

Blomkvist, Sofie
Pedersen, Camilla

Aktivitet og deltakelse hos eldre med depresjon

Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Tone Torgersen

Mai 2020

Blomkvist, Sofie
Pedersen, Camilla

Aktivitet og deltakelse hos eldre med depresjon

Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Tone Torgersen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Innledning

Denne bacheloroppgaven undersøker hvilke faktorer som påvirker aktivitet og deltakelse hos eldre personer med depresjon. I Norge lider cirka 450 000 personer av depresjon, og omtrent 22 prosent av disse er eldre. Det er store mørketall grunnet at det er mange som undervurderer at de har behov for hjelp og behandling.

Hensikt

Hensikten med studien er å opparbeide kunnskap om hvordan en kan bidra til at eldre med depresjon skal kunne være i aktivitet og delta i meningsfulle aktiviteter.

Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålet er «Hvordan arbeider ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten med eldre og depresjon, med tanke på aktivitet og deltakelse?»

Metode

For å besvare forskningsspørsmålet er det gjort en kvalitativ studie ved bruk av forskningsintervjuer. I forkant av intervjuene har forskningsgruppen innhentet tidligere forskning gjennom litteratursøk. Det er gjennomført tre intervjuer over telefon med ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Materialet fra intervjuene er transkribert og analysert før de er presentert i resultatdel. I diskusjonsdelen blir resultatene diskutert.

Resultat

Resultatet er fremstilt gjennom fire hovedkategorier som ble utviklet i analysen. Hovedkategoriene er kartlegging, aktivitet, motivasjon, og intervensjon. Hovedtrekkene fra resultatet viser at å ufarliggjøre og motivere til aktivitet kan bidra til deltakelse blant eldre med depresjon. Å finne det som passer den enkelte pasient best, har vist seg å være viktig – den gylne middelvei.

Konklusjon

Informantene arbeider med å skape gode rutiner og vaner hos eldre med depresjon, for å forsøke at de kommer ut av det inaktive og passive mønsteret. Videre vektlegges motivering, fysisk aktivitet, gruppe- og individuell behandling og aktivitetsbalanse. Dette støttes av teori og tidligere forskning.

Nøkkelord: Eldre, Depresjon, Ergoterapi, Aktivitet, Deltakelse

Forord

Oppgaven er den avsluttende delen av en bachelorgrad i ergoterapi ved NTNU Gjøvik. Arbeidet med bacheloroppgaven har vært en lærerik, interessant, og omfattende prosess. Vi vil takke våre informanter som stilte opp i studien, på tross av situasjonen rundt Covid-19. Dere gjorde oppgaven mulig. Av personvern hensyn og anonymisering av informanter oppgis ingen navn. Det blir rettet en ekstra takk til vår veileder Tone Torgersen ved NTNU Gjøvik. Takk for hjelp til utforming av oppgaven, godt samarbeid, samt gode og hyggelige videoveiledninger.

Til slutt vil vi gi hverandre et klapp på skuldra for god støtte og et godt samarbeid under denne arbeidsprosessen.

Gjøvik, 04.05.2020

Camilla Pedersen

Sofie Blomkvist

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	7
2.0 Teori	7
2.1 Teoretisk rammeverk	7
2.1.1 Sosialkonstruksjonistisk verdensbilde	7
2.1.2 Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO)	7
2.2 Tidligere forskning	8
2.2.1 Hoveddimensjoner i aktivitet	9
2.3 Kunnskapshull	10
3.0 Metode	10
3.1 Litteratursøk	10
3.2 Kvalitativ metode	11
3.3 Tematisering	11
3.4 Planlegging	11
3.4.1 Valg av informanter	12
3.5 Intervjuing	12
3.5.1 Innsamling av data	13
3.6 Transkribering	14
3.7 Analysering	14
3.7.1 Eksempel på analyse	15
3.8 Verifisering	15
3.9 Rapportering	16
4.0 Etske overveielser	16
5.0 Resultat	17
5.1 Kartlegging	17
5.1.1 Intervju	17
5.1.2 Observasjon og samtale	18
5.1.3 Kartleggingsverktøy	18
5.2 Aktivitet	19
5.2.1 Fysisk aktivitet	19
5.2.2 Mestring og samtaler i aktivitet	19
5.2.3 Distraherende aktivitet	20
5.3 Motivasjon	20
5.3.1 Den gylne middelvei	21
5.4 Intervensjon	22
5.4.1 Undervisning	22

5.4.2 Behandling i grupper og individuelt	22
5.4.3 Valg av intervensjon og alder	22
6.0 Diskusjon	23
6.1 Diskusjon av resultater	23
6.1.1 Kartlegging	23
6.1.2 Aktivitet	24
6.1.2.1 Fysisk aktivitet	24
6.1.2.2 Distraherende aktivitet	25
6.1.3 Motivasjon	26
6.1.4 Intervensjon	26
6.1.4.1 Undervisning	26
6.1.4.2 Behandling i grupper og individuelt	27
6.1.4.3 Valg av intervensjon og alder	29
6.2 Metodediskusjon	30
6.2.1 Litteratursøk	30
6.2.2 Informanter	31
6.2.3 Intervju	31
6.2.3.1 Gjennomføring	32
6.2.3.2 Utarbeidet intervjuguide	32
6.2.3.3 Oppfølgingsspørsmål	32
6.2.4 Intervjuanalyse	33
6.2.5 Covid-19	33
7.0 Konklusjon	34
8.0 Referanseliste	36
9.0 Vedlegg	38
9.1. Søkelogg	38
9.2 Samtykkeskjema	40
9.3 Intervjuguide	43

1.0 Innledning

Temaet for denne studien er eldre og depresjon. Oppgaven vil se på hvilke erfaringer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten har med eldre med depresjon, sett i lys av aktivitet og deltakelse. Forskningsgruppen har valgt dette tema ettersom begge forskerne har erfaring fra arbeid med eldre, både med depresjon som hoveddiagnose eller tilleggsdiagnose. Depresjon er en av de store folkehelseutfordringene i verden (Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019), og forskningsgruppen ønsket å se hvordan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten arbeider med dette. I denne studien defineres eldre som personer over 65 år.

1.1 Bakgrunn

En depresjon vil si sterke svingninger i stemningsleiet som i vesentlig grad forstyrrer den normale funksjonen i hverdagen (Helgesen, 2018; Jensen, 2016). Ifølge ICD-10, som er et internasjonalt sykdomsklassifiseringssystem, lider personen med depresjon av nedstemthet, redusert energi, lavt aktivitetsnivå, interesseløshet, svært lavt stemningsnivå og manglende energi til å foreta seg noe (Direktoratet for e-helse, 2020; Helgesen, 2018). Det skilles mellom tre grader av depresjon, mild, moderat og alvorlig depresjon (Jensen, 2016). Det finnes også flere former for depresjon, deriblant maskert og agitert (Helsedirektoratet, 2009). Denne studien skiller ikke på de ulike gradene eller formene for depresjon.

Depresjon er en av de mest vanlige psykiske lidelsene som påvirker mennesker når de eldes (Helsedirektoratet, 2009; Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019; Aldring og Helse, 2020). Både de eldre selv og de rundt dem, samt helsepersonell, kan feilaktig tenke at de psykiske symptomene de eldre har, kommer som følge av høy alder (Helsedirektoratet, 2009), ensomhet, reaksjon på sorg eller begynnende demens (Helgesen, 2018). Det er også en kobling mellom andre kroniske lidelser og tilstedeværelsen av depresjon (Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019). I Norge lider cirka 450 000 personer av depresjon, og over 22 prosent av disse er eldre (Øvereng, 2019). Det er antatt at det er mange flere eldre som har depresjon enn det som er rapportert, grunnet at de ofte ikke søker hjelp og at de undervurderer at de trenger behandling (Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019). Å leve med depresjon resulterer ofte i endringer i dagliglivets normale funksjoner (Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019)

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Ergoterapeuter kan hjelpe eldre med depresjon med å skifte fokus fra symptomene til hva som forårsaker stress (Lohman, Byers-Connon og Padilla, 2019). Når det gjelder aktiviteter har ergoterapeuter kompetanse knyttet til aktivitetsbalanse, planlegging, organisering, tilrettelegging og gradering av aktiviteter (Laberg *et al.*, 2017). Eldre personer med depresjon kan ha utfordringer med å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter, fordi de ofte kan føle mangel på glede og interesse ved de fleste aktiviteter og har manglende energi til å gjøre noe (Helsedirektoratet, 2009; Helgesen, 2018). Hensikten med studien er å opparbeide kunnskap om hvordan man kan bidra til at eldre med depresjon skal kunne være i aktivitet og delta i meningsfulle aktiviteter.

Forskningsspørsmålet er “Hvordan arbeider ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten med eldre og depresjon, med tanke på aktivitet og deltakelse?”

2.0 Teori

2.1 Teoretisk rammeverk

2.1.1 Sosialkonstruksjonistisk verdensbilde

Teoretisk rammeverk som er benyttet i studien er det sosialkonstruksjonistiske verdenssynet. Dette verdenssynet handler om at mennesker prøver å forstå verden de bor og lever i (Creswell, 2009). Menneskene danner subjektive meninger av opplevelsene deres, og forskerne ser på kompleksiteten av meningene istedenfor å fokusere på enkelte kategorier eller idéer (Creswell, 2009).

2.1.2 Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO)

Kielhofner (2017) definerer menneskelig aktivitet som utøvelsen av daglige aktiviteter, lek og arbeid som kjennetegner en stor del av livet vårt. Daglige aktiviteter vil si de nødvendige livsoppgavene en foretar seg for å pleie og vedlikeholde en selv, eksempelvis personlig pleie, spising og rengjøring (Kielhofner, 2017). Lek omhandler aktiviteter en gjør fordi en har lyst å

gjøre kun for ens egen skyld, i motsetning til arbeid som er aktiviteter som gjøres for andre, både lønnet og ulønnet (Kielhofner, 2017).

Aktivitet motiveres av tanker og følelser, formes av vaner og roller som utgjør vanedannelsen, og muliggjøres av utøvelseskapasitet (Kielhofner, 2017). De fleste aktivitetene en gjør i hverdagen, tilhører en daglig rutine som en tar for gitt (Kielhofner, 2017). En utfører oppgaver uten å være nødt til å tenke bevisst over hva en er i ferd med å gjøre. Disse oppgavene er gjort mange ganger før, og utføres på omtrent samme måte som før. Ved å ha disse rutinene, bekrefter en at en har en viss identitet (Kielhofner, 2017). Denne siden av det rutinemessige dagliglivet utfolder seg automatisk, og vaner internaliseres gjennom gjentakelser (Kielhofner, 2017). Hos eldre med depresjon kan rutinene og vanene falle bort som følge av mangel på energi til å foreta seg noe og interesseløshet (Helgesen, 2018). Vanedannelse er ansvarlig for den daglige rutinemessige atferden, de ulike rutinene som velges og relasjonsmønstre med andre mennesker (Kielhofner, 2017).

