



# Atferdsaktivering ved depresjon

*Hvordan kan sykepleier bidra i behandling av depresjon ved bruk av atferdsaktivering?*

Kandidatnummer: 722  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9899  
Dato: 16.04.17



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
Tittel: Atferdsaktivering ved depresjon	
<p data-bbox="164 421 363 454"><u>Problemstilling</u></p> <p data-bbox="164 456 1294 492"><i>Hvordan kan sykepleier bidra i behandling av depresjon ved bruk av atferdsaktivering?</i></p> <p data-bbox="164 530 427 564"><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p data-bbox="164 566 1378 819">Oppgaven omhandler depresjon med tilhørende sykepleie på akuttpsykiatrisk avdeling. Sykepleier tar i bruk den strukturerte atferdsorienterte behandlingsmetoden atferdsaktivering i depresjonsbehandlingen. Det sykepleiefaglige rammeverket belyses på tre måter. Det er gjennom sentrale sykepleiefunksjoner, Joyce Travelbees menneske-til-menneske-forhold, og sykepleierens etiske og juridiske ansvar. Sykepleien gis til pasienter med depresjon som er frivillig innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Forskningen presenteres gjennom en artikkelmatrise.</p> <p data-bbox="164 860 264 893"><u>Metode</u></p> <p data-bbox="164 896 1305 1005">Oppgaven er en litterær oppgave basert relevant pensum-, fag- og forskningslitteratur. Litteraturen er funnet gjennom anbefalinger fra fagpersoner og litteratursøk i databasene CINAHL, MEDLINE, PubMed, PsykINFO og Embase.</p> <p data-bbox="164 1046 277 1079"><u>Drøfting</u></p> <p data-bbox="164 1081 1342 1227">Hvordan sykepleier kan bidra inn i depresjonsbehandlingen ved bruk av atferdsaktivering drøftes. Problemstillingen drøftes opp mot momenter presentert i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, rammefaktorer og forskning. Det legges vekt på terapeutisk relasjon, kompetanse, individuell tilpasning, samt kontinuitet og struktur.</p> <p data-bbox="164 1267 316 1301"><u>Konklusjon</u></p> <p data-bbox="164 1303 1402 1485">Sykepleier har i stor grad noe å tilføre atferdsaktivering som behandlingstilnærming. Sykepleier kan gjøre sykepleieobservasjoner og kople tiltakene opp mot pasientenes verdigrunnlag og tilhørende aktiviteter. Sykepleier ser hele pasienten og kan være til støtte utenom atferdsaktiveringsøktene. Dette gir pasienten helhetlig sykepleie. På den andre siden tilfører atferdsaktivering sykepleien både struktur, synlighet og kontinuitet.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Kontekst og avgrensninger .....	2
1.4 Begrepsavklaringer .....	2
1.5 Oppgavens formål .....	2
1.6 Oppgavens oppbygning.....	3
<b>2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>4</b>
2.1 Sykepleiefunksjoner .....	4
2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	4
2.2.1 Joyce Travelbees syn på relasjoner i sykepleie.....	5
2.2.2 Terapeutisk bruk av seg selv .....	5
2.3 Depresjon .....	6
2.3.1 Sykepleie til pasienter med depresjon.....	8
2.4 Atferdsaktivering .....	9
2.4.1 Atferdsaktiveringsøktene .....	10
2.5 Juridiske og etiske aspekter .....	13
<b>3. Metode for oppgaven</b> .....	<b>14</b>
3.1 Litteratursøk .....	14
3.2 Kildekritikk.....	16
<b>4. Presentasjon av forskningsresultater</b> .....	<b>18</b>
<b>5. Hvordan kan sykepleier bidra i behandling av depresjon ved bruk av atferdsaktivering?</b> .....	<b>20</b>
5.1 Eksempel fra praksis.....	20
5.2 Terapeutisk relasjon .....	21
5.3 Kompetanse og ferdigheter.....	23
5.4 Individuell tilpasning .....	27
5.5 Kontinuitet og struktur.....	30
<b>6. Oppsummering</b> .....	<b>34</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>35</b>

<b>Vedlegg 1: Daglig monitoreringsskjema .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 2: Skjema om livsområder, verdier og tilhørende aktiviteter .....</b>	<b>41</b>
<b>Vedlegg 3: Skjema om aktivitetsvalg og rangering .....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 4: Skjema med kontrakter .....</b>	<b>47</b>

# 1. Innledning

I innledningen presenteres bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt formålet med oppgaven og dens oppbygning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

En av de vanligste psykiske lidelsene er depresjon (Helsedirektoratet, 2016). Depresjon er en av de ledende årsakene til sykdom i verden (World Health Organization [WHO], 2017). På verdensbasis har over 300 millioner mennesker depresjon til en hver tid (WHO, 2017). Depresjon er forbundet med opplevelse av lidelse og tap av livskvalitet (Helsedirektoratet, 2016). Spesielt ved langvarige moderate og alvorlige depresjoner kan det påvirke personens totale helsetilstand. I ytterste konsekvens kan alvorlig depresjon medføre selvmord. Årlig dør omtrent 800 000 mennesker i verden av selvmord som følge av depresjon (WHO, 2017). Tre firedeler av personer med depresjon mottar ikke behandling. Medikasjon er hovedsakelig behandlingen som forskrives (Helsedirektoratet, 2009). Atferdsaktivering har vist å være like effektivt som antidepressiva, samt vist høyere remisjonsrater og lavere frafall fra behandling enn antidepressiva (Dimidjian m.fl., 2006). Med mer effektiv depresjonsbehandling kunne flere mennesker økt livskvaliteten, mange liv vært berget og samfunnskostnadene redusert (Helsedirektoratet, 2016). Det er anslått at Norge årlig bruker 1,5 milliarder kroner på depresjonsbehandling (Helsedirektoratet, 2009). Siden mange personer med depresjon er sykemeldte, uføre, eller har høyt arbeidsfravær medfører dette ytterligere økonomiske og samfunnsmessige omkostninger (Helsedirektoratet, 2016). Derfor blir det viktig for den enkelte og for samfunnet at det er gode behandlingstilbud tilgjengelig. Atferdsaktivering er vist å være mer kostnadseffektivt enn andre kognitive intervensjoner (Richards m.fl., 2016). En av grunnene til at mange ikke mottar behandling, er mangel på kvalifisert helsepersonell som kan behandle (WHO, 2017). Atferdsaktivering kan utføres av sykepleiere (Ekers, Richards, McMillian, Bland & Gildoby, 2011). Min praksisplass i psykisk helsearbeid var i startfasen av å ta i bruk behandlingstilnærmingen. Jeg fikk være med i oppstartsfasen. Det inspirerte meg til å finne ut mer om behandlingstilnærmingen.

## **1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av dette er problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra i behandling av depresjon ved bruk av atferdsaktivering?.*

## **1.3 Kontekst og avgrensninger**

Oppgavens kontekst er satt til pasienter innlagt med depresjon på akuttpsykiatrisk avdeling innen voksenpsykiatri. Terskelen for innleggelse for ren depresjon på akuttpsykiatrisk avdeling er høy. Dermed er pasientene innlagt med langvarig moderat til alvorlig depresjon. Stadiene har glidende overganger. Videre omtales det som alvorlig depresjon da depresjonskarakteren er alvorlig ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Pasienten er ellers frisk, uten andre vesentlige psykiske eller helserelaterte utfordringer. Pasienten ankommer avdeling eller er tilfrisknet i den grad at vedkommende er mottakelig for atferdsaktivering, og samarbeider om behandling. Pasienten kan lese og skrive norsk. Det er sykepleier som bruker atferdsaktivering som en del av behandlingstilbudet for depresjon. Pasienten har ikke psykotiske symptomer. Ved behandlingssoppstart med atferdsaktivering har pasienten ikke noen spesiell selvmordsfare utover den underliggende selvmordsrisikoen.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

Atferdsaktivering er en strukturert atferdsorientert behandlingsmetode for depresjon (Myhre, 2017; Myhre & Strømgren, 2015). Behandlingstilnærmingen presenteres ytterligere i teoridelen. Andre begreper avklares fortløpende i teksten.

## **1.5 Oppgavens formål**

Som det fremgår ovenfor er depresjon utbredt. Både den enkelte og samfunnet er i behov av effektiv depresjonsbehandling. Gjennom min praksisperiode så jeg atferdsaktivering bli utført av sykepleier som et supplement til tradisjonell behandling. I *tradisjonell behandling* legger jeg biologisk og psykologisk behandling som allerede er mye benyttet i psykiatrifeltet. Eksempelvis legemidler og psykoterapi (Malt & Langeland, 2016; Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Det var kun et fåtall sykepleiere i praksis som anvendte behandlingstilnærmingen fordi de var i oppstartsfasen. Kun noen hadde kunnskap om

atferdsaktiverting. Pasientene som ble introdusert for atferdsaktiverting uttrykte at de opplevde effekt, og personalet kunne observere bedring av depresjonssymptomer. Interessen for behandlingstilnærmingen har økt i Norge (Myhre, 2017). Helsedirektoratet nevner i sine *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (2009) at atferdsaktiverting er et behandlingsalternativ for depresjon innenfor kategorien kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi. Formålet med oppgaven er å få mer kunnskap om behandlingstilnærmingen, og undersøke hvordan sykepleier kan bidra i behandlingen av depresjon ved bruk av atferdsaktiverting.

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

I kapittel to presenteres oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag. Der vil aktuelle sykepleiefunksjoner, deler av Joyce Travelbees sykepleieteoretiske perspektiv, depresjon, atferdsaktiverting, samt etiske og juridiske aspekter bli presentert. Kapittel tre tar for seg oppgavens metode, og hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur. Kildekritikk inkluderes i kapittel tre. I kapittel fire presenteres utvalgt forskning. Problemstillingen drøftes i kapittel fem. Avslutningsvis, i kapittel seks, kommer det en oppsummering.

## **2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Under teoretisk kunnskapsgrunnlag presenteres sentrale sykepleiefunksjoner, sykepleieteoretisk perspektiv, depresjon, atferdsaktivering, samt juridiske og etiske aspekter.

### **2.1 Sykepleiefunksjoner**

I 2008 kom Kunnskapsdepartementet med *Rammeplan for sykepleierutdanningen*. Der presenteres sju ulike funksjons- og ansvarsområder for sykepleiere. Fem av områdene rettes mot pasienten. Av disse er spesielt helsefremming, forebygging og behandling vesentlig i forbindelse med sykepleie til en pasient med depresjon (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016; Kunnskapsdepartementet, 2008). Målet med sykepleie er å understøtte pasienten til å mestre sykdom og komme gjennom lidelsen.

Helsefremming er å styrke forhold og faktorer som fremmer helse og velvære (Antonovsky (1987) referert i Kristoffersen m.fl., 2016, s. 18). Helsefremmende arbeid omfatter prosesser hvor pasienten får eierskap til egen helse gjennom å utvikle egen kompetanse og ferdigheter. Dette krever at sykepleier gir informasjon og tilrettelegger for læring (WHO, 1986). Det er viktig å vektlegge den helsefremmende funksjonen uavhengig av pasientens helse og sykdomssituasjon (Kristoffersen m.fl., 2016). I møte med pasienten på akuttpsykiatrisk avdeling er fokus på sekundærforebyggende arbeid, med mål om å hindre sykdomsutvikling og tilbakefall (Mæland, 2016). Å fjerne eller redusere pasientens problemer, eller avlaste og aktivisere pasienten inngår i sykepleierens behandlende funksjon. Det gjør også å utføre delegerte oppgaver rundt den medisinske behandlingen (Kristoffersen m.fl., 2016).

