.2.1 Psykoedukasjon*

Ved psykoedukasjon gis informasjon og kunnskap om lidelsen til nærstående og pasienten selv, for å skape mestring av den psykiske lidelsen. Ved kjennskap til lidelsen, kan det dannes et samarbeid basert på forståelse som kan lette krav og forventninger til personen.

Psykoedukasjonen tilpasses personens kognitive nivå, hvor det som formidles skal tilrettelegges etter personens språkforståelse og tilpasses individuelt (Knudsen, 2020, s. 109-110).

### *2.2.2 Psykoterapi*

Psykoterapi omfatter metoder og teknikker ment for å skape endringer i tanke- og følelseslivet. Å drive samtale er kjernen i denne behandlingsformen, men også andre øvelser,

som lek, hypnose, skriftlige oppgaver, kartleggingsarbeid, utredninger med mer, kan være nyttige verktøy (Håkonsen, 2014, s. 400). Knudsen (2020, s. 110) presiserer at språkkunnskaper og grad av utviklingshemming påvirker effekten av denne behandlingen. Relasjonen mellom terapeut og pasient, har også stor innflytelse på resultatet i psykoterapi ifølge Knudsen (2020, s. 110).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) handler om å lære klienten å gjenkjenne uhensiktsmessige tanker og lære å kontrollere dem. Å tillate mer positive tanker og atferd for å skape et større personlig velvære står sentralt (Håkonsen, 2014, s. 406). Det er flere ulike terapiformer tilhørende psykoterapi, hvor KAT er en av dem. Alle terapiene har til felles at de innehar komponenter hvor tilpasning og tilnærming av pasientens problemer står sentralt, sammen med den terapeutiske relasjonen (Knudsen, 2020, s. 111).

Ved å tilpasse KAT anbefales det å vektlegge blant annet personens preferanser, styrker, behov, nivå av forståelse og hensyn til nevrologiske, kognitive, fysiske eller sensoriske svekkelser og språkforståelse. Disse tilpasningene er anbefalt for å behandle depresjon eller depressive symptomer (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016).

Atferdsaktivering er en sentral komponent innen KAT, der fokus er på å øke aktivitetsnivået ved å tilrettelegge for aktiviteter av personenes interesser, som er en viktig del av depresjonsbehandling (Hjemdal & Kennair, 2014, s. 155). Atferdsaktivering identifiserer atferdsmønstre for å øke forståelsen av det eksisterende aktivitetsnivået til personen. Det gjøres ved innblikk i omfanget av passive aktiviteter som soving, å se tv, bruk av alkohol eller andre rusmidler. Ifølge Hjemdal og Kennair (2014, s. 155) er dette atferd som kan bidra til opprettholdelse av negative følelser og tanker ved depresjon. Formålet med å innføre meningsfulle aktiviteter tilpasset personen, er at personens følelser endres ved å forandre på det dem gjør.

### *2.2.3 Miljøterapi*

Miljøterapi er en essensiell behandlingsform for depresjon hos personer med utviklingshemming ifølge NAKU (2021a). Behandlingen tar utgangspunkt i å tilrettelegge det fysiske og sosiale miljøet, med mål om at personen skal komme seg vekk fra den depressive

tilstanden. Evaluering av ulike faktorer i miljøet som påvirker personen negativt og reduksjon av disse, er viktig i behandlingen. Fokus på å senke krav og etablere positive aktiviteter for å skape glede og gode relasjoner, er viktige elementer i miljøterapi (NAKU, 2021a).

## 3.0 Litteraturstudie som metode

I dette kapittelet presenteres valg av metode ved beskrivelse av førforståelse, PICO-skjema og litteraturhieraki, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kritisk vurdering og kvalitetsvurdering av egen metode, og analyse av forskningsartikler.

Ifølge Aveyard (2019, s. 2) er en litteraturstudie en metode som brukes for å finne eksisterende litteratur oppsummert, samt forskning til å besvare spesifikke spørsmål. Litteraturstudie er derfor valgt som metode, hvor relevante forskningsresultater fra kvantitative- og kvalitative studier brukes for å belyse problemstillingen. For å sikre tilstrekkelig relevant forskning på området, er det foretatt ustrukturerte søk i relevante databaser etter anbefalinger fra Aveyard (2019, s. 31).

### 3.1 Førforståelse

For å være bevisst på mulige påvirkninger manifestert i vår oppmerksomhet på det som gir bekreftelse til vår egen førforståelse, er det viktig å avklare egen førforståelse i forkant ifølge Dalland (2020, s. 60).

Min førforståelse har sitt utspring i praksis, hvor jeg har arbeidet direkte med personer som har vist depressive symptomer, hvor min opplevelse er at det ikke «eksisterer en behandling», samtidig som diagnosesetting virker å være krevende og langsom. Problematikken oppfatter jeg i all hovedsak å være gjeldene for mange med diagnosen utviklingshemming. Jeg har erfart det som vanskelig å tilegne meg informasjon om spesifikke retningslinjer og evidensbaserte tiltak, med depresjonsdempende effekt. Ved egne påminnelser om å møte resultater fra et nøytralt ståsted, stiller jeg meg selv kritisk til egne tanker om mulige funn etter anbefaling fra Dalland (2020, s. 60).

### 3.2 PICO-skjema og litteraturhieraki

Identifisering av spørsmål til en litteraturstudie er viktig ifølge Aveyard (2019, s. 39). Et PICO-skjema ble brukt som et verktøy for å gi struktur, klargjøre spørsmålet til litteratursøk, utvelgelse av forskningsdesign og kritisk vurdering av litteraturen (Helsebibliotket, 2016b). Et

kjernespørsmål ble utviklet som retningsledene for valg av pålitelig forskningsdesign (Helsebibliotket, 2016a). PICO tar utgangspunkt i segmentene: population/problem, intervention, comparison og outcome (Helsebibliotket, 2016b). Da problemstillingen i oppgaven ikke tar utgangspunkt i å sammenligne, vil segmentet «comparison» bortfalle og dermed ikke brukes.

Et litteraturhieraki, forklares som noen former for bevis som er sterkere enn andre i forhold til en problemstilling, i en spesifikk type litteraturstudie (Aveyard, 2019, s. 65). Øverst i hierarkiet plasseres typer forskning som generelt vil bli vurdert til å være av sterkere kvalitet, sammenlignet med lavere nivåer i hierarkiet. Oppgavens litteraturhieraki er inspirert av anbefalinger fra Aveyard (2019, s. 66), i tillegg til kunnskapspyramiden som har en veiledende funksjon for hva som skal søkes etter og hvor det kan finnes tilgjengelig (Helsebibliotket, 2016c). Kjernespørsmålet i PICO-skjemaet, pekte på randomiserte kontrollerte studier (RCT) som foretrukket studiedesign. Med utgangspunkt i effekt av tiltak, vil litteraturhierakiet se slik ut:

- Oppslagsverk
- Systematiske oversikter av RCT/ Systematiske oversikter
- RCT studier
- Kvalitative studier
- Ekspert uttalelser

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriterier er et godt hjelpemiddel for å identifisere hva som behøves å søke etter i egen oppgave (Aveyard, 2019, s. 75). Av denne grunn er følgende kriterier som tar utgangspunkt i min problemstilling, avgrensning til oppgaven og litteraturhieraki valgt.

Inklusjonskriterier:

- Fagfellevurdert litteratur
- Studier som ikke eldre enn fem år
- Effekt av tiltak rettet mot behandling av depresjon

- Alle personer med lett eller moderat utviklingshemming, uansett kjønn i voksen alder fra 18 år og oppover

Eksklusjonskriterier:

- Ikke fagfellevurdert litteratur
- Pilotstudier og studieprotokoller
- Studier eldre enn fem år
- Effekt av tiltak som ikke omhandler behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming.
- Personer med alvorlig eller dyp utviklingshemming og barn (under 18 år)

### 3.4 Søkestrategi

Søkeord som er anvendt, er valgt i henhold til PICO-skjema med alternative synonymer hentet fra «Medical Subject Headings (MeSH)» og ordnett.no. Ulike relevante nøkkelord/emneord brukt i databasene CHINAL, PubMed, Ovid PsycINFO og Epistemonikos, ble inkludert i søkestrengen. Synonymer og ord som er nært beslektet, har blitt inkludert etter anbefaling av Aveyard (2019, s. 83), da forskere kan bruke ulike synonymer og ord om likt tema. Ord som ikke lengre brukes, anbefales likevel å benyttes som søkeord, da det kan gi treff på relevante artikler som er indeksert under ord som ikke lengre brukes. Av den grunn har jeg valgt å bruke «Mental disability» i søkestrengen.

