

## Sammendrag

**Tittel:** Alvorlig depresjonslidelse og trening som behandlingstilnærming

**Bakgrunn:** Vernepleieren møter pasienter i rehabilitering som er alvorlig deprimerte. Denne pasientgruppen er ofte ikke med i forskning om rehabilitering og finnes vanskelige å motivere. Fysisk aktivitet og trening kan være effektivt som behandling for psykiske lidelser generelt.

**Hensikt:** Oppgaven aktualiserer tilrettelegging og tilnærming av trening som behandlingsform for personer med alvorlig depresjon.

**Metode:** En litteraturstudie basert på fem forskningsartikler om fysisk trening som behandling. Systematisk litteratursøk er gjort med Oria og PUBMED.

**Resultat:** Artikkelen finner at utholdenhetstrening som behandling er effektivt for rehabilitering av alvorlig depresjon. Viktige hovedpoeng er at motivering og mestring kommer til uttrykk som viktige elementer i behandlingen.

**Konklusjon:** Personer med alvorlig depresjonslidelse har behov for støtte og å bli sett for å oppnå bedring. Gjennom motivasjon og trening kan vernepleierens rolle påvirke til et bedre resultat i behandlingen av depresjon. Trening kan benyttes som behandling men også som forebyggende tiltak mot depresjon etter rehabilitering.

**Nøkkelord:** alvorlig depresjon, trening, psykisk helse, motivasjon

**Antall ord:** 7526

## Summary

**Title:** Physical exercise as treatment approach for Major Depression Disorder

**Background:** Social educators meet Major Depression Disorder (MDD) patients in rehabilitation. There is a lack of evidence for including this group of patients in studies of rehabilitation. Moreover this group of patients is more difficult to motivate for treatment. However physical exercise can be efficient as treatment approach to improve mental health in general.

**Purpose:** This study actualize the facilitation and approach of exercise as a form of treatment for people with MDD.

**Method:** A literature study based on five research articles with physical exercise as approach.

**Result:** The five studies find that aerobic exercise as treatment is efficient in the rehabilitation of MDD. Important findings are motivation and mastery are expressed as important elements in the treatment.

**Conclusion:** People with MDD need support and to be seen to achieve recovery. Through motivation and training, the social educator can contribute to a greater response in the treatment of depression. Exercise can be used as treatment but also as a preventive measure against depression after rehabilitation.

**Keyword:** major depression disorder, exercise, mental health, motivation

**Number of words:** 7526

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Begrunnelse for valg av tema</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Problemstilling</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Oppgavens hensikt og avgrensing</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen</b> .....	<b>6</b>
1.4.1 Alvorlig depresjonslidelse.....	6
1.4.2 Trening.....	6
1.4.3 Vernepleier.....	7
<b>1.5 Oppgavens disposisjon</b> .....	<b>7</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Utholdenhetstrening</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3 Måling av fysisk form</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4 Mental helse</b> .....	<b>10</b>
<b>2.5 Behandling av depresjon</b> .....	<b>11</b>
<b>2.6 Alvorlig depresjonslidelse</b> .....	<b>12</b>
<b>2.7 Selvbestemmelsesteorien og motivasjon</b> .....	<b>13</b>
<b>2.8 Vernepleierens rolle og kompetanse</b> .....	<b>15</b>
<b>2.9 Motiverende intervju (MI)</b> .....	<b>16</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 Presentasjon av metoden litteraturstudie</b> .....	<b>18</b>
Artikkel 1. Langtidseffekt av trening ved ulike intensiteter.....	21
Artikkel 2. Pasientens erfaring med trening som behandlingsform.....	22
Artikkel 3. Utholdenhetstrening og kognitiv kontroll ved alvorlig depresjon.....	23
Artikkel 4. Trening eller grunnleggende kroppsbevissthets terapi.....	24
Artikkel 5. HUNT- undersøkelsen.....	25
<b>3.2 Analyse og tolkning</b> .....	<b>26</b>
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>28</b>
<b>4.1 Motivasjon til å mestre</b> .....	<b>28</b>
<b>4.2 Trening som behandling</b> .....	<b>28</b>
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>30</b>
<b>5.1 Trening som behandling mot alvorlig depresjon</b> .....	<b>30</b>
<b>5.2 Motivasjon og mestring</b> .....	<b>31</b>
<b>5.3 Kildekritikk og metodediskusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>34</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>35</b>

«Er det rart jeg er redd

Når styggen på ryggen er han jeg prater med mest?

Oppå skulder`n min og sier at jeg kommer ingen vei her i livet» (Tekst:

OnkelP & De Fjerne Slektningene, 2014).

# 1.0 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Etter 20 år som toppidrettsutøver, har jeg skaffet meg mye erfaring og kunnskap rundt både trening, fysisk og psykisk helse. Gleden av å få være aktiv og gjøre aktiviteter som man liker og mestrer, gir meg en mental tilfredsstillelse. Samtidig har jeg opplevd lengre skadeperioder hvor jeg ikke har fått muligheten til å være aktiv og kjent på hvordan det kan påvirke meg mentalt. Som helsepersonell og vernepleier forpliktet vi til å forholde oss til lovverket om å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Vernepleierutdanningen har gitt meg helsefaglig kunnskap, og en større forståelse av sammenhenger innenfor både fysisk og psykisk helse. Utdanningen har også gitt meg kunnskap om ulike tjenestetilbud og behandlingsmetoder. Alle pasienter og brukere har rett til et verdig tjenestetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1b). Depresjon har blitt en stor helseutfordring på verdensbasis. I Norge koster behandling av depresjon 1,5 milliarder kroner i året (Helsedirektoratet, s. 10, 2009). Nasjonale retningslinjer anbefaler fysisk aktivitet og trening som behandling og forebygging. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å undersøke nærmere temaet trening og depresjon.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan vernepleieren bruke trening som tilnærming hos personer med en alvorlig depresjonslidelse?*

## 1.3 Oppgavens hensikt og avgrensning

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om det finnes tilstrekkelig forskning på temaet trening som behandling av alvorlig depresjon. Det finnes mange anerkjente behandlingsformer og tiltak mot alvorlig depresjon hvorav kognitiv atferdsterapi og ECT-behandling, men jeg vil fokusere på trening. Oppgaven vil også ta for seg hvordan vernepleieren kan tilnærme seg og legge til rette for behandling og forebygging. Jeg vil avgrense og se nærmere på alvorlig depresjonslidelse, fordi jeg opplever disse personene som glemt i forskning og vanskeligere å motivere.

I denne oppgaven har jeg valgt en artikkel som beskriver langtidseffekt av trening ved mild og moderat alvorlighetsgrad. I en behandlingsprosess vil det til enhver tid ikke være nøyaktige nok målinger på alvorlighetsgraden. Siden det er lite forskning på langtidseffekt ved alvorlig depresjon ved ulike intensiteter, er denne artikkelen allikevel relevant. Derfor har jeg valgt å benytte artikkelen; Helgadóttir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J., & Ekblom, Ö. (2017) *Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial*.

I undersøkelsen til Harvey, S, B., Øverland, S., Hatch, S, L., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2018). *Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study*, faller personer med alvorlig depresjon utenfor. En mulig årsak kan være at det er for krevende for alvorlig deprimerte å fylle ut skjema. Det kan også være fordi at denne gruppen mennesker stenger omverdenen ute, de er vanskelig å komme i kontakt med eller ikke er motivert. Undersøkelsen gir allikevel et bilde på den store helseutfordringen depresjon har blitt i Norge.

## **1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen**

### **1.4.1 Alvorlig depresjonslidelse**

Depresjon er en affektiv lidelse eller en stemningslidelse, og har tre alvorlighetsgrader mild, moderat og alvorlig ifølge International Classification system of Diagnoses (ICD-10). Diagnosesystemet ICD-10 er laget av Verdens Helseorganisasjonen WHO. ICD-11 foreligger men er ikke tatt i bruk i denne sammenheng. Her finner man klare kriterier for diagnostisering og symptomer. For å kategoriseres i alvorlighetsgradene må flere symptomer være til stede. Ved alvorlig depresjon må 5-7 symptomer inntreffe i løpet av dagen og vedvare i minimum 2 uker. Som for eksempel nedstemthet, ingen glede, søvnvansker, redusert matlyst og inaktiv (WHO, 1999).

### **1.4.2 Trening**

Trening er definert som strukturert fysisk aktivitet, med formål om progresjon, fysisk utvikling av ferdigheter. Det kan være styrketrening, utholdenhetstrening eller teknikktrening. Mine artikler benytter *aerobic exercise* som behandling. Det betyr *aerob trening* eller utholdenhetstrening, hvor man trener med økt pust og puls.

Behandling som blir nevnt er både primær- og som tilleggsbehandling.

Primærbehandling er hovedbehandling for sykdommen. I denne oppgaven er intensjonen å rehabilitere personen tilbake til ønsket fysisk og psykisk form. Terapeut blir brukt i den forstand at det er en behandler. I oppgaven har en fysioterapeut rollen som behandler, men det er overførbart til vernepleier som helsepersonell .