Dersom gamle rutiner skal brytes, eller nye dannes, er det nødvendig med forandring.

For å oppnå forandring kreves det at nye tanker, følelser og handlinger gjentas i like omgivelser slik at de smelter sammen til et nytt organisatorisk mønster (Kielhofner, 2017).

2.2 Tidligere forskning

Depresjon er en alvorlig, gjentakende tilstand som påvirker rollefunksjon og livskvalitet. Selv uten en klinisk diagnose av alvorlig depresjon, opplever personer med depressive symptomer betydelig redusert selvstendighet, aktivitetsutførelse og generell helse (Chippendale og Bear-Lehman, 2012). Til tross for de negative og økende virkningene av depressive symptomer, er det viktig med tidlig intervensjon og behandling (Zuiderveen *et al.*, 2016). Toledano-González, Labajos-Manzanares og Romero-Ayuso (2018) vektlegger at å velge den mest passende behandlingen, er like viktig som behandlingen selv. Intervensjoner som henvender seg til sinnstilstander er en viktig del av ergoterapipraksis (American Occupational Therapy Association (2008) som sitert i Chippendale og Bear-Lehman, 2012).

Depressive symptomer blant eldre kan hindre selvstendighet i dagligdagse aktiviteter (Chippendale og Bear-Lehman, 2012). Å tilnærme seg psykososiale behov er kritisk når det gjelder å forbedre livskvalitet og opprettholde selvstendighet i dagligdagse aktiviteter. En holistisk tilnærming er i samsvar med grunnleggende aspekter i ergoterapi (Chippendale og Bear-Lehman, 2012). Ergoterapeutiske teorier, som omhandler fysisk utøvelse, har vanligvis fokus på de kroppslige delene, mens motivene har blitt sett på som en del av et adskilt mentalt område (Kielhofner, 2017). Ergoterapi for eldre har en tendens til å fokusere på fysiske effekter av aldring (Chippendale og Bear-Lehman, 2012). MOHO forsøker å unngå å dele opp mennesket i fysisk og mentalt, og at det må ses på som integrerte sider av samme menneske (Kielhofner, 2017). På denne måten kan en si at ergoterapeuter forsøker å ha et holistisk syn på mennesket.

2.2.1 Hoveddimensjoner i aktivitet

En kan knytte fire hoveddimensjoner til aktivitet; *Doing, being, becoming and belonging* (gjøre, være, bli og tilhøre) (Hitch *et al.*, 2013). Being handler om hvem en er som aktivitetsmenneske (Hitch *et al.*, 2013), og eldre med depresjon mister ofte interessen til å utføre ulike aktiviteter som følge av lidelsen (Helsedirektoratet, 2009). Ved behandling av brukere med depresjon kan det være vanskelig å få brukeren til å delta og engasjere seg i aktiviteter (Hansen, 2016).

Doing handler om å engasjere seg og delta i aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte (Hitch *et al.*, 2013). Metoder for å fremme engasjement og deltakelse kan være life-review, reminisens (Zuiderveen *et al.*, 2016), fritidsaktiviteter, problemløsning, stresshåndtering, avslapning og psykoedukasjon (Hitch *et al.*, 2013).

Dimensjonen *becoming* handler om å utvikle seg selv, målsetting og engasjement i små oppnåelige oppgaver (Hitch *et al.*, 2013). Risikofaktorer som kan utvikle seg til depresjon, er konflikter i relasjoner (Helsedirektoratet, 2009), sosial isolasjon og ensomhet (Dalgard og Bøen, 2007). Relasjoner er essensielle for å føle tilhørighet, og *belonging* omhandler følelsen av å være tilknyttet til blant annet andre mennesker (Hitch *et al.*, 2013). Til tross for dette kan hverdagen til eldre med depresjon ofte være preget av sosial isolasjon (Helsedirektoratet, 2009).

2.3 Kunnskapshull

Det kan synes som om det er gjort lite forskning på ergoterapi og eldre med depresjon i Norge. Det finnes likevel mye om depresjon, men det er ikke rikt med artikler om depresjon knyttet til den aktuelle aldersgruppa på 65 år og eldre.

3.0 Metode

3.1 Litteratursøk

Forskningsgruppen har tatt utgangspunkt i Helsebiblioteket (2016) sin sjekklister for kvalitativ studie i arbeidet med å finne vitenskapelige artikler. Denne er brukt som et verktøy for kritisk vurdering av artiklene. Ved bruk av sjekklister kunne forskningsgruppen effektivt vurdere om artiklene var relevante for forskningsspørsmålet. Forskningsgruppen har gjort litteratursøk i databaser som Medline, Cinahl, Embase og Academic Search Complete. De fant få eller ingen relevante forskningsartikler i Medline, Cinahl og Embase. Søk i Academic Search Complete ga flere relevante treff.

Forskningsgruppen startet med å søke bredt, og brukte søkeord som «Depression», «Older adults» og «Occupational Therapy» i ulike databaser. Etter veiledning med bibliotekar ved universitetet, fjernet forskerne alder fra søket, da dette kunne bli for avgrenset. Det resulterte i flere treff, men flere av disse forskningsartiklene omhandlet blant annet unge, gravide, demens, og ryggplager, med depresjon som tilleggsdiagnose. Forskerne valgte å inkludere alder i søket igjen, og samtidig erstatte «Depression» med «Mental Health», for å se om noen av artiklene var relevante.

Det ble da brukt søkeordene «Aged» og «Mental Health», samt en rekke av søkeordene som ble gitt på veiledning med universitetsbibliotekaren.

Søkehistorikken ble lagret i eget dokument som søkerlogg, og søkehistorikken følger vedlagt.

Lagring av søkerlogg gjorde det mulig å returnere til tidligere søk, og forskerne unngikk å gjøre samme søk flere ganger.

3.2 Kvalitativ metode

Studien har en induktiv tilnærming, med observasjon av et antall tilfeller, for å si noe generelt om den gitte gruppa (Kvale *et al.*, 2019). Det er gjennomført en empirisk studie, med kvalitativt forskningsintervju som metode. I denne studien er tre ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten intervjuet for å si hvordan de jobber med eldre med depresjon med tanke på aktivitet og deltakelse. Planen for gjennomføringen av intervjuundersøkelsen tok utgangspunkt i de syv fasene beskrevet i Kvale *et al.* (2019).

3.3 Tematisering

Den første fasen innebærer at forskningsgruppen tar for seg tematisering og hypoteser om hvordan temaet oppfattes. I denne fasen er bakgrunnskunnskapen om eldre med depresjon hentet frem. Dette er for å kunne stille gode spørsmål til informantene (Kvale *et al.*, 2019). For å innhente denne kunnskapen har forskerne utarbeidet relevante nøkkelord om temaet, og deretter gjort flere litteratursøk i forskjellige databaser. Det ble benyttet PICO-skjema for å identifisere og organisere søkeord (Helsebiblioteket, 2018).

På grunnlag av tidligere forskning og bakgrunnskunnskap ser en at depresjon kan føre til redusert selvstendighet i dagligdagse aktiviteter og påvirker livskvaliteten (Chippendale og Bear-Lehman, 2012). Det kan være vanskelig å få pasienten til å delta og engasjere seg i aktiviteter under behandlingsforløpet (Hansen, 2016), og hverdagen til eldre med depresjon kan ofte være preget av sosial isolasjon (Helsedirektoratet, 2009).

3.4 Planlegging

For å undersøke forskningsspørsmålet er det benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode. Kvalitativ metode egnet seg til dette forskningsspørsmålet, fordi det er ønskelig med svar på erfaringer og opplevelser fra informantene, samt å få en forståelse av informantens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv (Kvale *et al.*, 2019; Creswell, 2009). Etersom det er hensiktsmessig at spørsmålene i intervjuet er åpne (Kvale *et al.*, 2019), vil forskerne få muligheten til å lytte nøye til hva informantene forteller om situasjoner i arbeidshverdagene sine (Creswell, 2009). Dette er i tråd med det sosialkonstruksjonistiske verdensbildet. Det er benyttet en

fenomenologisk tilnærming, på bakgrunn av at forskerne har forsøkt å sette seg inn i handlingene til informantene i intervjusituasjonene (Creswell, 2009).

3.4.1 Valg av informanter

Inkludering i studien forutsatte at en var ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten som arbeidet med eldre med depresjon. Det ble lagt ut en forespørsel om deltakelse i studien i en lukket gruppe på Facebook. Her var det ingen som viste sin interesse. Deretter tok forskningsgruppen kontakt med institusjoner hvor det kunne være aktuelt å finne informanter. Etter å ha fått tak i to informanter gjennom denne metoden, benyttet forskningsgruppen seg av snøballmetoden. Det vil si at informanter rekrutteres ved at forskerne forhører seg med de informantene som allerede har takket ja til å være med i studien, og at disse viser til andre som kan være aktuelle å ha med i studien (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). På denne måten kom forskningsgruppen i kontakt med den tredje informanten.

Alle informantene ga muntlig samtykke om å delta over telefon. I tillegg til dette, fikk de tilsendt en e-post hvor de ble informert om samtykkeskjema og kort om hensikten med studien. I samtykkeskjemaet sto det blant annet hvordan forskerne kom til å benytte seg av den innsamlede dataen i bacheloroppgaven og at den kan brukes ved en eventuell senere publisering (Kvale *et al.*, 2019). Informasjonsskrivet skulle signeres av informantene og returneres til forskerne.

3.5 Intervjuing

Den tredje fasen omhandler selve gjennomføringen av intervjuene. Forskningsgruppen skulle gjennomføre ansikt-til-ansikt-intervjuer, for å danne et bilde av setting og kontekst knyttet til informantene (Creswell, 2009). Dette skulle gjøres ved å besøke arbeidsplassene til informantene og samle informasjon personlig (Creswell, 2009). Ved å bruke intervju som metode muliggjør dette for at intervjueren kan stille åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål (Creswell, 2009). Et intervju er ikke bare verbal kommunikasjon, men også kroppslig kommunikasjon - spesielt ved ansikt-til-ansikt-intervju (Kvale *et al.*, 2019). Kroppen er med på å definere det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale *et al.*, 2019), derfor skulle én forsker ha ansvar for å stille spørsmålene og lede intervjuet, mens den andre forskeren skulle observere og ta notater (Creswell, 2009).

