

10034 & 10046

Aktivitetsbalanse og alvorlig depresjon

Å fremme aktivitetsbalanse ved bruk av aktivitetsbaserte tiltak hos voksne med alvorlig depresjon (MDD)

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Juni 2021

10034 & 10046

Aktivitetsbalanse og alvorlig depresjon

Å fremme aktivitetsbalanse ved bruk av aktivitetsbaserte tiltak hos voksne med alvorlig depresjon (MDD)

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Aktivitetsbalanse og alvorlig depresjon

Å fremme aktivitetsbalanse ved bruk av aktivitetsbaserte tiltak hos voksne med alvorlig depresjon (MDD)

Occupational balance and MDD

Promoting occupational balance with the use of activity-based measures in adults with major depressive disorder (MDD)

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Kandidatnummer: 10034 & 10046

Kull: PET18

Antall ord: 8498

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven

Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Samfunnsmessig forankring	4
1.2 Depresjon, behandling og ergoterapi	5
1.2.0 Depresjon.....	5
1.2.1 Årsaker / Risikofaktorer.....	5
1.2.2 Aktivitetsutfordringer ved alvorlig depresjon.....	6
1.2.3 Behandling.....	6
1.2.4 Ergoterapi og alvorlig depresjon.....	7
1.3 Problemstilling	8
2.0 Aktivitetsteori	8
2.1 Ergoterapeutisk arbeidsprosess og aktivitetsbaserte tiltak	8
2.2 Aktivitetsbalanse	9
3.0 Metode	10
3.1 Problemstilling og søkeord	10
3.2 Datainnsamling	11
3.3 Inklusjon og eksklusjon	11
3.4 Valg av artikler	12
3.5 Analyse av valgte artikler	12
4.0 Funn	13
4.1 Hva påvirker aktivitetsbalanse?	13
4.1.0 Tidsbruk og døgnrytme.....	13
4.1.1 Sosial deltagelse.....	13
4.1.2 Arbeid og fritid	14
4.1.3 Aktiviteter i dagliglivet.....	14
4.1.4 Meningsfulle aktiviteter og tilfredshet.....	15
4.2 Hva kjennetegner tiltak?	15
4.2.0 Kartlegging	15
4.2.1 Målsetting	16
4.2.2 Aktivitetsplanlegging.....	16
4.2.3 Problemløsning	16
4.2.4 Gruppebasert / sosialt.....	17
4.2.5 Gradering av aktivitet	17
4.2.6 Psykoedukasjon, opplæring og aktivitetsferdigheter	17
4.2.7 Videreføring av strategier og ferdigheter i dagliglivet.....	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Aktivitetsbalanse & Aktivitetsbaserte tiltak	19
5.1.0 Tidsbruk og døgnrytme:.....	19
5.1.1 Sosial deltagelse og ferdigheter:	19
5.1.2 Arbeid og fritid:	20
5.1.3 Aktiviteter i dagliglivet:.....	22

5.1.4 Meningsfulle aktiviteter og tilfredshet:.....	23
5.2 Praktiske implikasjoner	24
5.3 Etisk refleksjon	25
5.4 Metoderefleksjon.....	25
6.0 Konklusjon	25
7.0 Referanseliste	27

Sammendrag

Et av kjennetegnene ved alvorlig depresjon er svært redusert aktivitet, samt utfordringer med å oppnå og ivareta aktivitetsbalansen. Disse utfordringene er ofte innenfor personlig hygiene, sosialisering, og arbeid. Ergoterapeuter benytter ofte aktivitetsbaserte tiltak i arbeid med denne pasientgruppen. Målet med denne studien er å finne ut hvordan personer med alvorlig depresjon opplever aktivitetsbalanse, hva som kjennetegner tiltak og hvordan disse aktivitetsbaserte tiltakene påvirker aktivitetsbalanse hos personer med alvorlig depresjon.

En scoping review strategi er benyttet for å undersøke hvilke tiltak som brukes, hvilken betydning de har på aktivitetsbalanse og hvilke prinsipper kjennetegner tiltak for denne brukergruppen. Funnene fra artiklene er analysert med tekstkondensering.

Funn viser at aktivitetsbasert tiltak for denne gruppen har et felles fokus på tidsbruk, samt å øke aktivitetsnivå ved bruk av aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Forskning viser også at de i en alvorlig depressiv episode kan ha et større behov for økt sosial deltakelse og fysisk aktivitet. Metodene for å jobbe med denne brukergruppen er sterkt knyttet til kartlegging av aktiviteter og bevisstgjøring av tidsbruk. Det å øke tilfredshet med aktivitetsutførelse er også relevant for forbedret aktivitetsbalanse. Funnene viser mulige fokusområder og behandlingsmetoder i arbeid rettet mot aktivitetsbalanse. Videre drøftes disse funnene mot bakgrunnsinformasjon og teori for å legge frem forslag til praksisen av ergoterapi ved alvorlig depresjon og prøve på svare på problemstillingen.

Som ergoterapeuter har vi en unik kompetanse når det kommer til aktivitet og deltagelse. Ergoterapiens integrerte syn om helse og fokus på brukersentrering legger til rette for at aktivitetsteori blir innført i behandlingsstrategier i nye områder innen helse.

Nøkkelord: *Alvorlig depresjon, aktivitetsbalanse, ergoterapi, aktivitet, tiltak*

1.0 Innledning

1.1 Samfunnsmessig forankring

Depresjon og andre angstlidelser utgjør den største delen av psykiske lidelser i verdenen (World Health Organization, 2017). Ifølge statistikk fra en *Global Burden of Disease* studie er det over 264 millioner mennesker med depresjon (James et al., 2017). Depresjon vil ramme rundt 20 prosent av verdensbefolkningen i løpet av livet (Reneflot et al., 2018). I en studie av Fava et al. (1997) om komorbiditet for personer med Major Depressive Disorder, eller alvorlig depresjon, vises det at 50% har også en form for angstlidelse. Angstlidelser og depressive lidelser deler andreplass av ledende årsaker til helsetap i Norge (Reneflot et al., 2018). Med helsetap menes konsekvenser og belastninger som fører til redusert helse på grunn av sykdom (Reneflot et al., 2018). I tillegg til primære effekter og symptomer av depresjon, øker dødeligheten av andre sykdommer med 60-80% (Otte et al., 2016). I høyinntektsland mottar kun 50-60% av personer med alvorlig depresjon effektiv behandling, og i lavinntektsland er det mindre enn 10% som får effektiv behandling (Otte et al., 2016). Psykiske lidelser er årsaken til over en tredjedel av alle personer som mottar uførestønad, noe som kan gi store økonomiske og sosiale utfordringer (Reneflot et al., 2018). En viktig konsekvens av depresjon er at landsdekkende systemer for sosial støtte blir belastet som fører til store økonomiske tap. For eksempel, en studie fra USA viser at depresjon forårsaker 200 millioner tapte arbeidsdager, og koster mellom 17 og 44 milliarder dollar hvert år (Chipman, 2014)

Elkin et al. (1989) beskriver at personer med alvorlig depresjon ikke alltid får nytte av behandling som kan fungere godt for de med mildere og moderate depresjoner (Elkin et al., 1989). I en studie på forskjellige behandlingsmetoder for depresjon, konkluderer Hollon, Thase & Markowitz (2002) at selv om det er bevis på at mange forskjellige medikamenter, terapiformer og andre behandlinger fungerer mot symptomene av depresjon, er det fortsatt noen tilfeller der ingen behandling fungerer. De forklarer også at det kan være behov for kontinuerlige behandling for at symptomene ikke skal vedvare, da depresjon virker å være kronisk i noen tilfeller (Hollon et al., 2002). Det er vanlig at noen symptomer og funksjonstap vedvarer etter remisjon og 80% av personer med alvorlig depresjon opplever tilbakefall (Otte et al., 2016). Personer som mottar behandling på en institusjon har større sannsynlighet for remisjon enn personer som får behandling utenfor institusjoner. Dette kan være på grunn av at personer med mer alvorlig depresjon får behandling på institusjon (Otte et al., 2016).

1.2 Depresjon, behandling og ergoterapi

1.2.0 Depresjon

“Ved typiske depressive episoder [...] lider personen vanligvis av depressivt stemningsleie, interesse- og gledeløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet” (Verdens Helseorganisasjon, 2019, s.66). Alvorlighetsgraden for depresjon kan variere fra å oppleve redusert stemningsnivå og milde depressive symptomer til alvorlige depressive episoder (Wenborn, 2014). Ved alvorlig depresjon vil symptomene være lik mildere depresjon, men de vil oppleves / vises i høyere grad og større omfang. Under ICD-10, et diagnostiseringsverktøy utgitt av verdens helseorganisasjonen, er alvorlig depresjon kategorisert som en stemningslidelse (Verdens Helseorganisasjon, 2019). Diagnosen av alvorlig depresjon ifølge ICD-10 krever at man har nedsatt stemningsleie, interesse- og gledeløshet og økt tretthet, som er alle tre hovedsymptomene, i tillegg til minst fire andre symptomer, og at depressive episodene er tilbakevendende. “Andre vanlige symptomer er: redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder), triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utføring av, selvskaide eller selvmord, søvnforstyrrelser, redusert appetitt” (Verdens Helseorganisasjon, 2019, s.66). Prognosen av depresjon er påvirket av blant annet varighet og antall tidligere episoder med depresjon (Kessing & Andersen, 2005).