### **1.4.3 Vernepleier**

En vernepleier er autorisert helsepersonell med en beskyttet tittel (Helsepersonelloven, 1999, §48.æ). En bachelorgrad med 3-årig høyskoleutdanning. Man vil være særlig kvalifisert til å bistå mennesker med funksjonsnedsettelse, psykisk utviklingshemmet eller psykiske lidelser. Man innehar kompetanse om medisinhåndtering, miljøarbeid og vil jobbe tett med andre helsepersonell (Utdanning.no, 2019).

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 2 presenteres relevant teori for oppgaven. Teorien vil sammen med innledningen gi grunnlag for diskusjonsdelen i kapittel 5. Videre blir metode presentert i kapittel 3, hvor innhenting av fagartikler, søkeprosessen og analyse blir forklart. I kapittel 4 sammenfatter jeg resultatene i litteraturmatriser og viser frem temaene. Drøfting av temaene fra resultatene blir gjort i kapittel 5. Svakheter og styrker av artiklene presenterer jeg mot slutten av kapittelet. I kapittel 6 oppsummerer jeg og svarer på problemstillingen. I kapittel 7 kommer oversikten over litteraturen jeg har benyttet.

## 2.0 Teori

### 2.1 Utholdenhetstrening

I litteraturen beskrives trening som strukturerte aktiviteter, hvor målet er å forbedre maksimalt oksygenopptak (VO<sub>2</sub>-max) eller vedlikeholde den fysiske formen. Aerob trening er for eksempel rask gange, jogging, løping, sykling, roing og andre øvelser som gir økt puls og respirasjon. Hensikten er å forbedre hjerte- og lunge kapasiteten og *kapillærene*. Det er kroppens evne til å transportere oksygen fra lungene og ut til skjelett muskulaturen (Martinsen, s. 35, 2018). Puls blir ofte nevnt som et tema i treningssammenheng. Makspuls er hvor mange slag hjertet klarer å slå i løpet av 1 minutt ved belastning. Makspulsen vil ikke endre seg ved trening, men ved økt alder går den ned. Man kan regne ut makspulsen ved  $(211 - 0,64 \times \text{alder} = \text{HFmaks})$  eks:  $211 - (0,64 \times 33) = 190$  HF maks (Nes et al., 2012). Hvilepuls er antall hjerteslag ved hvile i et minutt. Gjennom kondisjonstrening eller utholdenhetstrening kan man senke hvilepulsen og er en indikasjon på fysisk form. Ved høy hvilepuls (85 slag+) kan den også være en indikator på sykdom. Normal hvilepuls hos friske voksne er 50-80 slag/min (Dalby & Gjesdal, 2012).

#### *Faktaboks 1.*

Kapillærene er de minste blodårene i kroppen. De ligger som et nett over vevet/muskel og står i et konstant hydrostatisk trykk og et osmotisk trykk. Det holder balansen mellom blodet og vevsvæsken. Det gjør det mulig for diffusjon av væske, næringsstoffer og oksygen. Det fraktes ut til store og viktige muskler, slik at musklene får næring til å arbeide, og tar med seg karbondioksid og avfallsstoffer tilbake til venene (nhi.no, 2020).

Kondisjonstrening deles ofte inn i 5 «pulssoner». Aerob trening er i pulssone 1-3. Anaerob pulssone er mellom 3-5. Sone 1 er oppvarming eller restitusjon, hvor pulsen ligger omkring 60-72,5% av makspuls. Sone 2 er fra 72,5- 82.5% og er en sone hvor man forbrenner fett og kan holde et «pratetempo». I sone 3 er anaerob terskel, her går skillet aerob og anaerob sone. Det er høyest mulig arbeid og samtidig eliminasjon av melkesyre/ laktat. Anaerob terskel eller terskelfart, kan man trene til å

bli høyere ved intervalltrening (Sæterdal et al., 2009). På lav intensitet og opptil moderat kaller man aerob. Kroppen klarer å kvitte seg med melkesyre og man kan holde på opptil flere timer. Høyere intensitet over det, nærmer man seg en puls mellom 80-100% maks hjerteslag/minutt. Da produseres det mer melkesyre i muskulaturen enn det kroppen klarer å kvitte seg med. Det er anaerob trening og man klarer ikke å holde på særlig lenge (Martinsen, 2018; nhi.no, 2020; Sæterdal et al., 2009).

Figur. 1. **Oversikt over intensitetssonene**

Pulssone	HF	HF % av maks	Intensitet
1	114-138	60-72,5 %	<u>Oppvarming</u> Gå, lett jogg
2	139-157	72,5-82,5 %	<u>Lett</u> Lett jogg, løp
3	158-166	82,5-87,5 %	<u>Litt hard</u> Løping
4	167-176	87,5-92,5 %	<u>Hardt</u> Løping
5	177-190	92,5-100 %	<u>Veldig hardt</u> Maks løp

(Laget av u.t. Faktaopplysninger fra Löplabbet.no)

### 2.3 Måling av fysisk form

Caspersen et al, (1985), sier at for å måle trening ser man på antall kalorier man forbrenner over tid, gjerne ved bruk av moderne pulsklokker. Det måles opp imot normalbefolkningen (Martinsen, 2018, s. 34). Åstrand, (2003), sier at «Helserelatert fysisk form inkluderer hjerte- lungekapasitet, muskel styrke og utholdenhet, fleksibilitet og kroppssammensetning» (Martinsen, 2018, s. 35).

Den fysiske formen er målbar. For å måle den aerobe kapasiteten eller hjerte-lungekapasitet (VO<sub>2</sub>max), måler man hvor mange liter oksygen/ per minutt lungene klarer å ta inn, og frakte ut til skjelettmuskulaturen og forbruke ved aktivitet. Fysisk form beskrives som den totale kapasiteten til den enkelte. Fysisk form beskrives som den totale kapasiteten til den enkelte (Sæterdal et al., 2009).

Testing og målinger av fysisk form og kapasitet er forholdsvis enkelt og overkommelig. Utfordringen ligger ofte i motivasjonen til å gjennomføre, det er utmattende og krevende for personer med psykiske lidelser. De fysiske påkjenningene man opplever som rask puls og respirasjon, kan forveksles med et symptom på angst og ikke satt i gang av treningen (Martinsen, 2018).

Hensikten med å teste den fysiske formen vil være å se de individuelle endringene ved trening over tid. Samtidig er den vesentlig faktoren hvilke følelser personen sitter igjen med selv, om man føler glede, fremgang, mestring og videre indre motivasjon til å vedlikeholde den fysiske formen (Johannessen, 2018 s. 184-185).

Psykologiske gevinster kan også oppnås med lavere intensitet. Zenko et al., (2016) hevder at «Treningen må ikke være hard eller smertefull. Hvis treningen blir for krevende, kan det redusere gleden og gjøre det mindre sannsynlig at man vil fortsette med aktiviteten» (Martinsen, s. 72, 2018).

## **2.4 Mental helse**

Merleau-Ponty, (2012), hevder at fysisk og mental helse bør sees i holistisk perspektiv. Det vil si at både livsstil, livserfaringer, ernæring, søvn og fysisk aktivitet blir ivaretatt. Vi opplever verden gjennom kroppen vår, satt sammen av sanser fordelt i kropp og sinn (Borge, s. 27, 2018). Utviklingen av selvoppfatningen starter i barndommen. Jeg, meg og mitt er hovedfokuset, frem til man lærer seg å dele. Også hvordan man ser på seg selv danner selvtillit, selvfølelse og personlighet. Utviklingen av funksjonell eller dysfunksjonell selvoppfatning, kan bli påvirket av ytre faktorer som omsorgspersoner, miljø og opplevelser i barndommen. Personer som utvikler alvorlig depresjon kan ha en dysfunksjonell selvoppfatning. Tankene om at man ikke er bra nok eller mestrer, er tanker som kan bidra til dårligere fysisk funksjon, nedstemthet og tilbaketrekning (Martinsen, s. 45, 2018). For å motvirke depresjon er det flere forslag innen fysisk aktivitet: Martinsen (2018) viser til Bischoff, 2012 og Kaplan, 1995, hvor de anbefaler skog og mark som arena for fysisk aktivitet. Blant annet friluftsliv kan se ut til å ha en «restorativ virkning på mennesket» (s. 36).

## 2.5 Behandling av depresjon

Helsedirektoratet (2009) anslår at  $\frac{3}{4}$  av deprimerte mennesker ikke får behandling. Grunnen kan være at mange ikke oppsøker hjelp eller forstår i hvilken situasjon de er (s. 10). Noen føler at det er stigmatiserende med å søke hjelp for psykiske plager (Martinsen, 2018). Vernepleieren har et ansvar knyttet til forsvarligheten av helsehjelpen (Helsepersonelloven- hpl, (1999, §4). Det innebærer at pasienter får forsvarlig behandling som han har krav på og at vernepleieren handler ut ifra egne kvalifikasjoner. I en tidlig fase kan det være aktuelt å stadfeste funksjonsevne. Et verktøy som blir brukt ved rehabilitering er ADL-vurdering. Det er hensiktsmessig for å kunne systematisk dokumenter om det er progresjon eller om de blir dårligere (Kjeken et al., 2007). Rehabilitering er ikke en bestemt behandling men hvor et tverrfaglig team samarbeider om å gi det beste pasientforløpet (Normann et al., 2019).