### **2.2 Sykepleieteoretisk perspektiv**

I sykepleie er relasjoner viktig (Travelbee, 1999). For at pasienten skal kunne samtale med sykepleier kreves et tillitsforhold mellom de to. Det har inspirert meg til å bruke en del av Joyce Travelbees interaksjonsteori for å se på relasjonsbygging. I tillegg finner jeg det Travelbee omtaler som *terapeutisk bruk av seg selv* interessant og relevant.



Travelbee tok avstand fra begrepene *pasient* og *sykepleier* fordi hun mente det var generaliserende definisjoner, og at slike merkelapper kan bli styrende for hvordan partene opptrer (Kirkevold, 1998). I oppgaven blir partene allikevel betegnet gjennom definisjonene, mens personlig pronomen vil bli brukt på samme måte som Travelbee (1999) gjorde. Den syke betegnes som *han* og sykepleieren som *hun*. Dette for å gjøre oppgaven lettere å lese.

### **2.2.1 Joyce Travelbees syn på relasjoner i sykepleie**

Ved et godt menneske-til-menneske-forhold ivaretas pasientens sykepleiebehov. Det er sykepleier som skal etablere og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet. Et kjennetegn ved menneske-til-menneske-forholdet er at begge parter forholder seg til hverandre som unike individer uavhengig deres rolle. Menneske-til-menneske-forholdet skal brukes som et virkemiddel for å nå sykepleiens mål og hensikt. All kontakt sykepleier har med pasienten påvirker relasjonen. Dersom sykepleieren har lært pasienten å kjenne, samt ivaretar hans behov, styrkes relasjonen raskere. Ikke alle personer er lett å bli kjent med. Da er det sykepleierens ansvar å jobbe med å bedre relasjonen. Det er ingen fasit på hvor raskt eller hvordan menneske-til-menneske-forholdet utvikles, men Travelbee skisserer at det skjer gjennom fire faser: *1. det innledende møtet, 2. framvekst av identiteter, 3. empati og 4. sympati og medfølelse*. Når alle fasene er etablert, og fungerer, vil det oppstå en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

### **2.2.2 Terapeutisk bruk av seg selv**

Terapeutisk bruk av seg selv dreier seg om å bruke egen personlighet bevisst inn i arbeidet med å etablere relasjon til pasienten. Sykepleier må være bevisst hva hun føler, tenker, gjør og erfarer, og hvordan dette virker inn på andre. Når sykepleier bruker dette med mål om å gjøre forandring hos pasienten, og det lindrer pasientens plager, betraktes det som terapeutisk bruk av seg selv. Dette krever at sykepleier ser verdien i ethvert menneske, har innsikt i drivkreftene bak menneskers atferd og har innsikt i det å være menneske (Travelbee, 1999).

## 2.3 Depresjon

Å være i en depresjon kan faktisk ikke forstås før du har opplevd det. [...] Problemet med å være deprimert er ikke nødvendigvis at du er så lei deg. Problemet med depresjon er at meningen med livet forsvinner. Alle tingene som før gjorde deg glad betyr plutselig ingenting. Menneskene du er glad i betyr ingenting, for i mitt sinn vet jeg jo at jeg bare er et brysomt menneske som bare opptar plass på kloden. De sier de bryr seg, men jeg vet jo at jeg bare er til bry. Ingen liker den jeg egentlig er, dette deprimerte tomme skallet som er fullstendig tømt for livsglede. Hva er vitsen med livet? Jeg får det ikke til likevel, fordi jeg er en idiot. Jeg burde ta meg sammen, jeg burde skjerpe meg. [...] Jeg vet at jeg burde trent, jeg vet at jeg burde komme meg ut, jeg er så fullstendig klar over at jeg ikke burde la meg knekke av motstand, og at jeg burde tenke positivt. Det er så klinkende klart for meg at jeg burde være flinkere, at jeg burde ta meg sammen. Det er faktisk noe av det eneste jeg er klar over. Men å være klar over disse tingene når en er deprimert gjør bare alt så mye verre (Anonym, 2015).

Figur 1

Ordet depresjon kommer fra latinsk og betyr *nedtrykking* (Hummelvoll, 2012). Ved depresjon er affektive komponenter sentralt (Myhre & Strømgren, 2015). Tilstanden kjennetegnes med senket stemningsleie, og betegnes som en stemningslidelse (Skårderud m.fl., 2010).

Symptomer på depresjon kan være nedstemthet, skyldfølelse, selvbebreidelse, nedsatt selvfølelse og konsentrasjonsevne, samt mangel på interesse og uttalt tretthet (Helsedirektoratet 2018; Hummelvoll, 2012; Skårderud m.fl., 2010). Kroppslige symptomer, som søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst og obstipasjon, kan oppstå i tilknytning til depresjon (Hummelvoll, 2012). Underkapittelet innledes med en persons depresjonsbeskrivelse i Figur 1. Flere av de ovennevnte depresjonssymptomene kan gjenkjennes. Det er en anonym person som har skrevet om sin opplevelse på nettstedet til organisasjonen Mental Helse. Det er viktig å bemerke seg at opplevelsen av lidelsen ikke er ensartet. Dette er kun et eksempel.

For å oppfylle WHO's diagnosekrav til alvorlig depresjon i diagnosesystemet ICD-10 må symptomene være framtreddende, og mange av symptomene er tilstede samtidig (Helsedirektoratet, 2018; WHO, 2016). Ved alvorlig depresjon kan vrangforestillinger forkomme da realitetstesting er svekket. I tillegg er ofte vurderingsevnen dårlig fordi personen ikke bryr seg om konsekvenser av sin atferd (Hummelvoll, 2012). Selvmordstanker

og forsøk på suicid er utbredt (Helsedirektoratet, 2018). Bunnløs tomhet kan være en dominerende følelse, og realitetsoppfatningen er endret i så stor grad at personen opplever kroppslige feiltolkninger. Ved alvorlig depresjon vil tankeprosessene ofte være ulogiske. Oppmerksomheten og hukommelsen vil være betydelig nedsatt (Hummelvoll, 2012). Ved mild depresjon er personen sannsynligvis i stand til å fortsette med aktiviteter som før. Ved moderat depresjon har personen større problemer med gjennomføring av aktiviteter, mens ved alvorlig depresjon har personen ytterligere dårligere fungering (Helsedirektoratet, 2018).

Depresjon kan oppstå som en depressiv episode eller være en del av tilbakevendende depresjoner. Noen diagnostiseres med vedvarende affektive lidelser. For en person med depresjon endrer det senkede stemningsleiet seg lite fra dag til dag, og varierer ikke med omstendighetene (Helsedirektoratet, 2018). Allikevel kan det forekomme døgnvariasjoner (Skårderud m.fl., 2010).

Helsedirektoratets retningslinjer (2009) sier at selvmordsplaner, psykotiske symptomer, sterk uro med en rekke alvorlig symptomer og/eller alvorlig nedsatt evne til egenomsorg er elementer som tilsier behandling i spesialisthelsetjenesten og innleggelse i akutt psykiatrisk helsevern. Er dette tilstede ved moderat depresjon tilsier det også behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Det anbefales at personer med alvorlig depresjon får strukturert psykologisk behandling i kombinasjon med legemidler (Helsedirektoratet, 2009). De mest aktuelle psykologiske behandlingsformene på akuttpsykiatrisk avdeling er psykoedukasjon, forebyggende støtteterapi og korttidsterapi (Skårderud m.fl., 2010). Målet for all depresjonsbehandling er opphør av depresjonssymptomer, forkorte sykdomsforløpet, forhindre suicid, unngå fremtidig sykehus innleggelse, og gjenvinne full sosial og yrkesmessig funksjon (Helsedirektoratet, 2009; Spigset, 2013).

### **2.3.1 Sykepleie til pasienter med depresjon**

Av de overnevnte psykologiske behandlingsformene er det ofte psykiater eller psykologspesialist som står for den planlagte psykologiske behandlingen. Videre betegnes disse som *behandler*. Sykepleier har en sentral rolle i depresjonsbehandlingen. Erfaringsmessig er sykepleier med som støtte i behandlingssamtaler. Det er alltid sykepleiere tilstede på avdelingen. Sykepleier har planlagte og spontane støttesamtaler med pasientene, og gjør observasjoner av depresjonssymptomer og grunnleggende behov. Sykepleierens tilstedeværelse i miljøet gjør at sykepleier og pasient har mange møtepunkter.

En viktig del av sykepleien er å identifiserer pasientens opplevde problem. Det kan være fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige aspekter. Sykepleierens oppgave er å vurdere hvordan pasientens opplevde problem virker inn på depresjonen. Videre må sykepleier hjelpe pasienten til å gjenvinne det som fungerte eller ga mening. Eventuelt hjelpe til med å skape ny mening (Hummelvoll, 2012).

Sykepleiers hovedmål er å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser, og hjelpe pasienten til å møte og bearbeide opplevelsen av meningsløshet. I tillegg skal sykepleier styrke pasientens opplevelse av kontroll over egen livssituasjon, samt styrke pasientens selvaktelse og gi sosial støtte. Bare å sitte ned med pasienten og vise at han er verdifull gjennom nærvær er viktig i depresjonsbehandlingen (Hummelvoll, 2012). Som Skårderud m.fl. (2010) konstaterer, er psykoedukasjon viktig. Sykepleier må forsikre pasienten om at depresjon er en forbigående tilstand. Alle med en depresjon vil oppleve bedring uten behandling, men ved å ta i bruk tilgjengelige hjelpemidler, kan det gå hurtigere (Hummelvoll, 2012). En sykepleieroppgave i depresjonsbehandlingen er å administrere legemidler, samt observere virkning og bivirkninger (Helsedirektoratet, 2009). Eksempler på bivirkninger av antidepressiva er uro, søvnproblemer, tremor, diaré og hypertensjon (Spigset, 2013). I tillegg må sykepleier fortløpende observere og vurdere selvmordsrisiko i samråd med behandler (Helsedirektoratet, 2009).

## 2.4 Atferdsaktivering

Atferdsaktivering er en av flere mulige behandlingsalternativer ved depresjon. I tråd med *Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (2009) mottar pasientene samtidig behandling med medikamenter og annen strukturert psykologisk behandling av behandler etter behov. Atferdsaktivering brukes som et supplement til annen tradisjonell behandling.

Atferdsaktivering er en empirisk støttet og frittstående behandlingsmetode for depresjon (Cuijpers m.fl., (2007) referert i Myhre, 2017, s. 470; Dimidjian m.fl., 2006; Richards m.fl. (2016)). Målet med atferdsaktivering er å øke sunne atferdsmønstre og redusere atferdsmønstre som opprettholder eller øker risikoen for depresjon (Dimidjian, Barrera Jr., Martell, Munoz & Lewinsohn, 2011; Myhre, 2017). Atferdsbegrepet inkluderer alt et individ gjør, både av observerbar og uobserverbar atferd. Eksempler på uobserverbar atferd er å tenke eller føle (Myhre, 2017). Atferd som bidrar til økt livskvalitet, glede og mestring defineres som sunn atferd, mens usunn atferd opprettholder depresjonen, og er ikke i tråd med egne verdier. Eksempelvis å ligge i senga og gruble (Dimidjian m.fl., 2011; Myhre, 2017). Ved å regelmessig gjøre aktiviteter i tråd med egne verdier, er det vanskeligere å føle på håpløsheten og depresjonen. Det er vanskeligere for depresjonen å få spillerom når aktivitetene er verdifulle, og gir glede og mestringfølelse. Gjennom behandlingstilnærmingen får pasienten hjelp til å bli bevisst sine handlinger, samt kartlegge mål og verdier (Lejuez, Hopko, Acierni, Daughters & Pagoto, 2011).