Ettersom det er begrenset forskning tilgjengelig for problemstillingen, ble det viktig å innbefatte gode søkeord. Med modningstid og hjelp fra fagpersoner med ekspertise på feltet om litteratursøking, ble søkestrengen ferdig utviklet. Søket ble gjennomført ved å nytte en søkestreng hvor søkeordene var bestående av «Intellectual Disabilities», «Depression\*», «Measures», «Effect» og «Treatment», samt synonymer og beslektede ord av disse. Alle søkeordene ble konstruert på engelsk, da databasene var engelskspråklige. For å sikre flest mulig relevante treff ble ulike kombinasjoner av «AND» og «OR» brukt, samt trunkering og frase (se vedlegg 1). Ved en anledning ble feltkoden «Abstract» tatt i bruk etter anbefaling fra Aveyard (2019, s. 86) i databasen CHINAL, da søket opprinnelig ga et omfattende treff på 153,166. Ved å bruk av feltkoden ga søket 195 treff.



Databaser ble valgt fra HVL sin hjemmeside, hvor videre søk ved «biblioteket» deretter på «fagressurser» ble gjort for å finne aktuelle databaser tilpasset for vernepleiere. Her startet jeg på øverste nivå i mitt litteraturhieraki, i oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice, hvor jeg fikk ingen relevante treff til problemstillingen. På bakgrunn av dette, ble neste underliggende nivå i litteraturhierakiet undersøkt. Her ble databasene Epistemonikos, Campbell Library og Cochrane Library utvalgt i søket etter systematiske oversikter, og dersom mulig, enkelt studier. Til felles for disse databasene var egnetheten innen emnene effekt av tiltak og da ofte innen behandling (Høgskulen på Vestlandet, u.å.). Dette passet problemstillingen som har til formål å undersøke et effektspørsmål.

I Cochrane Library ble det lagt inn egen avgrensning på «Trials» og «Systematic Review», da flere pilotstudier samt protokoller dukket opp. I tillegg ble CINAHL benyttet, hvor det ble gjort egen avgrensning på tilgang til fulltekster «Linked Full Text», da det ble oppdaget flere forskningsartikler som manglet tilgjengelig fulltekster. Da dette ikke hadde vært like fremtredende i andre databaser, ble derfor ikke denne avgrensning gjort i selve søket på andre databaser, men ved oppdagelse ekskludert manuelt. Databasen Oria ble brukt for å lete etter fulltekster dersom aktuelle databaser ikke hadde disse tilgjengelig. Relevante artikler ble også undersøkt for godkjenning i Norsk senter for forskningsdata (NSD), ved bruk av Oria. Pensumslitteratur og annen relevant faglitteratur, ble også benyttet til deler av oppgaven, sammen med hånd søk i nettsidene SOR og NAKU.

### 3.5 Kritisk vurdering og kvalitetsvurdering av egen metode

Å kritisk vurdere er en forbedringsprosess som har til hensikt å sikre forståelse og vurdere relevans av litteratur, men som også belyser styrker og svakheter ved litteraturen (Aveyard, 2019, s. 106). Som verktøy til kritisk vurdering har jeg benyttet «Critical Appraisal Skills Programme (CASP)», som er utviklet av universitetet i Oxford. CASP har egne spesifiserte skjema som brukes til å kritisk vurdere ulike forskningslitteratur, deriblant systematiske oversikter og RCT studier. Valget av kritisk verktøy er anbefalt av Aveyard (2019, s. 107-108).

Ved bruk av CASP, viste flere artikler metodiske svakheter deriblant knyttet til små utvalgsgrupper. Systematiske oversikter opplyste om kombinasjoner av ulike studiedesign

fra ulike artikler, hvor funn må tolkes med forsiktighet. De fleste artiklene påpekte å være blant de færreste til å forske på effekt av ulike typer intervensjoner eller behandlinger, hvor det var lite sammenlignbar forskning. Se vedlegg 4 og kapittel fire for mer omfattende kritisk vurdering av forskningsartiklene.

Ved å benytte engelskspråklige databaser, utvikle engelske søkeord og vurdere engelskspråklige artikler, kan misforståelser og svakheter i oversetting og tolkning ha blitt gjort. Artiklene er lest med forbehold om at noen kontekster kan ha blitt tatt ut av sammenheng, i arbeidet med oversettelser og tolkning. Utarbeidelse av søkeord er grundig vektlagt med tanke på språkforkjeller, da ord kan få ulik betydning i ulike kontekster sammenlignet med eget språk.

Ingen forskningsmetode er prioritert framfor en annen, da det var begrenset relevant treff på forskningsartikler i de ulike databasene. Begrensninger i utvalg av artikler stammet primært fra litteraturhierakiet samt inklusjon- og eksklusjonskriterier. Av den grunn ble en forskningsartikkel som inneholdt kvalitative metoder valgt, i tillegg til en systematisk oversikt som inneholdt både kvalitative og kvantitative metoder, for å besvare problemstillingen.

I to studier som er benyttet, baserer den ene studien seg på den andre. Den første studien undersøkte effekten av behandling for depresjon hos personer med utviklingshemming basert på kvantitativ data, mens den andre studien undersøkte effekten av å involvere støttespillere i behandling basert på erfaringer. Da kjennskap til både erfaringer og effekt vil kunne gi dypere innsikt i flere perspektiv, så kan dette utløse både styrker og svakheter (Aveyard, 2019, s. 64). Bruk av både kvalitativ- og kvantitativ metode derimot, gjør analysen mer omfattende.

Alle inkluderte forskningsartikler ble undersøkt for kvalitetsnivå ved å benytte NSD sitt register for forskningsdata. Dette ble gjennomført ved å undersøke om forskningsartikkelen var nivå en eller nivå to, hvor sistnevnte er av høyeste kvalitet. (Helsebibliotket, 2012). For å styrke oppgavens relevans for temaet utviklingshemming og depresjon, er søket begrenset til de siste fem årene, for tilgang på mest mulig oppdatert kunnskap.

### 3.6 Analyse av forskningsartikler

Alle forskningsartiklene ble gjennomgått for å evaluere ulikheter og likheter, og for å oppdage relevante resultat til problemstillingen. Et sammendrag av informasjonen fra forskningsartiklene ble sammenfattet i et samleskjema, for beredere oversikt (se vedlegg 2). Ifølge Aveyard (2019, s. 137-138) er målet med analysen å sette sammen resultatene inkludert annen relevant informasjon fra forskningsartiklene, for å identifisere ny mening. Det gjøres ved å se på forskningsartiklene samlet som ett, kontra å se på dem isolert sett, hvor en tematisk analyse ble benyttet til formålet. En tematisk analyse tilnærmer seg litteratur på en måte som er passende for en «nybegynner forsker» ifølge Aveyard (2019, s. 141).

Å identifisere tema fra resultat og drøftingsdelene i forskningsartiklene ble gjort ved å lese tekstene nøye og markere eventuelle tema i ulike farger, da det gjorde det lettere å se likheter og ulikheter i første fase. Deretter ble temaene kategorisert på bakgrunn av relevante funn tilknyttet problemstillingen. Temaene sin funksjon er å besvare problemstillingen og oppsummere hovedfunnene (Aveyard, 2019, s. 141). Tre tema ble valgt fra den tematiske analysen for å oppsummere hovedfunnene. I kapittel fire vil hovedfunnene bli presentert, mens i kapittel fem vil temaene bli nærmere introdusert og utgjøre underkapitlene for kapittelet.

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet vil jeg kort nevne relevante hovedfunn som er aktuelle for problemstillingen, hentet fra alle inkluderte forskningsartikler. I kapittel fem, kategoriseres hovedfunnene under tilhørende tema og drøftes i lys av relevant litteratur opp mot problemstillingen.

### 4.1 Artikkel 1

«Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis» (Kosłowski et al., 2016).