De norske anbefalingene for fysisk aktivitet er 150 minutter per uke for voksne mennesker, ved moderat intensitet. For å øke helsegevinsten bør også antall minutter økes til 300 minutter, fordelt på ulike intensiteter. Det anbefales også styrketrening for å utvikle og vedlikeholde de store muskelgruppene, og dette bør gjennomføres minimum 2 ganger i uken (Torstveit et al., s. 58). Trening som ofte blir brukt i behandling er ballspill, utholdenhetstrening eller yoga. Disse treningsformene stiller ikke store krav til ferdigheter, men de er sosiale og en kilde til glede (Johannessen, s. 184, 2018).

Anbefalt trening for personer med alvorlig depresjonslidelse, er som for alle andre mennesker. Lystbetont aktivitet, sosialt og noe de liker å gjøre. Målet er å skape smil og latter. Slik at det kan motivere til gjentakelse. En av hovedprinsippene med trening, er at man ønsker progresjon. Det er derfor viktig å tilpasse treningen individuelt etter den fysiske formen og ressurser hos personen. Grunnen til det er at man ikke ønsker overbelastningsskader (Johannessen, s. 179, 2018). For personer med alvorlig depresjonslidelse, er det «dørstokkmila» som er første steg. For noen kan det å reise seg opp av sengen og snøre på seg skoene være første steg. Det er ikke sikkert man kommer lengre den dagen, men det er en fremgang som personen klarte. Opplevelsen av å mestre og kjenne at kroppen våkner er hovedfokuset (Johannessen, s. 174, 2018). For å opprettholde daglige funksjoner og sosiale

forhold, er det viktig at pasienten opplever mestring for å styrke livskvaliteten og lindre symptomer (Helsedirektoratet, s. 63, 2009).

## **2.6 Alvorlig depresjonslidelse**

WHO definerer alvorlig depresjonslidelse i kodeverket ICD-10. Kode: F33.2

Tilbakevendende depressiv lidelse, aktuell episode alvorlig uten psykotiske symptomer. Symptomene bør være tilstede i 2 uker eller mer, hvor av 5-7 symptomer hver dag (WHO, 1999). Symptomene kan være tiltaksløshet, tungsindig, selvskading, selvmordstanker, skyldfølelse og somatiske plager som smerter. Årsaken til utløst depresjon er sammensatt. Flere mulige faktorer som sårbarhet, oppvekst, miljø, arv og ubehandlede traumer kan være utløsende faktorer (Snoek & Engedal, 2017) Arvelighet kan spille en rolle, men man vet ikke nok om det.

En depresjonslidelse tar over kroppen på et vis, livskvaliteten daler og man ser ikke meningen med å leve. Risikoen for selvmord er stor. Ved alvorlig depresjon er man jevnt deprimert over en lengre periode og blir sykere. Man skiller mellom alvorlighetsgraden fra lett, moderat og alvorlig depresjon. Alvorlig depresjon er ofte utløst av traumatiske opplevelser, som tap og sorg (Martinsen, 2018). Ved målinger og rapportering av depresjon blir MADRS- test (Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale) ofte benyttet. Det er en effektiv metode og har 10 punkter hvor man scorer fra 0-6 poeng. Det er en følsom test og den evaluerer alvorlighetsgraden hos pasienter med depresjon (Fantino & Moore, 2009).

Psykisk belastning over tid kan skape psykiske lidelser. I befolkningen i dag er det angst og depresjon som utgjør den største andelen av psykiske lidelser. Det er forventet en forkortet levealder for personer med alvorlig depresjonslidelse. Mye av grunnen ligger i usunn livsstil og inaktivitet. Det følger store samfunnsutgifter med depresjon. Personen som blir rammet kan miste arbeidsinntekt og havne i økonomisk og arbeidsmessig uføre. Staten mister skatteinntekt og får økte trygdeutgifter. Det rammer både personen selv og pårørende (Helsedirektoratet, 2009). I en undersøkelse fra SSB, svarte 22 prosent av befolkningen at de har dårlig livskvalitet. I denne gruppen sammenfaller personer med lav utdanning eller lav inntekt, psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelse (SSB, 2020).

Akutte og forbigående psykoser kan oppstå ved alvorlig depresjon. Da kan det oppstå vrangforestillinger, hallusinasjoner og man klarer ikke å ta vare på seg selv. For å få hjelp krever det tiltak som medikamenter og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Det er vanlig at man benytter antipsykotiske legemidler eller noen steder ECT-behandling, for å komme ut av psykosen. Hvis pasienten er i en psykose og nekter behandling, kan det etableres tvunget psykisk helsevern, hvis kriteriene er oppfylt. Den er beskrevet i psykisk helsevernloven, (1999), under §1-2. (Helsedirektoratet, s. 65, 2009; Snoek & Engedal, s. 290, 2017).

Selv mord og selvmordsrisiko er stor hos personer med alvorlig depresjon. Risikoen øker når personen får tilbake energi og initiativ. En risikofaktor kan være mangel på sosialt nettverk (Grøholt, 1999). Det er ofte et rop om hjelp, et ønske om en endring og hensikten er ikke nødvendigvis å ta sitt eget liv. Hvor tre psykologiske faktorer som må forstås i denne sammenhengen; *appell*, *ambivalens* og *aggresjon* (Snoek & Engedal, s. 165 og 165, 2017).

## **2.7 Selvbestemmelsesteorien og motivasjon**

God helse kommer som følge av at pasienten får troen på egen kompetanse og egne ferdigheter. Samtidig må man ha et bevisst forhold til sine egne begrensinger og hvilke hjelpebehov man har. Brukermedvirkning eller «empowerment» handler først og fremst om at pasienten forstår, selv bestemmer, tar egne valg og opplever mestring med dette (Snoek & Engedal, 2017, s. 45). «Retten til selvbestemmelse og styring over eget liv har ut fra grunnleggende menneskerettigheter like sterk relevans for alle» (Ellingsen, s. 68, 2014). Rettigheten er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, § 3-1), retten til medvirkning.

Motivasjon defineres som «motiv til å oppføre seg på en bestemt måte» (Torstveit et al, s. 364, 2018). Deci & Ryan (2000) står bak selvbestemmelsesteorien. Det som driver oss mennesker fremover, styres av både motivasjon og de tre psykologiske behovene; kompetanse, sammenheng og autonomi. Kompetanse vil si å ha evnen til å utføre en bestemt handling. Vi har et behov for å være en del av et sosialt samspill. Og autonomi vil si å være selvstendig, uavhengig og kunne ta egne valg.

Motivasjon deles i tre faser:

- *Motivasjonsmangel.* Mange inaktive har motivasjonsmangel. De ser ikke behovet for å være aktiv, gå tur eller trene. Man har heller ikke et ønske eller tro på at det er mulig å være fysisk aktiv.
- *Ytre motivasjon* er den formen som påvirker oss til å handle eller gjøre oppgaver som gir oss skryt, en økonomisk bonus eller å unngå straff. Ytre motivasjon blir ofte satt i et negativt lys og sett på som en kunstig motivasjon. Den kan ofte være vanskeligere å opprettholde med tanke på fysisk aktivitet og trening over tid. Hvis man er ute etter en atferdsendring, kan den fysiske formen, vekt eller fare for alvorlig livsstilssykdom og død være en drivkraft.
- *Indre motivasjon* er den naturlige formen for motivasjon, som driver oss til å gjøre oppgaver som gir oss tilfredstilleteelse og mening. Denne formen for motivasjon blir sett på som den sterkeste, og øker sjansen for å holde seg i fysisk god form (Deci & Ryan, 2000).

Flere pasienter har i spørreundersøkelser pekt på at det sosiale ved å være en del av en treningsgruppe, som en av det viktigste motivasjonsfaktorene. Det kommer også frem at mestringfølelse er viktig. Aktiviteten må legges til rette på et slikt nivået at det gir mulighet for mestring. Realistiske forventinger til ferdigheter, kapasitet og vilje må tas i betraktning ut ifra individuelle forutsetninger. Skal pasienten bli motivert må også helsepersonellet være motivert og gjerne energisk i fremtoningen. Pasienter må ofte igjennom en del forberedelser og tankeprosesser for pasienten før man er klar for aktivitet. Derfor er god planlegging, gjennomføring og oppfølging viktig for motivasjonen (Moe, s. 157, 2018). De sosiale forholdene kan være med på motivasjon. Det å kunne skape et klima for glede, mestring og sosial kontakt. Hvordan man samhandler med andre og har noen som kan bekrefte de samme følelsene, kan gjøre det befriende og mindre stigmatiserende (Moe, s. 165, 2018)

Deci & Ryan (2000) hevder at det finnes enten god eller dårlig motivasjon, og at det ikke handler om vi har eller mangler motivasjon. Hovedideen handler om hvordan man kan legge til rette for at pasienten kan motivere seg selv. Ikke om hvordan man skal motivere. Tre faktorer som henger sammen er motivasjon/ drivkraft, mestringstro

og selvregulering. Disse kan være med på å påvirke atferdsendring og komme i gang med fysisk aktivitet og trening.

Ååå det er langt å gå, og hvem vet om vi kommer i mål?

Det trengs mer enn en kubbe for å lage et bål

Så kom å gå sammen med meg.

(Tekst: Klovner i kamp, 2015. *Langt å gå*).

Som klovner i kamp skriver, kan man tolke det som et bilde på at man må ta et skritt av gangen og vernepleieren er med som motivator i rehabiliteringsprosessen.