Grunnet fare for videre smitte av Koronaviruset (Covid-19), utarbeidet NTNU 11.03.20 retningslinjer for alle ansatte og studenter ved NTNU (NTNU, 2020). Dette innebar at forskerne ikke fikk muligheten til å gjennomføre de planlagte intervjuene ansikt-til-ansikt. De måtte foregå digitalt, altså via Skype eller per telefon. Forskerne tok kontakt med de tre informantene og forklarte hvordan intervjusituasjonen ble påvirket av Covid-19. Informantene ble spurt om de fortsatt ønsket å delta i studien.

3.5.1 Innsamling av data

Etter informantenes ønske ble intervjuene gjennomført over telefon. Begge forskerne var til stede under to av tre intervjuer som opprinnelig planlagt, hvor én hadde ansvar for å lede intervjuet og den andre tok notater. Informantene ble informert om at begge forskerne var til stede, selv om kun en tok seg av snakkingen. Intervjuene varte i om lag 30 minutter hver og var semistrukturerte. Dette vil si at rekkefølgen på temaer og spørsmål ble bestemt underveis (Kvale *et al.*, 2019).

Innledningsvis ble formålet med studien forklart, og en intervjuguide ble benyttet underveis. En intervjuguide er et manuskript som er med på å strukturere intervjuet og inneholder temaer som skal dekkes og forslag til spørsmål (Kvale *et al.*, 2019). Intervjuguiden inneholdt blant annet temaene aktivitet, deltakelse, intervensjon og kartlegging. Under de ulike temaene hadde forskningsgruppen utarbeidet spesifikke spørsmål, som ble utformet så korte og enkle som mulig (Kvale *et al.*, 2019). Forskerne kunne stille spørsmålene på et akademisk språk ettersom dette inngår i informantenes dagligspråk som ergoterapeuter (Kvale *et al.*, 2019). Forskeren som ledet intervjuet stilte oppfølgingsspørsmål der det var naturlig, eksempelvis ved å spørre om informanten kunne gi mer rikholdige beskrivelser eller komme med eksempler. Formålet med dette var å utløse spontane beskrivelser fra informantens perspektiv, for å få frem deres mening om hvordan en hendelse skjedde (Kvale *et al.*, 2019).

Det er benyttet samme intervjuguide under intervjuene for å gjøre gjennomføringen så lik som mulig. Etter det første intervjuet ble det gjort noen forandringer i intervjuguiden. Dette ble gjort for å gjøre temaene og spørsmålene mer rettet mot forskningsspørsmålet. Noen av spørsmålene i

intervjuguiden ble fjernet da forskerne innså at disse ikke kunne knyttes opp mot forskningsspørsmålet. Den utarbeidede intervjuguiden ble brukt i intervjuene med de to andre informantene.

3.6 Transkribering

I fase fire ble intervjumaterialet oversatt til skriftspråk, og klargjort for analyse (Kvale *et al.*, 2019). Opptakene fra diktafonen ble overført til en datamaskin, lagret på en ekstern harddisk, og deretter transkribert ordrett. Forskerne ble enige om å inkludere alt for å gjøre det likt. Dette vil si at alle gjentakelser, latter, pauser og ord som for eksempel «eh» og «mm», ble tatt med. Det bør være samme strategi for måten forskerne transkriberer på, men det finnes ingen fasit på hva som skal med og ikke (Kvale *et al.*, 2019).

Arbeidet med transkriberingen ble gjort av begge forskerne hver for seg. Forskerne transkriberte ett intervju hver, og samarbeidet om ett intervju. Til tross for at det ble laget strategier for hvordan dette skulle gjennomføres kunne en fortsatt se ulikheter ved skrivestil. For å forsøke å unngå dette lyttet motsatt forsker til intervju og leste over tilhørende transkripsjon for å sikre at materialet ble oppfattet likt av begge forskerne.

3.7 Analysering

Under analysen ble det benyttet meningsfortetting ved at en kortet ned utsagnene, men beholdt betydningen (Kvale *et al.*, 2019). Kun det materialet som ble vurdert som relevant opp mot forskningsspørsmålet ble analysert. Dette ble gjort fordi forskerne tidlig kunne se at de hadde mye materiale fra transkripsjonene som ikke var relevant for forskningsspørsmålet.

Analysen av intervjuene består av fem trinn (Kvale *et al.*, 2019). I det første trinnet leste forskningsgruppen hele intervjuet for å forstå helheten. I det andre trinnet ble meningsenhetene identifisert, slik de ble uttrykt av informanten. Det vil si at råteksten fra intervjuet ble kondensert, slik at unødvendige fyllord uten mening ble utelatt. På denne måten satt forskerne igjen med meningsenheter bestående av uttalelser som kunne være nyttig i studien. Det tredje trinnet handler om å tematisere råteksten, slik forskerne fortolket denne, samt uttrykke temaet som dominerte de naturlige meningsenhetene, enkelt, tydelig og fordomsfritt (Kvale *et al.*, 2019). I dette trinnet skrev forskerne ned kategorier, koder og temaer for de ulike meningsenhetene i

hvert av intervjuene. Dette gjorde forskerne hver for seg, før de gikk sammen og ble enige om hvilke koder, kategorier og temaer som passet best.

De kondenserte meningsenhetene, med koder, kategorier og tema, ble plassert i en tabell i et eget dokument. Temaene ble sortert og markert med ulike farger for å skape oversikt. I trinn fire ble meningsenhetene undersøkt på bakgrunn av undersøkelsens spesifikke formål og forskningsspørsmål. I det femte og siste trinnet i analysen ble de viktigste temaene i intervjuene knyttet sammen til beskrivende utsagn (Kvale *et al.*, 2019). Dette materialet ble grunnlaget for resultatdelen med funnene presentert. I tillegg til meningsfortettingen, kodet og kategoriserte forskningsgruppen materialet. Dette ble gjort for å bryte materialet ned i enda mindre kategorier enn de generelle temaene. Koding innebærer at en knytter et eller flere nøkkelord til tekst, for senere å kunne identifisere en uttalelse, mens kategorisering vil si at meningen i lange uttalelser reduseres til få enkle kategorier (Kvale *et al.*, 2019). Koding og kategorisering gir mulighet til å analysere materialet enda nøyere enn ved bruk av kun meningsfortetting, og gir større oversikt over materialet.

3.7.1 Eksempel på analyse

Råtekst	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
Prøver å få med pasienter på ting, da. Prøver å være en pådriver på det. Prøver å få dem med på tur, prøver å få dem til å steke vafler – de som kan. I stedet for å ligge i senga og vente på å bli servert.	Jeg prøver å være en pådriver på å motivere pasienter til å bli med på ulike aktiviteter, som tur og vaffelsteking. I stedet for at de ligger i senga og venter på å bli servert.	Pådriver	Deltakelse	Motivasjon

3.8 Verifisering

Validitet handler om hvorvidt intervjustudien undersøker det den er ment til, og hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det som skal undersøkes. Validering bør ikke begrenses til en fast fase i av intervjuundersøkelsen, men heller fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle faser av kunnskapsproduksjonen (Kvale *et al.*, 2019). Denne fasen avhenger av kvaliteten på undersøkelsen, og funnene må stadig sjekkes, utspørres og fortolkes teoretisk (Kvale *et al.*, 2019). Reliabilitet handler om hvorvidt forskningsresultatene er til å stole på, for eksempel om

informantene ville gitt de samme svarene i intervju med andre forskere (Kvale *et al.*, 2019). Hvis funnene fra intervjuundersøkelsen anses som pålitelige og valide, kan man spørre seg om funnene er av lokal interesse eller om de er overførbare til andre informanter eller situasjoner (Kvale *et al.*, 2019). I denne studien handler det om funnene kan overføres til ergoterapeuter på andre arbeidsplasser, som jobber med brukere med depresjon eller andre psykiske lidelser, uavhengig av alder.

3.9 Rapportering

Her presenteres metodebruken og funnene gjort i forskningsintervjuene. Det skal ikke kun være en presentasjon av informantens opplevelser, men valg av skrivestil og virkemidler som gir et bestemt syn på informantens verden (Kvale *et al.*, 2019). Intervjurapporten er i denne studien forskningsgruppens bacheloroppgave. Rapporten skal inneholde intervjuundersøkelsens hovedmålsettinger, metoder, resultater og implikasjoner (Kvale *et al.*, 2019). Resultatene fra intervjuundersøkelsen presenteres i oppgavens resultatdel, og diskuteres senere i diskusjonsdel. Resultatene er ikke presentert som kopier fra transkripsjonene med lange ordrette sitater, men forsøkt presentert som en sammenhengende og lettlest tekst delt opp i temaer.

Forskningsgruppen har plukket ut det materialet som er knyttet opp mot forskningsspørsmålet og inkludert det som er relevant.

Gjennom samtykkeskjema er det gitt tillatelse til å bruke informantens uttalelser i rapporteringen fra intervjuene. Under rapporteringen av resultatene er det tatt hensyn til at informantens identitet, og kjennetegn som kan knyttes til informantene, holdes skjult.

4.0 Ethiske overveielser

I kvalitative intervjuer må en sørge for å beskytte privatlivet til informanten og bevare anonymitet. Navn og personlige kjennetegn blir fjernet eller endret for å bevare anonymiteten (Kvale *et al.*, 2019). Identitetene til informantene beskyttes slik at dataen ikke oppleves som pinlige eller kommer til skade for dem (Bogdan og Biklen, 2007). Dette er fordi deres uttalelser fra den private intervjusituasjonen kan inngå i offentlige rapporter (Kvale *et al.*, 2019).

Det ble gitt skriftlig samtykke for deltakelse. Informantene ble informert om at de hadde mulighet til å trekke sitt samtykke når de ville, uten å måtte oppgi grunn for dette (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2013). Resultatene som ble samlet inn i studien skal bli representert som de er. Dersom noe av resultatene ikke stilte til forventningene til forskerne, skulle de ikke bli ekskludert fra studien. Å fabrikke eller ødelegge data for å få et ønsket resultat skal ikke gjøres (Bogdan og Biklen, 2007).

Dataene som ble samlet inn, ble oppbevart i en passordbeskyttet mappe på forskernes laptop. Det var kun forskerne, samt veileder og emneansvarlig som kunne ha innsyn i mappen. Dataene fra intervjuene blir slettet når bacheloren er godkjent. Dette står beskrevet i samtykkeskjemaet informantene har fått tilsendt.