Målet med studien var å evaluere effekten av intervensjoner for voksne med mild til moderat utviklingshemming, og samtidige psykiske helseproblemer, deriblant depresjon. Metoden baserte seg på en metaanalyse for målinger av depressive symptomer. Verktøyene kalt «Beck Depression Inventory (BDI)» og «The Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)», ble benyttet for måling av depressive symptomer.

Totalt ble 12 studier inkludert. Enkeltstudiene var bestående av RCT-studier med unntak av ett studie, som var en ikke-kontrollert studie. Kravene for inklusjon baserte at utvalgene i studien måtte ha minst 75 prosent treff i alderen 18–64 år, og ha mild til moderat grad utviklingshemming definert av en IQ-score på 35–69 eller forfatterklassifisering. For domenet depresjon, viste funn at effektstørrelsen var moderat ved bruk av KAT. Studien konkluderer med at KAT spesielt virker å være en lovende intervensjon for behandling av depresjon, men at det kreves ytterligere forskning på området.

Forskningsartikkelen ansees som relevant da den undersøker hvilken effekt KAT har på depressive symptomer hos personer med mild til moderat grad av utviklingshemming. En svakhet med studien var imidlertid at den har høy heterogenitet, blant annet bestående av små utvalgsgupper og forskjeller i personkarakteristikker. Spesifikt gikk forskjellene ut på personkarakteristikk og behandlingsvarighet. Når det gjelder effektstørrelsen av depresjon etter bruk av KAT, hevder forfatterne at bare en eller to studier til kunne utgjort en forskjell

da det var for få deltakere. I tillegg ble det opplyst om at en studie som hadde testet KAT med fokus på sinne framfor depresjon, som hadde blitt inkludert i resultatet om behandlingseffektiviteten KAT hadde på depresjon.

## 4.2 Artikkel 2

«Supporting people with intellectual disabilities in psychological therapies for depression: a qualitative analysis of supporters' experiences» (Scott et al., 2019).

Studien evaluerte effekten av tilstedeværelse av støttespillere og deres erfaringer med å støtte personer med utviklingshemming, som mottok atferdsaktiviering (BeatIt) eller veiledet selvhjelpsterapier (StepUp) for depresjon. Nærmere omtale av disse behandlingsmetodene framkommer i neste kapittel. Semistrukturerte intervjuer ble brukt for å undersøke erfaringene til støttespillerne, og disse ble gjenstand for en tematisk analyse. Intervjuene ble utført etter et målrettet utvalg på 21 støttespillere (19 kvinner og 2 menn), hvor alle hadde støttet en voksen person med utviklingshemming, i enten BeatIt-gruppen eller StepUp-gruppen.

Studien konkluderte med at støttespillere i BeatIt-gruppen og StepUp-gruppen, påtok seg roller som klinikere som ble ansett til å være en viktig nøkkelfaktor, i å effektivt tilpasse psykologiske intervensjoner for personer med utviklingshemming. Resultatene tyder på at støttespillerne kan være en effektiv tilpasning, i terapier for behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming. Studien betraktes som relevant, da den undersøker hvilken effekt støttespillerne kan ha i ulike intervensjoner, gjennom deres erfaringer basert på behandling for personer med utviklingshemming og depresjon. En svakhet utfoldes ved at studien mangler kontrollgruppe, og effektstørrelsen av støttespillere er derfor ukjent. Til tross for dette, rapporterte de fleste støttespillere at deres engasjement bidro til intervensjonens effektivitet, og til å etablere tettere relasjoner til menneskene de støttet.

### 4.3 Artikkel 3

«Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature» (Unwin et al., 2016).

Målet med studien var å innhente tilgjengelig evidens om behandlingseffektiviteten av KAT for angst eller depresjon hos voksne personer mild utviklingshemming. Det nåværende evidensnivået vurderes, samtidig som det gis anbefalinger for fremtidig forskning. KAT-intervensjoner ble gjennomført av kliniske terapeuter, ansatte eller omsorgspersoner. Studien har en mikset metode, bestående av mange ulike studiedesign, og har derfor brukt en narrativ syntese for å hente informasjon og resultater tilknyttet effektivitet fra de ulike studiedesignene. Flere RCT-studier ble inkludert for å undersøke effekt av intervensjoner, mens semistrukturerte intervjuer fra kvalitative metoder ble brukt for tilbakemeldinger fra deltakere og omsorgspersoner, om deres erfaringer tilknyttet intervensjonene.

Totalt ble 11 studier inkludert, bestående av 265 personer med mild til moderat grad av utviklingshemming. Tre av studiene som inkluderte omsorgspersoner i intervensjonene rapporterte om effekter som ble opprettholdt ved oppfølging. Studiene indikerer at KAT kan være effektivt for å redusere depressive symptomer og negative automatiske tanker, blant voksne personer med mild utviklingshemming.

Resultatene fra denne studien belyser problemstillingen ved å undersøke effektiviteten av KAT som behandling av depresjon. En styrke ved studien er at den har samlet inn både kvantitative- og kvalitative data, noe som gir en bredere forståelse av spørsmålet om effekt. En svakhet kan relateres til at resultatene stammer fra et lite representativt utvalg, med forskjeller i gruppene som kan ha påvirket behandlingseffekten, deriblant seleksjonsskjevheter. Forfatterne mener likevel at studien gir nyttig informasjon, og at dens marginale funn bekrefter KAT som en effektiv behandling av depresjon for personer med utviklingshemming.

#### 4.4 Artikkel 4

«Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial» (Jahoda et al., 2017).

Formålet i studien var å undersøke den kliniske effekten og kostnadseffekten til atferdsaktiveringsintervensjon (BeatIt) for personer med utviklingshemming og depresjon. BeatIt-gruppen ble sammenlignet med en veiledet selvhjelpsintervensjon (StepUp). Metoden tok utgangspunkt i et RCT-studie med fire måneders- og tolv måneders oppfølging etter randomisering. For å sikre at materialene og øvelsene fra begge intervensjonene var tilgjengelige og engasjerende, ble en sentral tilpasning av terapien gjort sammen med en støttespiller. Deltakere var i aldersgruppen 18 år eller eldre, med mild til moderat grad av utviklingshemming med diagnosen depresjon. Totalt ble 161 deltakere inkludert i enten et tolv-ukersprogram (BeatIt) eller åtte-ukersprogram (StepUp).

Resultatene viser ingen forskjell i behandlingseffekt mellom BeatIt-gruppen og StepUp-gruppen, og viser at begge intervensjonene er potensielt effektive intervensjoner. Sammenlignet med behandlingsstart, ble det observert signifikante forbedringer i hovedresultatet for begge intervensjonene etter fire måneder og tolv måneder. Studien betraktes som relevant for problemstillingen, da den undersøkte den kliniske effekten av atferdsaktivering og veiledet selvhjelp som behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming. Som kritikk til studien er det manglende kontrollgruppe og resultatene ble derfor sammenlignet etter tiltak med behandlingsstart. Det framkom i studien at halvparten av deltakerne brukte antidepressive legemidler, noe som kan ha påvirket resultatet. Opplysning om ulik variasjon i oppfølgingen til studiene kan også ha påvirket resultatet. Styrker ved studien kan sees ved en nøye beskrevet methodedel, etisk godkjenning og jevn fordeling av personkarakteristikker ved behandlingsstart.

## 5.0 Drøfting

Oppgaven vil nå drøfte problemstillingen: I hvilken grad har ulike tiltak vist effekt i behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming og hvilke faktorer kan påvirke behandlingseffekten? Problemstillingen vil belyses ved følgende underkapitler: kompleksitet ved behandling av depresjon og metodiske skjevheter, betydning av støttespillere og erfarne terapeuter med kompetanse, og utviklingshemmedes forutsetninger i behandling.

### 5.1 Kompleksitet ved behandling av depresjon og metodiske skjevheter

Forskningsfunn av Koslowski et al. (2016) tyder på moderat effekt ved bruk av KAT i behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming. Forfatterne understreker en mulighet for at bare en eller to studier til antageligvis kunne påvirket resultatet, da en av studiene som viste liten effekt hadde fokus på sinne framfor depresjon. Også Unwin et al. (2016) viste til resultater ved bruk av KAT, hvor funn indikerte behandlingseffekt på depressive symptomer og negative automatiske tanker. Begge studiene er systematiske oversikter, hvorav noen forskningsartikler i begge oversiktene var like. Med utgangspunkt i studiene som var like, begrunner Unwin et al. (2016) mulig redusert behandlingseffekt av KAT i sin studie, med vanskeligheter knyttet til å kunne skille mellom deltakere som hadde angst og depresjon. Bekymringer, overveielser eller økende ritualisering som i utgangspunktet skyldes depresjon, kan forveksles med underliggende symptomer på angst som ifølge Knudsen (2020, s. 107) kan skyldes en dobbeltdiagnose. Koslowski et al. (2016) påpeker muligheten for mistolkning eller forveksling av symptomer i sine studier, i tillegg til diagnostisk overskygging, men nevner ikke at det kan ha påvirket resultatet i sin studie slik som Unwin et al. (2016).