## **2.8 Vernepleierens rolle og kompetanse**

Grunnlaget for yrkesutøvelsen er å benytte kunnskap basert på forskning. «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Brask et al., s. 43, 2016). I rollen som vernepleier stilles det forventninger og krav om kompetanse, kunnskap og verdigrunnlag. Relasjonskompetansen utgjør mye av hvor godt samspill man har med brukeren (Røkenes og Hanssen, 2012). En beskrevet tilnærming er personsentrert tilnærming. I treningssammenheng betyr det at pasienten får individuelt tilpasset program ut ifra ferdigheter, ønsker og forventninger. Viktige faktorer er å skape et åpent miljø og en varm atmosfære, for å øke muligheten for gode relasjoner og kommunikasjon (Danielsson et al., 2016). Man stiller ofte forventninger til seg selv om å lykkes. Ved møter med pasienter og brukere trer vernepleieren inn i ulike roller, tar på seg ulike hatter om man vil. Hvert menneske har ulike behov, og det er utgangspunktet for hvert møte. Innenfor visse rammer og betingelser, jobber man i ulike retninger til enhver tid.

## Faktaboks 2.

Personsentrert tilnærming vil si å ta utgangspunkt i personens behov, og utarbeide en individuell behandlingsplan. Tilnærmingen kan benyttes for alle typer behandlinger og er universell. Den terapeutiske relasjonen er sentral (Ekman, Swedberg, Taft et al., 2011).

Vi har fire kjerneverkerroller: Partnerrollen, brobyggerrollen, ansvarsrollen og pådriverrollen (Brask et al, 2016). Partnerrollen tar utgangspunkt i møte med bruker, hvor man ønsker at brukeren skal være med i samhandling og hevde sin selvbestemmelse. I et partnerperspektiv rettes fokuset mot personen sine ressurser og mestringsmuligheter. Dette perspektivet er kanskje hovedperspektivet. Det handler om kommunikasjon, motivasjon og være en engasjert vernepleier (Brask et al., 2016). Ansvarsrollen krever selvstendig tenking. Mot til å ta styringen og ta gode avgjørelser for brukerens beste, når det er behov for det. Vernepleieren er mer målorientert og har ansvar for å holde «båten» på rett kjøll. Personer med alvorlig depresjonslidelse har ofte nedsatt fungering, og har behov for at andre klarer å motivere og aktivere den indre motivasjonen (Moe, s. 157, 2018). Brobyggerrollen relateres til tverrfaglig samarbeid. I behandling krever det kommunikasjon med lege med tanke på behandling av legemidler og oppfølging. Vernepleieren skal ha et metaperspektiv og se mulighetene for pasienten til samarbeid på tvers av yrkesgruppene. Samarbeid med pårørende og bygge relasjoner, er viktig for å skape en helhetlig behandling (Brask et al, 2016). Pådriverrollen krever «ståpåvilje» for brukerens rettigheter. Her ligger ansvaret hos vernepleieren til å få i gang de riktige prosessene og vise profesjonalitet (Nordlund et al., 2015). En metode som er anbefalt i en pådriverrolle er Motiverende intervju (Nymoene, 2021).

## 2.9 Motiverende intervju (MI)

Helsedirektoratet anbefaler samtalemetoden Motiverende intervju for livsstilsendring og levevaner (Helsedirektoratet, 2018). Metoden er samarbeidsbasert og har som mål å styrke personens indre motivasjon. Brukers ønsker og verdier skal danne grunnlaget for endringen og behandlerens rolle er å gi støtte. Verdigrunnlaget i MI består av forståelse, empati og aksept (Nymoene, 2021). Man stiller åpne spørsmål

for å få tak i tankene og følelsene til pasienten. Viktige faktorer er aktiv lytting, reflekterer, oppsummerer og bekrefter pasientens utsagn (Nymoens, 2021).

For å kunne tilrettelegge for fysisk aktivitet og trening, burde helsepersonellet ha kunnskap om noen motivasjonsstrategier. Positive tilbakemeldinger og et tillitsvekkende engasjement er viktig gjennom motiveringsprosessen. En hårfin balansegang mellom motivering og press gjør det utfordrende (Moe, 2018, s. 156). MI er basert på teorien fra Prochaska og DiClementes, hvor de mener endring skjer i ulike faser. Gjennom disse fasene er tanken at det skal oppstå endringssnakk og endringer som varer. Dette verktøyet setter pasient/brukeren i sentrum. Egne meninger, beslutninger og refleksjoner skal frem i lyset, slik at vernepleieren kan hjelpe og gi støtte i endringsarbeidet (Moe, 2018, s. 159-161).

Personer som lider av en psykisk lidelse er i en sårbar situasjon. Det er få mennesker som har klart å tenke eller gruble seg ut av en depresjon. Tidligere dårlige erfaringer med lagspill, dårlig fysisk form og lav selvfølelse er noen av tilbakemeldingene fra pasienter som er inaktive. Bevisstgjøring rundt dette vil være viktig ved endrings- og motiveringsarbeidet (Moe, s. 157, 2018). MI har fire kjerneprosesser (Miller & Rollnick, 2016, i Nymoens, 2020). Engasjere, fokusere, fremkalle og planlegge, representerer prosessen fra hvordan man går frem til selve gjennomføringen. Samtaleprosessen krever tid og tålmodighet. Ettersom pasienten selv skal forstå hvilke konsekvenser det har ved å ikke endre. Endringsprosessen kjennetegnes ved at det steg for steg stilles åpne spørsmål, slik at pasienten har tid til å reflektere over situasjonen. Selve kjernen er fremkallingen av motivasjon, og spørsmålet hva hele endringsprosessen handler om (Miller & Rollnick, 2016, i Nymoens, 2020).

## 3.0 Metode

Metode er fremgangsmåten man benytter for å finne svar på de spørsmål eller problem man har. Det finnes mange forskjellige måter, men i denne oppgaven har jeg benyttet metoden litteraturstudie (Dalland, 2014). En systematisk litteraturstudie krever systematiske litteratursøk, med avgrensinger og gode søkeord. Hensikten er å finne og oppsummere litteratur som belyser min problemstilling (Universitet i Oslo, 2015). Det er viktig å følge det steg for steg, slik at resultatet gir en god oversikt over prosessen og temaet. Det gjør også oppgaven transparent og den blir etterprøvbart (Thidemann 2019, s. 77-82). Jeg har benyttet anbefalte søkemotorer for å finne fagfellevurderte artikler som kan styrke den faglige diskusjonen om teorier og resultater. De som er benyttet er *Oria*, og *Pubmed*. Jeg har også benyttet *google scholar* for inspirasjon for tema og vinkling av oppgaven.

### 3.1 Presentasjon av metoden litteraturstudie

Jeg startet å søke i Oria med norske søkeord for å se hva som dukket opp. Svært lite forskning er publisert på norsk, så jeg måtte etterhvert gå over til engelske ord og kombinasjoner. Ord som «physical activity», «major depression», «exercise» og «treatment» ble satt sammen også som setninger. Det viste seg å være mye forskning på det området og gjorde det vanskelig å finne frem til gode artikler, som kunne svare på min problemstilling. Jeg har brukt mye tid på problemstillingen, for å treffe et tema som er vernepleiefaglig relevant (Thidemann 2019, s. 85-88).

Jeg gjorde flere avgrensninger og brukte inklusjon og eksklusjonsmetoden som hjelpemiddel etterhvert som jeg forstod omfanget av temaet (Thidemann 2019, s. 106). Jeg leste sammendragene og lette etter IMRaD- strukturen. Hvor jeg kunne vurdere resultatene opp imot min problemstilling (Thidemann, s. 30, 2019).

Jeg utforsket også en del artikler som har samlet mye forskning. Tanken var da å håndplukke og finne en artikkel som ville være relevant og vurdert som pålitelig av forfatteren. Da skumleste jeg gjennom litteraturlisten eller fant refererte artikler i teksten. Deretter søkte jeg opp hele tittelen i Pubmed, og kunne videre selv vurdere hvor relevant artikkelen var. Jeg hadde varierende hell med den metoden, og i løpet av søkeprosessen endret problemstillingen seg. Da ekskluderte jeg flere artikler. Det

ble referert til en del review artikler/ oversiktsartikler som jeg ikke hadde mulighet til å benytte meg av. Jeg forsøkte å gå videre til litteraturlisten i en slik artikkel for å finne primærkilden, og fant Louise Danielsson som virket interessant. Jeg leste flere sammendrag og gjorde nøye vurderinger.

Mine inklusjonskriterier: de skulle være fra en fagfelleverdert tidsskrift, fra nyere dato, en RCT- studie, kvantitativ eller kvalitativ studie, alvorlig depresjonslidelse, voksne og trening som behandling. Mine eksklusjonskriterier: «review»- artikkel eller fagartikkel, eldre enn 10 år, flere psykiske lidelser, barn og kun medikamentell behandling. Jeg har utformet en oversikt over de fem utvalgte artiklene, hvor det kommer frem hvilke avgrensinger, søkeord og antall treff jeg fikk. Den er inspirert fra (Thidemann, s. 89, 2019) Se tabell 1.