1.2.1 Årsaker / Risikofaktorer

En depressiv episode kan utløses av ulike emosjonelle forandringer og reaksjoner til stress, men alvorlig depresjon er ikke bare en opplevelse av sterke negative emosjoner. Det skjer målbare forandringer i nevrofysiologien til den deprimerte hjernen (Harvard Health Publishing, 2009). Utløsning av depressive episoder er forårsaket av blant annet negative livsforandringer, sykdom, tap av familiemedlemmer eller venner, eller økonomiske og sosiale utfordringer (Otte et al., 2016). Risikofaktorer inneholder; demografiske faktorer som alder, kjønn og etnisitet; sosioøkonomiske faktorer som fattigdom, arbeidsledighet, lønnsforskjeller og lavt utdanningsnivå; fysiske og sosiokulturelle omgivelsesfaktorer som dårlig infrastruktur, overbefolkning, vold, krig, diskriminering og dårlig sosial støtte; livsstilsfaktorer som alkohol og rusbruk, dårlig kosthold og lav fysisk aktivitet; og personlige faktorer som opplevde traumer og utfordringer i barndommen (Otte et al., 2016). Genetikk og arvelighet har også stor betydning for forekomst og alvorlighetsgrad av depresjon (Harvard Health Publishing, 2009).

1.2.2 Aktivitetsutfordringer ved alvorlig depresjon

Mange av symptomene som kjennetegner depresjon kan føre til ulike aktivitetsutfordringer og kan ha stor betydning for hverdagen til den enkelte. Ifølge ICD-10, "Under en alvorlig depressiv episode er det svært sjelden at pasienten er i stand til å fortsette sine aktiviteter sosialt, på arbeidsplassen eller hjemme, eventuelt kun i meget begrenset grad" (Verdens Helseorganisasjon, 2019, s.69). Helgesen (2018) legger til at depresjon kjennetegnes av tap av glede i hverdagsaktiviteter samt manglende energi til å iverksette aktivitet. Når en psykisk lidelse forårsaker utfordringer som hemmer aktivitetsutførelse, resulterer det i en ubalanse mellom de nødvendige og ønskelige aktiviteter for personen. Denne aktivitetsubalansen kan ifølge Jacobsen & Sørensen (2013) utfolde seg i det sosiale og kan bidra til ensomhet og isolasjon. Jacobsen & Sørensen (2013) beskriver konkrete eksempler på aktivitetsutfordringer som oppstår av psykiske lidelser som alvorlig depresjon. De aktivitetsutfordringene som blir belyst er følgende: personlig hygiene; innkjøp og matlagning; bruk av offentlig transport; overvekt; initiativtaking; sosial kontakt og nettverk; samt struktur i hverdagen (Jacobsen & Sørensen 2013). Den sistnevnte aktivitetsutfordringen, å strukturere hverdagen, er noe som ofte gjentar seg i litteraturen om depresjon. Stadnyk, Townsend & Wilcock (2014) forklarer at en hensiktsmessig struktur i hverdagen betyr ikke nødvendigvis at man opplever aktivitetsbalanse, men at meningsfullhet i aktiviteter er essensielt. Hverdagsstrukturen er sterkt knyttet til aktivitetsplanlegging, tidsbruk, døgnrytme, meningsfullhet samt aktivitetsbalanse, og er en viktig del av sykdomsbildet som vi ønsker å se nærmere på i oppgaven.

1.2.3 Behandling

I tradisjonell behandling av depresjon, er hovedfokus å behandle den aktuelle episoden. Det finnes også tiltak som kan forhindre tilbakefall og fremtidige episoder (Hollon et al., 2002; Otte et al, 2016). Moderat og alvorlig depresjon kan behandles både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Behandlingsmetodene som kan bli tatt i bruk ved depresjon er psykoterapi og antidepressive medikamenter (Hollon et al., 2002). I tillegg kan elektroshokkbehandling bli brukt ved svært alvorlige og / eller behandlings-resistent depresjoner, men ifølge Hollon et al. (2002) kan denne type behandling føre til hukommelsestap og nedsatt kognisjon.

Psykologisk behandling, antidepressive medikamenter, elektroshokkbehandling eller en kombinasjon av disse er de mest brukte behandlingsmetodene for depresjon (Hollon et al., 2002). Kognitiv atferdsterapi er den terapeutiske modellen som blir brukt mest, som har god effekt og som blir støttet opp av vitenskapelig litteratur (Hollon et al., 2002). Antidepressive

medikamenter blir brukt ved mer alvorlige depresjoner da disse medikamentenes effekt er klarest dokumentert for tilfeller av moderat og alvorlig depresjon (Hollon et al., 2002). Ved mildere depresjoner er nytten av antidepressive medikamenter minimal (World Health Organization, 2020). Til tross for positiv effekt ved bruk av antidepressive medikamenter ved behandling av moderat til alvorlig depresjon, kan disse medikamentene også føre til bivirkninger som forsterker tidligere nevnte symptomer som for eksempel fare for å fremkalle selvmordstanker, vektforandringer, redusert libido eller endring i søvnmønster (Norsk Legemiddelhåndbok, 2015) En studie fra 2013 viser at tverrfaglig behandling har bedre positive langtidseffekter og er foretrukket av pasienter over tradisjonell behandling (Richards et al., 2013).

1.2.4 Ergoterapi og alvorlig depresjon

Ergoterapeuter jobber allerede i akutt-psykiatrien, men de får ofte roller som går ut på kartlegging av ADL, organisering og gjennomføring av gruppeaktivitet eller individuell terapi med fokus på ADL-funksjon (Simpson, Bowers, Alexander, Ridley & Warren, 2005). En utfordring som mange ergoterapeuter opplever i akutt psykiatrien er at de får veldig kort tid sammen med pasienter og det er derfor utfordrende å jobbe brukersentrert og lage meningsfulle mål. Begrenset tid har ført til flere generaliserte grupper med bestemte aktiviteter, mindre pasientkontakt og tillitsbygging samt mindre brukersentrering (Simpson et al., 2005).

I en artikkel publisert i 2020 i *American Journal of Occupational Therapy*, er det lagt fram et forslag til økt bruk av *Behavioral Activation* (BA) teknikker i arbeid med pasienter med kroniske sykdommer som alvorlige psykiske lidelser (Brick, Lyons, Rodakowski & Skidmore, 2020). BA var utviklet og brukt i psykologifeltet i arbeid med alvorlig depresjon allerede i 1974 (Lewinsohn, 1974). BA legger vekt på aktivitetsplanlegging og aktivitetsengasjement med mål om å øke frekvensen for utførelsen av meningsfulle aktiviteter (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). BA er en strukturert tilnærming som fokuserer på målsetting, aktivitetsplanlegging, aktivitetsanalyse, og ferdighetstrening (Kanter et al., 2010). Brick et al. (2020) gir eksempler på anvendelsen av BA og argumenterer for at BA bør bli en del av utdanning, praksis og forskning innenfor ergoterapi fremover. BA har et stort potensial for ergoterapi innenfor behandling av alvorlig depresjon for å skape varig aktivitetsengasjement (Brick et al., 2020). I en artikkel fra 2007, kommer det også frem at *activity scheduling* kan fungere som et bra behandlingsalternativ for kompleks og svært alvorlig depresjon siden den krever lite kunnskap og innsikt fra pasientens side (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007).

Siden vi ønsker å fokusere på en brukergruppe som opplever alvorlige symptomer i et komplekst sykdomsbilde, er det viktig å tenke på etiske dilemmaer som kan oppstå i behandlingen. Jacobsen & Sørensen (2013) tar opp dette temaet ved å diskutere ivaretagelse av brukerens integritet og autonomi. De beskriver at i enkelte situasjoner kan det være vanskelig å jobbe ut fra brukerens egne ønsker når de ikke klarer å uttrykke seg eller ta hensiktsmessige beslutninger. I slike situasjoner er det en utfordring å vite hvordan man skal håndtere og bygge samarbeidet i terapiprosesser. For å opprettholde respekt og åpenhet i terapien kreves det innsikt i brukerens reaksjonsmønstre og hvordan psykiske lidelser påvirker den enkeltes hverdag (Jacobsen & Sørensen 2013).

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av vår forståelse av temaet ønsker vi å utforske om aktivitetsbasert terapi kan være et aktuelt og hensiktsmessig alternativ, eller supplement til et behandlingsforløp for å bidra til økt aktivitetsbalanse hos voksne med alvorlig depresjon. Videre i oppgaven ønsker vi å utforske påvirkningsfaktorer av aktivitetsbalanse, og se nærmere på ergoterapeutiske tiltak som er utarbeidet for denne brukergruppen. Vi har formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan aktivitetsbaserte tiltak i arbeidet med voksne mennesker med alvorlig depresjon bidra til aktivitetsbalanse?

For å utforske vår valgte problemstilling ser vi det hensiktsmessig å svare på følgende delspørsmål;

- Hva påvirker aktivitetsbalanse?
- Hva kjennetegner tiltak?