5.0 Resultat

I denne delen blir resultatene fra intervjuer med tre ergoterapeuter presentert. Alle de tre ergoterapeutene jobber i tverrfaglige team, og deres pasientgruppe har depresjon som enten hoveddiagnose eller tilleggsdiagnose. Ofte har pasientene både angst og depresjon, da disse lidelsene kan være vanskelig å skille. Felles for pasientene er at de blir henvist på grunnlag av at de ikke mestrer å håndtere hverdagen sin.

Resultatene er delt inn i fire ulike hovedtemaer, med underoverskrifter. Sitater fra intervjuene er brukt for å få frem informantenes uttalelser og synspunkter.

5.1 Kartlegging

5.1.1 Intervju

Intervju er en form for kartlegging som gjøres av to av informantene i starten av behandlingsforløpet. Der vektlegges nåværende interesser, det som før var meningsfulle aktiviteter for pasientene, og hva de syntes har vært godt i livet deres. I denne typen intervju snakker pasient og informant også om hverdagen – hva de får til og hva som er vanskelig. En informant forteller at dette kalles et aktivitetsintervju. De fleste av pasientene har hatt det veldig bra i livet sitt, men akkurat nå kan det være veldig vanskelig. Noen har hatt gjentakende depresjoner gjennom livet, og da vil informanten finne ut av hva som har fungert før. Mål og

plan kan være til hjelp til å finne ut av dette. En informant forteller at teamet har et møte, der de snakker om hvorfor pasienten har blitt innlagt, fordeling av roller, og hører pasientens historie – som også er en viktig del å ha med seg i behandlingen.

5.1.2 Observasjon og samtale

Observasjon er også en form for kartlegging som gjøres på avdelingene. Kartleggingen kan skje under aktivitet hvor ergoterapeuten for eksempel stiller spørsmål til pasienten som «hva var det som skjedde da du kom inn på rommet her?» og «har angsten avtatt i løpet av aktiviteten?».

Samtaler med dypere emner blir ofte gjort av legene på avdelingen, så informanten går vanligvis ikke inn i dype samtaler med pasienten.

5.1.3 Kartleggingsverktøy

Det benyttes ulike kartleggingsverktøy blant informantene. Et utfyllingsskjema som kartlegger depresjon, BDI, samt Gothlands depresjonsintervju, benyttes av en informant. Det nevnes også Cornell Scala for Depresjon ved Demens (CSSD), som er en observasjon på depresjon. Den er det ofte pleierne eller ergoterapeuten som utfører. MADR-S (Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale) nevnes av flere, og den blir ofte gjort av enten pleierne eller legene. Denne kartleggingen legger vekt på psykiske symptomer ved depresjon.

En informant nevner også Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), og Geriatric Depression Scale (GDS), og forteller at det er en depresjonsskala med 30 ja/nei-spørsmål. GDS-en blir som regel ikke benyttet hvis pasienten ikke er i stand til å besvare MADR-S-en, forklarer en informant.

En annen informant benytter MMS-E, klokketest, Trailmaking A og B, og EVA-kartleggingen i sin praksis. Informanten har også tatt kurs i COPM, men det oppleves likevel som utfordrende å bruke på pasientene. I kartleggingsverktøyet skal pasientene fortelle om hva de gjorde den siste tiden de var hjemme, og det var ofte ingenting. Det beskrives også som utfordrende å få pasientene til å si hva de gjorde og graderingen av aktivitetene.

5.2 Aktivitet

5.2.1 Fysisk aktivitet

Styrketrening og økt puls har en god effekt på depresjon, og informantene har sirkeltrening i treningssal og daglig trim ved avdelingen. I disse aktivitetene arbeider informantene mye med å trygge pasientene. Noen pasienter orker ikke være med på alt, og da holder det ofte at de er til stede og er med på det de får til. I tillegg til trygging, ufarliggjør informanten det å være sliten. Mange av de eldre kvier seg litt for å yte maksimalt, men det er noen eldre som er med på sirkeltreningen, uttaler en informant. En informant forteller om erfaringer hvor pasienter opplever mindre «vondter» og engstelse ved å delta i den daglige trimmen. Informanten mener at det ikke nødvendigvis trengs medikamenter i behandlingen.

En fysisk aktivitet alle informantene legger vekt på, er tur. Det kan være gåtur, eller turer ut fra området på utfukt, til kjøpesenter eller til skogs. En informant forteller at de kan bruke mye tid og energi på å få pasientene i bussen, men i det de drar fra sykehuset, endrer kroppsspråket til pasientene seg helt. Det kan gå fra å være helt sammensunken og se på skoene sine, til at de titter ut vinduet og kommenterer det de ser, og tar bilder av naturen. En informant forteller at det er på disse turene man kan se at pasientene er mye mer sitt friske-jeg.

5.2.2 Mestring og samtaler i aktivitet

En informant forteller en historie om en pasient. Hun hadde med pasienten på kjøkkenet på avdelingen for at pasienten skulle trakte kaffe. Pasienten fikk det ikke til, ble stresset, tok feil mengde og gjorde flere feil under utførelsen. Dette forsto ikke informanten, ettersom pasienten ikke fremsto så kognitivt redusert. Senere var de på hjemmebesøk hos pasienten, og der traktet pasienten kaffe uten problemer. Angsten var altså så sterk at pasienten følte seg observert og iaktatt når hun skulle trakte kaffe på avdelingen, uttaler informanten.

Før påbegynt kjøkkenaktivitet, kan pasienter ofte si at de ikke klarer og ikke vil ha noe ansvar. Informanten trygger pasienten ved å si at «det skal du få slippe, jeg er der». Når de først er på kjøkkenet, tar pasienten ansvar allikevel. Informanten uttrykker at dette handler om at pasienten føler seg trygg i omgivelsene. Det er viktig å ha mest fokus rettet mot det pasientene mestrer, og at det de mestrer på avdelingen, kan de mestre hjemme også, sier informanten. I tillegg til dette, uttrykker en annen informant at slike aktiviteter kan brukes for å snakke om vanskelige ting, for

eksempel hva som er utfordrende hjemme. Samtaler med vanskelige temaer kan være lettere å få til i kjøkkenaktivitet, fremfor å sitte rett overfor hverandre ved et bord, sier en informant.

5.2.3 Distraherende aktivitet

Å skulle sette seg ned for å snakke kan oppleves som tungt og vanskelig for mange pasienter. Dette kan ufarliggjøres ved å flytte fokuset vekk fra selve samtalen. Aktivitet kan fungere som et godt verktøy i slike situasjoner. Når en er i aktivitet får en energi, nye impulser og mindre tid til å gruble og bekymre seg, uttrykker en informant. En informant forteller at det å gå tur med pasienten ofte får frem flere gode samtaler enn om de skulle satt seg ned for å ha en samtale. Fokuset ligger ikke lenger på samtalen, men aktiviteten. Dette kan oppleves som en trygghet for pasienten.

Når det kommer til bruk av medikamenter i behandling av depresjon, er det delte meninger blant informantene. Noen sier at det må være en kombinasjon av medikamentell- og ikke-medikamentell behandling, altså ikke noe enten eller. Kombinasjonen av medikamenter og aktivitet må være tilpasset den enkelte pasient. En informant uttaler at dersom en skal unngå medikamenter må det kanskje gjøres en større innsats når det kommer til aktivitet og deltakelse. Dette spørres helt hvor deprimert vedkommende er.

En informant sier at ved bruk av medisiner kan pasientene få et lite løft. Løftet som også blir beskrevet av en annen informant, er at en tør å eksponere seg for det en er engstelig for, og opplever som skummelt, for eksempel å gå på butikken. En informant sier at antidepressiva gjør at pasientene får et stabilisert stemningsleie, kan føle seg bedre, og initiativlysten til å delta i aktiviteter kan øke. Dette støttes også av en annen informant.

5.3 Motivasjon

Alle informantene legger vekt på å motivere pasientene til deltakelse. Pasientene kan vegre seg for å delta, spesielt i fellesaktiviteter. Informantene fungerer som pådrivere og jobber mye med motivasjonen til pasientene. I dette arbeidet er det viktig å finne ut hva som er passe for den enkelte og ufarliggjøre det som skal skje. Dette kan gjøres ved å gi pasienten god informasjon om hva aktiviteten innebærer slik at han eller hun blir klar over og forstår hva som skjer. Det er

også viktig å ikke pushe pasienten for mye, men finne balansen med hva som er akkurat passe, mener en informant.

Personer med depresjon mister ofte initiativet og troen på at de får til noe, uttaler en informant. De har kunnskapene og ferdighetene som skal til for å mestre, men depresjonen blir «det store stygge trollet» som tar over alt. Dette blir ofte en negativ spiral. I slike situasjoner handler det om å skape gode erfaringer og opplevelser rundt aktivitet. «For depresjonen vil jo da at de skal legge seg ned under dyna i mørket, ikke være sammen med andre» forteller en informant.

Dersom pasientene bare blir liggende, mister de muligheten til å få til noe, sier en informant. Gode erfaringer med å være i aktivitet gir energi. Opplevelsene og erfaringene av å mestre er med på å snu spiralen fra negativ til positiv. Informanten forteller at det som ga mening og glede før, ofte ikke er like interessant lenger. Til tross for at det kan oppleves som slitsomt og lite lystbetont, uttrykkes viktigheten av å gjenoppta meningsfulle aktiviteter for å komme i gang.

I motivering av den enkelte pasient kan det være lurt å lytte til pasientene og finne ut hva den enkelte selv ønsker å gjøre. En informant anbefaler å ta utgangspunkt i at pasientene faktisk har lyst til å være deltakende selv om det oppleves som vanskelig akkurat nå.

5.3.1 Den gylne middelvei

Det som fungerer for en pasient, fungerer ikke nødvendigvis for en annen. Noen pasienter responderer godt på å bli pushet og motivert til å være i aktivitet, mens andre ikke. Det å finne balansen mellom aktivitet og hvile hos den enkelte er avgjørende, og konstant i endring, sier en informant. Hun forteller om et eksempel hvor en pasient ble motivert til å være med på en tur, der vedkommende opplevde hele hendelsen som ille. På denne måten virker motiveringen mot sin hensikt. Det gjelder å finne «den gylne middelvei». Aktiviteten som skal gjennomføres må være overkommelig for den enkelte. Spørsmål som «Hva tenker du er greit?» eller «Hva tenker du at du klarer?» kan være nyttige når en skal finne passende aktiviteter, sier en informant. Det er viktig å spørre pasientene hva de selv tror de mestrer for å tilpasse aktiviteten. Pasientene må ha noe å strekke seg etter, men ikke for mye. En annen informant sier at det å påbegynne aktiviteter er det viktigste. På denne måten kan en registrere i ettertid hvordan og hva en har fått til.