## Søketabell for fem artikler: *Tabell 1. s. 89 Thidemann*

Dato	Nr	Søkeord	Avgrænsning	Treff	Leste abstract	Navn på artikel
13.04.2021	1	long term effects of exercise at different intensity	År: 2012-2021 CT, MA, RCT og Free full text.	552 treff i pubmed	5	<i>Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial.</i>
19.04.2021	2	danielsson AND exercise physical therapy treatment for depression	År: 2012-2021. Fagfelleverdert	251 treff i oria	4	<i>"Crawling Out of the Cocoon": Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression</i>
19.04.2021	3	danielsson AND exercise physical therapy treatment for depression	År: 2012-2021. Fagfelleverdert	251 treff i oria	5	<i>Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study</i>
11.05.2021	4	major depression treatment and exercise randomized controlled trial	År: 2016-2021.	140 treff i pubmed	10	<i>A randomized trial of aerobic exercise on cognitive control in major depression.</i>
09.05.2021	5	exercise in the prevention of depression HUNT	År: 2015-2021 RCT-studie	2 treff i Pubmed	2	<i>Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study.</i>

Videre har jeg utformet en litteratormatrise, for å samle informasjonen fra artikkelen til en oversiktlig tabell. Thidemann (2019) mener dette skal gjøre prosessen med å sammenfatte temaene og resultatene enklere for videre i arbeidet.

### Artikkel 1. Langtidseffekt av trening ved ulike intensiteter.

Tabell 2.

<b>Referanse</b>	Helgadóttir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J., & Ekblom, Ö. (2017) <i>Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial</i> . Preventive Medicine 105 (2017) 37-46. Hentet 13.04.21 fra: <a href="https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.008">https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.008</a>
<b>Hensikt</b>	Den presenterer effekten av trening ved ulike intensiteter over en 12 ukers periode og gjennom perioden frem til oppfølging ved 12 måneder.
<b>Metode</b>	En «singel- blind, parallel, multi-center randomized controlled trial». RCT-studie. 620 personer ble randomisert i 4 forskjellige intensitetsgrupper. Treatment as usual (TAU, n= 310), lett (n=106), moderat (n=105) og energisk (n=99). Det ble brukt pulsklokke for å måle puls og intensitetsnivå på hver enkelt. Primær resultatene ble målt med MADRS skala.
<b>Resultat</b>	Personer mellom 18- 67 år har deltatt i studiet først i 12 uker deretter oppfølging etter 12 måneder. Hovedfunnene er at trening på lett intensitet gir lavest score på en MADRS- skala, sammenlignet med TAU og de andre intensitetene. Forfatterne konkluderer med at fysisk trening forbedrer både psykisk og fysisk helse, og kan utøves fra lav intensitet til høy intensitet. Etter 12 måneders oppfølging viser det seg at det er fordelaktig å vurdere behovene individuelt, og at lav intensitet gav størst utbytte og minket alvorlighetsgraden. De samme retningslinjene om trening for å bedre mental helse, kan anbefales som for somatisk helse. Forfatterne anbefaler yoga og aerobic som aktivitet for å redusere depresjonssymptomer.
<b>Kvalitet</b>	Fagfellevurdert av nyere dato. Flere helseinstanser er involvert. Blant intensitetsgruppene kunne det være personer som var mer aktive på fritiden og kunne påvirke resultatet innenfor sin TAU-gruppe. Dermed score høyre og gi større avvik innad i gruppen ved oppfølging. Selvrapporing må vurderes med forsiktighet. Styrken i studien er antall deltagere, og intervjuerne var blindet og visste ikke hvilke grupper deltagerne var delt inn. En annen unik styrke var de ulike intensitetene av trening i tillegg til kontrollgruppen.
<b>Relevans</b>	Viser effekt av trening over en lengre periode. Siden mange studier har fokus på korte behandlingsperioder.

## Artikkel 2. Pasientens erfaring med trening som behandlingsform.

Tabell 3.

<b>Referanse</b>	Danielsson L, Kihlbom B & Rosberg S. Physical Therapy, Volume 96, Issue 8, 1 August 2016, Pages 1241–1250, “Crawling Out of the Cocoon”: Patients’ Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. Hentet fra <a href="https://doi.org/10.2522/ptj.20150076">https://doi.org/10.2522/ptj.20150076</a>
<b>Hensikt</b>	Den belyser pasientens følelser og tilbakemeldinger på fysisk terapi og trening som behandling for alvorlig depresjon.
<b>Metode</b>	Semi-strukturerte intervjuer av 13 personer i alderen 24-62 år, som deltok på aerobic trening med instruktør. De ble fordelt i en randomisert kontrollert undersøkelse. Aerobic ble gjennomført inntil 60 min, ganger 2 i uken. Det ble benyttet en kvalitativ metode ved analyse av resultatene.
<b>Resultat</b>	Det fremkommer 4 kategorier av følelser beskrevet av deltagerne: 1. <i>Kamp om en sunnere jeg</i> , 2. <i>Utfordrer motstanden</i> , 3. <i>Levende men ikke euforisk</i> , 4. <i>Ivaretagelse av pasient</i> . Deltagerne opplevde treningen som hardt arbeid, men bragte frem følelsen av å være tilstede og i live. Og at de følte at de gjorde noe positivt for seg selv. Disse følelsene var i motsetning til de tunge tankene og følelse av nummenhet under depresjonen. Som terapeut var det 3 viktige tilnærminger som ble fokusert på, <i>samarbeid, støtte og atmosfære</i> . En personsentrert tilnærming hadde mye å si for relasjonene mellom pasient og behandler.
<b>Kvalitet</b>	Forfatterne forklarer at i en kvalitativ undersøkelse avhenger resultatene av konteksten, kultur og samfunn. Denne konteksten var fra det svenske helsevesenet. Deltagerne hadde meldt seg frivillig til deltagelse og kan ha påvirket resultat med tanke på motivasjon. Alle tre forfatterne var fysioterapeuter og kan påvirke tilnærming og gjennomføring. En bredere samling av profesjoner kunne ha gitt en rikere tolkning av dataene.
<b>Relevans</b>	Den gir et innblikk i hvilke erfaringer og følelser pasienter sitter igjen med etter fysisk trening som behandling mot depresjon. Og hvilke tilnærminger helsepersonell kan benytte inn mot arbeidet.

### Artikkel 3. Utholdenhetstrening og kognitiv kontroll ved alvorlig depresjon.

Tabell 4.

<b>Referanse</b>	Olson, R, L., Brush, C, J., Ehmann, P, J., & Alderman, B, L. <i>A randomized trial of aerobic exercise on cognitive control in major depression</i> . Clinical Neurophysiology Volume 128, Issue 6, June 2017, Pages 903-913 Hentet fra: <a href="https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.01.023">https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.01.023</a>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å undersøke effektene av et 8 ukers aerobic-trenings intervensjon, på den neurokognitive kontrollen hos personer med alvorlig depresjonslidelse. Pasienter som ikke lengre har ønsket effekt av antidepressive medisiner, som trenger en tilleggsbehandling. Samtidig undersøke om trening reduserte grubling, målt ved The Ruminative Responses Scale (RRS).
<b>Metode</b>	50 deltagere med diagnoses alvorlig depresjonslidelse i alderen 18-30 år, ble randomisert til en 8 ukers intervensjon med aerobic- trening(AT) (n=25) eller plasebo- trening(PT) (n=25). AT bestod av tre økter av 30-45 min i uken på moderat intensitet. PT bestod av tre økter av 30-45 min i uken med tøying på lett intensitet. Kognitiv kontroll ble målt før og etter behandling, ved å måle reaksjonstid og nøyaktighet ved en modifisert flanker test.
<b>Resultat</b>	Forfatterne deler resultatene inn i fire temaer. 1. <i>Depressive symptomer og grubling</i> , 2. <i>Hjerte- og lungekapasitet</i> , 3. <i>Nøyaktig respons og reaksjonstid</i> og 4. <i>N2 amplitude</i> . De konkluderer med at aerobic trening kan være en nevrologisk atferdsterapi for å få kognitiv kontroll under depresjon. Av 50 deltagere fullførte 30 stykker alle testene etter 8 uker. Resultatet viser en tydelig reduksjon i depressive symptomer ved AT (58%) sammenlignet med PT (22%). Begge gruppene hadde også reduksjon i grubling, AT (12,6%) og PT (6%). Reaksjonstiden til AT ble redusert. Forfatterne anslår at 60% av AT gikk i remisjon, og PT hadde 33% i remisjon. Uten at det var en del av målingene.
<b>Kvalitet</b>	Det er fra et fagfellevurdert tidsskrift. Den er av nyere tid. De er kritiske til sine begrensinger i forskningen med antall deltagere. Tidsrommet for intervensjonen var kortere enn det hadde ønsket.
<b>Relevans</b>	Artikkelen formidler en forståelse av effekten til trening som behandling. Både fysisk og psykiske mekanismer. Og om det er mulig å trene seg i balanse fysisk og psykisk.

#### Artikkel 4. Trening eller grunnleggende kroppsbevissthets terapi.

Tabell 5.