For å utforske problemstillingen vil det også være nødvendig å forholde oss til et aktivitetsperspektiv for å avgrense omfanget av oppgaven til temaer relevant til ergoterapi. En beskrivelse av ergoterapeutisk arbeidsprosess, aktivitetsbasert tiltak og aktivitetsbalanse vil bli presentert i neste del.

2.0 Aktivitetsteori

2.1 Ergoterapeutisk arbeidsprosess og aktivitetsbaserte tiltak

Aktivitet er ofte beskrevet som mål og middel for den ergoterapeutiske prosessen (Jepsen & Larsen, 2013). Ergoterapiprosessen med aktivitetsperspektivet kan i mange tilfeller dreie seg om *Person, Environment and Occupation* - modellen (PEO) (Law et al., 1996). Modellen tar

for seg forholdet mellom personen, omgivelsene og aktiviteten, og hvordan de påvirker hverandre. Et dynamisk samspill mellom disse delene er avgjørende for aktivitetsutførelse og engasjement (Law et al., 1996). I arbeid er ikke ergoterapeuter nødvendigvis opptatt av selve sykdommen, men de aktivitetsutfordringene og funksjonstap som oppstår som følge av sykdommen, samt ressursene til personen. Jepsen & Larsen (2013) beskriver at prosessen skal baseres på en analyse av aktivitetens krav og meningsfullhet, personens ressurser, behov, motivasjon og evner, samt omgivelsenes krav og muligheter.

For å utforme effektive aktivitetsbaserte tiltak, konkluderer Jepsen & Larsen (2013) at den beste aktivitetsutførelsen, høyest engasjement og opplevelse av flow kommer av en “optimal overensstemmelse” mellom aktivitet, person og omgivelser. I Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) modellen er det beskrevet at et effektivt tiltak skal være relevant til hverdagen til pasienten og foregå i naturlige omgivelser, der formålet er bestemt av pasienten, samt at aktiviteten selv har betydning for pasienten (Fisher, 2018). Ifølge Fisher (2018) er målet med ergoterapi å involvere pasienten så mye som mulig i terapeutisk aktivitet. Ergoterapeuter er eksperter på bruk av aktivitet som behandlingsmetode. Å bruke aktivitet som tiltak innebærer at aktiviteten kan utformes og graderes for å støtte engasjement og deltagelse for å nå brukerens mål.

2.2 Aktivitetsbalanse

Aktivitetsbalanse blir i fagboken *Nordisk Aktivitetsvidenskap* definert som en variasjon mellom forskjellige aktiviteter, i en grad der det ikke bare er én aktivitet som dominerer hele tiden, samt opplevelsen av meningsfulle aktiviteter (Morville & Larsen, 2017). I tillegg til dette blir aktivitetsbalanse definert som en opplevd balanse i de ulike aktivitetene og den totale mengden aktiviteter man er engasjert i, som samsvarer med ens ressurser når det gjelder tid, energi og evner (Morville & Larsen, 2017). Wilcock (2006) definerer begrepet som en balanse mellom deltagelse i aktivitet som fører til velvære. Denne balansen kan for eksempel være mellom fysiske, psykiske og sosiale aktiviteter; mellom valgte og pålagte aktiviteter; mellom anstrengende og avslappende aktiviteter, eller mellom å gjøre og å være. Aktivitetsbalanse er dynamisk og i stadig endring, og blir oppnådd om man er tilfreds med aktivitetene man har til rådighet, samt opplever et samsvar med både kravene til aktiviteten og ens ressurser (Morville & Larsen, 2017). Videre forklarer Morville & Larsen (2017) hvordan aktivitetsubalanse kan skyldes arbeidsledighet, manglende meningsfulle aktiviteter, for mye aktivitet eller utførelse av uønsket aktivitet.

3.0 Metode

Vår metode ble utformet som en *scoping review* for å få en oversikt over eksisterende litteratur og ressurser om temaet (McKinstry, Brown, & Gustafsson, 2014). Dette er en egnet metode da vi ønsker å strukturere litteratursøket og samle litteratur som er relevant til problemstillingen. Vår prosess til en Scoping Review tok utgangspunktet i rammeverket beskrevet av Arksey & O'Mally (2005), der de beskriver fem trinn. Det fire første trinnene er inkludert i metodedelen, og det siste trinnet som handler om presentasjon av funn blir beskrevet i funndelen.

I det første trinnet identifiseres problemstillingen og hvilke begrensninger formuleringen av problemstillingen har for prosessen vurderes. I det første trinnet identifiseres problemstillingen og hvilke begrensninger formuleringen av problemstillingen har for prosessen vurderes. Problemstillingen er styrende for valg av søkeord og metode som kan ha stor effekt på omfanget av oppgaven.

Trinn to fokuserer på å identifisere artikler som er relatert til problemstillingen. Dette steget begynner med valg av spesifikke søkeord og søkemotorer. Deretter setter man i gang med litteratursøket og samler relevante artikler som danner grunnlaget av datamaterialet / empiri om temaene i studien.

I trinn tre velger man de mest relevante artiklene og studiene fra samlet datamateriale, samt systematiserer inklusjons- og eksklusjonskriterier (Arksey & O'Mally, 2005). Ved å gjennomføre et systematisk utvalg av artikler kunne vi sikre kvaliteten og relevansen av funnene som kan svare på problemstillingen.

Trinn fire handler om identifisering og gruppering av funn. Dette kan gjøres ved å benytte forskjellige analysemetoder for å systematisere informasjonen og resultatene som kommer frem i artiklene. I en scoping review kan artikler inneholde både kvalitative og kvantitative data, og en analyse for å gruppere disse er derfor nødvendig.

3.1 Problemstilling og søkeord

Vår undersøkelse i temaet tok utgangspunkt i formulering av problemstillingen vår. Problemstillingen er basert på våre interesser, samfunnsrelevans, faglig perspektiv, tidligere kunnskap og erfaringer. Problemstillingen ble presentert i innledningen av oppgaven for å vise sammenhengen mellom vår forskning, bakgrunnsinformasjon om temaet, og det teoretiske perspektivet vi benytter. Søkeord relatert til vår problemstilling var; depression; adult; activity; occupational therapy; og activity balance.

3.2 Datainnsamling

I starten av søkeprosessen begynte vi med å søke i diverse databaser som; Google Scholar, Oria, Amed, Ovid, PubMed og PsychInfo. Vi valgte nettopp disse databasene på grunn av at de inneholder fagfelleverderte artikler fra et bredt spekter av helsereelatert forskning. Google Scholar ble benyttet innledende i søkeprosessen for å utforske hvilke områder og søkeord kunne være nyttig å bruke videre i prosessen. Denne databasen er derimot ikke spesielt egnet for nyere faglitteratur og fagfellevurdering, og med bakgrunn av dette benyttet vi oss av de andre databasene i søket videre. De andre databasene gir muligheten for å avgrense søket til nyere og fagfelleverderte tidsskrifter, samt har diverse andre avgrensingsmomenter. Vi søkte i Amed, Oria, Ovid, PubMed og PsychInfo med søkeordene “occupational balance”, “mental illness”, “adult”, “activity balance”, “depression”, “time”, “activity”, “major depressive disorder” og “occupation-based intervention” i ulike kombinasjoner. Søkeordene som ble valgt til litteratursøket er knyttet til problemstillingen og ved å gjennomføre et søk med disse i ulike kombinasjoner kom vi frem til alt fra null til ca. 180 000 treff.

3.3 Inklusjon og eksklusjon

For å strukturere søket og samle informasjon som kan svare på vår problemstilling, vil det være nyttig å utarbeide inklusjon- og eksklusjonskriterier. For å sikre oss at artiklene vi valgte å ta med i denne besvarelsen var av god kvalitet, var det essensielt for oss å velge artikler som er fagfelleverdert. Vi avgrenset derfor søket til treff på fagfelleverderte artikler. På bakgrunn av erfaringer gjort fra innledende søk og begrenset antall treff med norske ord, valgte vi å avgrense søket til engelske søkeord tidlig i søkeprosessen, dette for å få flere treff enn hva vi hadde gjort om vi hadde søkt på norsk. Ifølge Otte et al. (2016) har det vært mye forskning på alvorlig depresjon i den siste tiden. På bakgrunn av dette så vi det nødvendig å avgrense tidsrommet til de siste 15 årene for å få med de mest oppdaterte behandlingsmetoder og teorier, samt for å begrense antall treff.

Videre avgrenset vi søket til voksne personer med alvorlig depresjon, da dette er brukergruppen vi ønsker å legge fokus på i problemstillingen. Med voksne menes det mennesker i alderen 18-65. Andre artikler som ikke handlet kun om alvorlig depresjon, men for eksempel alvorlige psykiske lidelser ble inkludert så lenge det fantes tydelige resultater / treff i artikkelen som omhandlet vår valgte brukergruppe. Selv om vi ikke hadde et fokus på et spesifikt land / kultur under søkeprosessen, ønsket vi likevel å avgrense søket til studier som hadde blitt gjennomført i land som kan oppfattes som kulturelt sammenlignbare og med like levekår. Dette begrunner

vi med at det kan være store kulturbaserte forskjeller i verdioppfattelsen av aktiviteter (Bendixen & Madsen, 2013). Dette førte til ekskludering av studier med tydelige kulturelle forskjeller som viste seg i daglige rutiner, verdier og sosiale kontekster.