Både Unwin et al. (2016) og Koslowski et al. (2016) opplyser om svakheter ved dataene som kan ha påvirket resultatene og anbefaler videre forskning på området. Begge studiene tilfører kunnskap om at resultatene er svake og mangelfulle, og er en mulig forklaring på det Ellingsen og Berge (2017, s. 196; Sutherland mfl., 2002, s. 430) mener er problematiske faktorer for utredning. Disse faktorene består av små utvalgsstørrelser i studier og andre forhold som kan bidra til metodiske skjevheter, deriblant personkarakteristikker. Bakken



(2020a, s. 31) påpeker derimot at sparsommeligheten innen RCT-studier med få deltakere og uten kontrollgrupper, som kan skyldes utfordringer innen forskning på depresjon hos personer med utviklingshemming. Både små utvalgsstørrelser, forskjeller i personkarakteristikker og manglende kontrollgrupper nevnes sammenlagt i alle studiene (Jahoda et al., 2017; Koslowski et al., 2016; Scott et al., 2019; Unwin et al., 2016) og kan dermed tenkes å ha påvirket behandlingseffektene i studiene.

Både Unwin et al. (2016) og Knudsen (2020, s. 109) påpeker vanskeligheter med å gjennomføre forskningsforsøk på personer med utviklingshemming. Unwin et al. (2016) mener likevel at det er avgjørende å drive forskning på området for å kunne fastslå effektiviteten av intervensjoner, for personer med utviklingshemming, da dette kan benyttes som evidensbasert helsehjelp.

Jahoda et al. (2017) skiller seg fra Unwin et al. (2016), Koslowski et al. (2016) og Scott et al. (2019) med funn om signifikant reduksjon i depressive symptomer. Studien til Jahoda et al. (2017) tok utgangspunkt i en selvhjelpsintervensjon med navn StepUp og en atferdsterapi intervensjon kalt BeatIt. Behandlingseffektene fra studien til Jahoda et al. (2017) ble målt av måleverktøyet «Glasgow depression scale (GDS-LD)». Til forskjell målte Koslowski et al. (2016) depressive symptomer ved hjelp av målevekktøyene BDI og ATQ i sine studier, mens Unwin et al. (2016) benyttet måleverkøyet BDI i tre av syv studier. Bruk av ulike måleverkøyt i forskningsartiklene gjør det vanskelig å sammenligne og validere behandlingseffekter, og det kan være flere årsaker til dette, blant annet at måleverktoyene ikke er tilpasset personer med utviklingshemming. Ifølge Kraft et al., (2009, sitert i Knudsen, 2020, s. 108) er målevektoyene DASH-II og PAS-ADD mest valide å benytte for måling av depresjon hos personer med utviklingshemming. En annen årsak som kan være utfordrende ved å sammenligne og validere behandlingseffektene, kan være diagnostisk overskygging og dobbeltdiagnoser. I tillegg til at det kan sees flere- og andre symptomer hos personer med utviklingshemming med depresjon, som muligens ikke fanges opp ved bruk av andre målevektoy (Fletcher et al., 2016, sitert i Knudsen, 2020, s. 108; Knudsen, 2020, s. 107).

Når det gjelder langtidseffekter, viser Jahoda et al. (2017) opprettholdt behandlingseffekt etter tolv måneder. Unwin et al. (2016) rapporterte fortsatt opprettholdelse av

behandlingseffekt ved tre måneder, mens Koslowski et al. (2016) nevner at alle studiene for domenet depresjon evaluerte langtidseffekter, men framlegger ikke resultatet i sin studie. Koslowski et al. (2016) opplyser derimot kun om målt behandlingseffekt ved slutten av behandling eller innen tre uker senere. I ett av studiene til Unwin et al. (2016) sammenlignes derimot atferds fokusert terapi, kognitiv fokusert terapi og KAT, hvor behandling av KAT viser resultat på lengre behandlingseffekt. Ved effektmåling etter seks måneder, opplyser Unwin et al. (2016) om mer langsiktige resultater generelt hos deltakerne som fikk behandling av KAT, noe Unwin et al. (2016) mistenker kan skyldes den kognitive komponenten.

Opprettholdelse av langtidseffekter kan skyldes en rekke faktorer, deriblant at Koslowski et al. (2016), Unwin et al. (2016) og Jahoda et al. (2017) hadde ulike kriterier for inntak i studien av depresjon. I de fleste forskningsartiklene, utviste deltakere både depressive symptomer og diagnosen depresjon av ulike grad i samme utvalgsgrupper. Det er tenkelig at alvorlighetsgraden av depresjon kan ha påvirket både effekten og langtidseffekter, da det ifølge Knudsen (2020, s. 100) kan kreve ulik innsats og sammensetning av behandling utfra alvorlighetsgraden av depresjon. Bakken (2020a, s. 31) hevder derimot at behandlinger av depresjon hos personer med utviklingshemming er komplekse, og vil derfor kreve tverrfaglig innsats.

## 5.2 Betydning av støttespillere og erfarne terapeuter med kompetanse

En mulig forklaring på Jahoda et al. (2017) sine resultater om effekt av behandling på depresjon hos personer med utviklingshemming, kan skyldes rollen de inkluderte støttespillerne utfylte i studien. En kvalitativ studie av Scott et al. (2019) evaluerte effekten av tilstedeværelse til støttespillere i behandling tilhørende studien til Jahoda et al. (2017). Gjennom semistrukturerte intervjuer rapporterte de fleste støttespillerne om deres erfaringer, hvor deres engasjement opplevdes å bidra til intervensjonens effektivitet i tillegg til etablering av sterkere relasjoner til personene de støttet (deltakere). Rollene som støttespillerne påtok seg, ble fra klinikers perspektiv ansett som en effektiv faktor for å tilpasse psykologiske intervensjoner til personer med utviklingshemming (Scott et al., 2019). Støttespillere i begge intervensjonene, BeatIt og StepUp, beskrev innholdet i rollene de

utfylte med utgangspunkt i moralsk støtte, oppmuntring og å fungere som en talsmann i terapiene for deltakerne (Scott et al. 2019). Støttespillerne fra BeatIt-intervensjonen hevdet at som talsmann, forklarte de terapeutens ord til deltakerne, samt oppmuntret deltakeren til å snakke ærlig til terapeuten. Støttespillerne snakket også noen ganger på vegne av personen de støttet, dersom de tolket at personen sa noe de trodde terapeuten ønsket å høre (Scott et al. 2019). Tilpasninger gjort av støttespillerne kan ha påvirket resultatet, ved at personer med nedsatte kognitive evner kan trenge tilpasninger i samhandling med utgangspunkt i deres forutsetninger (Bakken, 2011a, s. 23). Personer med lett og moderat utviklingshemming kan også ha begrenset språkforståelse og språkbruk (WHO, 2021c), som kan utløse behov for tilpasninger for å sikre felles forståelse.

Støttespillerne i studien til Scott et al. (2019) og Jahoda et al. (2017) var bestående av tjenesteytere, familiemedlemmer eller venner tilhørende deltakerne. Unwin et al. (2016) inkluderte støttespillere i tre studier, bestående av familiemedlemmer eller tjenesteytere, og til felles med Jahoda et al. (2017) ble behandlingseffektene opprettholdt ved oppfølging. Med utgangspunkt i dette, er det nærliggende å tro at de fleste støttespillere hadde kjennskap til deltakernes adaptive-, språklige- og kognisjonsproblematikk på forhånd av behandling, grunnet antagelige eksisterende relasjoner. Scott et al. (2019) mistenker i tillegg at relasjonene mellom støttespillere og deltakerne kan ha vært langvarige.