<b>Referanse</b>	Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E. L., Carlsson, J. & Waern, M. <i>Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study.</i> Journal of Affective Disorders, Volume 168, 15 October 2014. Hentet fra <a href="https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.049">https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.049</a>
<b>Hensikt</b>	Denne studien vurderer effekten av to forskjellige tilleggsbehandlinger som trening og basic body awareness therapy (BBAT), opp imot personer med alvorlig depresjonslidelse.
<b>Metode</b>	RCT- studie. 141 meldte seg frivillig, men 62 voksne i alderen 18- 65 år med alvorlig depresjonslidelse ble valgt ut. . 85% tilstedeværelse i FT og 75% i BBAT Lengde 10 uker. De gikk på antidepressive medisiner. Deltagerne ble fordelt i tre ulike grupper. Fysisk trening (FT) (n=22) var 1 time aerobic med ulike styrke og kondisjonsøvelser, hvor 5-8 stykker trente samtidig. Treningsprogrammet ble laget sammen med pasient og individuelt tilpasset. BBAT (n=20) var 1 time med yoga-lignende øvelser. Med fokus på tøyøvelser, stabilitet og pust. Anbefalt fysisk aktivitetsgruppe (n=20) var en samtale med fysioterapeut som motiverte til fysisk aktivitet. Og et tilbud om å bistå underveis.
<b>Resultat</b>	Primærresultatene var endring i alvorlighetsgraden av depresjonslidelsen. Sekundærresultatet var generell funksjon, selvrapporterte symptomer, angstsymptomer, kroppsoppmerksomhet og hjerte- lungekapasitet (VO <sub>2</sub> -max). De endelige resultatene viser at trening som en tilleggsbehandling til medikamenter, styrker effekten og reduserer alvorlighetsgraden. I tillegg har det en positiv effekt på det hjerte- og lungekapasitet. MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) ble brukt for å måle alvorlighetsgraden av depresjon. Begge intervensjonene var personsentrert. Slik at terapeuten kunne skape et dynamisk samarbeid og en relasjon. Ingen signifikante resultater ved remisjon. Pasienter beskriver terapeuten som en viktig brikke for motivasjonen.
<b>Kvalitet</b>	Fra et fagfelleurdert tidsskrift. Den er etisk vurdert. Valg av kontrollgrupper som BBAT og motivering til fysisk aktivitet, hadde hensikt til å føles meningsfullt for pasienten. Forfatterne vurderer BBAT intervensjonen til for kort tid. Den største svakheten i studien er antall deltagere. The Scale of body connection (SBC) ble for første gang brukt opp imot alvorlig depresjonslidelse, det kan forklare lite positivt utslag i resultatet.
<b>Relevans</b>	Den terapeutiske tilnærmingen er relevant for en vernepleier. Trening med ulike intensiteter, med vekt på fysisk og psykisk tilstedeværelse er relevant for denne oppgaven.

## Artikkel 5. HUNT- undersøkelsen.

Tabell 6.

<b>Referanse</b>	Harvey, S, B., Øverland, S., Hatch, S, L., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. <i>Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study</i> . American Journal of Psychiatry 2018; 175:28-36; doi: <a href="https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223">https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223</a>
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å finne ut om trening er forebyggende mot angst og depresjon. Hvor optimalt er dose-respons mellom trening og angst og depresjon. Hvis trening forebygger, hvilken intensitet og mengde må til for å øke beskyttelsen. Og hvilke andre viktige faktorer i samfunnet spiller inn.
<b>Metode</b>	En kohortstudie med voksne mennesker fra 20 år og oppover, ble fulgt opp fra januar 1984- juni 1997. Undersøkelsen startet ut med 85,100 mennesker som ble invitert til spørreundersøkelse om helsen, hvor en ekskluderingsfase begynte. Et utvalg på 33,908 mennesker som ikke hadde symptomer på psykiske lidelser eller funksjonsnedsettelse ble valgt ut. 22,564 personer fullførte undersøkelsen.
<b>Resultat</b>	Hovedresultatet viser at regelmessig trening og fysisk aktivitet, er assosiert med lavere risiko for depresjon, men ikke angst. 15% av disse utviklet angst eller depresjon i løpet av perioden. Lav intensitet rundt 1 time hver uke med trening, viser å ha best forebyggende effekt. Og forfatterne mener at tallene ville da ha vært lavere, om flere hadde fulgt opp med minimum 1 time trening hver uke. Mulig innvirkning på resultatet er sesongdepresjon. Vintertiden fra desember til april er de lyse dagene kortere.
<b>Kvalitet</b>	Fra en fagfelleurdert tidsskrift. Seks forfattere kan øke kompetansebredden og styrke studien. En noe stigmatiserende holdning ved utvelgelsen av kohorten, var å utelukke alle som hadde en form for funksjonsnedsettelse fra studien. Bakgrunnen var med tanke på motivasjon for trening og for å ha en homogen gruppe som var lettere å sammenligne. Styrken til studien er størrelsen på kohorten, lengde på oppfølgingen, potensiell datainnsamling, bruken av valide måleinstrumenter av fysisk aktivitet og psykiske lidelser og det brede omfanget av formidlende faktorer.
<b>Relevans</b>	En av de største undersøkelsen gjort i Norge på en gruppe mennesker over tid, hvor man har sett på sammenhengen med trening/fysisk aktivitet og angst- og depresjonslidelser. Resultatet øker bevisstheten rundt hvor viktig fysisk aktivitet og trening er som behandling og forebyggende helsearbeid.

## 3.2 Analyse og tolkning

Jeg benyttet Aveyards (2019) tematiske analysemodell som er beskrevet i Thidemann (2019). Som ble et utgangspunkt, men tok meg en kunstnerisk frihet og gjorde den mer på min måte.

Jeg hadde foran meg en problemstilling som var mulig å justere, som anbefalt av Thidemann (s. 97, 2019). Slik at da jeg leste resultatdelen fra artiklene, kunne jeg hente ut den informasjonen jeg trengte for å sette sammen temaer. Artiklene hadde en del fremmedord hvor det tok litt tid å oversette og forstå. Jeg assosierte, tolket, sammenlignet og visualiserte mønstre i resultatdelen. Markeringstusjer gjorde det enklere for å få oversikt og system (Thidemann, s. 97, 2019). Det har til tider vært utfordrende å komme frem til tema. De utvalgte artiklene er kvalitative studier, hvor resultatene ikke kommer like tydelig frem som i en kvantitativ studie. Det kan være beskrivelse av følelser, og ikke alltid like relevant for problemstillingen (Dalland, s. 228-229, 2012). Etter mye gransking kommer temaene frem og det blir mulig å sette de sammen til to hovedtemaer. Det er videre forklart i tabell 7 og 8.

Tabell 7. Sammenligning av foreløpig tema.

Antall	Artikkel 1.	Artikkel 2.	Artikkel 3.	Artikkel 4.	Artikkel 5.
1	Reduserte symptomer	God følelse og energi etter trening.	Aerob trening	Aerob trening	En time treing hver uke
2	Mestringsfølelse og motivasjon	Terapeutisk tilnærming	Redusert symptomer	Redusert symptomer	Reduserer risiko for depresjon
3	Aerob trening	Mestring og Motivasjon	Opplevd tilstedeværelse	Økt hjerte- og lungekapasitet	Nasjonale retningslinjer
4	Forskjellige intensiteter	Reduserte symptomer	Redusert grubling	Mestring og Motivasjon	Høyere daglig aktivitetsnivå
5		Aerob trening		Terapeutisk tilnærming	

Tabell 8. Sammenfatning av tema.

Tema fra artiklene	Sammenfattet tema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestringsfølelse og selvbestemmelse</li> <li>• God følelse og energi etter trening</li> <li>• Opplevd tilstedeværelse</li> <li>• Indre og ytre motivasjon</li> <li>• Samarbeid og samhold</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Motivasjon og mestring</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapeutisk tilnærming</li> <li>• Økt hjerte- og lungekapasitet</li> <li>• Aerob trening og yoga</li> <li>• Reduserte depresjonssymptomer</li> <li>• Nasjonale anbefalinger</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Trening som behandling</p>

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet benytter jeg resultatene som er sammenfattet i matrisene. Mine valgte artikler presenterer temaene motivasjon og trening.

### 4.1 Motivasjon til å mestre

Gjennomgående i de fem artiklene blir det antydnet at pasientene er frivillig med i forskningen og at de var interessert i være fysisk aktiv. De mest deprimerte falt ut av studien og det er noe av grunnen til at det er svært få deltagere med i forskningen. En metode som ble brukt var personsentrert tilnærming, der man ønsket å bygge en relasjon og et samarbeid til pasienten. Forfatterne beskriver at sjansen for suksess økte ved å sette opp treningsøkter til faste tidspunkter, med en erfaren terapeut. Hovedfokuset var pasienten sitt utgangspunkt og ståsted, for å kunne skape en indre motivasjon (Danielsson et al., 2014). Tre faktorer som ble vektlagt i tilnærmingen: støtte, samarbeid og atmosfære. Samarbeid og deltagelse i utarbeidelsen av treningsprogrammet skapte et eierskap til treningen. Terapeuten forsøkte å skape en atmosfære som var varm og vennlig, som skulle fremme trygghet i gruppen. Det økte tilliten til hverandre og gav en form for støtte (Danielsson et al., 2016). De tre andre artiklene tar ikke hensyn til selve tilnærmingen. Helgadóttir et al., (2017) er mer fokusert på de ulike intensitetene av treningen. Olson et al., (2017) går i dybden på hjernebølger, responstid og kognitiv kontroll. Harvey et al., (2018) har fått frem folkehelseperspektivet og effekten av trening over et tiår.