3.4 Valg av artikler

Artiklene ble valgt ved å lese overskriftene og abstraktene til alle artiklene vi satt igjen med etter å ha benyttet valgte seleksjonskriterier. Etter søkeprosessen endte vi med å velge ut åtte artikler som møtte kriteriene for studien. Artiklene som ble valgt blir presentert.

3.5 Analyse av valgte artikler

Vi valgte å analysere artiklene ved hjelp av systematisk tekstkondensering, som ifølge Malterud (2017) er en hensiktsmessig metode som kan benyttes for å analysere flere forskjellige typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. Ved å benytte oss av systematisk tekstkondensering kan det hjelpe oss med å oppsummere kunnskap som kan svare på problemstillingen vår. Analysen består av fire trinn, og de blir gjennomført i følgende rekkefølge; danne et helhetsinntrykk; identifisere meningsdannede enheter; abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene; og sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

Vi startet med å lese artiklene for å bli kjent med materialet og få et helhetsinntrykk. Etter å ha lest gjennom artiklene diskuterte vi de med hverandre for å danne en felles forståelse av dem. På bakgrunn av dette satte vi oss noen foreløpige temaer knyttet til problemstillingen. For å finne sentrale elementer i artiklene leste vi resultat og konklusjon, og markerte det som kunne hjelpe oss å svare på problemstillingen vår. Vi ønsket å finne ut hva som påvirker aktivitetsbalanse og på hvilken måte, samt fellestrekk av eksisterende tiltak. Vi markerte både ord, setninger og avsnitt som vi så på som relevante, samt kategoriserte disse i hovedtema og undertema. Hovedtemaer var valgt basert på deler av problemstillingen artiklene kunne gi svar på. Undertemaer var valgt basert på de spesifikke delene av artiklene som ga informasjon knyttet til hovedtemaene. Siden vi valgte å stille delspørsmål for å svare på problemstillingen, var det hensiktsmessig å kategorisere hovedtemaene etter disse. Undertemaer var derfor kategorisert basert på hvilke delspørsmål de kunne gi svar på. Ved å kategorisere de fikk vi en oversikt over de aktuelle funnene som kan svare på vår problemstilling. Tabell over hoved- og underkategoriene er presentert i tabell 3 i funn.

4.0 Funn

På grunn av omfanget i denne oppgaven har vi valgt å trekke ut de funnene som kan kobles sammen for å få en helhetlig oversikt over temaer som omhandler problemstillingen vår. Dette gjorde vi ved å stille delspørsmål for å oppdage funn som kan belyse forskjellige aspekter av problemstillingen. I resultatdelen blir det presentert en tabell med de valgte artiklene. Videre vil hovedbudskapet fra artiklene bli beskrevet og presentert ved hjelp av hovedtemaene, samt tilknyttede undertema.

4.1 Hva påvirker aktivitetsbalanse?

4.1.0 Tidsbruk og døgnrytme

To av artiklene (Eklund, Erlandsson & Leufstadius, 2011; Gunnarsson, Hedberg, Håkansson, Hedin & Wagman, 2021) tar for seg og forklarer hvordan tidsbruk i hverdagen, livsstil og søvn er en stor utfordring for mennesker med alvorlig depresjon. Eklund et al. (2011) beskriver at det er en sammenheng mellom tidsbaserte aktivitetsmønstre og aktivitetsbalanse fordi tilfredshet og verdi av daglige aktiviteter samsvarer med aktivitetsbalanse. Dette betyr at måten mennesker organiserer tiden sin på er av betydning for hvordan de oppfatter sin aktivitetsbalanse (Eklund et al., 2011). Følgende utfordringer knyttet til tidsbruk i hverdagen ble tydeliggjort av Gunnarsson et al. (2021); utfordringer med å stå opp om morgenen; sovne og sove lenge nok; utarbeide og opprettholde daglige rutiner og ukentlige planer; slappe av; håndtere stress; og være spontan. Eklund et al. (2011) forklarer hvordan personer som er aktive om dagen og hviler om natta opplever større verdi av aktiviteter, enn de som er lite aktiv om dagen og / eller hadde snudd om døgnet. De påpeker også at det er vanskelig for personer som snur døgnet å opprettholde et sosialt liv (Eklund et al., 2011).

4.1.1 Sosial deltagelse

Eklund et al. (2011) og Gunnarsson et al. (2021) beskriver aktivitetsutfordringer knyttet til sosial deltagelse. Som nevnt tidligere beskriver Eklund et al. (2011) hvordan utfordringer med å opprettholde et sosialt liv oppstår når man har et forstyrret søvnmønster. Utfordringer med å delta i sosiale sammenhenger, som for eksempel å møte andre mennesker og delta i sosiale aktiviteter blir beskrevet av Gunnarsson et al. (2021). I tillegg forklarer de utfordringer med å nedprioritere møter med venner og å besøke familie. Det å planlegge deltagelsen i så stor grad at de ender opp med å ikke delta i det hele tatt er også beskrevet (Gunnarsson et al., 2021). Videre utdyper Gunnarsson et al. (2021) at det oppstår utfordringer med å opprettholde en balanse mellom å delta sosialt og være hjemme.

4.1.2 Arbeid og fritid

Eklund et al. (2011) understreker viktigheten av betalt arbeid og arbeidslignende forhold for mennesker med psykiske lidelser. Eklund & Argentzell (2016) belyser en signifikant forskjell som indikerer at de som hadde arbeid var *over-occupied*. Videre forklarer de at det kan tyde på at deltagere som rapporterte å være i balanse i arbeid har senket sine ambisjoner for arbeidslivet, da det er fåtallet av de som har betalt arbeid. Gunnarsson et al. (2021) beskriver at en utfordring kan være å finne seg en ny jobb, og at dette kan være på grunn av manglende evner til å jobbe for øyeblikket. Videre beskriver Gunnarsson et al. (2021) følgende utfordringer; begrenset kontakt og kommunikasjonsutfordringer med kollegaer og ledere; å håndtere jobben på grunn av konsentrasjons- og hukommelsesvansker; å ta initiativ, samt planlegging eller oppfølging av arbeidsoppgaver. Enkelte deltagere rapporterte også utfordringer knyttet til energimangel, smerter og stress, samt opplevd kaos og støy i arbeidsmiljøet (Gunnarsson et al., 2021).

Eklund et al. (2011) forklarer hvordan en mulig aktivitetsubalanse innenfor fritid og arbeid fører til mer tid brukt på egenomsorg og mindre tilfredshet med hverdagsaktivitetene. Artikkelen (Eklund et al., 2011) sier også at denne brukergruppen utfører flere passive aktiviteter, vanligvis alene, som for eksempel å sitte stille og se på TV. Enkelte rapporterte at de hadde for mange stillesittende aktiviteter (Gunnarsson et al., 2021). Gunnarsson et al. (2021) forklarer hvordan enkelte opplevde utfordringer med å både finne og delta i aktiviteter, samt at flere hverken fikk glede av eller prioriterte fritidsaktiviteter. I tillegg opplevde enkelte utfordringer med konsentrasjon og engasjement i rolige aktiviteter (Gunnarsson et al., 2021). Som følge av for mye planlegging og for høye krav til seg selv var det flere som opplevde utfordringer med for mye eller for lite deltagelse i fysisk aktivitet (Gunnarsson et al., 2021). Andre utfordringer var; deltagelse i kulturelle aktiviteter; og deltagelse på dagsturer eller lengre reiser (Gunnarsson et al., 2021).

4.1.3 Aktiviteter i dagliglivet

Når det gjelder *Activities of Daily Living* (ADL) belyser Eklund & Argentzell (2016) og Gunnarsson et al. (2021) utfordringer ved blant annet husarbeid; å ta vare på eiendelene sine; rengjøring; planlegging og handling ved matlaging; samt kort- og langtids planlegging, som å åpne post og administrere personlig økonomi. Utfordringer med personlig hygiene samt av- og påkledning ble belyst av Gunnarsson et al. (2021). Eklund & Argentzell (2016) nevner at egenomsorg er ett av de feltene der flertallet av både kvinner og menn følte seg i balanse.

4.1.4 Meningsfulle aktiviteter og tilfredshet

Studien av Eklund et al. (2011) konkluderte at verdien av og tilfredshet med daglige aktiviteter indikerer opplevd aktivitetsbalanse. Eklund et al. (2011) forklarer også at det å ha mer å gjøre generelt var forbundet med å oppleve mer meningsfullhet i hverdagen. Dette utdyper de med at personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha særlig fordel av å utføre aktiviteter som gir en umiddelbar og konkret verdi (Eklund et al., 2011). Videre påpeker Eklund & Argentzell (2016) tydelige ulemper med å være *under-occupied* og understreker viktigheten av at ergoterapeuter og andre fagpersoner innen psykisk helsetjeneste tilbyr støtte for meningsfulle og tilfredsstillende aktiviteter for denne brukergruppen.