5.4 Intervensjon

5.4.1 Undervisning

I arbeidet med eldre med depresjon er undervisning en sentral faktor. Informantene forteller at det er mye uvitenhet og usikkerhet hos pasientene rundt diagnosen depresjon og hva dette innebærer. Undervisningen tar for seg informasjon om ulike temaer som for eksempel depresjon, angst og fysisk aktivitet, og hva dette gjør med oss mennesker. Dette er med på å ufarliggjøre og opplyse om hva som kan oppleves som «normalt». En informant forteller at det å komme seg opp om morgenen, holde en god døgnrytme med gode rutiner, undervisning og informasjon er alfa omega for pasientene. Undervisningen kan også fungere som en inngangsbillett til gode samtaler mellom pasient og terapeut. Her kan pasientene fortelle hva de kjenner på i hverdagen, hva som er viktig for dem og hva som skal til for at de skal føle seg bedre.

5.4.2 Behandling i grupper og individuelt

Pasientenes behandlingsforløp består av både individuell- og gruppebehandling. Behandling i grupper som foregår på informantenes arbeidsplass er eksempelvis daglig trim, sirkeltrening, turer og utflukter med buss. En informant uttaler at det er nødvendig med en kombinasjon. Når det kan være nyttigst med behandling i grupper eller individuelt, varierer fra pasient til pasient. Under begynnelsen av oppholdet er det mange som bare klarer å gjennomføre individuell samtale. Det gjelder å finne den gyldne middelvei, forklarer en informant. Fordelene med grupper er at pasientene kan få innspill og råd fra andre pasienter. De er i ulike faser og kan dele erfaringer om hva som har fungert for en annen og hva som må til. Individuelt kan en være mer direkte og si ting som de er. En kan være mer personlig og for eksempel trekke inn eksempler for å vise sammenhenger.

5.4.3 Valg av intervensjon og alder

Det uttrykkes av en informant at en skal ha et større fokus på aktivitet og daglig aktivitet hvis pasientene er yngre. De orker muligens mer, men det kommer an på hvor i fasen de er. Flere kan være tilnærmet sengeliggende, og for mange kan det være nok å spise måltider i fellesarealet sammen med de andre pasientene. Informanten uttrykker også at aktivitet er like viktig uansett, selv om tilbudene for yngre og eldre kan variere. Informanten vil få pasientene til å være med på

så mye som den enkelte pasient orker, og at det skal oppleves som meningsfullt. Det uttrykkes enighet blant informantene at behandlingen ofte er den samme uavhengig av alder.

6.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen er delt i to deler. Den første delen er diskusjon av resultatene, og deretter kommer oppgavens metodekritikk.

6.1 Diskusjon av resultater

Denne delen tar for seg resultatene sett opp mot teori og tidligere forskning.

6.1.1 Kartlegging

Intervju benyttes som kartleggingsmetode av flere informanter. Her vektlegges blant annet det som før var meningsfull aktivitet for pasienten. Polatajko og Townsend (2017) støtter fokuset på meningsfulle aktiviteter og sier at mennesker har behov for meningsfulle aktiviteter samt at disse har et terapeutisk potensial. Meningsfulle aktiviteter vil si alle de oppgavene og aktiviteter en person engasjerer seg i, i hverdagen, som både er kulturelt og personlig meningsfullt (Hasselkus & Rosa (1997) som sitert i Polatajko og Townsend, 2017).

Alt som hindrer en person i å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter, kan påvirke individets helse og trivsel negativt, i den grad at det er sykdomsfremkallende (Duxbury et al. (1999), Fidler & Fidler (1978) som sitert i Polatajko og Townsend, 2017). På den annen side viser tidligere forskning at ved overdrivelse av en persons behov for å engasjere seg i meningsfulle aktiviteter, kan det føre til aktivitetsubalanse og påvirke helsen negativt ved å forårsake økt stress som igjen kan føre til depresjon (Duxbury et al. (1999) som sitert i Polatajko og Townsend, 2017).

Polatajko og Townsend (2017) viser også til at ikke alle meningsfulle aktiviteter fører til bedre helse, trivsel eller har terapeutisk verdi, selv om de oppleves som meningsfulle for pasienten. Eksempler kan være selvdestruktiv atferd eller bruk av ulovlige stoffer.

6.1.2 Aktivitet

6.1.2.1 Fysisk aktivitet

Typer fysisk aktivitet som blir gjennomført på informantenes arbeidsplass, er blant annet styrketrening, daglig trim og gåturer. Styrketrening og økt puls har en god effekt på depresjon, uttaler en informant. Dette støttes av Mæland (2016), som sier at regelmessig mosjon motvirker depresjon, virker stimulerende og meningsfullt, og er gledefylt i seg selv. Den ukentlige styrketreningen i treningssal, og den daglige trimmen på avdelingen, blir implementert i pasientens rutine, som kan bidra til å få pasienten ut av det inaktive mønsteret (Hansen, 2016; Kielhofner, 2017). Fysisk aktivitet vil si all bevegelse en gjør i hverdagen, i form av mosjon eller trening, og har mange helsemessige fordeler (Helsedirektoratet, 2014). Det forbedrer også evnen til å håndtere stress bedre (Helgesen, 2018). Mennesker som driver en eller annen form for trening regelmessig, oppnår lavere puls og blodtrykk i stressende situasjoner enn personer som ikke er aktive (Friedmann & Martin (2007) som sitert i Helgesen, 2018). Den fysiske aktiviteten må være regelmessig, og så anstrengende at den øker hjertefrekvensen og oksygenopptaket (Helgesen, 2018).

En kvalitativ studie foretatt av Searle *et al.* (2011) trekker frem at fysisk aktivitet kan oppleves som en overkommelig behandling, som kan forbedre humøret for et vidt spekter av mennesker med depresjon. En svakhet ved studien er at den kun tar for seg mild til moderat depresjon. Om mennesker med alvorlig depresjon ville uttalt det samme, kan det stilles spørsmål ved. I alvorlige tilfeller av depresjon kan smerter og hemmet motorikk også oppstå (Helgesen, 2018). Fysisk aktivitet kan virke som en distraksjon fra negative tanker og opplevelse av håpløshet, og gir en følelse av struktur i hverdagen (Searle *et al.*, 2011; Kielhofner, 2017). Resultatene fra studien kan brukes i ergoterapeuters praksis, men en svakhet er at det foreligger lite forskning om ergoterapeuters arbeid i den.

Fysisk aktivitet gjennom den daglige trimmen kan legge til rette for interaksjon med andre mennesker (Searle *et al.*, 2011), og kan føre til at pasientene føler tilhørighet til hverandre (*belonging*) (Hitch *et al.*, 2013). Hverdagen til eldre med depresjon som bor alene, er ofte preget av sosial isolasjon (Helsedirektoratet, 2009). Sosial stimulering og aktivisering er effektive virkemidler for å motvirke depresjon og skape nytt livsmot (Snoek og Engedal (2008) som sitert

i Helgesen, 2018). Dette støttes av Hitch *et al.* (2013) sin studie, der *belonging* og *doing* er to hoveddimensjoner i aktivitet.

6.1.2.2 Distraherende aktivitet

Pasientene som kommer inn på avdelingen, kan ha gått lenge uten tilstrekkelig med søvn, forteller en informant. Dette støttes av Bertelsen (2016), som sier at søvnforstyrrelser, avbrutt søvn og tidlige oppvåkninger er symptomer som viser seg hos en depressiv person. For at en skal kunne starte en bedringsprosess, må pasientene få sovet og hentet seg inn igjen. Dette er en grunn til at beroligende medikamenter er nødvendig i et behandlingsforløp, slik at de senere skal kunne delta i aktiviteter, forklarer informanten. På den annen side, er det ikke hensiktsmessig at pasienten får *for* mye beroligende heller. Da får de ikke eksponert seg for det de opplever som vanskelig, sier informanten. Dette støttes av Helgesen (2018), der det beskrives en gradvis eksponering for angstutløseren, før en konfronterer det en er engstelig for. Hvis en pasient gruer seg til å gå i butikken, og tar beroligende medikamenter før denne aktiviteten, får de ikke møtt det som er utfordrende, eksemplifiserer informanten. Da må en prøve at pasientene ikke skal ta beroligende før butikken, for å øve på at det går bra uten. Det gjelder å finne den gyldne middelvei – ikke ha for mye, men heller ikke for lite av medikamenter, sier en informant.

I arbeid med personer med depresjon har ergoterapeuter fokus på å støtte og oppmuntre pasienten i prosessen med å bryte ut av det passive og inaktive mønsteret (Hansen, 2016; Kielhofner, 2017). Slike mønstre i hverdagen er med på å danne vaner (Kielhofner, 2017), som kan hjelpe å organisere tid og ressurser (Matuska og Barrett, 2014). En informant nevner viktigheten av å komme seg opp om morgenen, ha god døgnrytme og gode rutiner. Dette underbygges av Solet (2014), som vektlegger det å ha gode sengerutiner. Å skape gode vaner og rutiner kan gjøres ved å strukturere dagene og ukene på en håndterlig måte og gradere aktivitetene slik at de oppleves som overkommelige for pasienten (Hansen, 2016). Å sove på dagtid kan hemme deltakelse i daglige aktiviteter (Solet, 2014). Det ideelle søvnmønsteret gir tilstrekkelig tid til uavbrutt søvn, harmonerer med døgnrytmen, og er konsistent (Solet, 2014). Hverdagslivet defineres og formes i stor grad av rutiner og mønstre som skapes ut ifra hvordan en mestrer ulike hverdagsaktiviteter (Kielhofner, 2017).

6.1.3 Motivasjon

Informantene motiverer pasientene til å delta i aktiviteter, og det er viktig å tenke at pasientene faktisk selv ønsker å delta. Dette underbygges av Helgesen (2018), som sier at en har mulighet til å velge aktiviteter fordi de er selvmotiverende, og gir oss glede og opplevelse av flyt. En kan tenke at noe som motiverer mennesker til å være i fysisk aktivitet, er at en ønsker å ha god helse og velvære (Mæland, 2016). Motivasjon handler om alt som gir atferden energi, retning og mål, og beskrives som en indre styrke som gir oss energi til å gjøre det som må til for å oppnå våre mål (Helgesen, 2018). For å motivere pasientene, finner informantene ut hva som kan passe for den enkelte pasient. Dette underbygges av Kielhofner (2017), som sier at det å finne en balanse mellom viljen og det en foretar seg i løpet av hverdagslivet, bidrar til tilfredshet i livet.