### 4.2 Trening som behandling

De fleste pasientene som har vært i behandling på institusjon, har fått antidepressiva og eller antipsykotiske medikamenter. Trening ble en tilleggsbehandling, hvor noen pasienter hadde lite effekt av medikamenter. Mine valgte artikler er har benyttet utholdenhetstrening i forskningen. Det viser seg å være anvendelig og tilgjengelig. Samtidig kan man justere intensiteten i utførelsen av øvelser til individuelle behov. Langtidseffekten av trening på ulik intensitet har få studier generelt, spesielt ved alvorlig depresjon. Et 12 ukers treningsopplegg fordelt i lett, moderat og høy intensitet har blitt sammenlignet med behandling som vanlig. Lav og høy intensitet viser seg over lengre tid å redusere symptomene ved depresjon. Etter ett år er

resultatene de samme (Helgadóttir et al, 2017). Olson et al., (2017) viser til et 8 ukers treningsopplegg. Minimum en time trening i uken, reduserer risiko for depresjon og vedlikeholder den fysiske formen målt i et 10 års perspektiv (Harvey et al., 2018). Pasientens perspektiv og opplevelser blir beskrevet gjennom fire kategorier: Den første blir beskrevet som en «kamp om et sunnere jeg». Den indre kampen med å komme i bedre form. Den andre var å utfordre motstanden. En pasient beskrev depresjonen slik:

Right now, when I´m feeling low, it´s hard, even though people say, “Pull yourself together and just go to the gym. Get off your lazy ass.” But if you´ve tried to get off your lazy ass for 6 months, then you just can´t anymore. Doesn´t matter how much people nag you. (Danielsson et al, s. 1245, 2016).

Den tredje kategorien var “levende men ikke euforisk”, hvor de beskrev selve påkjenningen av trening og hvordan den påvirket kroppen og var i kontrast med den nummenhet depresjonen gir. Den fjerde var «ivaretagelse av pasient». Hvor terapeuten spilte en viktig rolle som motivator og var løsningsorientert. Deltagerne opplevde treningen som hardt arbeid, men den bragte frem følelsen av å være tilstede og i live. Og at de følte at de gjorde noe positivt for seg selv (Danielsson et al., 2016).

Langtidseffekten av trening hadde både psykisk og fysiske fordeler, hvor risiko for livsstilssykdommer også ble redusert. Intensiteten i treningen kunne tilpasses individuelt, og gav effekt også ved lav intensitet. Yoga ble trukket frem som anbefalt trening ved lav intensitet (Helgadóttir et al., 2017). Utholdenhetstrening ved moderat intensitet har vist reduksjon i symptomer, også ved kognitiv kontroll. Reaksjonstid og presisjon ble testet før og etter intervensjonene og viste fremgang (Olson., 2017). Gjennomgående for de utvalgte artiklene er bekymringen rundt antall økende tilfeller av personer med psykiske lidelser og inaktivitet. De legger også til at de oppfordrer til undersøkelser over lengre perioder med flere deltagere.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Trening som behandling mot alvorlig depresjon

Forskningen per dags dato, antyder at det er utfordrende å benytte kun trening som behandling ved alvorlig depresjon. Flere artikler beskriver trening som tilleggsbehandling til medikamenter (Danielsson et al., 2014; Olson et al., 2017). Dette er naturlig i en tidlig fase for å stabilisere pasienten. Slik at det er mulig å komme igjennom til dem og motivere til aktivitet. Etterhvert kan målet være å ha de verktøy og motivasjon som skal til for å være mer selvstendige og kunne mestre hverdagen alene. I en alvorlig depresjon vil pasienten ha behov for et tilstrekkelig hjelpeapparat rundt seg. Brobyggerrollen til vernepleieren blir sentral for å koble opp og samkjøre et tverrfaglig team (Brask et al., 2016). Trening sammen med medikamenter, i samråd med lege og spesialisthelsetjenesten ser ut til å være høyst anbefalt (Danielsson et al., 2014).

Ved trening som behandling av alvorlig depresjon viser to av artiklene til en personsentrert tilnærming (Danielsson et al., 2016; Olson et al., 2017). De har benyttet den tilnærmingen for å skape tillitt og bygge en relasjon. De har hatt pasientens behov og ønsker i fokus, for å ivareta selvbestemmelsesrett og rett til medvirkning, i henhold til (pbrl, 1999, § 3-1). Helsedirektoratet (2009) anbefaler å strukturere treningen og lage en plan for mestring og progresjon nettopp ved en personsentrert tilnærming.

Som behandlingsform hevder Harvey et al., (2018) at 60 min med aktivitet i løpet av uka er nok, mens de norske anbefalingene nå er 150 min på moderat intensitet i løpet av uka (Martinsen, s. 35, 2018). Flere av studiene konkluderer med at de ulike intensitetsnivåene har en del å si for reduksjon av symptomene. Både Helgadóttir et al., (2017); Harvey et al., (2018), sier at lett intensitet gir størst symptomreduksjon. Samtidig gir de ingen indikasjoner på et mulig utfall, ved flere treningsøkter og flere minutter i aktivitet. De norske anbefalingene sier at for å øke effekten bør man helt opp i 300 minutter i uken. Hvis intensiteten øker kan tiden gå ned, men effekten er like stor (Helsedirektoratet, 2009).

Formen for trening som er benyttet i forskningen er utholdenhetstrening og yoga. Grunnen til det er at selve treningen ikke avhenger av utstyr. For å individualisere treningsprogram vil det ofte i starten innebære enkle øvelser som kan gjøres i trygge omgivelser. Eksempelvis på stuegulvet, i hagen eller der man måtte befinne seg. Å være i naturen og oppleve duftene, høre fuglelydene og vinden i trærne, kan virke positivt på selve opplevelsen av aktiviteten. Flere anbefaler skog og mark som arena for fysisk aktivitet (Bischoff, 2012; Kaplan, 1995, i Martinsen, s. 36, 2018).

Testing av styrke eller kondisjon er ikke noe som kreves for å ha glede av trening. Det er et instrument som er tilgjengelig for å få bevist progresjonen individuelt. Noen kan ha motivasjon for å se tall på fremgang, mens andre har nok med å kjenne mestring. Det er en stor fordel å ha kunnskap om sin egen hvilepuls og makspuls. Spesielt ved trening er det positivt for å ha kontroll på riktig pulssone man trener i. Hvis man ønsker fremgang på utholdenheten. Siden forskningen peker på ulike intensiteter som relevant for reduserte symptomer (Danielsson et al., 2014; Helgadóttir et al., 2017). Grubling er ofte negative tanker som tar over for de positive tankene. Friluftsliv kan være positivt ved å nyte tilstedeværelsen i naturen og filtrere bort de negative tankene. Olson et al., (2017) har funnet verdi i trening for å motvirke grubling.

## **5.2 Motivasjon og mestring**

Pasienter med alvorlig depresjon får ofte tunnelsyn og ser ikke poenget med trening (Danielsson et al., 2016). Motivasjonen kan forklares som å ha «styggjen på ryggen, som forteller at jeg kommer ingen vei her i livet» (OnkelP & De fjerne slektingene, 2014). Flere pasienter påpeker rollen til behandleren/ terapeuten. Hvor viktig måten man motiverer på. Motiverende intervju er systematisk motivering, hvor pasienten selv finner sin indre motivasjon på sine egne premisser (Nymoens, 2021). Noe som samsvarer med en personsentrert tilnærmingen (Danielsson et al., 2016; Olson et al., 2017). Motiverende intervju har som formål å gi pasienten troen på seg selv, og sette sine behov og mål i aksjon. Personer med en alvorlig depresjonslidelse har mistet motivasjon, og sier at terapeuten er en viktig person for å gi «et spark bak» for å komme i gang. Det holder ikke bare med å gi råd om trening. Som (Brask et al., 2016) forklarer rollen som pådriver, vil vernepleieren være i motiveringsmodus. For å

komme igjennom de forstyrrende samtalen med styggen på ryggen, blir partnerrollen viktig. Det å bygge relasjon, trygghet og at man kan stole på kompetansen og intensjonene om å ville hjelpe, er selve partenerrollen.

I et første møte ved rehabilitering vil det være naturlig å gjøre en kartlegging av pasientens ferdigheter og ressurser. Vernepleieren benytter ADL-scoring for å systematisere kartleggingen og dokumentasjonen, slik at oppfølgingen kan bli hensiktsmessig (Kjeken et al., 2007). Ved sammenligning over en periode kan man se utviklingen av hverdagsferdighetene. Det vil gjøre det lettere å lage en individuell treningsplan. Når de basale ferdighetene er innlært som hygiene, matlaging og rutine for søvn, kan trening av de større muskelgruppene starte.

Motivasjonsklima kan være en inspirerende faktor. Man kan sammenligne det å løpe på en tredemølle og se i en sort vegg, eller med å jogge på en sti i solskinn med farger, blomsterduft og fuglelyder. Det handler om tilrettelegging og pådriverrollen (Brask et al., 2016). Vernepleieren står i en posisjon til å utnytte sine kompetanser og engasjement, men må samtidig være følsom og bevisst på pasientens ressurser og behov. I rehabilitering er det en styrke å koble sammen tverrfaglig kompetanse (Normann et al., 2019). Brobyggerrollen er sentral for vernepleieren i denne sammenheng (Brask et al., 2016).