Eklund & Argentzell (2016) forklarer hvordan aktivitetsbalanse er assosiert med tilfredshet med daglige aktiviteter og utførelsen av disse. Videre belyser Eklund et al. (2011) hvordan de som blant annet hadde arbeid eller deltok på dagsenter kunne ha en annen oppfatning av symbolsk verdi og tilfredshet med daglige aktiviteter, enn de som ikke hadde det. utfordringer med å utføre diverse aktiviteter og deretter ikke være fornøyd med resultatet ble beskrevet av Gunnarsson et al. (2021).

4.2 Hva kjennetegner tiltak?

4.2.0 Kartlegging

Flere artikler som utforsket spesifikke tiltak eller behandlingsmetoder rettet mot alvorlig depresjon trekker frem en form for aktivitetskartlegging og kartlegging av aktivitetshistorie som en viktig del av tiltaket (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund, Tjörnstrand, Sandlund, & Argentzell, 2017; Gunnarsson, Wagman, Hedin, & Håkansson, 2018). *Balancing Everyday Life* (BEL) er basert på andre typer *lifestyle intervention* og første steget i prosessen er å analysere situasjoner i både fortid og nåtid (Eklund et al., 2017). *Action Over Inertia* (AOI) har fokus på å reflektere over nåværende aktivitetsbalanse og engasjement (Edgelow & Krupa, 2011). I *Tree Theme Method* (TTM) skal pasienter fortelle om sin livshistorie med fokus på hverdagslige aktiviteter (Gunnarsson et al., 2018). *Behavioral Activation* (BA) teknikker har fokus på kartlegging av *patterns of avoidance and withdrawal* innenfor daglige rutiner (Dimidjian et al., 2006). Noen av disse metodene hadde størst fokus på kartlegging av aktiviteter i dagliglivet for å avdekke potensielle utfordringer eller forandringer som følge av depresjonen (Dimidjian et al., 2006; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018;). AOI, i motsetning til de andre, retter kartleggingen mot nåværende aktiviteter og rutiner (Edgelow & Krupa, 2011).

4.2.1 Målsetting

Målsetting er også fremhevet i flere eksisterende tiltak for alvorlig depresjon (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018;). I tillegg til korttidsmål, inkluderer noen av disse metodene langtidsmål også etter endt terapi (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011). Dimidjian et al. (2006), Eklund et al. (2017) og Gunnarsson et al. (2018) fokuserer på at målene skal både være hensiktsmessig for pasientens helse og være meningsfulle. BA metoder har et utvidet mål for at pasienten skal delta i aktiviteter som støtter engasjement og økt aktivitetsnivå i fremtiden (Dimidjian et al., 2006). Dette er basert på strukturen av BA behandling, der funksjon og ferdigheter er prioritert (Dimidjian et al., 2006).

4.2.2 Aktivitetsplanlegging

Alle de valgte tiltakene inkluderer en form for aktivitetsplanlegging (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano, De Beer & Roos 2021). I noen tiltak er aktiviteten utført i terapitimen, og i andre tiltak er fokuset på aktiviteter i hverdagslivet utenfor terapitimen (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano et al., 2021). I noen metoder styrer pasienten selv planlegging av aktiviteten i motsetning til andre med terapeutstyrte aktivitetsplanlegging basert på pasientens ønsker og behov (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano et al., 2021). Det er også forskjeller mellom fokus på enkelt aktiviteter og sekvensielle aktiviteter (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano et al., 2021). BA og AOI benytter aktivitetsplanlegging rettet mot strukturerte og tidsbaserte aktiviteter i dagliglivet (Edgelow & Krupa, 2011; Dimidjian et al., 2006).

4.2.3 Problemløsning

Noen av tiltakene inkluderer problemløsning som en del av prosessen (Dimidjian et al., 2006; Eklund et al., 2017; Ramano et al., 2021). I BA fokuserer man på pasientens utfordringer, ferdigheter, ressurser og forståelse for å løse problemer (Dimidjian et al., 2006). Der undersøkes blant annet pasientens ferdigheter og kapasitet, forståelsen av utfordringer, samt spesifikke strategier for å løse utfordringer (Dimidjian et al., 2006). I andre tiltak jobber pasienten aktivt enten alene eller i grupper for å løse utfordringer (Eklund et al., 2017; Ramano et al., 2021).

4.2.4 Gruppebasert / sosialt

Gruppebasert tiltak er også en etablert metode. Ramano et al. (2021) og Eklund et al. (2017) beskriver gruppebasert tiltak med fokus på relasjonsbygging, samarbeid og sosiale ferdigheter. I tillegg oppfordrer Eklund et al. (2017) deltagere til å holde kontakt etter endt intervensjon. Andre tiltak har fokus på sosiale ferdigheter og nettverk utenfor terapien, der relasjoner er kartlagt og utfordringer knyttet til sosiallivet er utforsket (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Gunnarsson et al., 2018).

4.2.5 Gradering av aktivitet

Gradering av aktivitet er sentralt i flere av tiltakene (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Ramano et al., 2021). Ramano et al. (2021) har fokus på deltagerens opplevelse av flow, der oppgavens vanskelighetsgrad er tilpasset basert på hver deltagers begrensninger og ressurser. Dette fremmer endring, vekst og mestring. Edgelow & Krupa (2011) og Dimidjian et al. (2006) tar utgangspunkt i aktiviteter som er direkte knyttet til målene og som kan graderes. Utfordrende aktiviteter kan også mestres med bruk av rolle-spill og utforskning av andre strategier (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011).

4.2.6 Psykoedukasjon, opplæring og aktivitetsferdigheter

Andre fellestrekk i artiklene er bruk av opplæring og psykoedukasjon. Hver BEL-økt begynner med en opplæringsdel med forskjellige temaer som aktivitetsbalanse, mening og motivasjon, sunn livsstil, arbeids-relaterte aktiviteter, fritid og hvile og sosiale aktiviteter (Eklund et al., 2017). Både Eklund et al. (2017) og Edgelow & Krupa (2011) ga deltagerne informasjon om forholdet mellom alvorlige psykiske lidelser, aktivitetsbalanse og engasjement. Opplæring om bruk av fritid i tillegg til spesifikk ferdighetstrening er en del av tiltaket beskrevet av Ramano et al. (2021). Dimidjian et al. (2006) fokuserer på opplæring av ferdigheter knyttet til valg av aktiviteter som støtter engasjement, i tillegg til strategier som bidrar til økt tilstedeværelse og mindre negativ tenkning (Dimidjian et al., 2006).

4.2.7 Videreføring av strategier og ferdigheter i dagliglivet

Alle de valgte tiltakene la vekt på at lærte strategier og ferdigheter skulle videreføres fra terapi til hverdagslivet (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano, De Beer & Roos 2021). Eklund et al. (2017) og Gunnarsson et al., (2018) bruker *hjemmelekser* for å oppfordre deltagerne til å øve på strategier lært i møtene. Ramano et al. (2021) hadde mest fokus på overføringsverdien av lærte ferdigheter under terapi til hverdagslivet. I AOI identifiserer deltagerne progresjon av ferdigheter mellom

timene og diskuterer hvilke strategier fungerer (Edgelow & Krupa, 2011). I BA får deltagerne opplæring i kognitive strategier som skal benyttes aktivt i hverdagslivet (Dimidjian et al., 2006).

Tabell 1.0: Oversikt over analysen av funn

Oversikt over analysen av funn		
Hovedkategorier	Aktivitetsbalanse	Tiltak
Sub-kategorier	Tidsbruk og Døgnrytme	Kartlegging Målsetting
	Sosial deltagelse	Aktivitetsplanlegging Problemløsning
	Arbeid og fritid	Gruppebasert/sosialt Gradering av aktivitet
	Aktiviteter i dagliglivet	Psykoedukasjon, opplæring og aktivitetsferdigheter
	Meningsfulle aktiviteter og tilfredshet	Videreføring av strategier og ferdigheter i dagliglivet

5.0 Diskusjon

I denne delen skal vi diskutere rundt og prøve å svare på vår problemstilling ved hjelp av bakgrunnskunnskap, det vi har presentert i resultatdelen, samt faglig og teoretisk perspektiv. Vi vil først tolke våre funn på bakgrunn av de valgte teoretiske perspektivene om aktivitet og aktivitetsbalanse, deretter drøfte hvilken betydning funnene har for vår forståelse av problemstillingen, samt implikasjoner i praksis. Problemstillingen som skal besvares er:

“Hvordan kan aktivitetsbaserte tiltak i arbeidet med voksne mennesker med alvorlig depresjon bidra til aktivitetsbalanse?”

Vi velger å strukturere diskusjonen basert på hvordan resultatene kan kobles sammen for å forsøke å svare på problemstillingen. Her vil vi diskutere aktivitetsutfordringer knyttet til aktivitetsbalanse, hvordan tiltak adresserer disse utfordringene og hva teorien sier om denne sammenhengen. Dette for å drøfte hvilke elementer kan være viktig i aktivitetsbasert behandlingen av alvorlig depresjon. Detaljer fra funnene vil også bli trukket frem for å tydeliggjøre sammenhengen mellom teori og hvordan de anvendes i praksis.