Aktivitet kan i seg selv kan være verdifullt, men aktiviteter kan også ta opp tid for grubling og bekymring. Dermed kan aktiviteter bidra til pusterom fra depressive tanker, og antall timer pasienten bruker på depressive tankemønstre reduseres. Ved å ta i bruk atferdsaktivering lærer pasientene konkrete ferdigheter som gjør at de kan mestre symptomene på depresjon på egenhånd, både i øyeblikket og langsiktig. Behandlingstilnærmingen kan styrke håpet om at en selv kan bidra til noe av lindringen av depresjonen (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, udatert-b). Med andre ord kan atferdsaktivering legge til rette for selvhjelp i en tiltaksløs tilstand, også kjent som empowerment. WHO vektlegger maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv som tre fundamentale nøkkelementer i empowermentbegrepet. Empowerment er en del av helsefremmende arbeid (Tveiten, 2016).

Aktiviteter i seg selv kan ha en helsefremmede effekt om de er av fysisk karakter. I tillegg kan ringvirkningene av positiv kontakt med andre påvirke helsen (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, udatert-b).

Det finnes to ulike undergrupper av atferdsaktivering. Fellestrekk mellom Behavioural Activation (BA) og Behavioural Activation Treatment for Depression (BATD) er selvobservasjon av aktiviteter og gradering av aktivitetene. Deretter kartlegges pasientens mål og livsverdier. Nye aktiviteter planlegges på grunnlag av dette. Ulikhetene mellom BA og BATD er såpass små at oppgaven fokuserer på atferdsaktivering som ett begrep i forskningen (Myhre, 2017; Myhre & Strømgren, 2015). Nedenfor presenteres BATD.

Oppgaven baseres på den reviderte versjonen av BATD. Behandlingsmanualen tar utgangspunkt i at antallet økter kan variere, men fem økter anbefales. Ytterligere fem økter kan gjennomføres ved behov eller anledning (Lejuez m.fl., 2011). Nedenfor presenteres fremgangsmåten. Skjemaene er lagt ved som vedlegg. De er delvis utfylt for å lette forståelsen. Helsepersonellet som hjelper pasienten betegnes som *terapeut* fordi behandlingstilnærmingen kan være en del av et tverrfaglig samarbeid med atferdsaktivering som felles verktøy i depresjonsbehandlingen. Ekers m.fl. (2011) viser i sin forskning at atferdsaktivering kan utføres av sykepleier.

#### **2.4.1 Atferdsaktiveringsøktene**

Første økt innledes med en presentasjon av behandlingstilnærmingen samt psykoedukasjon og pasienten forteller om sin depresjonsopplevelse. Det viktige er å få fram at nøkkelen til å oppleve bedring ikke ligger i å finne grunnårsakene til depresjonen, siden årsakene kan være komplekse. Nøkkelen er å forstå og endre på de depressive atferdsmønstrene. For å kartlegge dette blir pasienten presentert for det daglige monitoreringsskjemaet (vedlegg 1). I skjemaet skal pasienten fylle inn hva han gjør hele døgnet, inkludert aktiviteter pasienten kan anse som små og ubetydelige, som å ligge i senga. Aktivitetene skal graderes fra null til ti etter opplevelse av fornøyelse og betydning. Null betyr lite fornøyet eller betydelig, mens ti betyr det motsatte (Lejuez m.fl., 2011).

Monitoreringen skal gjøres over flere dager for å kunne se mønstre av depressiv atferd, og hvordan det påvirker aktiviteter. Det skal hjelpe pasienten til å bli bevisst over hva dagene fylles med, og se hvilke aktiviteter som påvirker humøret. Senere kan skjemaene brukes til å sammenligne aktivitetsnivået. I bunnen av skjemaet skal pasienten gradere dagen fra null til ti etter hvordan det generelle humøret har vært. Null betyr en meget tung dag, mens ti er det gladeste vedkommende kan være (Lejuez m.fl., 2011).

I andre økt gjennomgås monitoreringsskjemaene. Terapeuten ser etter hva pasienten gjør mye av, hva som har gitt glede, hva som har vært viktig for ham, og hva han gjør som ikke gir han glede. Har ikke pasienten fylt ut skjemaet, må de sammen forsøke å finne årsakene. Hovedmålet med andre økt er å indentifisere verdigrunnlag innenfor områdene relasjoner, arbeid og utdanning, fritid, personlig utvikling og helse, og daglig ansvar (vedlegg 2). Det blir viktig å tenke på hvordan pasienten skulle ønske det var. Verdiene kan i seg selv være et mål, men det skal ikke være et konkret mål, som *jeg skal trene tre dager i uka*. Pasienten skal finne seg verdier han alltid kan utvikle seg mot, og som er gjeldene hele livet (Lundgren, udatert). Verdiene pasienten kommer fram til blir grunnlag for aktiviteter som skal planlegges (Lejuez m.fl., 2011).

Bevisstgjøring rundt egne verdier og planlegge aktiviteter ut i fra dem er det essensielle i atferdsaktivering. Aktivitetene skal være konkrete og skal kunne oppnås innenfor pasientens nåværende muligheter og ressurser. Til hver verdi skal pasienten finne passende aktiviteter (Lejuez m.fl., 2011). Hver aktivitet skal, i likhet med monitoreringsskjemaet graderes, men da etter opplevelse av glede underveis samt aktivitetens viktighet. Det kan planlegges aktiviteter pasienten i utgangspunktet ikke synes er fornøyet om de er i tråd med verdigrunnlaget. Eksempelvis kan husarbeid legges inn i planen og fremdeles være givende for pasienten selv om det ikke oppleves fornøyet underveis. Det er viktig å velge aktiviteter over et bredt spekter av livsområder fordi depresjon sjelden skyldes bare ett aspekt i livet (Lejuez m.fl., 2011).

I økt tre introduseres pasienten for et tredje skjema (vedlegg 3). I tråd med skjemat skal pasienten velge 15 aktiviteter fra skjema 2, og gradere dem etter vanskelighetsgrad. Jo høyere tall desto vanskeligere er aktiviteten å gjennomføre for pasienten. Dette gjøres for at pasienten først kan gjennomføre aktivitetene han anser som lettest å gjennomføre, for deretter å få progresjon i vanskelighetsgrad (Lejuez m.fl., 2011).

I fjerde økt skal aktivitetene som ble valgt ut i tredje økt, legges inn i monitoreringsskjemaet for å lage en konkret plan for når aktivitetene skal gjennomføres. Det er viktig å legge aktivitetene til en konkret tid, og begynne med de letteste aktivitetene, for å legge til rette for at de gjennomføres (Lejuez m.fl., 2011). *Sende god-natt-melding til datteren min* kan settes inn i skjemaet tirsdag kl. 20.00. Alternativt kan aktivitetene planlegges i en ukeplan.

I økt fem hjelper terapeuten pasienten med å lete etter personer i hans nettverk som kan støtte ham i aktiviteter som oppleves utfordrende (vedlegg 4). Når pasienten opplever støtte er det lettere å overvinne depresjonen. Det lages en kontrakt mellom pasient og hjelperen, hvor det framgår hvordan vedkommende kan hjelpe. Ofte er personer hjelpsomme, og skjemaet hjelper pasienten til å få hjelp på den måten han trenger (Lejuez m.fl., 2011).

I de resterende øktene jobber pasient og terapeut med det samme som øktene ovenfor. Det anbefales å fortsette med daglig monitorering. Det bidrar til å se endringer i humør og aktivitetsnivå i takt med behandling. I starten planlegges aktiviteter for kort tidsperspektiv, mens det etterhvert trenes på å planlegge for en uke. Struktur for hver time, inkludert de ovennevnte, er å gjennomgå monitoreringsskjemaene som er fylt ut siden forrige økt samt å se på hjemmeoppgavene. Dette er for å se hvilke aktiviteter som er gjort, hva som har vært givende, og hva som ble gjort når noe var lite konstruktivt. Siden pasienten også graderer humør for dagen, kan en se etter om det er sammenheng mellom spesifikke aktiviteter og humør. Det anbefales også å se på verdigrunnlaget ved hvert møte for å se om det er noe som kan legges til, samt se på flere aktiviteter som kan koples til pasientens verdigrunnlag. Å jobbe seg ut av en depresjon krever at pasienten selv gjør en innsats. Oppgavene hjelper pasienten til å jobbe med sine utfordringer på egenhånd steg for steg, samtidig som han har mye støtte rundt seg (Lejuez m.fl., 2011).



## **2.5 Juridiske og etiske aspekter**

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier at pasienten har rett til å medvirke i helsetjenestene han mottar. Pasienten har rett til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). I tråd med pasient- og brukerrettighetslovens paragraf 3-1 (1999) tilrettelegges det for brukarmedvirkning og medvirkning i utforming av tjenestetilbudet ved bruk av atferdsaktivering. Sykepleier er pliktet å gi informasjon tilpasset den enkelte, og sikre at personen har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegger at sykepleieren skal respektere den enkeltes liv og iboende verdighet. Sykepleiepraksisen skal være helsefremmende, forebyggende og lindrende (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011). Det krever at sykepleier fortløpende vurderer om helsehjelpen er helsefremmende og forebyggende, og om den linder pasientens lidelse. Sykepleier tar utgangspunkt i pasientens behov, både de hun observerer og de hun vurderer på bakgrunn av eget kunnskapsgrunnlag, samt de pasienten uttrykker. Sykepleier må overveie etiske og faglige perspektiver omkring hva som skal vektlegges i en hver situasjon for å gi pasienten helhetlig omsorg. I tråd med retningslinjene skal sykepleier arbeide slik at håp, mestring og livsmot understøttes hos pasienten. I tillegg skal sykepleie bygge på forskning og erfaringskompetanse. Sykepleieren skal holde seg oppdatert rundt forskning og utvikling innenfor fagområdet (NSF, 2011).

### 3. Metode for oppgaven

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, hvor det systematiseres kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015). Å systematisere betyr å samle inn materiale, gjennomgå det kritisk og avslutningsvis sammenfatte (Magnus & Bakketeig, 2000). Oppgavens utforming og metode baseres på høskolens retningslinjer for oppgaveskriving.

#### 3.1 Litteratursøk

Framgangsmåten for å finne relevant litteratur har variert. Noe av litteraturen er faglitteratur fra pensumbøker fra høskolens emneplaner. Annen faglitteratur er funnet gjennom referanser i litteratur eller på høskolens bibliotek. I regi av praksis var jeg på en workshop om atferdsaktivering. Martin Myhre var en av foredragsholderne. Der fikk jeg inspirasjon til aktuelt litteraturmateriale. I etterkant har jeg hatt e-postkorrespondanse med Myhre. Han er en av de i Norge med mest kunnskap og erfaring om temaet, og har anbefalt meg fag- og forskningsartikler. Utover dette er det gjort litteratursøk i databaser. Det har vært krevende å finne ny og aktuell forskning.

Databasene CINAHL, MEDLINE, Embase, PsykINFO og PubMed er brukt, samt Google Scholar for å få fullteksttilgang og for å søke på konkrete titler ved kjedesøk. Biblioteket har hjulpet meg med å gjøre gode søk i databasene da det var utfordrende å finne relevant forskning. Jeg har søkt med emneord og tekstord, brukt nærhetsoperatorer og trunkering, samt kombinert søkeordene med *AND* og *OR* etter hva som har vært relevant. I hovedsak ble litteratursøkene beskrevet nedenfor gjort i desember 2017 og januar 2018. Resultatet er beskrevet slik det var ved søking. Fortløpende søk etter dette har ikke endret litteraturen. Midt i skriveprosessen ble jeg gjort oppmerksom på at det i januar 2018 ble publisert en artikkel fra en norsk akuttpsykiatrisk avdeling. Denne artikkelen har jeg valgt å inkludere.