Flere av pasientene kan oppleve det som vanskelig å delta i aktiviteter med andre pasienter. Her tilpasser informanten aktiviteten eksempelvis ved å delta som en støttespiller, og på forhånd gi informasjon om hva som kommer til å skje. Dette støttes av Kielhofner (2017) som sier at når en har opplevd at en mestrer en aktivitet, åpner dette for gjentakelse av aktiviteten med positive følelser. Dette støttes også av Helfrich (2014), som legger til grunn for viktigheten av en persons deltakelse i meningsfulle aktiviteter, som både grunnlaget for og resultatet av motivasjon og mestringsfølelse.

Det gjelder å finne ut hva som er passe mengde motivering for den enkelte pasient, slik at det ikke kan oppleves som masing. Dette kan virke mot sin hensikt, slik at pasientene ikke ønsker å delta. Det er viktig å finne balansen med hva som er akkurat passe, mener en informant.

6.1.4 Intervensjon

6.1.4.1 Undervisning

På de ulike avdelingene der informantene jobber, er undervisning en del av tilbudet. Pasientene bærer på mye usikkerhet og spørsmål rundt depresjon og hva den innebærer, sier informantene. Undervisningen handler om blant annet depresjon, angst, og fysisk aktivitet. I etterkant av undervisningen, kan det tenkes at det kan åpnes for at pasientene kan ha en samtale med hverandre om det de nettopp ble undervist om, samt komme med råd og dele erfaringer. På denne måten kan pasientene få innspill på hva som har fungert før for å komme ut av

depresjonen, mestre hverdagen og motivere seg selv til å fortsette med den enkelte har begynt på. Dette underbygges av Helgesen (2018), som sier at støtte og oppmuntring fra andre kan gi en sterkere opplevelse av kontroll.

På den annen side har en informant erfart at erfaringsdeling i grupper kan føre til at pasientene sporer av til å snakke i negative baner, og drar hverandre ned i stedet for opp. Her kan det være nødvendig at en hindrer samtalen i å gå for langt, eller sette rammer for hva det er greit å snakke om på forhånd. I tillegg forutsetter erfaringsdelingen pasienter imellom at de er komfortable med og villig til å dele informasjon som kan anses å være av privat karakter. Undervisning er uansett en arena der pasientene kan snakke om og diskutere det aktuelle undervisningstemaet med hverandre og helsepersonell i trygge rammer.

Helgesen (2018) støtter bruk av undervisning, eller psykoedukasjon, som en behandlingsmetode i psykiatrien. Det trekkes frem et opplæringsprogram som skal gi kunnskaper om diagnosen, hva en vet og hva en ikke vet, hvordan dette oppleves for den enkelte pasient og hva en kan forvente seg fremover (Helgesen, 2018). Ergoterapeutforeningen (2013), Jung XT, Newton R. (2009), Gu J et al. (2015) som sitert i Hansen (2016) bekrefter at psykoedukasjon, med fokus på blant annet symptomer og behandling, har positiv effekt på behandlingsforløpet i form av færre tilbakefall og reinnleggelser. Ytterligere forskning underbygger dette. Dorph og Olsen (2016) viser til at bruk av psykoedukasjon kan forhindre nye episoder, reinnleggelser og øke den enkelte pasients kompetanse om egen diagnose.

6.1.4.2 Behandling i grupper og individuelt

Det kan være hensiktsmessig å starte med individuell behandling i pasientforløpet, ofte i form av samtaler, sier en informant. Dette strider imot Hansen (2016) sin forskning, som sier at i noen tilfeller kan det være vanskelig for pasienten å engasjere seg i en samtale. En kombinasjon av både individuell- og gruppebasert behandling må til, sier informantene. Når det gjelder gruppebasert behandling, eksempelvis undervisning, forklarer en informant at pasientene kan komme med råd til hverandre. Dette sammenfaller med erfaringene fra Mæland (2016) sin studie, som viser at gruppebasert pasientundervisning gir muligheter for systematisk læring, der pasientene også kan dra nytte av hverandres erfaringer (Mæland, 2016). Erfaringer fra Johansson og Björklund (2016) sin studie, der deltakerne så viktigheten av å dele erfaringer med noen på

samme alder, støtter også dette. Temaer i behandling nevnt av informantene, samsvarer med Duffy & Nolan (2005) som sitert i Ramsey og Swarbrick (2014) om aktiviteter i behandling i grupper og individuelt. En informant beskriver fordelene med grupper, som at pasientene føler at «de ikke er de eneste i verden som har det akkurat sånn».

Studien foretatt av Johansson og Björklund (2016) tok for seg effekten av ergoterapi for eldre i kommunale boliger, der målet var å forbedre den generelle helsen og den psykiske velværen. Deltakernes gjennomsnittsalder var 82 år, mange hadde kroniske lidelser, og studien inkluderte ikke eldre hovedsakelig med depresjon (Johansson og Björklund, 2016). En styrke ved denne studien er at det gruppebaserte behandlingsprogrammet tok for seg meningsfulle og utfordrende aktiviteter, basert på deltakernes personlige behov. Meningsfulle aktiviteter er en del av ergoterapeuters kjernekompetanse (Laberg *et al.*, 2017). I studien beskrives det også at deltakerne så på gruppen de var en del av, som et sted med positiv atmosfære, der de trivdes i hverandres selskap (Johansson og Björklund, 2016).

Det å være en del av en gruppe kan gi deg positive relasjoner (*belonging*), selvaksept og personlig vekst (*becoming*) (Hitch *et al.*, 2013), i tillegg til at en tilpasser evnene sine når det gjelder håndtering av tid, rom og sosiale interaksjoner (Johansson og Björklund, 2016). Dette taler for at pasientene kan bli tryggere på hverandre til å dele informasjon under gruppebehandlinger, eksempelvis undervisning. Deltakerne uttrykte viktigheten av å ha et mål for dagen, og at det å ha en gruppe og komme til ga uken deres struktur og rutine (Johansson og Björklund, 2016; Kielhofner, 2017).

Forskning viser at gruppebehandling gir større effekt på depressive symptomer enn individuell behandling (Toledano-González, Labajos-Manzanares og Romero-Ayuso, 2018; Johansson og Björklund, 2016). Individuell behandling som særlig trekkes frem av to informanter, er kjøkkenaktiviteter. På kjøkkenet på avdelingen baker pasientene kaker og muffins, trakter kaffe og liknende. Når det gjelder individuell behandling i form av slike aktiviteter, kan informanten samtale med pasienten underveis, eller i etterkant. På denne måten kan det trekkes inn eksempler for å vise sammenhenger, og en kan være mer personlig og direkte, sier en informant.

I tillegg til det gruppebaserte programmet, mottok deltakerne i studien til Johansson og Björklund (2016) også et maksimum på fire timer individuelle intervensjoner i uken. Studien viser at kombinasjonen av individuell og gruppebasert behandling, forbedret eldre personers egenopplevde helse, vitalitet, mentale helse og deres følelse av psykologisk velvære (Johansson og Björklund, 2016). En informant forteller at å bevege seg i andre omgivelser, og dra på tur, trekker frem det friske i pasienten. Studien til Johansson og Björklund (2016) konkluderer også med at å delta i meningsfulle og utfordrende gruppeaktiviteter i ulike omgivelser for å stimulere aktivitetsadapsjonsprosessen, er noe ergoterapeuter kan benytte seg av for at eldre skal kunne finne deres optimale aktivitetsidentitet. Annen forskning samsvarer med disse funnene. Omgivelser som utfordrer pasientens kapasitet, kan få frem engasjement, oppmerksomhet og maksimal ytelse (Csikszentmihalyi (1990), Kiernat (1983), Lawton & Nahemow (1973) som sitert i Kielhofner, 2017).

En informant erfarte at når pasienten skulle utføre en kjøkkenaktivitet på et fremmed kjøkken, fikk pasienten det ikke til. Da pasienten utførte aktiviteten i sitt eget, kjente kjøkken, mestret hun aktiviteten. Dette underbygges av studien til Toledano-González, Labajos-Manzanares og Romero-Ayuso (2018), som trekker frem at omgivelser spiller en rolle for å hjelpe personen med å øke eller redusere dens fysiske evner til å utføre en gitt oppgave. Annen teori støtter dette. Påvirkning fra omgivelsene, som for eksempel muligheter, begrensninger, støtte og krav, kan gjøre aktivitet mulig eller umulig for pasienten (Kielhofner, 2017). En annen informant forteller at pasientene ofte kan miste troen på seg selv, og ikke ønsker å ha noe ansvar under kjøkkenaktivitetene. Dette underbygges av Kielhofner (2017), som sier at bekymring på grunn av manglende tro på ens evner kan gripe forstyrrende inn i utøvelsen, selv om pasienten har de nødvendige, grunnleggende evnene.

6.1.4.3 Valg av intervensjon og alder

Fysisk aktivitet kan tilpasses etter pasientens utøvelseskapasitet, slik at pasienten har noe å strekke seg etter, men samtidig mestrer øvelsene, uttrykker en informant. Gåing, svømming, sykling og styrkeøvelser er eksempler på fysisk aktivitet. Disse eksemplene er ikke knyttet til én spesifikk aldersgruppe, og kan overføres til personer med depresjon i flere aldre. En informant sier at det omtrent er den samme behandlingen, «uansett om du er 25 eller 65». Dette

sammenfaller med resultatene i studien foretatt av Searle *et al.* (2011), som viser til at fysisk aktivitet kan oppleves som en overkommelig behandling av mennesker med depresjon i flere aldersgrupper. Det kan tenkes at mange av aktivitetene er de samme, men intensitetsnivået er forskjellig. En informant uttaler at de yngre pasientene muligens kan orke mer, men det kommer igjen an på i hvilken fase de er i.

Uansett alder, legger informantene vekt på å få med pasienten på mest mulig, og at det skal oppleves som meningsfullt. Hva som oppleves som meningsfulle aktiviteter for hver enkelt er unikt og personlig (Polatajko og Townsend, 2017). Flere studier er enige om at meningsfulle aktiviteter er et grunnleggende behov som er nødvendig for å overleve (Fidler & Fidler (1978), Polatajko (1992), Wilcock (2006) som sitert i Polatajko og Townsend, 2017). Dette underbygges av grunnleggende antagelser som går ut på at meningsfulle aktiviteter gjør livet meningsfylt, påvirker helse og trivsel, er idiosynkratiske samt organiserer tid og gir livet struktur (Polatajko og Townsend, 2017).