5.1 Aktivitetsbalanse & Aktivitetsbaserte tiltak

5.1.0 Tidsbruk og døgnrytme:

Funn viser at tidsbruk, struktur i hverdagen og døgnrytme utgjør store utfordringer for personer med alvorlig depresjon (Eklund & Argentzell, 2017; Gunnarsson et al., 2021). Disse utfordringene kan føre til en aktivitetsubalanse kjennetegnet av for mye tidsbruk i passive fritidsaktiviteter, forstyrret søvnmønster og opplevelsen av mindre meningsfullhet i hverdagen. Denne typen aktivitetsubalanse kan også føre til forverring av symptomer. En dårlig strukturert hverdag som inneholder lite meningsfullhet kan forsterke følelser av nedstemthet. I tillegg kan en hverdag som ikke inneholder aktivitet som støtter engasjement føre til at personer med alvorlig depresjon opplever mindre meningsfullhet og tilfredshet. Et forstyrret søvnmønster kan føre til manglende energi til å initiere aktiviteter som igjen kan gi følelser av dårligere selvtillit og mindreverdighetsfølelse. Sammenhengen mellom selvforsterkende symptomer, funksjon og meningsfullhet i hverdagen blir tydelig når man ser på hvordan funn relaterer til teorien om aktivitetsbalanse.

Siden antidepressive medikamenter kan blant annet påvirke søvnmønsteret, kan det være aktuelt å benytte aktivitetsplanlegging som et alternativ for å strukturere hverdagen. Moreville & Larsen (2017) beskriver at det er viktig med variasjon i aktiviteter og struktur i hverdagen. Funn gjenspeiler også mye bakgrunnsinformasjon som omhandler typiske utfordringer for brukergruppen og viser elementer av tiltak som er utarbeidet basert på denne informasjonen. Mange tiltak for alvorlig depresjon tar utgangspunkt i personens tidsbruk, hverdagsstruktur og døgnrytme. Dette er ofte kartlagt som et første steg i den terapeutiske prosessen. Tiltak kan øke selvinnsikt om strukturen av hverdagen og noen inneholder opplæring i hvordan tidsbruk kan påvirke aktivitetsbalanse. Aktivitetsplanlegging er et gjentakende element i tiltak, og denne strategien kan påvirke aktivitetsbalanse positivt gjennom strukturering av døgnrytme, fysisk aktivitet og planlegging av flere produktive og arbeidsrettede aktiviteter. Fisher (2018) legger til at målet med ergoterapi er å involvere brukere så mye som mulig i terapeutisk aktivitet. Dette kan praktiseres innenfor aktivitetsplanlegging hos personer med alvorlig depresjon ved å ha et mål om å øke antall aktiviteter i hverdagen eller tid brukt i aktiviteter, gitt at de er meningsfulle og fremmer en hensiktsmessig aktivitetsbalanse.

5.1.1 Sosial deltagelse og ferdigheter:

Ifølge Morville & Larsen (2017) er sosiale forhold avgjørende for opplevelsen av aktivitetsbalanse, og sosiale kontekster kan ha fremmende eller hemmende effekt på deltakelse i aktivitet som vil påvirke ens opplevelse av balanse. Funn fra Eklund et al. (2011) og

Gunnarsson et al. (2021) støtter denne beskrivelsen og legger til at utfordringer med overplanlegging, nedprioritering og opprettholdelse av kontakt med venner og familie er rapportert av deltagere (Gunnarsson et al. 2021). Vår forståelse av overplanlegging er at personen hadde lagt for mange planer, eller overvurderte sine sosiale ferdigheter og hadde for store forventninger til seg selv. Som belyst av Otte et al. (2016) er sosiale omgivelser også sentrale faktorer i både utløsning av depressive episode og utgjør en risikofaktor for depresjon. Disse utfordringene kan oppleves som belastende for personer som ikke mestrer sosiale situasjoner, som etter hvert kan føre til at de slutter å søke sosial kontakt. Eklund et al. (2011) beskriver at de som snur døgnnet på grunn av depressive symptomer opplever utfordringer med sosial deltagelse, da deres døgnrytme ikke er optimal for deltakelse i samfunnet og arbeidslivet. Derfor kan opplæring og opptrening av sosiale ferdigheter være viktig i arbeidet med personer med alvorlig depresjon for å bidra til aktivitetsbalanse

Sosiale aktiviteter i dagliglivet er vanskelig å gradere og tilpasse på samme måte som ADL, arbeid og fritid. Derfor kan tiltak som inneholder bruken av rollespill være nyttig for de som ikke mestrer utfordringer i sine relasjoner. Rollespill gjør det mulig å trene på ferdigheter og strategier i skjermede og støttende omgivelser, som gjør mulighetene for mestring større. Flere av tiltakene inneholdt elementer knyttet til sosiale ferdigheter. Eklund et al. (2017) og Gunnarsson et al. (2018) oppfordrer deltagerne til å øve på strategier lært i møtene for å mestre sosiale utfordringer i hverdagen. De understreker overføringsverdien av terapi til hverdagslivet, og det kan tenkes at slike strategier kan fungere godt for oppbygging av sosiale ferdigheter. Noen av tiltakene var gruppebasert med fokus på samarbeid og sosiale ferdigheter. Deltagelse i sosiale grupper kan skape tilhørighet som kan være en kilde til meningsfullhet i hverdagen. Å delta i sosiale grupper med personer som har like erfaringer og utfordringer i hverdagen kan føre til en følelse av tilhørighet. Moreville & Larsen (2017) støtter at sosial deltagelse er viktig for en bedre aktivitetsbalanse. Med et helhetlig blikk på funnene ser man at sosiale ferdigheter kan være et viktig element i arbeid med alvorlig depresjon. På bakgrunn av dette vil tiltak som retter fokus mot utvikling av sosiale ferdigheter og nettverk være essensielle.

5.1.2 Arbeid og fritid:

Selv om Moreville & Larsen (2017) beskriver arbeid som en positiv faktor til aktivitetsbalanse generelt, viser funn fra Eklund & Argentzell (2016) at personer med alvorlig depresjon kan føle seg *over-occupied*. De forklarer at dette kan være på grunn av senkede ambisjoner innenfor arbeidslivet. Det kan også tenkes å være på grunn av symptomer som gjør at deltagere følte de

ikke mestret arbeid, eller brukte for mye tid på det. Arbeid kan derfor være et vanskelig tema i behandlingen, da funn viser at det kan både fremme og hemme aktivitetsbalanse (Eklund & Argentzell, 2016; Gunnarsson et al., 2021). Det er viktig for ergoterapeuter å være klar over forskjeller i individuelle ressurser, forutsetninger og utfordringer da dette kan være sentralt i å finne løsninger for deltagelse i arbeidslivet. Arbeidsledighet er beskrevet som en risikofaktor for utvikling av depresjon og kan også være en utløsende faktor for depressive episoder (Otte et al, 2016). Dette begrunner videre hvorfor aktivitetsbasert tiltak rettet mot arbeidslivet kan være et viktig fokusområde.

Et spesielt viktig funn er at arbeidsledighet eller for få fritidsaktiviteter kan føre til økt tidsbruk på P-ADL og mindre tilfredshet med aktiviteter (Eklund et al. 2011). Dette viser at forholdene mellom forskjellige typer aktivitet, som arbeid og fritid har stor betydning for tidsbruk i andre aktivitetsområder. Dette kan være viktig å huske på i arbeid med personer med alvorlig depresjon og spesielt når man vurderer verdien av arbeid og fritid under aktivitetsplanlegging i tiltak som AOI, BEL, TTM og BA (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018).

Gunnarsson et al. (2021) forklarer hvordan enkelte opplevde utfordringer med å både finne og delta i fritidsaktiviteter, samt at flere hverken fikk glede av eller prioriterte disse aktivitetene. Ergoterapeuter må derfor være god på å bruke strategier og metoder som kan være motiverende og fremme meningsfullhet. Funn fra Eklund et al. (2011) viser at personer med depresjon utfører flere isolerte og passive fritidsaktiviteter. Interesse- og gledeløshet er ifølge Verdens Helseorganisasjon (2019) ett av hovedsymptomene i depresjon, noe som kan forklare inaktiviteten denne brukergruppen opplever i fritiden. Noen av tiltakene er gruppebasert og har et fokus på blant annet relasjonsbygging, sosiale ferdigheter og nettverk utenfor terapien (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018; Ramano et al., 2021). Opplæring om verdien av aktiv fritid, samt videreføring av strategier lært i terapi kan være nyttig for denne brukergruppen for å bidra til en bedre aktivitetsbalanse. Ved å benytte hjemmelekser kan man oppfordre brukergruppen til å utforske og delta i nye fritidsaktiviteter, både alene og sammen med noen. Dette kan være nyttig i arbeid rettet mot aktivitetsbalanse.

Et viktig element er tilgjengeligheten av arbeid og fritidsaktivitet i omgivelsene. Det kan være sosiale og kulturelle barrierer til deltagelse og ergoterapeuten må være klar over disse og hvordan de påvirker mulighetene for den enkelte. Sosialt stigma og diskriminering er

kontekstuelle faktorer som kan hemme personer med alvorlig depresjon og kan være urelatert til lidelsen selv. De samme faktorer er også risikofaktorer og kan føre til utløsning av depressive episoder. Derfor er konteksten av arbeid og fritid viktig for å jobbe med disse områdene og kan være et fokusområde i behandling med mål knyttet til aktivitetsbalanse.