I CINAHL har jeg gjort fem søk. I de to enkleste søkene kombinerte jeg *behaviour\* activation\** med emneordet *depression*, og *behavior\* activation\** med emneordet *depression* ved bruk av *AND*. Det første søket ga 40 artikler, og det andre 82 artikler. Ingen var aktuelle. Videre gjorde jeg tre søk med ordene *behavior\* activation\**, *behaviour\* activation\**, *behavior*

*activation therapy, behavioural activation, behavioral activation og behavioural activation therapy* i ulike kombinasjoner. Resultatene ble alle kombinert med emneordet *depression*. Det ene søket inkluderte *nurs\**. Søkene ga totalt 256 artikler, hvorav 21 virket noe relevant, men ingen passet problemstillingen etter gjennomlesning.

I MEDLINE, Embase og PsykINFO er samme søkestrategi brukt. Det engelske ordet for atferdsaktivering er søkt på som tekstord slik: *((behavior OR behaviour)adj2activat\*).tw*. Atferdsaktivering er søkt etter slik at den britiske og amerikanske skrivemåten inkluderes. Den trunkerte versjonen av *aktivering* skal ikke være lenger unna ordet *atferd* enn to ord. Både tekstordet og emneordet *depression* ble kombinert med søkeresultatet ved bruk av *AND*. Det ble altså gjort to søk i hver database. I PsykINFO og Embase fantes emneordet *major depression*, som atferdsaktivering ble kombinert med. Disse åtte søkene ga ingen relevante artikler.

I PubMed søkte jeg på *behavior activation og depression*. I søket ble alle skriveformer for *atferd og aktivering* inkludert, både som tekstord og emneord på engelsk. Det samme med ordene *depression og depressive disorder*. Resultatene ble sortert etter relevans. Søket ga 3905 artikler. Av disse gjennomgikk jeg de 760 øverste titlene. Noen av artiklene var interessante, men ikke aktuelle for problemstillinga. Jeg gjennomgikk de siste 224 artiklene i søket. Da fikk jeg bekreftet at søket ikke ga relevante artikler.

De utvalgte forskningsartiklene er kvantitative studier. Jeg har ikke funnet kvalitative studier relevant for problemstillingen. Kvalitativ forskning omkring pasientens opplevelse av atferdsaktivering ville gitt viktig kunnskap om behandlingstilnærmingen. I likhet med kvalitative studier bidrar kvantitative studier til å bedre forståelsen av samfunnet vi lever i, dog på noe ulik måte. Det som kjennetegner kvantitative studier er at de går i bredden av et fenomen, og innhenter svar gjennom spørreskjemaer eller systematiske og strukturerte observasjoner. Svarene gis i målbare enheter. Forskeren ser fenomenet utenfra, og skal etter endt studie kunne *forklare* et fenomen i motsetning til ved kvalitative studier, hvor forskerens mål er å *formidle forståelse* rundt et fenomen (Dalland, 2017).

Den første artikkelen jeg har valgt til å besvare problemstillingen er anbefalt av Myhre. Det er *Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial* av Ekers m.fl. (2011). Artikler fra artikkelsøkene ledet til artikkelen *A brief behavioural activation treatment for depression: a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital* av Hopko m.fl. (2003). Den tredje artikkelen er *The feasibility of brief behavioural activation treatment for depression in a PICU: a systematic replication* av Myhre, Strømgren, Arnesen og Veland.

### **3.2 Kildekritikk**

Det er viktig å vurdere anvendt litteratur for å sikre at den er relevant og gyldig (Dalland, 2017). Litteratur er valgt på grunnlag av relevans for problemstillingen. Hele veien har jeg brukt nyeste utgave av bøker for å sikre oppdaterte kilder. Pensumlitteraturen er anbefalt av skolen, og er relevant samt tilpasset studenter. Jeg har brukt primærkilder eller annen anbefalt litteratur. Ved å gå i primærkilder har bøkene i noen tilfeller vært gamle, men de er relevante for bruksområdet. Enkelte steder har jeg ikke fått tak i primærkilden, og heller vist til hvor min anvendte kilde har funnet informasjonen. Gjennom hele oppgaven har jeg kreditert arbeid andre har gjort ved å referere til hvor jeg har funnet informasjonen.

Det er foretatt et bredt søk, men jeg har funnet relativt lite aktuell forskning. Mye av den nyeste litteraturen rundt atferdsaktivering tester behandlingstilnærmingen på andre psykiske diagnoser eller somatiske diagnoser, og geriatriske pasienter. Flere forskningsartikler undersøker hvordan atferdsaktivering kan anvendes som behandlingsmetode gjennom applikasjoner og internettbasert behandling. Etter å ha lest abstraktene har jeg vurdert artiklene til å ha liten overføringsverdi til kontekst. Jeg har ikke funnet ren sykepleieforskning med aktualitet, men jeg har funnet forskning med overføringsverdi til sykepleie og kontekst. Det har ført til at en forskningsartikkel er fra 2003.

Artikkelen av Ekers m.fl. (2011) er fra primærhelsetjenesten. Sykepleiere utfører atferdsaktivering på pasienter med langvarig moderat til alvorlig depresjon. Det er overføringsverdi til spesialisthelsetjenesten, og studiens innhold er relevant. I Hopko m.fl. (2003) sin artikkel undersøkes det om atferdsaktivering har effekt på depresjon på

akuttpsykiatrisk avdeling. Dermed er utføres studien innfor oppgavens kontekst. Det samme gjelder artikkel tre av Myhre m.fl. (2018), hvor pasienter med moderat til alvorlig depresjon mottar atferdsaktivering på akuttpsykiatrisk avdeling. Jeg har valg disse artiklene på bakgrunn av at jeg anser dem som mest passende til problemstillingen. Etter å ha gjennomgått en rekke forskningsartikler, har jeg observert at forskerne har utgitt flere forskningsartikler og annet materialet. Forfatterne framstår som anerkjente innenfor fagområdet.

Som følge av at det forskningsrettede fagmiljøet rundt atferdsaktivering i Norge er svært lite, finnes det lite norsk litteratur. Myhre er av dem som har jobbet mest med atferdsaktivering, og er en av få som har publisert materiale på norsk. Myhre viser til mye forskning i sine fagtekster, og er dermed ikke primærkilde, men norsk materiale øker forståelsen. Myhres materialet er fagfellevurdert, noe som styrker innholdet. Jeg har brukt min forforståelse av temaet inn i vurderinger av kilder. Nettsiden [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no) har lagt ut noe praktisk rettet materiell. Dette er en ressurside jeg ble anbefalt å bruke i praksis. Mye av litteraturen om atferdsaktivering er basert på forskning. Jeg valgt å referere til primærkilde ved å skrive *referert i*. Dette er gjort fordi jeg anvender en del kilder før. Det brukes kun når det gjelder enkeltsetninger fra hver artikkel. Skjemaene som er lagt ved er oversatt av Myhre og Jon Magnus Eilertsen i forbindelse med deres oversettelse av den reviderte versjonen av BATD til norsk. Skjemaene er delvis fylt inn. Eksemplene er ikke fra et virkelig pasientcase. Eksempelet i kapittel 5.1 er hentet fra praksis, men er anonymisert. Avslutningsvis vil jeg bemerke at forfatteren som har skrevet depresjonsopplevelsen på [www.mentalhelse.no](http://www.mentalhelse.no) er diagnostisert med bipolar lidelse type to. Jeg har allikevel valgt å ta med sitatet da det er en depressiv episode forfatteren beskriver.

## 4. Presentasjon av forskningsresultater

Valgt forskningslitteratur presenteres i artikkelmatrisen i bildene nedenfor.

Artikkel	1	2	3
<b>Forfattere</b>	Ekers, D. Richards, D. McMillan, D. Bland, J. M. Gilbody, S.	Hopko, D. R. Lejuez, C. W. LePage, J. P. Hopko, S. D. McNeil, D. W.	Myhre, M. Ø. Strømgren, B. Amesen, E. F. Veland, M. C.
<b>Utgivelsesår</b>	2011	2003	2018
<b>Tittel</b>	Behavioral activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial	A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital	"The feasibility of brief behavioural activation treatment for depression in a PICU: a systematic replication"
<b>Tidsskrift</b>	<i>The British Journal of Psychiatry</i>	<i>Behavior modification</i>	<i>Journal of Psychiatric Intensive Care</i>
<b>Hensikt</b>	Undersøke om personer som arbeider med psykisk helsearbeid uten tidligere erfaring med terapi kan gi effektiv atferdsaktivering. Forskere skulle se etter hvilken innvirkning intervensjonen hadde på depresjonssymptomer, funksjon og pasientens tilfredshet med behandlingen.	Undersøke hvordan atferdsaktivering fungerer for pasienter innlagt på psykiatrisk sykehus, ved å undersøke effekten av BATD sammenliknet med støttende psykoterapi.	Undersøke gjennomførbarheten til BATD på en norsk akuttpsykiatrisk avdeling. Dette er en utvidelse av Hopko et al. (2003) sin studie. Denne studien inkluderer i tillegg behandlingsrespons, remisjonsrater, samt akseptabilitet og troverdighet.

<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ metode: RCT-studie hvor 47 pasienter med langvarig moderat til alvorlig depresjon mottok enten atferdsaktivering eller ordinær behandling. Forsøket foregikk i primærhelsetjenesten. Depresjon er målt i BDI-II, effekt målt i WSAS (Work and Social Adjustment Scale), og CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) er brukt for å måle tilfredshet og fungering.</p>	<p>Kvantitativ metode: Randomisert pilotstudie med 25 pasienter innlagt med alvorlig depresjon på samme psykiatrisk avdeling. Deltakerne ble tilfeldig fordelt i en BATD-gruppe eller kontrollgruppe med støttende psykoterapi. Deltakerne mottok behandling i to uker eller fram til utskrivelse, avhengig av hva som inntraff først. Depresjon ble målt i BDI.</p>	<p>Kvantitativ metode: RCT-studie hvor 24 pasienter med moderat til alvorlig depresjon mottok ordinær behandling, enten alene eller i kombinasjon med BATD. Ordinær behandling besto av samtaler med psykiater, lege eller psykolog. Hyppighet basert på individuelt behov. Miljøterapi og aktiviteter på avdelingen ble alle tilbudt. BATD-gruppen hadde samme tilbud, i tillegg til atferdsaktivering. Tilpasning fra manualen: økt en til tre ble gjennomført daglig, mens behandling fra økt fire ble gjennomført annenhver dag. Aktivitetsplanlegging startet i økt to, Bull's Eye supplerte skjema 2. Skjema 4 med kontrakter ble ikke introdusert.</p>
<b>Funn</b>	<p>Resultatene viser at atferdsaktivering er en effektiv terapiform for pasienter med moderat til alvorlig depresjon sammenliknet med vanlig behandling når den utføres av sykepleiere.</p>	<p>Resultatene av studien viste at pasienter som mottok BATD oppnådde bedre effekt av behandling enn de som mottok støttende psykoterapi.</p>	<p>Resultatene viser at pasienter som mottok atferdsaktivering i tillegg til ordinær behandling hadde nesten dobbelt så stor reduksjon i depresjonsskår som de som kun fikk ordinær behandling. Signifikant flere atferdsaktiveringspasienter ble vurdert til å respondere på behandlingen. Fire av ti av dem som mottok BATD nådde remisjon. Ingen av de som kun mottok ordinær behandling gjorde det.</p>

## **5. Hvordan kan sykepleier bidra i behandling av depresjon ved bruk av atferdsaktivering?**

I dette kapitlet drøftes problemstillingen opp mot teoretisk kunnskapsgrunnlag og forskning. Det drøftes også i lys av rammefaktorer og erfaringer fra praksis. I kapittel 5.1 presenteres et eksempel fra praksis hvor sykepleier bruker atferdsaktivering i sykepleieutøvelsen.