6.2 Metodediskusjon

6.2.1 Litteratursøk

Da forskerne startet med litteratursøk hadde de ingen spesiell strategi. De forsøkte seg frem med ulike søkeord som kunne være relevante, men hadde vansker med å finne gode artikler. Etter hvert begynte litteratursøkene å bli mer strukturerte, ettersom forskerne hadde et system med å skrive ned søkeordene som ble brukt. På den måten unngikk forskerne dobbelt arbeid ved at det ikke ble benyttet like kombinasjoner av søkeord. Etter veiledning med universitetsbibliotekar fikk forskerne opp øynene for nye databaser og søkeord. Det ble for eksempel forsøkt å ekskludere alder ettersom forskerne ikke var sikre på om intervensjonen og behandlingen ville variere med alder.

Under hele søkeprosessen er det benyttet en søkelogg hvor søkshistorikken er lagret. Dette opplevde forskerne som positivt da de lett kunne gå tilbake og se tidligere søk.

Ifølge informantene har ikke alder så mye å si for valg av intervensjon. Dette tar forskningsgruppen med seg som nyttig lærdom. Her kunne det blitt gjort ytterligere søk ved å ekskludere alder som et av søkeordene tidligere i prosessen.

6.2.2 Informanter

For å samle informanter la forskningsgruppen ut en forespørsel i en lukket gruppe på Facebook. For at aktuelle informanter skulle se denne forespørselen var det en forutsetning at en hadde en Facebook-profil og var medlem i denne gruppen. Her kan det hende at eventuelle informanter hadde gått glipp av denne forespørselen.

I denne studien er det inkludert tre informanter som ble intervjuet en gang hver. En fordel ved å ha få intervjuer er at dette ga forskerne muligheten til å gjøre en grundigere analyse enn hvis de hadde gjennomført flere intervjuer (Kvale *et al.*, 2019). Grunnet begrenset tid valgte forskningsgruppen å kun intervju tre informanter. Tre informanter er begrenset, og materialet fra intervjuene kan gjøre det vanskelig å generalisere hvordan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten arbeider med eldre med depresjon. Intensjonen med intervjuene var å få en grundig beskrivelse av hvordan ergoterapeutene jobber med den aktuelle brukergruppen. For å oppnå dette kan en gjennomføre intervjuer helt til metningspunktet er nådd, altså der nye intervjuer ikke tilfører noe nytt (Kvale *et al.*, 2019). Ved å ha tre informanter og gjennomføre tre intervjuer er metningspunktet trolig ikke nådd.

6.2.3 Intervju

Det er benyttet enkeltintervjuer fremfor fokusgruppeintervjuer. Valget falt på enkeltintervjuer fordi forskerne skulle ha svar på hvordan den enkelte informant arbeider på sin arbeidsplass. Fokusgruppeintervjuer kjennetegnes av en ikke styrende intervjustil, der målet er å få frem forskjellige synspunkter om temaet som er i fokus, i dette tilfellet hvordan ergoterapeuter jobber med eldre med depresjon (Kvale *et al.*, 2019).

Denne type intervju får ofte frem spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter (Kvale *et al.*, 2019). Ved å benytte denne type intervjustil kunne muligens forskerne fått enda mer spontane reaksjoner og svar, enn hva de gjorde med de semistrukturerte enkeltintervjuene. I de

semistrukturerte enkeltintervjuene som ble gjennomført hadde forskeren styring til enhver tid. Ved bruk av fokusgruppeintervju kan forskeren som styrer miste kontroll over intervjuforløpet, og intervjuet kan bli noe kaotisk (Kvale *et al.*, 2019).

6.2.3.1 Gjennomføring

Gjennomføringen av intervjuene ble fordelt mellom forskerne. To av intervjuene ble styrt av samme forsker, og et av den andre forskeren. Dette kan ha ført til ulikheter i intervjuene. For å gjøre arbeidsmengden lik blant forskerne valgte de å fordele det slik. Ingen av forskerne hadde gjort intervjuer tidligere, og på denne måten fikk begge to erfaringer fra gjennomføring av intervju. At intervjuerne hadde begrenset erfaring kan gi noe manglende flyt i intervjuene.

6.2.3.2 Utarbeidet intervjuguide

Etter det første intervjuet var det ønskelig å gjøre endringer i intervjuguiden. Dette var fordi bruk av den daværende intervjuguiden ga mye irrelevant materiale. Utfordringen var at ved å gjøre endringer i intervjuguiden vil en ikke kunne sammenlikne innsamlet materiale fra forskjellige informanter (Kvale *et al.*, 2019). Ettersom det ikke ble tilføyet noen nye spesifikke spørsmål til intervjuguiden, men heller fjernet spørsmål som ga irrelevante svar knyttet til forskningsspørsmålet, ble endringen vurdert som positiv. På denne måten svarte alle tre informantene på de samme temaene og spørsmålene, og svarene kunne sammenliknes.

6.2.3.3. Oppfølgingsspørsmål

Å stille gode oppfølgende spørsmål krever en fleksibel oppfølging på stedet av informantens svar, med fokus på forskningsspørsmålet (Kvale *et al.*, 2019). Under gjennomføringene av intervjuene ble det forsøkt å stille gode oppfølgingsspørsmål, men med mangel på erfaring gikk mange muligheter til grunne. Etter intervjuene følte forskerne at de hadde stilt gode oppfølgende spørsmål der det passet seg. Senere under arbeidet med transkripsjon, analyse og resultatdel oppdaget forskerne alle mulighetene til å stille oppfølgende spørsmål de hadde gått glipp av. Dette er trolig et resultat av mangel på erfaring. I intervjuene var forskerne ute etter spontane svar og reaksjoner, og da kan det være vanskelig å kunne planlegge oppfølgende spørsmål.

6.2.4 Intervjuanalyse

Da det transkriberte materialet skulle analyseres, ble det bestemt at bare det som kunne knyttes opp mot forskningsspørsmålet skulle analyseres. Det var dette som var det viktigste og relevant. Eksempel på uviktig materiale er der en informant forteller om hvordan hun starter sin arbeidshverdag på kontoret. Forskningsgruppen vurderte dette som ikke relevant ettersom det ikke sier noe om hvordan informanten arbeider med eldre med pasientene sine.

Under arbeidet med resultatdelen skulle det analyserte materialet benyttes, og her møtte forskerne på utfordringer med å kun benytte det analyserte materialet. Det manglet «kjøtt på beinet» og noe av materialet fra analysen ble ufullstendig og manglet sammenheng. Dette førte til at forskningsgruppen måtte gå tilbake i transkripsjonene for å hente mer materiale, analysere dette for så å bruke dette i resultatdelen. Dersom forskerne hadde analysert alt det transkriberte materialet fra starten av, kunne dette ekstraarbeidet vært unngått i etterkant.

6.2.5 Covid-19

Coronaviruset (Covid-19) har påvirket arbeidet med bacheloroppgaven i stor grad. Intervjuene med informantene måtte gjennomføres via telefon, istedenfor ansikt til ansikt slik som først planlagt. Et intervju er også kroppslig kommunikasjon (Kvale *et al.*, 2019), for eksempel ansiktsuttrykk og gestikulering. Forskerne mistet muligheten til å observere dette, samt å danne et bilde av setting og kontekst knyttet til informantene (Creswell, 2009). Intervjuene er tatt opp med en diktafon, og her møtte forskerne på utfordringer med lyd. Noe av lyden kunne lett bli uklart ettersom den ble tatt opp fra telefonen. Dette gjorde det til tider vanskelig å tyde hva som ble sagt.

Grunnet Covid-19 mistet forskerne muligheten til å oppholde seg på skolen og ble nødt til å arbeide hjemmefra. Dette opplevdes som utfordrende for forskerne, både med tanke på rom og plass, samt struktur og rutiner. Ingen av forskerne var vant med å arbeide sammen over for eksempel Skype. Forskerne ble dårlige på å sette krav til hverandre, og arbeidet ble ikke mye effektivt. Hadde det vært forutsett at arbeidet måtte foregå mye hver for seg, kunne mye vært planlagt på forhånd og gjort arbeidsprosessen lettere.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke erfaringer til ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten som arbeider med eldre personer med depresjon, sett i lys av aktivitet og deltakelse.

I resultatet fremkommer det at fysisk aktivitet, undervisning, motivasjon og meningsfull aktivitet er viktige elementer i arbeid med eldre med depresjon. Erfaringene til informantene harmonerer med funn i tidligere forskning om at fysisk aktivitet og mosjon har god effekt på depresjon og helsen generelt. Informantene har en overensstemmelse om at en kombinasjon mellom individuell og gruppebehandling må til, i motsetning til tidligere forskning. Der vektlegges gruppebehandling, som viser større effekt på depressive symptomer enn individuell behandling. Videre konkluderer informanter og tidligere forskning med at deltakelse i meningsfulle og utfordrende gruppeaktiviteter i ulike omgivelser, eksempelvis tur, kan stimulere aktivitetsadapsjonsprosessen.

Undervisning, eller psykoedukasjon som behandlingsmetode, gir pasienten informasjon om blant annet egen diagnose og fysisk aktivitet. Dette bidrar til å forebygge reinnleggelser, og har positiv effekt på behandlingsforløpet, samt at det øker kompetansen til den enkelte pasient.

Informantene har blant annet til felles at de forsøker å skape gode rutiner og vaner hos pasientene. Dette gjør at de dagligdagse aktivitetene struktureres slik at det kan oppleves som overkommelig. Informantene har stort fokus på å motivere pasientene til deltakelse. Her gjelder det å finne ut hva den enkelte motiveres av, og hva som kan passe for den enkelte. Dette støttes av forskning. Det gjelder å finne en balanse med hva som er akkurat passe mengde motivering. Det er pasientens deltakelse i meningsfulle som både er grunnlaget og resultatet av motivasjon og mestringsfølelse. Under kartlegging vektlegger informantene meningsfull aktivitet hos den enkelte pasient. Informanten finner ut av hva pasienten var interessert i, og som ga mening og glede før depresjonen.

Funnene i denne studien har stor sammenheng sett opp mot teori og tidligere forskning.

Denne studien har bidratt til økt kunnskap om feltet, men det er fortsatt behov for videre forskning. Videre ville det vært interessant å se på hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber med eldre med depresjon med tanke på aktivitet og deltakelse.