5.1.3 Aktiviteter i dagliglivet:

Eklund & Argentzell (2016) og Gunnarsson et al. (2021) belyser utfordringer knyttet til både instrumental- og personal activities of daily living. I motsetning til andre aktiviteter i dagliglivet, viser funn fra Eklund & Argentzell (2016) at deltagere rapporterte å føle seg i balanse i forhold til egenomsorg. Dette kan være på grunn av at egenomsorg inneholder aktiviteter som deltagere kunne mestre og være tilfreds med utførelsen av. Det at deltagere kunne mestre egenomsorg kan også føre til forbedring av dårlig selvtillit og selvfølelse, som er vanlige symptomer av alvorlig depresjon. De med alvorlig depresjon kan også ha høy sannsynlighet for komorbide lidelser som angst (Fava et al., 1997). Dette kan skape utfordringer med utførelse av aktiviteter eller ferdighetstreninger i grupper eller sosiale kontekster. Egenomsorg kan derfor sees på som et fokusområde i behandling av svært alvorlig depressive episoder da disse aktivitetene er lett å gradere, kan skje i skjermet omgivelser og kan øke selvstendighet. Funnene viser derimot at deltagere opplevde å ikke være i balanse i andre aktiviteter i dagliglivet. Dette kan forårsakes av blant annet konsentrasjons og oppmerksomhetsvansker eller tap av glede i hverdagsaktiviteter (Helgesen, 2018; Verdens Helseorganisasjon, 2019). Gradering av disse aktiviteter kan også være viktig i tiltak, for å fremme aktivitetsbalanse i hverdagen. For å undersøke hvor utfordringer med ADL-aktiviteter oppstår vil det være viktig med kartlegging av aktivitetshistorie og funksjon i hverdagen. Flere tiltak inkluderer fokus på dette i kartleggingsfasen. Dette sikrer at tiltak tar utgangspunkt i aktivitetens krav og meningsfullhet, personens ressurser, behov, motivasjon og mulighet, samt omgivelsenes krav og muligheter som er sentrale verdier i en brukersentrert ergoterapeutisk intervensjon. (Jepsen & Larsen, 2013; kilder fra tiltak og teori om arbeidsprosess).

Som presentert i innledningen, er ADL-kartlegging og ferdighetstrening et stort fokus for ergoterapeuter i akuttpsykiatrien (Simpson et al., 2005). Her kan det oppstå et etisk dilemma i forhold til brukersentrering og meningsfullhet. Brukersentrering er sentralt i en ergoterapeutisk arbeidsprosess og meningsfullhet i hverdagen er et mål for brukersentrert terapi. Når ergoterapeuter opplever at institusjoner setter krav til kortsiktig ADL-fokusert målsetting for pasienter, kan brukersentrering forsvinne fra praksis (Simpson et al., 2005). Når fokuset legges

kun på ADL-funksjon, er det tvilsomt at pasienter oppnår aktivitetsbalanse da andre aktivitetsområder blir nedprioritert. Selv om ADL-aktiviteter kanskje oppleves som mindre meningsfulle, er de en stor del av det å være selvstendig i hverdagen, kunne delta i sosiale aktiviteter og arbeid. Dette kan brukes for å skape motivasjon for ferdighetstrening innenfor ADL.

5.1.4 Meningsfulle aktiviteter og tilfredshet:

Både funn fra Eklund et al. (2011) og Eklund & Argentzell (2016) og teori beskrevet av Moreville & Larsen (2017) viser at meningsfullhet og tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter indikerer opplevd aktivitetsbalanse. Stadnyk et al. (2014) legger til at selv om man kan ha en strukturert rutine som innebærer en hensiktsmessig tidsfordeling mellom aktiviteter, så betyr det ikke nødvendigvis at man opplever aktivitetsbalanse. Det må legges særlig vekt på om disse aktivitetene oppleves som meningsfulle for å kunne beskrive aktivitetsbalanse (Stadnyk et al., 2014). Ved ergoterapi innenfor akuttpsykiatrien kan det være utfordrende å holde fokus på meningsfullhet siden mye av arbeidet er rettet mot kartlegging av funksjon og ferdighetstrening innenfor ADL, noe som kan oppleves som mindre meningsfullt (Simpson et al., 2005).

Meningsfullhet og tilfredshet i aktiviteter er grunnleggende i ergoterapiprosessen. Aktiviteter som er viktig og meningsfull for personen er utgangspunktet for brukersentrert arbeid. Vi ser også i teori fra Moreville & Larsen (2017) at meningsfullhet og tilfredshet er avgjørende for aktivitetsbalanse. I forskning av alvorlig depresjon ser man at en opplevelse av interesseløshet og meningsløshet er utfordrende for brukergruppen. Disse symptomene kan også være utfordrende for den ergoterapeutiske prosessen, og betyr at terapeuten må ha større fokus på å avdekke meningsfulle aktiviteter hos pasienter og jobbe mot mestring av utfordrende aktiviteter for å øke tilfredshet. På bakgrunn av at meningsfullhet og tilfredshet er avgjørende for aktivitetsbalanse, bør disse være viktige elementer i arbeid med alvorlig depresjon. Dette viser seg i flere av tiltakene som er brukersentrert og baserer sine mål på personens utfordringer eller ønsker (Dimidjian et al., 2006; Eklund et al., 2017; Gunnarsson et al., 2018). Eklund et al. (2011) forklarer hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser kan ha særlig fordel av å utføre aktiviteter som gir en umiddelbar og konkret verdi. Tiltak er også rettet mot tilfredshet da gradering og opplæring av ferdigheter er et fokus (Dimidjian et al., 2006; Edgelow & Krupa, 2011; Ramano et al., 2021). Gradering av aktiviteten ut ifra personens forutsetninger og ressurser fremmer mestring og tilfredshet, som påvirker aktivitetsbalanse positivt. Som

understøttet av Eklund & Argentzell (2016) er det viktig at ergoterapeuter og andre fagpersoner innen psykisk helsetjeneste har et fokus på meningsfulle og tilfredsstillende aktiviteter for denne brukergruppen. Vi antar at siden samspillet mellom meningsfullhet og tilfredshet med aktiviteter er avgjørende for aktivitetsbalanse kan det være et viktig element i arbeid med alvorlig depresjon.

5.2 Praktiske implikasjoner

Forskning tyder på at ergoterapi har stor potensiale innenfor behandling av alvorlig depresjon, og spesielt med aktivitetsplanlegging og BA teknikker i svært alvorlige tilfeller. Dette kan være et viktig alternativ eller supplement i behandlingstilbudet som gir bedre resultater og kan også være økonomisk nyttig for helsevesenet. Aktivitetsbaserte tiltak krever generelt mindre ressurser og kan iverksettes av ergoterapeuter og andre helsepersonell. Aktivitetsbaserte tiltak er bevist å være effektive også i svært alvorlige tilfeller og med behandlings-resistente depresjoner. Ergoterapeuter er derfor en ressurs og kan bli mer benyttet i psykiatrien, og aktivitetsbaserte tiltak kan bli brukt oftere som en alternativ behandlingsmetode.

Voksne med alvorlig depresjon som får behandling på institusjon og som får tverrfaglig behandling har bedre sjanser for remisjon (Otte et al., 2016; Richards et al., 2013). Dette kan tyde på at tett oppfølging og tverrfaglig behandling som varer over lengre tid kan være positivt innenfor feltet. Det kan også ha noe med institusjonelle omgivelser å gjøre, da en hensiktsmessig døgnrytme kan være lettere å opprettholde, det er bedre tilgjengelighet til sosiale aktivitet og støtte, og fysiske og sosiale omgivelsene er støttende. Vi ser fra forskning om risikofaktorer at sosiale, fysiske og økonomiske forhold er avgjørende for både utviklingen og alvorlighetsgraden av lidelsen. Forskningen viser også at prognosen blir dårligere ettersom personen opplever flere eller mer langvarige episoder av depresjon. Dette begrunner også hvorfor tettere og mer langvarig oppfølging kan være essensielt.

Det er vanlig at enkelte symptomer og nedsatt funksjon er vedvarende selv etter remisjon, og at 80% opplever tilbakefall (Otte et al., 2016). På grunn av dette kan det antas at langtidsbehandling rettet mot vedvarende symptomer som påvirker aktivitetsbalanse og hverdagen kan være et viktig fokusområde. Dette passer inn i arbeidsområdet til ergoterapi og her har ergoterapeuter mer å bidra med. Ifølge funn i denne oppgaven kan innføringen av ergoterapeutiske arbeidsprosesser med aktivitetsbasert tiltak bidra til store forskjeller i måten alvorlig depresjon kan bli behandlet. Funn viser at lærte ferdigheter og strategier i terapi kan påvirke hvor mye funksjonstap oppleves gjennom livet på grunn av alvorlig depresjon. Mer

fokus på utfordringer ved aktiviteter i hverdagslivet kan påvirke aktivitetsbalanse og føre til en mer velfungerende og meningsfull hverdag.