Jahoda et al. (2017) mener at involvering av støttespillere sørget for at deltakerne fikk hjelp til å opprettholde terapeutiske gevinster når intervensjonene var avsluttet. På bakgrunn av opprettholdte behandlingseffekter, påpeker Unwin et al. (2016) at en systematisk tilnærming, for å inkludere personale og familie i arbeid med personer med utviklingshemming, kan være nyttig.

Ifølge Scott et al. (2019) rapporterte støttespillerne at de fungerte som en «[...] bridge between the participant and the therapist, at times working as advocate, interpreter and motivator» (Scott et al., 2019, s. 333). I tillegg uttrykte deltakerne fra sitt perspektiv, verdsetting ovenfor involvering av støttespillerne ifølge Unwin et al. (2016). Det må tas i betraktning at studiens deltakere var bestående av personer med utviklingshemming som hadde angst eller depresjon, og at det ikke framkom hvilke spesifikke diagnoser deltakerne

som ble intervjuet hadde (Unwin et al. 2016). Med tanke på at relasjonen mellom deltakere og terapeut kan være avgjørende for effekt i behandling (Bakken, 2011a, s. 23; Knudsen, 2020, s. 110), vil inkludering av støttespillere sannsynligvis ha påvirket resultatet. Et lite mindretall av deltakere og terapeuter derimot, nevnte at tilstedeværelsen av støttespillere ikke alltid var konstruktiv i studien til Scott et al. (2019). Det er uklart hvilken effekt støttespillerne utgjorde i behandlingsforløpet, da det ikke ble opprettet en kontrollgruppe i enkelte av studiene til Unwin et al. (2016) og i studien til Jahoda et al. (2017) samt Scott et al. (2019).

Unwin et al. (2016) understreker at manglende erfaring med å arbeide med personer med utviklingshemming kan påvirke den terapeutiske relasjonen negativt. Bakken (2011a, s. 43) påstår i tillegg at dersom deltakerne i et behandlingsperspektiv blir overvurdert om sin intelligens, samt at symptomer på depresjon blir oversett eller misforstått, kan negativ utvikling oppstå. Informasjon om terapeutenes bakgrunn framkom ikke hos Koslowski et al. (2016). Jahoda et al (2017) og Scott et al (2016) tok utgangspunkt i de samme terapeutene i sine studier, hvor flertallet av terapeutene hadde god kompetanse og erfaring i arbeid med personer med utviklingshemming.

Unwin et al. (2016) nevner derimot at både kliniske terapeuter, ansatte og omsorgspersoner, var kandidater for å drive KAT i sine studier. KAT krever gode språkferdigheter og egner seg ikke for alle personer med utviklingshemming da behandlingen drives med forutsetning om et visst kognitivt nivå (Knudsen, 2020, s. 110). Det er tenkelig at terapeutenes kompetanse og erfaring, deriblant bestående av kjennskap til diagnosen utviklingshemming og kompleksitet ved behandling av depresjon hos målgruppen, kan ha påvirket behandlingsresultatene. Unwin et al. (2016) påpeker at mangel på erfaring med å arbeide og engasjere personer med utviklingshemming kan ha påvirket den terapeutiske relasjonen, samt resultatene i studien. Det kan være en mulig forklaring på hvorfor Jahoda et al. (2017) utviser sterkest evidens om effekt av behandlingstiltak, da studien har terapeuter med erfaring og kompetanse tilhørende målgruppen.

### 5.3 Utviklingshemmedes forutsetninger i behandling

De ulike behandlingseffektene hos Jahoda et al. (2017), Scott et al. (2019), Unwin et al. (2016) og Koslowski et al. (2016) kan skyldes en rekke faktorer. Sett fra et perspektiv, kan behandlingsrammer og deltakernes forutsetninger ha påvirket effekten i behandling av depresjon hos deltakerne.

En årsak kan etter beskrivelser fra NAKU (2021a) skyldes elementer fra miljøterapi ved gjennomgang av faktorer i miljøet som virker negativt på personen og justere disse, observert i BeatIt-gruppen og StepUp-gruppen (Jahoda et al., 2017). En annen årsak kan skyldes at Scott et al. (2019) og Jahoda et al. (2017) sine støttespillere tilrettela det fysiske og sosiale miljøet, blant annet ved å skreddersy aktiviteter tilpasset deltakerne sine interesser og forutsetninger, og adresserte barrierer for å oppnå engasjement i aktiviteter. Denne tilretteleggingen innebar elementer fra atferdsaktivering som ifølge Hjemdal og Kennair (2014, s. 155), innebærer å innføre meningsfulle aktiviteter tilpasset deltakeren ved at deltakerens følelser endres med å forandre på det dem gjør. Stubrud (2020, s. 57) forklarer at forutsetningene til personer med utviklingshemming ofte er preget av vansker tilknyttet adaptive ferdigheter og kognisjon. For å øke forutsetningene til deltakerne, etterspurte støttespillere i studien til Scott et al. (2019) mer fleksibilitet, som kan gjøres ved å skreddersy terapien til deltakerne, samt ha kortere og enklere økter. Ved å tilrettelegge depresjonsbehandling etter deltakernes forutsetninger, kan det tenkes at økte forutsetninger i form av mestringsfølelse, tilhørighet og kontroll, felles forståelse av arbeidsoppgavene, meningsfull respons og emosjonell støtte, vil kunne bidra til sterkere behandlingseffekt (Bakken, 2011a, s. 23-27).

Bruk av strukturert tilnærming, terapeutens oppmerksomhet og tilstedeværelsen av en støttespiller er fellestrekk i BeatIt- og StepUp-intervensjonene. I motsetning til BeatIt-intervensjonen, hadde StepUp-intervensjonen komponenter i behandlingen som ble oppfattet som mindre personsentrerte og mer psykoedukative. Materiale som ble utlevert i StepUp-gruppen omhandlet depresjon og dens faktorer, deriblant dårlig humør, søvnvansker, fysisk aktivitet og problemløsning. Deltakerne som ble behandlet i denne gruppen behøvde vanligvis hjelp til å forstå heftene og til å bruke dem aktivt (Jahoda et al.,

2017). Knudsen nevner (2020, s. 109-110) at psykoedukasjon blant annet innebærer å lære om depresjon og dens håndtering, samt gi støttespilleren og deltakerne mestring til å bearbeide den psykiske lidelsen. I et sitat fra Scott et al. (2019) illustreres det hvordan støttespillerne utviklet ferdigheter for å kunne hjelpe deltakerne i sin behandling:

In advance of therapy, supporters (whether family or staff) felt they had few resources to help them understand the person's depression and work with them to improve it. After the interventions, supporters reported themselves to be more confident and proactive in addressing the mental health needs of both the person they had supported through therapy and other people (Scott et al., 2019, s. 333).

Det sannsynlig å tro at elementer fra psykoedukasjon kan ha bidratt til behandlingseffektiviteten i studiene til Jahoda et al. (2017) og Scott et al. (2019). Ved å sammenligne behandlingsstart med etter behandling i sitatet til Scott et al. (2019), kan det virke som at støttespillerne ervervet ferdigheter som kan ha påvirket effekten i behandlingen. I tillegg kan disse psykoedukative elementene ha ført til mestring av depresjon etter uttalelser fra støttespillerne om at deltakerne i StepUp-intervensjonen ble mer selvsikker, problemløsende og sosialt aktive (Scott et al., 2019).

I likhet med KAT og psykoterapi generelt, søkte behandlingen i BeatIt- intervensjonen å overvinne emosjonelle og organisatoriske barrierer for endring (Håkonsen, 2014, s. 400-406). Både Koslowski et al. (2016), Unwin et al. (2016) og Jahoda et al. (2017) sine studier inneholdt intervensjoner med elementer fra psykoterapi, for behandling av depresjon hos personer med mild eller moderat grad av utviklingshemming. Med kunnskap om at psykoterapi skal tilpasses og tilnærmes personenes problemer, opplyses det ikke hvilke spørsmål eller hvordan spørsmålene har blitt stilt i behandlingene. Det er ukjent i hvilken grad eller hvordan intervensjonene foregikk for å sikre at spørsmålene i behandling ble tilstrekkelig utformet etter deltakernes individuelle behov og forutsetninger. Det er flere forhold som må vurderes dersom pålitelige og gyldige data skal samles inn, spesielt hos personer med moderat grad av utviklingshemming som kan ha vansker med å svare på spørreundersøkelser på egenhånd ifølge Bakken (2020b, s. 58). Derimot er det nærliggende å anta at behandlingsrammer ble tilpasset etter deltakernes forutsetninger, ved hjelp av støttespillere og erfarne terapeuter, som vil ha kunnet forsterket effekten i behandlingene til Jahoda et al. (2017), Scott et al. (2019) og Unwin et al. (2016). Et eksempel på at tilpassede

behandlingsrammer øker behandlingseffekten er fra Jahoda et al. (2017) hvor støttespillerne hadde en aktiv rolle med å hjelpe deltakerne å forstå ukjente ord og innhold i behandling, i motsetning til Koslowski et al. (2016) som ikke opplyste om spesifikke tilpasninger gjort i behandlingen til deltakerne. Unwin et al. (2016) påstår at KAT gjennomført av tjenesteytere, eksempelvis støttespillere, i egne omgivelser kan gi forbedret generaliserbarhet og være en god tilnærming ved subkliniske emosjonelle symptomer.