8.0 Referanseliste

- Aldring og Helse (2020) *Depresjon hos eldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/alderspsykiatri/depresjon-hos-eldre/> (Hentet: 11.03.20).
- Bertelsen, A. (2016) Kapittel 2. Psykiatriens grunnbegreber, i Johannsen, S., Jørgensen, P. og Nyboe, L. (red.) *Psykiatri*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 27-34.
- Bogdan, R. og Biklen, S. K. (2007) *Qualitative research for education : an introduction to theory and methods*. 5. utg. Boston, Mass: Pearson A & B.
- Chippendale, T. og Bear-Lehman, J. (2012) Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial, *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 66(4), s. 438-446. doi: 10.5014/ajot.2012.004291.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles: SAGE.
- Dalgard, O. S. og Bøen, H. (2007) *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. (978-82-8082-225-3). Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20081-forebygging-av-depresjon-med-hovedvekt-pa-individrettede-metoder.pdf>.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene (2013) *Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst)*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 04.03.20).
- Direktoratet for e-helse (2020) *F32 Depressiv episode*. Tilgjengelig fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/2599495> (Hentet: 25.02.20).
- Dorph, L. og Olsen, N. B. (2016) Kapittel 29. Fysioterapi til pasienter med affektive lidelser, i Johannsen, S., Jørgensen, P. og Nyboe, L. (red.) *Psykiatri*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 323-327.
- Hansen, T. E. A. (2016) Kapittel 19. Ergoterapi til pasienter med affektive lidelser, i Johannsen, S., Jørgensen, P. og Nyboe, L. (red.) *Psykiatri*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 245-249.
- Helfrich, C. A. (2014) Principles of Learning and Behavior Change, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 588-603.
- Helgesen, L. A. (2018) *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 11.03.20).
- Helsebiblioteket (2018) *Litteratursøk*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#En> (Hentet: 06.03.20).
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. (IS-1561). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf> /attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf (Hentet: 20.02.20).
- Helsedirektoratet (2014) *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. (IS-2170). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf> /attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf (Hentet: 25.04.20).
- Hitch, D. *et al.* (2013) Evidence based guidelines to improve engagement and participation for people experiencing depression, *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(1).
- Jensen, H. M. (2016) Kapittel 7. Affektive sindslidelser, i Johannsen, S., Jørgensen, P. og Nyboe, L. (red.) *Psykiatri*. 2. utg. København: Munksgaard, s. 79-84.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt.

- Johansson, A. og Björklund, A. (2016) The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation: A mixed-design study, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), s. 207-219. doi: 10.3109/11038128.2015.1093544.
- Kielhofner, G. (2017) *MOHO : modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til uddannelse og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.
- Kvale, S. *et al.* (2019) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laberg, T. *et al.* (2017) Ergoterapeuters kjernekompetanse ; alle skal kunne delta, *Ergoterapeuten*, 60(6), s. 54-56.
- Lohman, H., Byers-Connon, S. og Padilla, R. L. (2019) *Occupational therapy with elders : strategies for the COTA*. 4. utg. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Matuska, K. og Barrett, K. (2014) Patterns of Occupation, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 163-172.
- Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl. NTNU (2020) *Koronaviruset - informasjon for ansatte og studenter ved Fakultet for medisin og helsevitenskap*. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Koronaviruset+-informasjon+for+ansatte+og+studenter+ved+Fakultet+for+medisin-+og+helsevitenskap+-+MH> (Hentet: 12.03.20).
- Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (2017) *Menneskelig aktivitet II : en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. 1. utg. København: Munksgaard.
- Ramsey, R. og Swarbrick, P. (2014) Providing Occupational Therapy Services for Persons with Psychiatric Disabilities, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 936-945.
- Searle, A. *et al.* (2011) Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study, *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(585), s. 149. doi: 10.3399/bjgp11X567054.
- Solet, J. M. (2014) Sleep and Rest, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 714-730.
- Toledano-González, A., Labajos-Manzanas, T. og Romero-Ayuso, D. M. (2018) Occupational Therapy, Self-Efficacy, Well-Being in Older Adults Living in Residential Care Facilities: A Randomized Clinical Trial, *Frontiers in Psychology*, 9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01414.
- Zuiderveen, A. *et al.* (2016) Encouraging Occupation: A Systematic Review of the Use of Life Review and Reminiscence Therapy for the Treatment of Depressive Symptoms in Older Adults, *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(3), s. 281-298. doi: 10.1080/0164212X.2016.1145090.
- Øvereng, A. (2019) *Nyttig på nett om depresjon hos eldre*. Tilgjengelig fra: <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/nyttig-pa-nett-om-depresjon-hos-eldre> (Hentet: 25.02.20).

9.0 Vedlegg

9.1. Søkelogg

Litteratursøk: Søkehistorikk					
Søkedato	Søkeord	Database	Kombinasjon	Ant. treff	Artikkel
19.02.20	1. Occupational Therapy 2. Depression 3. Older adults or elderly or seniors or geriatrics	Cinahl	1 AND 2 AND 3	130	<i>Encouraging Occupation: A Systematic Review of the Use of Life Review and Reminiscence Therapy for the Treatment of Depressive Symptoms in Older Adults.</i>
02.03.20	1. Depression 2. Aged 3. Occupational Therapy	Medline	1, 2 AND 3	38	Ingen relevante artikler
02.03.20	1. Depression 2. Aged 3. Social participation 4. Activity	Medline	1, 2, 3 AND 4	27	<i>Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries.</i>
05.03.20	1. Occupational therapy 2. Occupational therapist 3. OT 4. depression 5. activities of daily living 6. participation	Academic Search Complete	1 OR 2 OR 3 AND 4 AND 5 AND 6	14	<i>Evidence Based Guidelines to Improve Engagement and Participation for People Experiencing Depression</i>
05.03.20	1. Activities of daily living 2. Social participation OR patient participation OR community participation 3. Depression	Academic Search Complete	1 OR 2 AND 3 AND 5	130	<i>Occupational Therapy, Self-Efficacy, Well-Being in Older Adults Living in Residential Care Facilities: A Randomized Clinical Trial</i>

	4. Psychiatric hospitals 5. Occupational therapy OR occupational therapists				
09.03.20	1. Aged 2. Mental Health 3. Participation 4. Patient Participation 5. Community Participation 6. Social Participation 7. Health Promotion	Medline	1 AND 2 AND (3 OR 4 OR 5 OR 6) AND 7	21	<i>The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older people's health, well-being, and occupational adaptation</i>
11.03.20	1. Aged 2. Mental Health 3. Participation 4. Patient Participation 5. Community Participation 6. Social Participation 7. Health Promotion	Embase	1 AND 2 AND (3 OR 4 OR 5 OR 6) AND 7	31	Ingen relevante artikler
13.03.20	1. Depression 2. Social isolation 3. Interpersonal relations	Medline	1 AND 2 AND 3	283	Lette etter forskning på relasjoner. Fant mye om ensomhet og selvmord.
13.03.20	1. Social isolation 2. Depression 3. Interpersonal relations 4. Aged	Medline	1 AND 2 AND 3 AND 4	90	<i>Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. (2016). Kan denne også være relevant? → Loneliness and depression in the elderly: the role of social network</i>

9.2 Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «Aktivitet og deltakelse hos eldre med depresjon»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om eldre med depresjon, og hvordan ergoterapeuter bidrar til meningsfulle aktiviteter for den enkelte, og tilrettelegger deltakelse for dem i hverdagen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår bacheloroppgave våren 2020. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til eldre og depresjon. Vår problemstilling er «Hvordan jobber ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten med eldre med depresjon, med tanke på aktivitet og deltakelse? Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten og har takket ja til å delta via telefonsamtale. Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et individuelt intervju på cirka 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med eldre med depresjon. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Camilla Pedersen og Sofie Blomkvist, veileder Tone Torgersen og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.20. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Camilla Pedersen (student), epost: camipede@stud.ntnu.no, telefon: 99503408
- Sofie Blomkvist (student), epost: idasbl@stud.ntnu.no, telefon: 46878663
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no, telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no, telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen
Prosjektansvarlig

Sofie Blomkvist og Camilla Pedersen

(studenter)
(Prosjektansvarlig/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Aktivitet og deltakelse hos eldre med depresjon» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Intervjuguide

Intervjuguide for intervju til bacheloroppgave ved NTNU Gjøvik

Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none">· Takk for at du vil stille opp· Introdusere oss selv· Innhente samtykke· Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette· Anonymitet· Sletting av opptak etter endt datainnsamling· Spør om noe er uklart
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none">· Start opptak· Kort presentasjon av hver enkelt· Introdusere oppgavens formål

Hoveddel: spørsmål knyttet opp mot temaet

Nr	Tema	Intervju: spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	Vi vil nevne først at vi er ute etter din jobbhverdag med eldre med depresjon. <ul style="list-style-type: none">• Hvordan er arbeidsplassen din organisert?• Har du videreutdanning?• Jobber du i team, og hvilke yrkesgrupper er i teamet?	Døgnplasser? Antall senger Liggetid Hvor mange ergoterapeuter? Tverrfaglig team
		<ul style="list-style-type: none">• Jobber du med eldre med depresjon som hoveddiagnose eller som tilleggsdiagnose? Evt. hvilke andre diagnoser/lidelser har pasienten?• Hvordan jobber du med eldre med depresjon?	
2	Tematiske spørsmål		
Kartlegging/intervensjon			

		<ul style="list-style-type: none"> • Kan du nevne noen typiske intervensjoner for eldre med depresjon? • Kan du fortelle hvordan du som ergoterapeut kartlegger? • Vi er ute etter intervensjoner knyttet til eldre, men har du noen erfaringer med om det er ulike typer intervensjoner for yngre og eldre? 	Hvis "tidlig intervensjon" er nevnt, spør om fordelene med tidlig intervensjon
Aktivitet og deltakelse			
		<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle hvordan du jobber med aktivitet og deltakelse? • Hva gjør du for å tilrettelegge for at eldre med depresjon skal kunne delta i aktivitet? • Kan du nevne noen aktiviteter? 	Meningsfulle aktiviteter Fysisk aktivitet Empowerment Deltakelse i sosiale aktiviteter Mestringsfølelse
		<ul style="list-style-type: none"> • Har du erfaringer med gruppeaktiviteter kontra individuelle aktiviteter/intervensjoner? 	Fordeler og ulemper
		<ul style="list-style-type: none"> • Har du noen tanker eller erfaringer med aktivitet og deltakelse kontra medikamentell behandling? 	Kombinasjon?
3	Oppsummerende spørsmål	Oppsummere funn Er det noe du ønsker å legge til?	

Avslutning

	Takke for deltakelse Skru av diktafon
--	--