### **5.1 Eksempel fra praksis**

I samtale fortalte pasienten at det var viktig for ham å ta vare på seg selv, men depresjonen gjorde at han ikke orket tannpuss, dusjing eller å skifte klær. I tråd med grunnleggende behov er ivaretagelse av hygiene noe sykepleier må bistå når pasienten ikke har nødvendig styrke til å gjøre det (Mathisen, 2015). I praksis ble det løst ved å jobbe videre med pasientens verdigrunnlag. Sammen fant de aktiviteter som imøtekom verdigrunnlaget og pasientens behov for bedre hygiene. Atferdsaktivering ble implementert inn i sykepleiens grunnelementer. I starten trengte pasienten hjelp til å legge dusj inn i ukeplanen. Han trengte også hjelp til å motiveres til dusj, og til å følge ukeplanen. Psykoedukasjon om viktigheten av å gjøre ting til tross for en opplevelse av tretthet og manglende motivasjon var sentralt. Mange med depresjon tenker de skal vente med å gjøre ting til de har mer energi og tenker mer positivt (Hummelvoll, 2012). Hovedmålet med atferdsaktivering er å endre atferden ved å gjøre positive aktiviteter, da det vil endre tankene og følelsene positivt (Lejuez m.fl., 2011). Etter dusjen ble pasienten spurt hvordan han opplevde det. Han ble bevisst at han alltid opplevde dusjing som fornøylig og betydelig, samt at han alltid hadde det bedre etter dusjen. Etterhvert observerte personalet at når pasienten opplevde depresjonen spesielt tyngende gikk han og dusjet for å lette på depresjonsopplevelsen. Dermed tok pasienten i bruk kunnskap om seg selv for å hjelpe seg selv til bedring. Dette begynte som en sykepleieobservasjon rundt manglende ivaretagelse av personlig hygiene. Ved hjelp av atferdsaktivering og støtte fra sykepleier ble det tilslutt et selvhjelpsverktøy for å lindre depresjonssymptomer.



## 5.2 Terapeutisk relasjon

Det kreves en god relasjon mellom sykepleier og pasient for at pasienten kan få nytte av atferdsaktivering. I eksemplet har sykepleier gjort observasjoner og snakket med pasienten. Det krever en relasjon. Pasienter med depresjon isolerer seg ofte og er lite snakkevillige (Hummelvoll, 2012). Dermed avhenger relasjonens innledning av sykepleier. I tråd med Hummelvoll (2012) og Travelbee (1999) er det fordelaktig om sykepleier bruker seg selv terapeutisk og har en rolig, varm og aksepterende fremtoning. Å ha tid til en rolig framtoning kan være utfordrende på en avdeling med høyt tempo. Atferdsaktivering som behandlingstilnærming krever at sykepleier og pasient setter av tid til øktene på lik linje som behandler setter av tid til behandlingsøkter. Dermed settes det av tid til møter hvor pasient og sykepleier kan oppnå relasjon. I eksempelet var en god relasjon allerede etablert. Relasjonen ble grunnlaget for at sykepleier fikk utøvd sykepleie og pasienten opplevde bedring.

Travelbee (1999) sier at det er lettere for sykepleier å oppfatte pasienten som et menneskelig individ dersom hun opplever at pasienten oppfyller hennes behov. Dette utfordres i møte med pasienter. Depresjonens karakter gjør at det kan være vanskeligere å samarbeide, og dermed vanskeligere å komme inn på pasienten. Kommunikasjonsevnen, konsentrasjonen og oppmerksomheten er markant svekket, samt den ulogiske tankeprosessen kan gjøre relasjonsbyggingen utfordrende (Hummelvoll, 2012). Travelbee (1999) hevder det essensielle for en god relasjon er å se hverandre som likeverdige individer. Hummelvoll (2012) presiserer at det kan oppleves utfordrende å samarbeide dersom pasienten ikke er i stand til å gi sykepleier et positivt gjensvar. Ved å ikke få responsen sykepleier føler hun trenger, kan det utfordre hennes mulighet til å se pasienten som individ. Derfor avhenger relasjonens kvalitet i stor grad av sykepleiers holdninger og handlinger ved *det innledende møtet* (Travelbee, 1999). *Det innledende møtet* skjer ofte før behandlingsoppstart, men kan fortsette fram til fasen hvor *framvekst av identiteter* skjer. Ved atferdsaktivering skjer det naturlig ved første økt. Det etableres en tilknytning mellom individene. Gjennom å bli mer kjent begynner rollenes utvisking i takt med identitetens framvekst. I eksempelet har sykepleieren sett forbi pasientens ytre atferd og fornemmet pasientens indre opplevelse i øyeblikket. Dette er det Travelbee (1999) beskriver som *empati-fasen*. Denne fasen må ligge til grunn for å nå den siste fasen, hvor *sympati og medfølelse* er grunnleggende for at sykepleier skal oppleve et ønske om å lindre pasientens plager. I eksempelet er det tydelig at sykepleier hadde et ønske om å hjelpe

pasienten i hans opplevelse av lidelse. Samtidig ønsket hun, og hjalp pasienten til å klare å hjelpe seg selv tilslutt.

I eksempelet kommer helhetlig sykepleie fram. Sykepleier ser hele pasienten. Ved døgnkontinuerlig kontakt har sykepleier anledning til å bli kjent med pasienten utenom atferdsaktiveringsøktene, og på en annen måte enn behandler. Erfaringsmessig er sykepleier i større grad med pasientene i flere uformelle situasjoner. De kan snakke om temaer som kan virke mindre påtrengende siden fokus ikke bare er rettet mot pasienten. Sykepleier har mer tid til å etablere og vedlikeholde et menneske-til-menneske-forhold. Eksempelvis kan pasient og sykepleier spise middag sammen. Når de sitter og spiser middag med dagligdagse samtaletemaer hvikes deres roller ut, og de oppfatter hverandre i større grad som individer. Dette er i tråd med Travelbees teori, og det kan styrke relasjonen. Relasjonen kan styrkes ytterligere om sykepleier er god til å bruke seg selv terapeutisk. En god relasjon gjør det lettere å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom og finne mening i de erfaringene som følger. Dersom sykepleier oppnår god relasjon til pasienten kan atferdsaktivering hensiktsmessig utføres av sykepleier. Utgangspunktet for sykepleier er hun allerede tilbringer tid med pasientene på avdelingen, og etablering av relasjon er sentralt i sykepleien. Dermed er grunnlaget for å arbeide med atferdsaktivering i sykepleie godt. Samtidig kan atferdsaktivering bidra til at sykepleier får en bedre forståelse av pasienten da sykepleier, i tillegg til å bli kjent med depresjonens karakter og årsak, også blir godt kjent med personens verdier og mennesket bak sykdommen. Den styrkede relasjonen kan videre resultere i bedre sykepleie.

En faktor som påvirker relasjonen kan være at personer med alvorlig depresjon ofte har nedsatt selvfølelse og en selvbebreidende tankegang (Helsedirektoratet 2018; Skårderud m.fl., 2010). Som Travelbee (1999) belyser er det sykepleieren som har ansvaret for å etablere relasjonen. Det er viktig å ha god kunnskap om hvordan en depresjon påvirker pasienten. Pasientens atferd kan være utfordrende å takle. Den tunge sinnsstemningen og de ulogiske tankeprosessene kan trigge sykepleieren ubevisst. Personer med depresjon er i tillegg ekstra oppmerksomme på hvordan andre opptrer. Den lave selvaktelsen og ulogiske tankeprosessene gjør at mange tror alt som skjer er på grunn av noe negativt ved dem (Hummelvoll, 2012). Siden pasienten kan opptre ulikt fra sitt *egentlige jeg*, er det viktig at sykepleier forsøker å se

pasienten bak depresjonen for å oppnå relasjon. Dette kan ta tid på grunn av depresjonens karakter. Dermed kan det være positivt at det er sykepleiere som tar i bruk atferdsaktiverting. Ikke alle mennesker klarer å oppnå god relasjon, selv om begge parter forsøker. På en avdeling er det et flertall sykepleiere, og de er tilstede døgntkontinuerlig sammenliknet med behandlere. Dermed er det flere sykepleiere som kan forsøke dersom sykepleieren og pasienten ikke oppnår god relasjon. Sykepleiere har mulighet til å etablere relasjon gjennom flere innfallsvinkler. Eksempelvis turgåing, brettspill, eller håndarbeid. En person med depresjon kan respondere på sosial støtte gjennom nærvær. For en behandler kan det være vanskelig å få tid til, mens sykepleiere oftere har tid.

Som Travelbee (1999) beskriver påvirker all kontakt mellom partene relasjonen. Sykepleier er også avhengig av å kjenne pasienten for å gjøre individuelle tilpasninger. Jo sterkere menneske-til-menneske-forholdet er desto bedre blir sykepleiers observasjoner av depresjonssymptomer og grunnleggende behov. Tiltak som iverksettes på bakgrunn av observasjonene kan være bedre tilpasset pasienten når sykepleieren kjenner ham.

### **5.3 Kompetanse og ferdigheter**

Forskningen er tydelig på at atferdsaktiverting har effekt på depresjon. Sykepleiers kompetanse er sentralt for hennes bidrag til behandlingen. I eksempelet i kapittel 5.1 har sykepleier i forkant brukt sin kunnskap om relasjonsetablering. Uten en relasjon ville ikke sykepleier fått utrettet noe. Sykepleier hadde kunnskap om atferdsaktiverting og depresjon. Disse faktorene implementerte hun inn i sykepleien. I tillegg brukte sykepleier psykoedukasjon og hentet ut pasientens kunnskap om seg selv. Sykepleier hjalp pasienten til å benytte selvhjelp. Hun anvendte kunnskap om empowerment.

For at sykepleier skal kunne bidra inn i behandlingen ved bruk av atferdsaktiverting, må den enkelte sykepleier ha kunnskap om behandlingsformen. Førsteutgaven av BATD-manualen er laget for behandlere, og utelukker dermed sykepleiere. Det står derimot at atferdsaktiverting kan inkludere andre terapeutiske teknikker (Lejuez, Hopko & Hopko, 2001). Sykepleier har en aktiv rolle i depresjonsbehandlingen, og tar eksempelvis i bruk støttesamtaler som terapeutisk teknikk. I 2011 kom Ekers m.fl. med forskning som viste at atferdsaktiverting har effekt på depresjon når behandlingstilnærmingen gis av sykepleiere uten terapierfaring. Dette

viser at sykepleiere gjennom utdanning og praksis har nok kunnskap til å kunne utføre atferdsaktivering selv om de ikke har terapierfaring. I studien mottok sykepleierne fem dagers opplæring om atferdsaktivering i forkant av behandlingsoppstart. Underveis fikk sykepleierne en times veiledning hver fjerde dag. Undervisningen besto av teori, innføring i skjemaene og behandlingsgrunnlaget samt rollespill. Dette viser at sykepleiere kun trengte en intensiv innføring i behandlingstilnærmingen etterfulgt av oppfølging for å kunne utføre atferdsaktivering. I praksis deltok jeg på en workshop hvor innholdet var som i studien. Dette skapte grunnlag for å utføre atferdsaktivering. Oppstart av atferdsaktivering krever at ledelsen går inn for å tilføre avdelingen kunnskapen. Da er atferdsaktivering mulig å iverksette på nokså kort tid. Det utfordrende kan være veiledningen underveis. På en annen side er det viktig å bemerke seg at BATD-manualen beskriver fremgangsmåten nøye. Den siste versjonen har utbedret innholdet og instruksene, noe som gjør det lettere å bli trygg på behandlingstilnærmingens framgangsmåte. Både for de med lite erfaring med terapi og for dem hvor atferdsaktivering er en ny terapiform.