5.3 Etisk refleksjon

I vår oppgave har vi generalisert brukergruppen. Dette betyr at vi har tatt for oss det vanligste sykdomsbildet og brukt det som vår forståelse av lidelsen. Problemet med dette er at symptom bildet blant brukergruppen kan variere en del, noe som gjør at enkelte resultater og drøftinger ikke er like relevant for alle. Et eksempel kan være at noen personer har alvorlig depresjon, men ikke opplever noen utfordringer med døgnrytme. Når vi foreslår at fokus på at døgnrytme kan være en viktig del av tiltak vil dette ikke være gjeldende for denne gruppen. Generaliseringer gjennom oppgaven om sykdomsbildet gjør at forslagene til praksisfeltet vil også gjelde en generaliserte brukergruppe.

Mange personer med alvorlig depresjon sliter med initiativtaking. Dette symptomet kan være utfordrende i arbeid som skal være brukersentrert og fokusere på personens ønsker. Hvis personen ikke klarer å ta initiativ til å delta i den terapeutiske prosessen, kan det bli vanskelig for ergoterapeuten å ikke overstyre personen. Det vil være viktig å vise respekt og veie personens autonomi mot terapeutens kunnskap om å delta i aktivitet, trene på ferdigheter og være sosial.

5.4 Metoderefleksjon

Noen av artiklene som ble benyttet for å svare på vår problemstilling handlet om generell depresjon eller alvorlige psykiske lidelser. Vi begrunner dette valget med at mange psykiske lidelser viser seg til å ha lignende utfall på aktivitetsnivå og opplevelse av aktivitetsbalanse. Dette kan likevel ha påvirket de funnene vi trekker frem da sykdomsbildet kan variere mye basert på alvorlighetsgraden og blant andre psykiske lidelser. En annen hinder vi opplevde innenfor metoden er at vi valgte en relativt kompleks problemstilling som gjorde at innsamlingen av litteratur var utfordrende. Det kan tenkes at mer øving og erfaring innen systematisk litteratursøk kunne ført til en mer effektiv arbeidsprosess og sikret bedre kvalitet av funn.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å besvare problemstillingen; *“Hvordan kan aktivitetsbaserte tiltak i arbeidet med voksne mennesker med alvorlig depresjon bidra til aktivitetsbalanse?”*. Funn viser hvilke utfordringer personer med alvorlig depresjon har i forhold til

aktivitetsbalanse. utfordringene kan kategoriseres som følgende; tidsbruk og døgnrytme; sosial deltagelse; arbeid og fritid; aktiviteter i dagliglivet; og meningsfulle aktiviteter og tilfredshet. En undersøkelse om eksisterende tiltak og aktivitetsteori viser at aktivitetsbasert tiltak kan bidra til å løse disse utfordringene. De elementene vi kom frem til som bidrar til aktivitetsbalanse er; kartlegging; målsetting; aktivitetsplanlegging; problemløsning; gruppebasert aktivitet; gradering av aktivitet; psykoedukasjon; opplæring av ferdigheter; samt videreføring av strategier og ferdigheter i dagliglivet. Disse funnene viser mulige fokusområder og behandlingsmetoder i arbeid rettet mot aktivitetsbalanse. Det er lite forskning om ergoterapeutens rolle i arbeid med alvorlig depresjon. Vi presenterer funn som kan innføres i ergoterapiens praksis og som fremmer bruken av aktivitetsbaserte tiltak. Likevel ser vi det nødvendig at videre forskning blir gjennomført innen dette temaet, med fokus på andre områder der aktivitetsbaserte tiltak kan brukes som alternativ behandling.

7.0 Referanseliste

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1.), 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bendixen, H. J. & Madsen, A. J. (2013). Referencerammer og teori i ergoterapi. I Å. Brandt, J.M. Madsen & H. Peoples (Red.) *Basisbog i Ergoterapi: Aktivitet og Deltagelse i Hverdagslivet*. (3. utg.) København: Munksgaard.
- Brick, R., Lyons, K. D., Rodakowski, J. & Skidmore, E. (2020) A Need to Activate Lasting Engagement. *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (5).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2020.039339>
- Chipman, A. (2014, 21. November). Don't underestimate the socio-economic impact of depression. Hentet fra <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/dont-underestimate-socio-economic-impact-depression>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27 (3.).
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4.), 658-670.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Edgelow, M. & Krupa, T. (2011). Randomized Controlled Pilot Study of an Occupational Time-Use Intervention for People With Serious Mental Illness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65 (3.), 267-276. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001313>
- Eklund, M. & Argentzell, E. (2016). Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23 (4.), 304-313. <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1143529>
- Eklund, M., Erlandsson, L.-K. & Leufstadius, C. (2011). Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring

occupational balance. *Journal of Occupational Science*, 17 (4.), 231-238.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2010.9686700>

Eklund, M., Tjörnstrand, C., Sandlund, M. & Argentzell, E. (2017). Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness - a cluster RCT study. *BMC Psychiatry*, 17 (363.), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1524-7>

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research: General Effectiveness of Treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46 (11.), 971-982. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>

Fava, M., Uebelacker, L. A., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., & Rosenbaum, J. F. (1997). Major depressive subtypes and treatment response. *Biological Psychiatry*, 42 (7.), 568–576. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00440-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00440-4)

Fisher, A. G., (2018). *OTIPM: En Model for Planlægning og Implementering af Top-til-Bund, Klientcentrerede og Aktivitetsbaserede Interventioner* (3. utg.). København: Munksgaard.

Gunnarsson, A. B., Hedberg, A.-K., Håkansson, C., Hedin, K. & Wagman, P. (2021). Occupational performance problems in people with depression and anxiety. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1882562>

Gunnarsson, A. B., Wagman, P., Hedin, K. & Håkansson. (2018). Treatment of depression and / or anxiety - outcomes of a randomised controlled trial of the tree theme method[®] versus regular occupational therapy. *BMC Psychology*, 6 (25.), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0237-0>

Harvard Health Publishing. (2009, 24. Juni). What causes depression?: Onset of depression more complex than a brain chemical imbalance. Hentet fra <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>

Helgesen, L. A. (2018). *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

- Hollon, S. D., Thase, M. E. & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological science in the public interest*, 3 (2.), 39-77.
<https://doi.org/10.1111%2F1529-1006.00008>
- Jacobsen, H. V. & Sørensen, K (2013) At muliggøre aktivitet og deltagelse hos voksne med psykiatriske problemstillinger inden for hospitals- og socialpsykiatrien. I Å. Brandt, J. M. Madsen, & H. Peoples (Red.). *Basisbog i Ergoterapi: Aktivitet og Deltagelse i Hverdagslivet*. (3. utg.) København: Munksgaard.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S.M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet*, 392 (10159.), 1789–1858 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
- Jepsen, B. G. & Larsen, A.E (2013) Ergoterapeutisk intervention. I Å. Brandt, J. M. Madsen & H. Peoples (Red.). *Basisbog i Ergoterapi: Aktivitet og Deltagelse i Hverdagslivet*. (3. utg.) København: Munksgaard.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30 (6.), 608–620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Kessing, L. V. & Andersen, P. K. (2005). Predictive effects of previous episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 3(3.), 123–130. <https://doi.org/10.1007/BF02629400>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63 (1.), 9–23.
<https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. I R. J. Friedman & M. M. Katz (Red.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W W Norton & Co.
- McKinstry, C., Brown, T. & Gustafsson, L. (2014). Scoping reviews in Occupational Therapy: The what, why and how to. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2014 (61.), 58-66. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12080>
- Morville, A. L. & Larsen, A. E. (2017). Occupational Justice – at fremme retten til aktiviteter. I H. K. Kristiansen, J. L. Mærsk & A. S. Bach Schou (Red.) *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. (s. 193-213). København: Munksgaard.
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2015, 22. desember). L5.3. Antidepressiva. Hentet fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.3/Antidepressiva>
- Otte, C., Gold, S., Penninx, B. W., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 2 (1.), 1-20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Ramano, E. M., De Beer, M. & Roos, J. L. (2021). The perceptions of adult psychiatric inpatients with major depressive disorder towards occupational therapy activity-based groups. *South African Journal of Psychiatry*, 27, 1-8. <https://doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v27i0.1612>
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Hentet 22.04.2021 fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>)
- Richards, D. A., Hill, J. J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., ... Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): Cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4913>
- Simpson, A., Bowers, L., Alexander, J., Ridley, C., & Warren, J. (2005). Occupational Therapy and Multidisciplinary Working on Acute Psychiatric Wards: The Tompkins Acute Ward Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 68 (12.), 545–552. <https://doi.org/10.1177/030802260506801203>

- Stadnyk, R.L., Townsend E.A. & Wilcock, A.A. (2014). Occupational Justice. I C. Christiansen & E.A. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (2. utg., 307-336). Harlow: Pearson.
- Verdens Helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blåboka>
- Wenborn, J. (2014). Older People. I W. Bryant, J. Fieldhouse & K. Bannigan (Red.), *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (5. utg., s. 374-388). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier
- Wilcock, A. (2006). *An occupational perspective of health* (2. utg). Thorofare, NJ: SLACK.
- World Health Organization. (2020). *Depression*. [Brosjyre]. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates* [Brosjyre]. Geneve: World Health Organization.