Det eksisterer ingen offisielle retningslinjer for behandling av depresjon spesifikt rettet mot personer med utviklingshemming fram til i dag (Knudsen ,2020, s. 109). Dette synliggjøres ved at studiene til Koslowski et al. (2016), Unwin et al. (2016) og Jahoda et al. (2017) fokuserer ulikt på å undersøke effekt i behandling av depresjon innen psykoterapi.

Det kan tenkes at støttespillere og erfarne terapeuter med kompetanse, kan være en avgjørende faktor i behandlingsløpet, ved å samarbeide om å tilpasse behandlingen etter forutsetningene til deltakerne i behandling av depresjon. Lignende tilpasninger anbefales også av National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2016) om å tilpasse KAT ved å vektlegge personens preferanse, styrker, behov, nivå av forståelse og hensyn til nevrologiske, kognitive, fysiske eller sensoriske svekkelser og språkforståelse. Anbefalingene gjelder for å behandle depresjon eller depressive symptomer (NICE, 2016).

Som drøftet er det mulig at elementer fra miljøterapi, atferdsaktivering, psykoedukasjon og psykoterapi kan ha påvirket resultatene. Dette samsvarer med det Knudsen (2020, s. 109) anbefaler i tillegg til medisinsk behandling. Funn fra de ulike forskningsartiklene tyder på lovende effekter av ulike tiltak i behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming. Inkludering av støttespillere og erfarne terapeuter med kompetanse, samt kjennskap til kompleksitet ved behandling av depresjon og kunnskap om utviklingshemmedes forutsetninger, antas å være faktorer som bidrar til positiv behandlingseffekt.

## 6.0 Avslutning

Behandling av depresjon er et underutviklet behandlingstilbud, hvor det ikke eksisterer noen offisielle retningslinjer for personer med utviklingshemming. Diagnostiseringen av depresjon omtales i tillegg som utilstrekkelig eller ikke eksisterende, og problematiseres med risiko for diagnostisk overskygging og dobbeltdiagnoser.

Denne litteraturstudien har undersøkt i hvilken grad ulike tiltak har vist effekt i behandling av depresjon. I tillegg til hvilke faktorer som kan ha påvirket behandlingseffekten. Gjennom analysering av forskningsartikler ble hovedfunn sammenfattet, hvor de mest fremtredende og relevante for problemstillingen, ble drøftet i lys av forsknings-, pensums- og faglitteratur.

Alle studiene presenterte hovedfunn med manglende eller svakt grunnlag for evidens i ulik grad av behandlingseffektene, og peker på behov for videre forskning på feltet.

Intervensjonene BeatIt, StepUp og KAT indikerer lovende behandlingseffekter på depressive symptomer hos voksne personer med mild og moderat grad av utviklingshemming. Graden av effektstørrelsene anses som utfordrende å stadfeste, da behandlingseffekten ble vurdert med ulike målevekttøy som ikke er spesielt egnet for personer med utviklingshemming.

Oppgaven har vist flere årsaker til at det kan være utfordrende å behandle depresjon hos personer med utviklingshemming. Faktorer som metodiske skjevheter med små utvalgsstørrelser, sprikende personkarakteristikk, ingen kontroll grupper i effektstudier og uegnede måleverktøy, kan ha påvirket behandlingseffektene. Det er behov for flere forskningsforsøk som inkluderer store nok forsøksgrupper som hensyntar de overnevnte faktorene. I tillegg kan inkludering av støttespillere og erfarne terapeuter, samt kjennskap til kompleksitet ved behandling av depresjon og kunnskap om utviklingshemmedes forutsetninger, være viktige faktorer som kan kreve tverrfaglig innsats. Som forslag til videre forskning, er det på bakgrunn av resultatene rimelig å anta at det bør forskes mer på effekt av ulike tiltak for behandling av depresjon hos personer med utviklingshemming.



## Litteraturliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4 utg.). Open University Press.
- Bakken, T. L. (2011a). Kommunikasjon og samhandling. I T. L. Bakken (Red.), *Samhandling med og uten ord: Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse* (s. 22-31). Hertervig Forlag.
- Bakken, T. L. (2011b). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming. I T. L. Bakken (Red.), *Samhandling med og uten ord: Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse* (s. 16-20). Hertervig Forlag.
- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemming og hverdagsvansker: Faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.
- Bakken, T. L. (2020a). Kunnskapsgrunnlaget. I T. Bakken (Red.), *Psykisk lidelse hos voksne person med utviklingshemming: forståelse og behandling* (2. utg., s. 27-33). Universitetsforlaget.
- Bakken, T. L. (2020b). Selvrapportering, samvalg og medforskning. I T. Bakken (Red.), *Psykisk lidelse hos voksne person med utviklingshemming: forståelse og behandling* (2. utg., s. 56-67). Universitetsforlaget.
- Baldor, R. (2021, 13.oktober). Primary care of the adult with intellectual and developmental disabilities. I L. Kunins (Red.), *UpToDate*. Hentet 25.oktober 2021 fra [https://www-uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/primary-care-of-the-adult-with-intellectual-and-developmental-disabilities?search=intellectual%20disability&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H14](https://www-uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/primary-care-of-the-adult-with-intellectual-and-developmental-disabilities?search=intellectual%20disability&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Ellingsen, K. E. & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleierfaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s.192-212). Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen & Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemmede. (2020). *Ingen tid å miste: En kartlegging av kompetansesituasjonen i tjenester til personer med utviklingshemming*. <https://www.fo.no/getfile.php/1330664-1598358898/Filer/Rapport%20komp%20i%20tjenester%20til%20utviklingshemmede.pdf>

Helsebiblioteket. (2012, 20. juni). *Hva betyr publiseringsnivåer?*.

<https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsniv%C3%A5er>

Helsebiblioteket. (2016a, 3.juni). *Kjernespørsmål*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>

Helsebiblioteket. (2016b, 3.juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016c, 7. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Hjemdal, O & Kennair, L. E. O. (2014). Kognitiv atferdsterapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykotering: Tilnæringer og metoder* (s. 145-160). Gyldendal Akademisk.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Hentet 3. November 2021 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=vernepleie>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.

- Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S., Dagnan, D., Zhang, R., McConnachie, A., McMeekin, N., Appleton, K., Jones, R., Scott, K., Fulton, L., Knight, R., Knowles, D., Williams, C., Briggs, A., MacMahon, K., Lynn, H., Smith, I., . . . Melville, C. (2017). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 909-919. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30426-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30426-1)
- Knudsen, T. R. (2020). Depresjon. I T. L. Bakken (Red.), *Psykisk lidelse hos voksne person med utviklingshemming: forståelse og behandling* (2. utg., s. 100-114). Universitetsforlaget.
- Koslowski, N., Klein, K., Arnold, K., Kösters, M., Schützwohl, M., Salize, H., & Puschner, B. (2016). Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 469-474. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162313>
- Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet- psykisk helse-kognitiv terapi* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (u.å.). *Utviklingshemming- menneske og diagnosen*. Hentet 18.oktober 2021 fra <https://naku.no/utviklingshemming-%E2%80%93-mennesket-og-diagnosen>
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2021a, 2.januar). *Utviklingshemming og depresjon*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-depresjon>
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2021b, 10.august). *Spørsmål: Utviklingshemming eller utviklingshemning?* <https://naku.no/kunnskapsbanken/sp%C3%B8rsm%C3%A5l-utviklingshemming-eller-utviklingshemning>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2016, 14.september). *Mental health problems in people with learning disabilities prevention, assessment, and management* (NICE Guideline 54). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>
- NOU 2016: 17. (2016). *På link linje- Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Orrem, K. (2020, 16.juni). *Behandling – et begrep til besvær*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/22724/behandling--et-begrep-til-besvar>
- Scott, K., Hatton, C., Knight, R., Singer, K., Knowles, D., Dagnan, D., Hastings, R. P., Appleton, K., Cooper, S.-A., Melville, C., Jones, R., Williams, C., & Jahoda, A. (2019). Supporting people with intellectual disabilities in psychological therapies for depression: A qualitative analysis of supporters' experiences. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(2), 323–335. <https://doi.org/10.1111/jar.12529>
- Stiftelsen SOR. (2019). *Kommunale tjenester til personer med utviklingshemming og psykisk lidelse – samhandlings- og kompetansebehov*. <https://stiftelsensor.no/nyheter/item/kommunale-tjenester-til-personer-med-utviklingshemming-og-psykisk-lidelse-samhandlings-og-kompetansebehov>
- Stubrud, L. H. (2020). Om utviklingshemming. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 49-61). Fagbokforlaget.
- Sutherland, G., Couch, M. A., & Iacono, T. (2002). Health issues for adults with developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 23(6), 422–445. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(02\)00143-9](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(02)00143-9)

United Nations. (u.å.). *Mental Health and Development*. Hentet 14.oktober 2021

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/mental-health-and-development.html>

Unwin, G., Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 60–75. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.010>

World Health Organization. (2013, 6. januar). *WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020*.

[http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

World Health Organization. (2021a, 13. september). *Depression*.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2021b). F32 Depressiv episode. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10.utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599495>

World Health Organization. (2021c). F70-F79 Psykisk utviklingshemming. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10.utg.).

Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599495>

## Vedlegg 1 – Søkelogg

Dato	Database	Søkeord/søkekombinasjoner	Antall totale treff	Treff etter avgrensninger	Antall leste tittel og abstrakt	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
15.10	BMJ Best Practice	Intellectual Disability	0				
15.10	UpToDate	Intellectual Disability	1		Lest og søkt i oppslagsverk	0	
15.10	Epistemonikos	"Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability"  AND Depression* OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions"	78 treff				
31.10	Epistemonikos	"Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability"  AND Depression* OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions"  AND "measures" OR "effect" OR "treatment" OR "therapy" OR "therapies" OR intervention*	50 treff	28 treff  Avgrensning: -Siste 5 år	28	6	2
31.10	Cochrane Library	"Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability"  AND Depression* OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions"  AND "measures" OR "effect" OR "treatment" OR	193 treff	148 treff  Avgrensninger: -Siste 5 år -Trials -Systematic Review	148	21	2

		"therapy" OR "therapies" OR intervention*					
26.10	Campbell Library	"Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability"  AND Depression* OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions"  AND "measures" OR "effect" OR "treatment" OR "therapy" OR "therapies" OR intervention*	0 treff				
01.11	Campbell Library	"Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability"	3 treff	2 treff	2	0	
02.11	EBSCO: CHINAL	("Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability")  AND (Depression* OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions")  AND ("measures" OR "effect" OR "treatment" OR "therapy" OR "therapies" OR intervention*)	153,16 6 treff				
02.11	EBSCO: CHINAL	AB ("Intellectual Disabilities" OR "Intellectual disability" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Developmental Disability" OR "Mental disability")  AND AB (Depression* OR "Depressive Symptoms" OR	195 treff	25 treff  Avgrensning: -5 år -Linked Full Text	25	3	0

		"Depressive Symptom" OR "Emotional Depression" OR "Emotional Depressions")  AND AB ("measures" OR "effect" OR "treatment" OR "therapy" OR "therapies" OR intervention*)					
--	--	---	--	--	--	--	--

## Vedlegg 2 – Samleskjema

Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet ved [www.fagprosedyrer.no](http://www.fagprosedyrer.no)

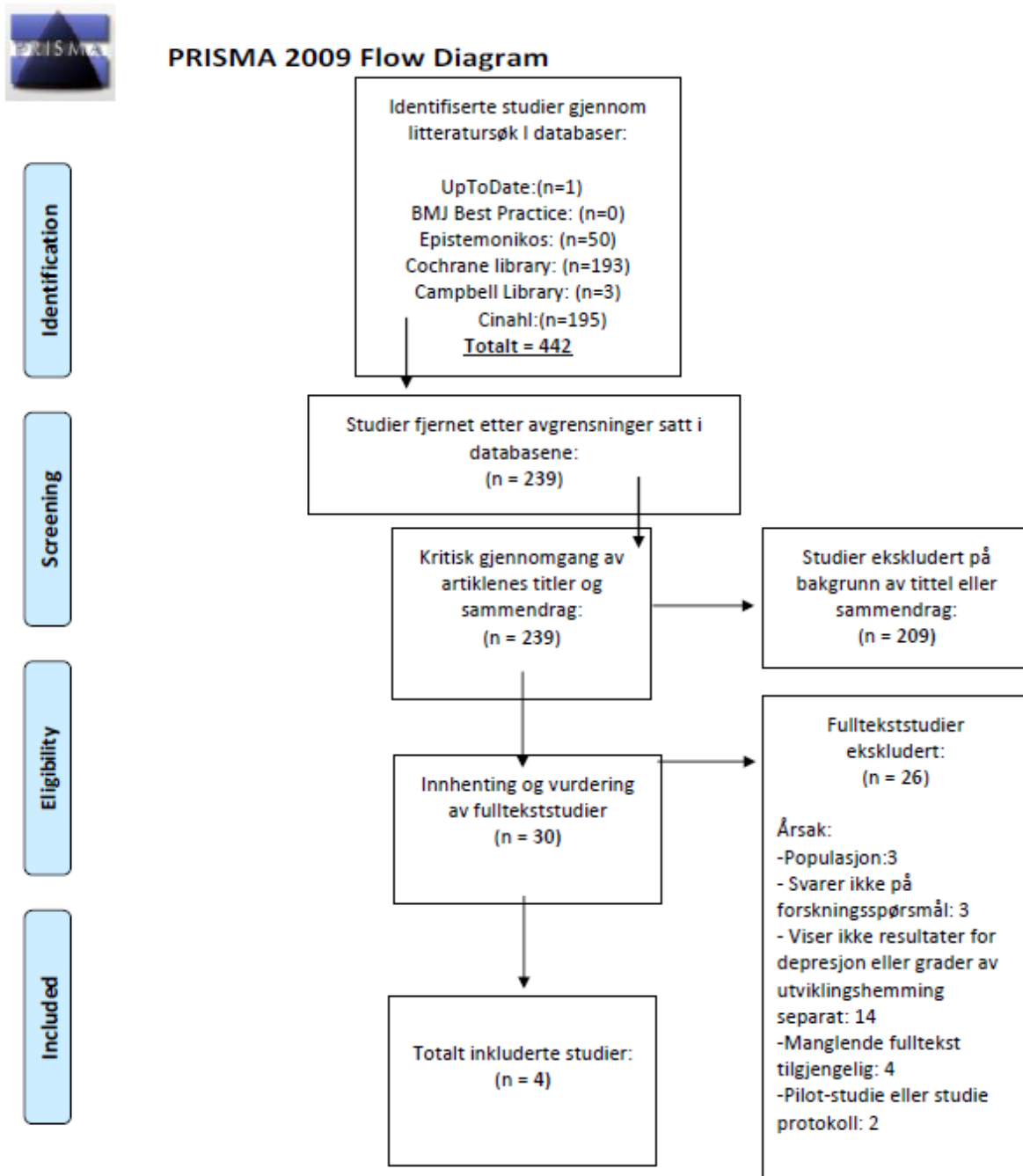
## Samleskjema -for forskningsartikler, ved kritisk vurdering i kunnskapsbaserte arbeider