Forskning av Richards m.fl. (2016) understøtter at personer som arbeider med psykisk helsearbeid, som sykepleiere, kan utføre atferdsaktivering. Forskerne så at effekten av atferdsaktivering gitt av personer som arbeider med psykisk helsearbeid var lik effekten av kognitiv terapi utført av erfarne og spesialiserte terapeuter på kognitiv terapi (Richards m.fl., 2016). Dermed er det kostnadseffektivt om sykepleiere utfører atferdsaktivering som depresjonsbehandling, fordi effekten av behandling var den samme enda kompetansenivået var ulikt. Med tanke på at det brukes 1,5 milliarder norske kroner på depresjonsbehandling årlig vil en effektivisering være positivt for samfunnet når prosentandelen som ikke mottar behandling er stor. Myhre m.fl. (2018) har inkludert sykepleiere i studien, riktignok ikke på samme måte som Ekers m.fl. (2011), men konkluderer allikevel med at sykepleiere kan gjennom administrering av atferdsaktivering forbedre tilgjengeligheten og kostnadseffektiviteten ved psykologisk behandling. Ved at sykepleiere utøver atferdsaktivering kan det bidra til at flere mottar effektiv behandling for samme pengesum som brukes i dag. Forskningen indikerer dermed at sykepleiere er kvalifiserte til å gi behandling, og da kan flere motta effektiv behandling. Dette er positivt, da WHO (2017) vektlegger at mangel på kvalifisert helsepersonell som kan behandle depresjon en av

grunnene til at mange ikke mottar behandling. Det er ofte stor tilgang på sykepleiere på en avdeling.

Norsk Forening for Kognitiv Terapi (udatert-a) trekker fram hva terapeuten bør kunne for å utføre atferdsaktivering. Terapeuten bør kunne forstå sammenhenger i pasientens livssituasjon, og sammenhengen mellom sinnsstemning, atferd og livssituasjonen. Mye av det harmonerer med hva sykepleiere allerede gjør eller har kunnskap om inn mot depresjonsbehandlingen. Kunnskaper om utløsende og opprettholdende faktorer for depresjonen er eksempler på dette (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, udatert-a). Gjennom atferdsaktivering er målet å redusere pasientens opplevde problem, samt å avlaste og aktivisere pasienten. Dette inngår også i sykepleierens behandlende funksjon. Å få hjelp til å gjenkjenne følelser, møte opplevelsen av meningsløshet og få kontroll over egen livssituasjon er momenter som står sterkt i atferdsaktivering, og samtidig er en viktig del av sykepleie.

Elementer som finnes i både sykepleie ved depresjon og atferdsaktivering er psykoedukasjon, styrke selvaktelsen og kontrollen over egen livssituasjon, hjelpe pasienten med å gjenkjenne og uttrykke følelser, møte pasientens opplevelse av meningsløshet og bearbeide den opplevelsen, samt å indentifisere pasientens opplevde problem. Dette underbygger at sykepleier får utøvd sykepleie og har kunnskap om mange av momentene i atferdsaktivering. I tillegg er sentrale sykepleieoppgaver å være tilstede under behandlingssamtaler, gjøre observasjoner og ha støttesamtaler med pasientene. Det kan, slik jeg ser det, implementeres inn i atferdsaktivering.

I kapittel 5.1 bidro atferdsaktivering til å utfylle den helsefremmende funksjonen ved at sykepleier tilrettela for utvikling av pasientens kompetanse rundt seg selv og sykdomsuttrykket. Sykepleier arbeidet for å fremme helse og velvære. Å utføre aktiviteter i tråd med egne verdier er i seg selv helsefremmende, og dersom aktivitetene i takt med pasientens bedring blir av fysisk karakter, kan aktiviteten fremme den fysiske helsen så vel som den psykiske (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, udatert-b). Empowerment inngår i den helsefremmende funksjonen. I eksempelet omfattet samhandlingen maktomfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv. Dette er i tråd med empowermentprosessen, og pasienten ble bevisst betydningen av atferdsendring. Pasienten

opplevde samtidig mestringskompetanse (Tveiten, 2016). I tråd med yrkesetiske retningslinjer understøtter dette mestring, livsmot og håp hos pasienten. Det kan trekkes paralleller mellom empowermentprosessen og atferdsaktivering, og begge harmonerer med sykepleie.

Ved å ta i bruk atferdsaktivering som en del av sykepleien imøtekommes yrkesetiske retningslinjers krav om at sykepleie blant annet skal bygge på forskning, og at sykepleiere skal holde seg oppdatert rundt forskning og utvikling av praksis. Atferdsaktivering er en relativt ny og ukjent behandlingstilnærming i Norge, men imøtekommer ovennevnte krav. Allerede i 2006 publiserte Dimidjian og kollegaer en studie som viste at atferdsaktivering var like effektivt som antidepressiva, og mer effektiv enn kognitiv terapi. Atferdsaktivering hadde i tillegg lavere frafallsrate og høyere remisjonsrater enn antidepressiva (Dimidjian m.fl., 2006). Administrering av antidepressiva og støtte under økter med kognitiv terapi er noe sykepleier gjør til daglig. Forskningen av Dimidjian m.fl. (2006) og Ekers m.fl. (2011), viser at ved å ta i bruk forskning kan sykepleier hjelpe pasienten i større grad. Som det framkommer i studien av Hopko m.fl. (2003) vil atferdsaktivering være et verktøy som kan anvendes for raskt å lette på pasientens lidelse på akutt psykiatrisk avdeling. Dette er i tråd med sykepleiens mål.

Skal atferdsaktivering anvendes krever det at sykepleierne har kunnskap om hva atferdsaktivering er, og har muligheten til å følge opp behandlingstilnærmingen. Ledelsens holdning til atferdsaktivering avgjør hvilken grad behandlingstilnærmingen vektlegges og tilrettelegges for på avdelingen. Hvordan avdelingen organiseres vil være avgjørende for gjennomførbarheten. Det må være flere enn én sykepleier som følger opp pasientene. Det må overveies om alle sykepleierne skal anvende behandlingstilnærmingen, eller om det skal være en mindre gruppe som kan atferdsaktivering godt. Ved bruk av mindre sykepleiergrupper vil pasientene få færre sykepleiere å forholde seg til. Har alle kunnskap om atferdsaktivering kan det være lettere å tilpasse andre påvirkende faktorer. Stort belegg på avdelingen eller lite personale på jobb gjør tiden hver sykepleier kan vie til hver pasient blir mindre. Anvender alle sykepleierne atferdsaktivering kan alle følge opp pasientens behandling, men det kan det være belastende for pasienten å forholde seg til mange på en gang. Om en mindre gruppe sykepleiere anvender atferdsaktivering kan en utfordringen være at ulike arbeidstider og den travle hverdagen medfører at tiden ikke strekker til. Dermed kan kontaktsykepleiere eller

fordeling av primær- og noen sekundærsykepleiere med kunnskap om atferdsaktivering ivareta kontinuitetsbehovet til pasienten, og samtidig sikre et sykepleierne har nødvendig kunnskap.

#### **5.4 Individuell tilpasning**

Sykepleierens mulighet til å tilpasse atferdsaktivering etter pasientens individuelle behov er en måte sykepleier kan bidra i behandlingen. I kapittel 5.1 var utgangspunktet for den utøvende sykepleien pasientens verdigrunnlag og ønsker. Sammen fant pasient og sykepleier aktiviteter pasienten kunne tenke seg å utføre i tråd med verdigrunnlaget og behovet for sykepleie. I eksempelet imøtekom sykepleieren individuell tilpasning og brukermidvirkning, noe som også er utgangspunktet for behandlingstilnærmingen.

Atferdsaktivering tilrettelegger for brukermidvirkning og empowerment da hele behandlingsmetoden tar utgangspunkt i pasientens behov, ønsker og verdier. Pasienten gis mulighet til eierskap til behandlingen og anerkjennelse av egen kompetanse. Innenfor kontekst brukes atferdsaktivering som akutt behandling med hovedfokus på å lindre de alvorligste depresjonssymptomene og forkorte det akutte ved sykdomsbildet. Fokus er rask bedring. Tatt i betraktning at over halvparten av de rammede opplever tilbakefall av depresjon én eller flere ganger i løpet av livet, er det viktig at pasienten får tid til å etablere bevissthet og eierskap rundt elementene i behandlingen (Helsedirektoratet, 2016). Derfor er det viktig at pasienten får hjelp av sykepleier med å tilpasse behandlingen til seg, samt hjelp til å gjenkjenne depresjonssymptomene. Å være innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling kan oppleves tøft. Det er viktig å tilrettelegge for mestring av selvhjelpstrategier, slik at pasienten har verktøy å ta i bruk etter utskrivelse. Både for den aktuelle og potensielle depresjoner. Som Lejuez m.fl. (2011) vektlegger skal pasienten hjelpes til å utvikle en verdibasert måte å leve på innenfor pasientens rammer, som ressurser, miljø og tilgjengelige midler. Med eierskap til behandlingen, bevissthet omkring kunnskap om seg selv, samt verktøyene pasienten får med seg fra behandlingstilnærmingen, kan det bidra til å forebygge at pasienten reinnlegges.

På bakgrunn av at personer med alvorlig depresjon kan ha ulogiske tankeprosesser, og nedsatt hukommelse, konsentrasjonsevne og oppmerksomhet, er forutsetningene for å motta informasjon ulik (Hummelvoll, 2012). Derfor er det viktig at det gis informasjon på en måte

pasienten forstår og klarer å forholde seg til. Dette er i tråd med § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og individuell tilpasset sykepleie. På bakgrunn av informasjonen pasienten mottar har han rett til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Depresjonssymptomene kan gjøre det vanskelig for pasienten å ta stilling til hvilken behandlingsform som passer seg. Bunnløs tomhet, tretthet og mangel på interesse gjør at det å motta informasjon og huske den, samt orke å ta et valg, kan oppleves slitsomt. Velgjørenhetsprinsippet blir sentralt for sykepleier både i forhold til hvor mye hun skal informere, i hvilken grad pasient skal utsettes for valg rundt behandlingsform, og i forhold til planlegging og gjennomføring av aktiviteter. Sykepleier skal gå inn for å gjøre pasienten godt, men å overøse pasienten med mye informasjon eller konkretisere at han må velge kan oppleves ugreit (Brinchmann, 2016). Samtidig er det å beskytte pasientens rettigheter og velgjørenhet. Sykepleier skal vise medfølelse og sympati, men på grunn av depresjonens karakteristiske tegn, vil ikke dette alltid gjøre pasienten godt. Hva som er mest rett å gjøre må sykepleier overveie i hver pasientsituasjon, men BATD-manualen vektlegger at første økt skal gå til psykoedukasjon og introduksjon av behandlingstilnærmingen (Lejuez m.fl., 2011). Som tilpasning kan det tenkes at en oppsummering av informasjon i forkant av økta kan gjøre behandlingstilnærmingen lettere å forholde seg til. Den nedsatte konsentrasjonsevnen og hukommelsen kan kreve repetisjon. Gjennom hele innleggelsen må sykepleier vurdere om behandlingstilnærmingen passer pasienten. Samtidig må pasienten få muligheten til å velge en annen behandlingstilnærming underveis dersom han opplever at atferdsaktivering ikke passer seg. En person med depresjon vil ofte ikke gjøre aktiviteter. Det oppleves som bedre i øyeblikket å gjøre det vante grunnet lite energi (Skårderud m.fl., 2010). Da er det viktig at sykepleier motiverer pasienten til å forsøke, men uten at det blir opplevd som press.