Personer som fortsatt er deprimert men på vei ut av depresjonen har en fortsatt økt risiko for selvmord. Det er derfor viktig at vernepleieren gjør vurderinger av selvmordsrisiko (Snoek og Engedal, s. 164, 2017). Det kan være styrkende å skape et meningsfylt sosialt nettverk. Det kan være viktige holdepunkter å være en del av et lag eller en treningsgruppe. Føle at man deltar i et sosialt samspill og være med på aktiviteter som er lavterskel, slik at flest mulig kan delta. Disse holdepunktene kan gi rotfeste til for å holde motivasjonen oppe til å bli frisk (Johannesen, s. 184, 2018).

### **5.3 Kildekritikk og metodediskusjon**

Mye av forskningen består av subjektive metoder som selvrapporing. For å måle og forske på fysisk aktivitet er det slike metoder som er oftest brukt. Utfordringen ved en slik metode er at den er sårbar for ærligheten til testpersonene. Både

overrapportering og at det kan være vanskelig å huske på hvor mye man har trent kan være feilkilder.

Målemetoden MADRS har validitet og reliabilitet, men er følsom for endringer i symptombildet. Derfor har jeg valgt å ta med moderat- alvorlig depresjonslidelse. Det er også for å kunne se om trening vil være like effektivt på de ulike alvorlighetsgradene (psyktestbarn, 2019).

RCT studier er ansett som gullstandarden innenfor forskning. Fordelen med studien er at man fjerner forstyrrende faktorer. Ulempen er den eksterne validiteten. Det er vanskelig å generalisere resultatet for resten av befolkningen. Siden de som deltar er frivillig, kan de skille seg litt ut ifra resten av befolkningen (Torstveit, s.52, 2018'). HUNT undersøkelsen gir derimot et godt bilde på befolkningen, men fanger dårlig opp de med alvorlig depresjon (Harvey et al., 2018).

En mulig hypotese for hvorfor alvorlig depresjonslidelse og trening er i mindre grad forsket på enn ved mildere symptomer, kan være effekten av regelmessig trening i befolkningen for øvrig. Det kan skape en buffer mot depresjon og grubling.

## 6.0 Konklusjon

Denne oppgaven viser at personer med alvorlig depresjonslidelser trenger motivasjon og støtte for å kunne løfte blikket og komme i gang med fysisk trening og aktivitet. Vernepleieren står i en unik posisjon med verktøy som kan fremme pasienten sine ressurser, livskvalitet og helse. Motiverende intervju og trening er anbefalt av helsemyndighetene, og har høy suksessrate. Personer med alvorlig depresjonslidelse har «latt styggen på ryggen fortelle de, at de kommer ingen vei her i livet». Med motiverende intervju og personsentrert tilnærming, øker sjansene for gode pasientforløp. Det viser seg at mange deprimerte ikke får behandling av ulike årsaker. Det har blitt en større samfunnsmessige kostnad og et folkehelseproblem, hvor fysisk aktivitet og trening, med støtte og veiledning har mye forskning som viser positive resultater. Det er lett tilgjengelig og kostnadseffektivt.

Det er et stort behov for mer forskning som ser på effekten av trening på alvorlig depresjonssymptomer over en lengre treningsperiode. Det er også nødvendig å finne løsninger som kan oppdage flere personer med depresjonslidelser, og gi dem muligheten til å få behandling og livskvaliteten tilbake.

## 7.0 Litteraturliste

Borge, L. (2018). Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv. I D. -E. Martinsen (Red.) *Kropp og sinn* (s. 19-33). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen

Brask, O. D, Østby, M. og Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller, en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalby, M og Gjesdal, K. (2012). *Hva sier hvilepuls om helse og sykdom?* Tidsskriftet Den Norske Legeforening; 132: 1348-51  
<https://tidsskriftet.no/2012/06/oversiktsartikkel/hva-sier-hvilepuls-om-helse-og-sykdom>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo

Danielsson L, Papoulias I, Petersson EL, Carlsson J & Waern M. (2014). Volume 168, 15 October 2014, Pages 98-106  
*Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study*. Hentet fra:  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.049>

Danielsson L, Kihlbom B & Rosberg S. (2016). *“Crawling Out of the Cocoon”:* *Patients’ Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression*. Physical Therapy, Volume 96, Issue 8, Pages 1241–1250,  
Hentet fra: <https://doi.org/10.2522/ptj.20150076>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). *Person-centered care—ready for prime time*. European journal of cardiovascular nursing, 10(4), 248-251.

Ellingsen, K. E. (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Universitetsforlaget. Oslo

Fantino, B & Moore, N. (2009). *The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder*. BMC Psychiatry 9, 26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-26>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleier utdanning. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning*. (2019). FOR-2019-03-15-411. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-411/§10>

Grøholt, B. (1999). *Suicide and suicide attempt among children and adolescents. A clinical and epidemiological study from Norway 1990-1994*. Oslo: Centre for child and adolescent psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo.

Helgadóttir, B., Forsell, Y., Hallgren, M., Möller, J., & Ekblom, Ö. (2017). *Long-term effects of exercise at different intensity levels on depression: A randomized controlled trial*. Preventive Medicine 105 (2017) 37-46. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.008>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. [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](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)

Helsedirektoratet. (2014). *Folkehelse og trivsel. Anbefalinger, hva påvirker livskvalitet*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/\\_attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-)

[4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf](https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> (Forsvarlighetskravet.)

Johannessen, B. (2018). I D. -E. Martinsen (Red.) *Kropp og sinn* (s. 172-185). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen

Johnson, S. U., Ebrahii, O. V & Hoffart, A. (2020). *PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak*. Plos One, 21. Oktober 2020.

Kjeken, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2007). *Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering*. Tidsskrift for Den norske legeförening.

Klovner i Kamp (2015, 19. desember). *Langt å gå*. (Video). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=WdeJLkP-OFg>

Löplabbet. Puls og intensitetssoner. Hentet den 27.05.21 fra <https://www.loplabbet.no/intensitetssoner>

Martinsen. E. W. (2018). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet- psykisk helse - kognitiv terapi*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. 3. utgave. Bergen.

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I D. -E. Martinsen (Red.) *Kropp og sinn* (s. 155-171). Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Bergen

Munk, R: *Styrketrening* i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 25. mai 2021 fra <https://sml.snl.no/styrketrening>

Mykletun, A., Knutsen, A.K & Mathisen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet, Oslo.

Nes, B.M., Janszky, I., Wisløff, U., Støylen, A. & Karlsen, T. (2012). *Age-predicted maximal heart rate in healthy subjects: The HUNT Fitness Study*. Scand J Med Sci Sports. DOI: [10.1111/j.1600-0838.2012.01445.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2012.01445.x)

NHI.no, (2020). *Aerob og anaerob trening*. <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/treningsrad-generelle/aerob-og-anaerob-trening/>

Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Universitetsforlaget. Oslo

Normann, T., Sandvin, J.T & Thommesen, H. (2019). *Om rehabilitering. Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. KF. Oslo

Nymo, H. N. (2021) *Endringsarbeid i samvær med pasienter i dagliglivet- Motiverende intervju i miljøterapi*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 01/2021 (Volum 18). Side 79-90. Hentet fra: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-09>

OnkelP & De Fjerne Slektningene, (2014, 21. oktober). *Styggen på ryggen*. (Video). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rUvzx73-cCY>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. §3-1. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63> (Brukermedvirkning.)

Psykisk helsevernlov. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (LOV-2019-06-21-48). Lovdata. §3-3.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Psyktestbarn- The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), (2019).

<https://psyktestbarn.r-bup.no/no/artikler/bdi-ii-beck-depression-inventory-versjon-ii#>

Ryan, R.M & Deci, E.L. (2000). *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*. American Psychologist.

DOI: [10.1037//0003-066x.55.1.68](https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68)

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017) *Psykisatri for helse og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm akademisk. Oslo

Soucy, I., Provencher, M., Fortier, M & McFadden, T.

*Efficacy of guided self-help behavioural activation and physical activity for depression: a randomized controlled trial, Cognitive Behaviour Therapy, 46:6, 493-506*, DOI: [10.1080/16506073.2017.1337806](https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1337806)

Statistisk sentralbyrå- *Livskvalitet*. Rapporter 2020/35

<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-norge-2020>

Sæterdal, R., Frøyd, C., Madsen, Ø., Tønnessen, E., Wisnes, A., & Aasen, S. (2009). *Utholdenhet- Trening som virker*.

<https://www.olympiatoppen.no/fagstoff/utholdenhet/media3803.media>

Taylor, S., Way, B., & Seeman, T. (2011). *Early adversity and adult health outcomes. Development and Psychopathology, 23(3), 939-954*.

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579411000411>

Torstveit. M. K, Lohne-Seiler. H, Berntsen. S. & Anderssen. S. A (red.) (2018). *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk. Oslo

Universitetet i Oslo. (2015). *Jakten på informasjon: En veiledning fra Medisinsk bibliotek*. Hentet fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/wp-content/uploads/sites/21/2016/05/Svemed-UiO-UB.pdf>

Utdanning.no. (2019, 14. februar). Yrkesbeskrivelse vernepleier: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/vernepleier>

Verdens helseorganisasjon WHO. *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.