Nr	Forfatter, land, utgiver-år/stall (evt. dato for litteratursøk)	Hensikt	Metode/studiedesign, antall studier, antall respondenter (n=?)	Kvalitet basert på SIKKHEITEN Ja, nei eller tja?	Forkningsstunn	Konklusjon kritisk vurdering
1	Kostowski et al. England, 2016	Å evaluere effekten av intervensjoner for voksne med mild til moderat utviklingshemming og samtidige psykiske helseproblemer, deriblant depresjon.	Litteratursøk rettet mot å identifisere RCT-studier og kontrollerte studier. Utgjorde en metaanalyse for måling av depressive symptomer. Kontrollerte studier n=12 med totalt n=724	Ja	Ingen overbevisende bevis som støtter intervensjoner som tar sikte på å forbedre psykiske helseproblemer hos personer med mild til moderat utviklingshemming. Antallet tilgjengelige forsker er for lavt for sikre konklusjoner. Noen intervensjoner er lovende og bør evalueres videre i større og mer strenge forsker. Effektspreisen for depresjon (d = 0,49) var moderat, men ikke-signifikant.	Antallet tilgjengelige forsker er for lavt for sikre konklusjoner. Noen intervensjoner er lovende og bør evalueres videre i større og mer strenge forsker.
2	Scott et al. England, 2019	Evaluerte effekten av tilstedeværelse av støttespillere og deres erfaringer med å støtte mennesker med utviklingshemming som mottar atferdsaktivitet (Beatt) eller veiledet selvhjelpsterapi (StepUp) for depresjon.	Kvalitative metode, rettet mot å undersøke erfaringer, ved bruk av semistrukturerte intervju som utgjorde en temaanalyse. 21 støttespillere ble intervjuet med målrettet utvalg (n=21).	Ja	De fleste støttespillere rapporterte at deres engasjement bidro til intervensjonens effektivitet, og bidro til å etablere tettere relasjoner til menneskene de støttet. Tilstedeværelsen av støttespillere innen psykologisk terapi for mennesker med utviklingshemming kan være en effektiv tilpasning til terapier for denne befolkningen.	Ikke mulig å evaluere innvirkning av støttespiller involvering på resultatene for deltakerne, da det manglet kontrollgrupper. Dette er et forskningsfelt det er forsket lite på. Ytterligere forskning behøves for sterkere evidens.
3	Unwin et al. United States, 2016	Undersøkte tilgjengelig bevis om effektiviteten av KAT for angst eller depresjon for å vurdere det nåværende bevisnivået og gi anbefalinger for fremtidig forskning	Kvalitative og kvantitative studier. Ulike studiedesign. Artikler n=11. De fleste studiene (n = 10) brukte et kvantitativt design, og brukte en rekke skalaer for å måle utfallet.	Ja	Det er fortsatt mangel på bevis, men studiene indikerer at KAT er gjennomførbart og godt tolerert, med noen bevis som indikerer at KAT kan være effektivt for å redusere symptomer på depresjon, inkludert negative automatiske tanker. Tre av studiene som inkluderte omsorgspersoner i intervensjonen rapporterte effekter som ble opprettholdt ved oppfølging.	De fleste av studiene har metodiske begrensninger, inkludert små utvalgsgrupper, få kontrollgrupper, korttidsoppløpinger og manglende vurdering av behandlingstroskap.
4	Jahoda et al. England, 2017	Studien sitt mål var å undersøke den kliniske effekten og kostnadseffekten til en atferdsaktivitetsintervensjon (Beatt) for mennesker med utviklingshemming og depresjon. Beatt ble sammenlignet med en veiledet selvhjelpsintervensjon (StepUp).	RCT studie, enkelt blindet, randomisert med oppfølging 4 måneder og 12 måneder etter randomisering. Deltakere n=161.	Ja	Ingen bevis for forskjell i behandlingseffekt mellom Beatt og StepUp basert på GDS-LD-skårene etter 12 måneder. Begge intervensjonene var assosiert med signifikant reduksjon i depressive symptomer. Sammenlignet med behandlingsstart ble det observert signifikante forbedringer i det primære resultatet for begge studiegruppene etter 4 måneder og ved 12 måneder med store effektspreiser.	Manglende kontrollgruppe. Resultatene ble derfor sammenlignet etter tiltak med behandlingsstart. Det framkom i studien at halvparten av deltakerne brukte antidepressive legemidler, og det kan ha påvirket resultatet. Opplysning om ulik variasjon i oppfølgingen til studiene kan også ha påvirket resultat.

Utarbeidet 2003 av Karin Borgen, Inger Bredal Schou og Kirsti Tøien. Revidert 2020 av Kjersti Stokke, Berit Seljelid, Kjersti Tveten, Anne Hvass, Antonija Petosic, Ingunn Milnes Brendøyen og Karin Borgen



## Vedlegg 3 – PRISMA flytskjema






From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

## Vedlegg 4 – CASP kritisk vurderingsskjema

## CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
  - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>




HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments:

**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	
Can't Tell	
No	

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
  - why it was thought important
  - its relevance

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	
Can't Tell	
No	

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
  - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	
Can't Tell	
No	

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:



4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
  - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
  - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
  - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
  - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
    - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
  - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?




HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments:

## CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
  - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?





Comments:



### CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist:

11 questions to help you make sense of a randomised controlled trial (RCT)

**Main issues for consideration:** Several aspects need to be considered when appraising a randomised controlled trial:

-  Is the basic study design valid for a randomised controlled trial? (Section A)
-  Was the study methodologically sound? (Section B)
-  What are the results? (Section C)
-  Will the results help locally? (Section D)

The 11 questions in the checklist are designed to help you think about these aspects systematically.

**How to use this appraisal tool:** The first three questions (Section A) are screening questions about the validity of the basic study design and can be answered quickly. If, in light of your responses to Section A, you think the study design is valid, continue to Section B to assess whether the study was methodologically sound and if it is worth continuing with the appraisal by answering the remaining questions in Sections C and D.

Record 'Yes', 'No' or 'Can't tell' in response to the questions. Prompts below all but one of the questions highlight the issues it is important to consider. Record the reasons for your answers in the space provided. As CASP checklists were designed to be used as educational/teaching tools in a workshop setting, we do not recommend using a scoring system.

**About CASP Checklists:** The CASP RCT checklist was originally based on JAMA Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL and Cook DJ), and piloted with healthcare practitioners. This version has been updated taking into account the CONSORT 2010 guideline (<http://www.consort-statement.org/consort-2010>, accessed 16 September 2020).

**Citation:** CASP recommends using the Harvard style, i.e. *Critical Appraisal Skills Programme (2020). CASP (insert name of checklist i.e. Randomised Controlled Trial) Checklist. [online] Available at: insert URL. Accessed: insert date accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial- Share A like. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

**Study and citation:** .....

**Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?**

<p><b>1. Did the study address a clearly focused research question?</b> <i>CONSIDER:</i> <i>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</i> <i>Is the research question 'focused' in terms of:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Population studied</li> <li>• Intervention given</li> <li>• Comparator chosen</li> <li>• Outcomes measured?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell
<p><b>2. Was the assignment of participants to interventions randomised?</b> <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• How was randomisation carried out? Was the method appropriate?</li> <li>• Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias?</li> <li>• Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?</b> <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for?</li> <li>• Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)?</li> <li>• Was the study stopped early? If so, what was the reason?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

**Section B: Was the study methodologically sound?**

<p><b>4.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the participants 'blind' to intervention they were given?</li> <li>• Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?</li> <li>• Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?</b> <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out?</li> <li>• Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

<p><b>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was there a clearly defined study protocol?</li> <li>• If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups?</li> <li>• Were the follow-up intervals the same for each study group?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------	--

**Section C: What are the results?**

<p><b>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was a power calculation undertaken?</li> <li>• What outcomes were measured, and were they clearly specified?</li> <li>• How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported?</li> <li>• Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval?</li> <li>• Was there any missing or incomplete data?</li> <li>• Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results?</li> <li>• Were potential sources of bias identified?</li> <li>• Which statistical tests were used?</li> <li>• Were p values reported?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were confidence intervals (CIs) reported?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the size of the intervention or treatment effect?</li> <li>• Were harms or unintended effects reported for each study group?</li> <li>• Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

Section D: Will the results help locally?

<p><b>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the study participants similar to the people in your care?</li> <li>• Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study?</li> <li>• Are the outcomes important to your population?</li> <li>• Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported?</li> <li>• Are there any limitations of the study that would affect your decision?</li> </ul>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p><b>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs?</li> <li>• Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?</li> </ul>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>

**APPRAISAL SUMMARY:** Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?