BATD-manualen sier at terapeuten skal tilrettelegge behandlingen for individuelle behov (Lejuez m.fl., 2011). Sykepleier kan tilpasse behandlingen etter pasientens døgnvariasjoner. Behandler er som oftest tilstede innenfor ordinær arbeidstid, men sykepleier er tilstede døgnkontinuerlig. Behandler kan noen dager være eneste behandler på avdelingen, og har dermed behandleransvar for mange. Sykepleier har ofte pasientansvar for færre pasienter gjennom en dag, og har dermed bedre tid til den enkelte. I følge Travelbee (1999) er hensikten



med sykepleie å hjelpe pasienten å mestre sykdommen og finne mening i de erfaringer sykdommen medbringer. Det er ikke mulig når pasienten ikke er mottakelig for behandling.

I forskningen gjort av Myhre m.fl. (2018) mottok pasientene i gjennomsnitt 4,84 økter med atferdsaktivering på gjennomsnittlig 8,6 dager. Dette samsvarer med Lejuez m.fl. (2011) sin anbefaling om minst fem økter. Begrunnet i at forskerne ønsket å tilpasse behandlingstilnærmingen til akuttpsykiatrisk avdeling ble skjema 4 utelatt. Det kan anses som et godt valg da de andre elementene ved behandlingstilnærmingen er viktigere ved kort og intensiv behandling. Å finne personer pasienten kan få støtte av kan anses som viktigere i et forebyggende perspektiv enn akutt behandling. Lejuez m.fl. (2011) refererer til forskning gjort av Daughters m.fl. (2008) og MacPherson m.fl. (2010), hvor det er vist at atferdsaktivering som intervensjon har hatt effekt ved seks til åtte økter. Lejuez m.fl. (2011) viser samtidig til at Gawrysiak, Nicholas & Hopko i 2009 gjorde forskning på studenter med reduksjon av depresjonssymptomer etter én økt. At atferdsaktivering kan ha effekt etter én økt viser at depresjonssymptomene kan lettes selv om behandlingstilnærmingen av ulike årsaker avbrytes tidligere enn manualen tilsier. Dette er i tråd med sykepleierens mål om å lette lidelsen. Forskningen av Myhre m.fl. (2018) viser at gjennomsnittlig BDI-II-skår endret seg fra 39,2 til 19,4 hos atferdsaktiveringspasientene, mens kontrollgruppen hadde en endring fra 42,33 til 32,78 på BDI-II. Selv om kontrollgruppa hadde høyere depresjonsskår ved oppstart var reduksjonen i depresjonssymptomer større hos de som mottok atferdsaktivering. BDI-II-skår 19,4 tilsier mild til moderat depresjon, mens 32,78 indikerer alvorlig depresjon (Myhre m.fl., 2018). I tillegg fulgte seks av ti atferdsaktiveringspasienter responderingskriteriene på 50%, mens ingen i kontrollgruppen oppfylte kriteriene. Ved utskrivelse hadde fire atferdsaktiveringspasienter oppnådd remisjon, mens ingen fra kontrollgruppen gjorde det (Myhre m.fl., 2018). Dette viser at atferdsaktivering har effekt når det tilpasses akuttpsykiatrisk avdeling.

En vesentlig rammefaktor er varierende innleggelsestid. Erfaringsmessig kan noen pasienter motta behandling på avdeling i noen dager, mens andre opptil to måneder. Dette avhenger av alvorlighetsgrad samt ønske og behov for innleggelse. To måneders innleggelse er sjeldent på akutt avdeling, men forekommer. BATD-manualen sier terapeuten må tilpasse behandlingstilnærmingen etter pasientens behov, inkludert tilpassing av behandlingshastighet

(Lejuez m.fl., 2011). I forskningen av Myhre m.fl. (2018) foretok forskerne tilpasninger til studiens kontekst, og resultatene viste at BATD hadde effekt på depresjonen. Dette viser at behandlingstilnærmingen kan tilpasses den enkelte og avdelingen, og fremdeles ha effekt. I studien av Hopko m.fl. (2003) ble atferdsaktivering gitt i to uker, eller i den tiden pasientene var innlagt dersom det var mindre enn to uker. Atferdsaktivering viste seg allikevel å redusere depresjonen i større grad enn tradisjonell behandling. Pasientene som mottok BATD gikk fra BDI-skår 35,1 til 19,1, mens kontrollgruppen gikk fra BDI 37,1 til 30,2 (Hopko m.fl., 2003). Ved behandlingsoppstart tilsvarte gjennomsnittsdepresjonsskåren alvorlig depresjon hos begge grupper, mens ved behandlingsslutt hadde atferdsaktiveringspasientene moderat depresjon. Kontrollgruppen hadde fremdeles alvorlig depresjon (Norsk Elektronisk Legehåndbok, 2010). Dette viser at atferdsaktivering har effekt ved korte innleggelser.

### **5.5 Kontinuitet og struktur**

Ved første øyekast kan det være vanskelig å se kontinuitet og struktur i kapittel 5.1, men ukeplanen er sentral. I eksemplet uttrykte pasienten at ukeplanen hjalp ham. Han så sammenheng mellom aktivitetene og verdigrunnlaget. Samtidig ble det lettere å gjennomføre aktivitetene når han hadde en plan. Å motivere til personlig hygiene hadde sykepleier gjort uansett fordi alvorlig mangel på egenomsorg hadde innvirkning på innleggelsen. Alvorlig nedsatt egenomsorgsevne i kombinasjon med andre alvorlige symptomer taler for akutt psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2009). Til forskjell fra andre innlagte pasienter med depresjon som ikke mottok atferdsaktivering, visste han hvilke dager sykepleier ville fokusere på dusjing, da det var oppført i ukeplanen. Det ga pasienten noe håndfast å forholde seg til. Det viser òg at atferdsaktivering kan gi sykepleiere en strukturert måte yte målrettet sykepleie på. Sykepleierrollen kan bli tydeligere for pasient og behandler. Slik kan atferdsaktivering bidra til mer synlig sykepleie. De pasientene som mottok atferdsaktivering refererte til at de opplevde sykepleiere som mer aktive i behandlingen enn de som ikke mottok atferdsaktivering.

Dags- eller ukeplaner kan gjøre aktivitetene lettere å følge opp for sykepleierne. Lejuez m.fl. (2011) anbefaler at terapeuten og pasienten har et eksemplar hver av de utfylte skjemaene, slik at begge har behandlingsgrunnlaget. I praksis ble det løst ved at alle skjemaene var laget som dokumenter sykepleier kunne opprette i DIPS og fylle inn. Da fikk alle ansatte, som

trengte det, tilgang til behandlingsgrunnlaget. Oppfølgingen ble lettere. Det sikret kontinuitet. Står det *trene på trimrommet* onsdag klokken 16 i ukeplanen, kan hvem som helst følge opp. Det må ikke være sykepleieren som planla aktiviteten med pasienten. En utfordring er om forholdene på avdelingen onsdag klokken 16 tilsvarer at sykepleier ikke kan være med. Å gå på trimrommet innebærer ofte at en fra personalet må forlate avdelingen for å være med pasienten siden pasientene ikke kan være på trimrommet alene. At slike faktorer kan bli et hinder for gjennomføring må avklares med pasienten i forkant av planleggingen, slik at pasienten ikke tror det er noe ved seg som gjør at sykepleier ikke blir med. Pasienten kan la følelsen av utilstrekkelighet projiseres over på sykepleieren, slik at han tror sykepleieren misliker han, og derfor ikke ble med (Hummelvoll, 2012). Å planlegge fram i tid uten å vite hvordan dagen ser ut kan oppleves om et dilemma for sykepleier. Pasienten har på en side rett på behandling, men sykepleier kan ikke forutse framtiden og love pasienten at aktivitetene gjennomføres. Det kan være vanskelig for pasienten å motivere seg til å gjøre noe som kanskje ikke kommer til å skje når han allerede opplever lavt energinivå til å utføre aktiviteter (Hummelvoll, 2012). Derfor bør det, i tråd med skjema 3, legges opp til aktiviteter pasienten synes er lett å gjennomføre i starten, og som ikke settes en stopper for dersom sykepleier ikke kan forlate avdelingen.

Kontinuitetsbehovet ivaretas om flere sykepleiere anvender atferdsaktivering. Den samme sykepleieren må ikke utføre alt. Det er positivt for relasjonen, men det som skrives inn i skjemaene er behandlingsgrunnlaget. Så lenge sykepleieren vet hva atferdsaktivering går ut på, kan en annen sykepleier enn hun som hjalp pasienten med skjema 1 gå videre til skjema 2. Det beste er antakelig at den samme sykepleieren gjennomfører de planlagte øktene, mens oppfølging av aktiviteter eller hjelp med ferdigutfylling av skjemaer kan de andre sykepleierne hjelpe til med. At behandlingsformen er såpass konkret at andre sykepleiere kan overta, gjør behandlingstilnærmingen mindre sårbar for sykdom eller uforutsette hendelser. Det krever kun kompetanse hos sykepleierne.

Ved å ta i bruk atferdsaktivering arbeider sykepleier aktivt med sekundærforebygging allerede under behandling. Atferdsaktiveringen kan forbygge tilbakefall etter utskrivelse og forebygge fremtidige depresjoner dersom pasienten kommer i gang med behandlingstilnærmingen, og opplever det som et verktøy. Det fordrer at pasienten enten blir fortrolig med

behandlingsmetoden eller at han kan få hjelp med atferdsaktivering i primærhelsetjenesten. Siden pasienten ble innlagt var han meget syk. Derfor er det sannsynlig at pasienten kun er i bedring ved utskrivelse. Selv om forskningen av Myhre m.fl. (2018) og Hopko m.fl. (2003) viser at pasientene som mottok atferdsaktivering hadde mild til moderat depresjon etter behandling, er det kort tid siden tilstanden var betraktelig verre. Pasienten vil sannsynlig trenge oppfølging etter utskrivelse. I Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av depresjon står det at god samhandling, samordning, kontinuitet og sammenheng i behandling er viktig i samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Dette er en viktig sykepleieoppgave å imøtekomme. Spesielt viktig er det at sykepleier sikrer at pasienten får oppfølging av atferdsaktivering etter sykehusutskrivelse. Forskningen av Ekers m.fl. (2011) ble gjort i primærhelsetjenesten. Dette viser at behandlingstilnærmingen har effekt utført av sykepleiere i primærhelsetjenesten. Etter tre måneder viste studien samtidig at de atferdsaktiveringspasientene var mer tilfreds og hadde bedre fungering i hverdagen enn kontrollgruppen (Ekers m.fl., 2011). Dette indikerer at videreføring av atferdsaktivering kan være positivt. Dersom pasienten allerede har behandler eller sykepleier i primærhelsetjenesten kan sykepleier invitere dem for introduksjon av behandlingsmetoden mens pasienten er innlagt. Dersom pasienten ikke har behandler utenfor avdelingen kan det etterstrebes å finne en som kan atferdsaktivering eller som er villig til å ta det i bruk.

I forbindelse med utskrivelse er det viktig at sykepleier i forkant forbereder pasienten på overgangen til hverdagen. Sykepleier må forberede pasienten på at han nok kommer til å oppleve at han må gjøre ting han ikke har lyst til. Alt en gjør kan ikke være fornøylig, men det kan være viktig allikevel. For å trene på dette kan sykepleier bruke ukeplanen aktivt, og legge inn andre avtaler eller aktiviteter som angår pasienten i samråd med ham. Eksempelvis blodprøvetaking. Sannsynligvis vil kontrollblodprøvetaking av serumkonsentrasjon av antidepressiva ikke være en aktivitet pasienten anser i tråd med sitt verdigrunnlaget. På grunn av depresjonens karakter kan det være utfordrende å se at dette har sammenheng med pasientens ønske om å bli frisk da blodprøvetakingen ikke er en selvvalgt aktivitet. Blodprøvetaking er en aktivitet pasienten ikke kommer utenom, på lik linje med mange andre ting i hverdagen. For noen kan det være en barriere å møte opp når depresjonen er av stor karakter. Det kan gi medføre utsettelse. For fungering i livet utenfor avdelingen må pasienten forholde seg til dette. Det kan være hensiktsmessig å trene på slikt med støtte fra sykepleier.

Om andre avtaler, som samtale med behandler eller psykomotoriker, føres opp i ukeplanen, blir det sammenheng i hele behandlingsforløpet, og atferdsaktivering gir struktur for innleggelsen.

## **6. Oppsummering**

Sykepleier kan implementere atferdsaktivering inn i sykepleien hun allerede utøver. Det gjør at sykepleien og pasientens behandlingstilbud berikes. Sykepleier kan bidra inn i behandlingen ved at hun tar i bruk sin unike mulighet til å etablere en terapeutisk relasjon. Sykepleier kan bruke atferdsaktivering til å gi behandlingsforløpet kontinuitet og struktur. Ved å anvende atferdsaktivering tilrettelegger sykepleier også for mestring av hverdagen etter utskrivelse. Sykepleiers kunnskap i kombinasjon med relasjonen til pasienten tilrettelegger for individuell tilpasning. Kompetanse rundt behandlingstilnærmingen er nødvendig i sykepleiergruppen for å kunne anvende atferdsaktivering. Faktoren tid er sentral, og påvirker all sykepleie. Sykepleier har allikevel gode forutsetninger for å bruke atferdsaktivering som en struktur for sykepleien og innleggelsen. At atferdsaktivering har god effekt på depresjonssymptomer, og er kostnadseffektivt når det utføres av sykepleier, gjør at dersom det tilrettelegges for mer bruk av behandlingstilnærmingen kan flere pasienter behandles raskere og mer effektivt. Det er til pasientens beste. Forskning har vist at atferdsaktivering har effekt på andre komorbide tilstander og andre sykdommer (Lejuez m.fl., 2011). Den kunnskapen sykepleier har om atferdsaktivering kan dermed brukes bredere enn til kun pasienter med depresjon. Det er lite sykepleierrettet forskning eller forskning som innhenter pasientperspektivet. Det hadde vært interessant for å få et mer nyansert bilde på effekten, samt at det kunne tilført praksisfeltet viktig informasjon.

## Referanseliste

Anonym. (2015). *En ærlig historie om veien vil et lykkeligere liv*. Hentet 8. mars 2018 fra <http://www.mentalhelse.no/psykobloggen/alle-blogginnlegg/en-aerlig-historie-om-veien-vil-et-lykkeligere-liv>

Brinchmann, B. S (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dimidjian, S., Barrera Jr., M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. ... Jacobsen, 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. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658

Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 66–72. doi: 10.1192/bjp.bp.110.079111

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

Helsedirektoratet. (2016). *Depresjon*. Hentet 23. januar 2018 fra

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>

Helsedirektoratet. (2018). ICD-10. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra

<https://finnkode.helsedirektoratet.no>

Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: A Randomized Pilot Trial Within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior modification*, 27(4), 458-469. doi: 10.1177/0145445503255489

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt –ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteori: analyse og evaluering* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 14. mars 2018 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual. *Behavior modification*, 25(2), 225-286. doi: 10.1177/0145445501252005



Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioural Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. *Behavior modification*, 35(2), 111-161. doi: 10.1177/0145445510390929

Lundgren, T. (udatert). *Bull's Eye*. Hentet 16. mars 2018 fra <https://contextualscience.org/files/Bull's%20Eye-svenska.pdf>

Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U., & Langeland, T. (2016). *Biologisk behandling*. Hentet 12. mars 2018 fra [https://sml.snl.no/biologisk\\_behandling](https://sml.snl.no/biologisk_behandling)

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie?. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 119-141). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Myhre, M. (2017). Atferdsaktivering for depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(5), 466-471. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=485904&a=4](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=485904&a=4)

Myhre, M., & Strømgren, B. (2015). Atferdsanalytisk forståelse og behandling av depresjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 42(2), 79-90. Hentet fra <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/10642/3122/1299844.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Myhre, M. Ø., Strømgren, B., Arnesen, E. F., & Veland, M. C. (2018). The feasibility of brief behavioural activation treatment for depression in a PICU: a systematic replication. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 14(1), 15-23. doi: 10.20299/jpi.2018.001

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Elektronisk Legehåndbok. (2010). Becks depression inventory BDI. I *Norsk Elektronisk Legehåndbok*. Hentet 11. april 2018 fra <http://nevro.legehandboka.no/handboken/skjema/skarings skjema/becks-depression-inventory-bdi/>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (Udatert-a). *Depresjon: målrettet atferdsaktivering*. Hentet 26. mars 2018 fra <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/11/depresjon-maalrettet-atferdsaktivering.pdf>

Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (Udatert-b). *Informere om atferdsaktivering og aktivitetsplanlegging*. Hentet 20. mars 2018 fra <https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/12/Informere-om-atferdsaktivering-og-planlegging-av-aktiviteter.pdf>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 26. januar 2018 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., ... Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871-880. doi: 10.1016/S0140- 6736(16)31140-0

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spigset, O. (2013). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 217-234). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 29. januar 2018 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>

World Health Organization. (2016). ICD-10. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version:2016*. Hentet 12. mars 2018 fra <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F30-F39>

World Health Organization. (2017). *Depression*. Hentet 27. februar 2018 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

## Vedlegg 1: Daglig monitoreringskjema

Skjema 1. Daglig monitorering

Dato: 16 / 4 - 2018

Tid	Aktivitet	Fornøyelse (0-10)	Betydning (0-10)
05. – 06.00	<i>Sov</i>	6	8
06. – 07.00	<i>Sov</i>	6	8
07. – 08.00	<i>Sov</i>	7	8
08. – 09.00	<i>Ble vekket av kontaktsykepleier</i>	0	5
09. – 10.00	<i>Lå i sengen</i>	4	2
10. – 11.00	<i>Sto opp, kledde på meg</i>	3	6
11. – 12.00	<i>Samtale med psykolog</i>	4	5
12. – 13.00	<i>Lå i sengen</i>	3	2
13. – 14.00	<i>Spiste middag</i>	5	6
14. – 15.00	<i>Så på telefonen i stuen</i>	3	2
15. – 16.00	<i>Så på telefonen i stuen</i>	2	2
16. – 17.00	<i>Besøk av datter</i>	5	9
17. – 18.00	<i>Lå i sengen</i>	2	2
18. – 19.00	<i>Lå i sengen</i>	2	2
19. – 20.00	<i>Spiste kveldsmat</i>	5	6
20. – 21.00	<i>Satt og snakket med sykepleier etter kveldsmat</i>	6	7
21. – 22.00	<i>Så på TV</i>	4	3
22. – 23.00	<i>Så på TV</i>	4	3
23. – 00.00	<i>La meg for natten</i>	2	6
00. – 01.00	<i>Fikk ikke sove, lå og tenkte</i>	0	0
01. – 02.00	<i>Lå og spilte på iPaden</i>	3	0
02. – 05.00	<i>Sovnet. Våknet ofte.</i>	6	8

Generelt humør i løpet av dagen (0-10): 4

## Vedlegg 2: Skjema om livsområder, verdier og tilhørende aktiviteter

### Skjema 2. Livsområder, verdier og aktivitets inventar

Livsområde (1/5): Relasjoner

Verdi: <i>Være en tilstedeværende og omsorgsfull forelder</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1: <i>Sende en god-natt-melding til datteren min</i>	5	7
- Aktivitet 2: <i>Gå på kafé med datteren min</i>	7	9
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi: <i>Være en tilstedeværende partner</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi: <i>Ha nære relasjoner til nære kamerater</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Livsområde (2/5): Utdanning/karriere

Verdi: <i>Ha et meningsfullt arbeidsliv</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Livsområde (3/5): Fritid

Verdi: <i>Ha et rikt kulturelt liv</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1: <i>Lese Volvo Lastvagnar av Erlend Loe</i>	6	6
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Livsområde (4/5): Personlig utvikling og helse

Verdi: <i>Ta vare på kroppen min</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1: <i>Gå tur i skogen</i>	8	7
- Aktivitet 2: <i>Delta på morgenstrek</i>	6	5
- Aktivitet 3: <i>Være med på Pust og bevegelse tirsdag</i>	7	8
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		



Livsområde (5/5): Daglig ansvar

Verdi: <i>Ha det koselig og ryddig rundt meg</i>	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1: <i>Re opp sengen om morgenen</i>	2	9
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

Verdi:	Glede (0-10)	Viktighet (0-10)
- Aktivitet 1:		
- Aktivitet 2:		
- Aktivitet 3:		
- Aktivitet 4:		
- Aktivitet 5:		

### Vedlegg 3: Skjema om aktivitetsvalg og rangering

#### Skjema 3. Aktivitetsvalg og rangering

Instruksjoner: List opp dine 15 ønskede aktiviteter og ranger vanskelighetsgraden på hver fra 1 (minst vanskelig) til 15 (mest vanskelig).

AKTIVITET	RANGERING
<i>Sende god-natt-melding til datteren min</i>	<i>3</i>
<i>Gå på kafé med datteren min</i>	<i>6</i>
<i>Lese Volvo Lastvagnar av Erlend Loe</i>	<i>4</i>
<i>Gå tur i skogen</i>	<i>7</i>
<i>Delta på morgenstrekk</i>	<i>2</i>
<i>Være med på Pust og bevegelse tirsdag</i>	<i>4</i>
<i>Re opp sengen om morgenen</i>	<i>1</i>

## Vedlegg 4: Skjema med kontrakter

### Skjema 4. Kontrakter

Hva er en aktivitet du kunne tenke deg hjelp til å gjennomføre?

*Gå tur i skogen*

Navngi en person som kan hjelp deg med aktiviteten:

*Broren min*

På hvilken måte kan denne personen hjelpe deg med aktiviteten?

1. *Møte meg utenfor avdelingen slik at jeg kommer meg ut*

2. *Være godt selskap*

3. \_\_\_\_\_

Navngi en person som kan hjelp deg med aktiviteten:

\_\_\_\_\_

På hvilken måte kan denne personen hjelpe deg med aktiviteten?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Navngi en person som kan hjelp deg med aktiviteten:

\_\_\_\_\_

På hvilken måte kan denne personen hjelpe deg med aktiviteten?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_