



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

## **Värde och förmåga i aktiviteter hos äldre med depression – en subjektiv skattning med Min mening**

Författare: Carina Tordai

Handledare: Eva Månsson Lexell

november 2012

**Kandidatuppsats**

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

*Jag vill tacka alla som ställt upp som undersökningspersoner. Jag vill också tacka mina arbetskamrater, på avdelningen och mottagningen, som alla har ställt upp och varit ett bra stöd.*

*Ett stort tack till min enhetschef som har möjliggjort denna uppsats och naturligtvis till min handledare Eva Månsson Lexell som har följt mig under hela processen och på ett tydligt sätt stöttat mig.*

*TACK!*



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

November 2012

## Värde och förmåga i aktiviteter hos äldre med depression – en subjektiv skattning med Min mening

Carina Tordai

### Abstrakt

Bakgrund: Antalet äldre människor i samhället ökar, 12-15 % av den äldre befolkningen har en depression. Att vara äldre och ha en depression påverkar aktivitetsförmågan på många sätt. Forskning på hur äldre med depression upplever sin aktivitetsförmåga är begränsad och för att kunna förbättra arbetsterapeutiska interventioner och bredda behandlingsutbudet är det viktigt att undersöka. Syfte: Undersöka hur äldre personer med depression beskriver och skattar sin aktivitetsförmåga och hur de värderar betydelsen av olika dagliga aktiviteter. Metod: En tvärsnittstudie med kvantitativ ansats gjordes med självskattningsinstrumentet "Min Mening". Datan analyserades statistiskt och redovisades i frekvenstabeller utifrån MOHO. Resultat: Alla aktiviteter som skattades värderades som mycket viktiga eller viktiga, med få undantag. Vad gäller problem så var uppfattningen mera spridd, men hälften ansåg det vara problem att hitta tillfällen att göra saker de uppskattar och tycker om. Konklusion: Det behövs fler studier på äldre med depression och hur de upplever sin aktivitetsförmåga och deras syn på lustfyllda och avkopplande aktiviteter.

Nyckelord: äldre, depression, aktivitetsförmåga, Min Mening

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



## LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

November 2012

# Value and ability in activities in elderly with depression- a subjective rating with “Min Mening”

Carina Tordai

### Abstract

**Background:** The number of elderly people in society increases, 12-15% of the elderly population has a depressive disorder. Being older and having a depression affects the occupational competence in many ways. Research on the elderly with depression and on how they perceive their ability to perform activities is limited, and in order to improve the occupational therapy interventions and broaden the range of treatment, it is important to investigate. **Objective:** Examine how older people with depression describe and rate their ability to perform activities and how they rate the importance of various daily activities. **Methods:** A cross-sectional study with quantitative approach was made with the self-assessment instrument "Min Mening". The data were statistically analyzed and presented in frequency tables based on MOHO. **Results:** All of the activities were valued as very important or important, with few exceptions. As for problems, so the ratings were more widespread, but half considered it a problem finding opportunities to do things they appreciate and enjoy. **Conclusion:** We need more studies on elderly with depression and how they feel about their occupational competence and their vision of enjoyable and relaxing activities.

**Keywords:** elderly, depression, occupational competence, Min Mening

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	1
Inledning.....	1
Arbetsterapi.....	1
Äldre och aktivitetsförmåga.....	2
Depression.....	4
Äldre och depression.....	5
Äldre, depression och aktivitetsförmåga.....	5
Syfte.....	6
Problem/frågeställning.....	7
Metod.....	7
Urvalsförfarande.....	7
Undersökningsgruppen.....	7
Metod för insamling av information.....	8
<i>Min Mening</i> .....	9
Procedur.....	9
Statistik/Statistisk beräkning.....	10
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Aktivitetsutförande.....	11
Vilja, värderingar och intressen.....	12
Vanemönster.....	13
Omgivning/Miljö.....	14
Diskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion.....	18
Behov av fler studier.....	21
Konklusion.....	21
Referenslista.....	22

# Bakgrund

## Inledning

Antalet äldre människor i samhället ökar, år 2020 beräknas 21 procent av Sveriges befolkning vara 65 år eller äldre (Statistiska Centralbyrån [SCB] 2012). Kunskapen är dock begränsad när det gäller äldres perspektiv på sin vardag och Aktivitet i det Dagliga Livet [ADL] (Larsson, Hagberg & Haglund, 2008). Socialstyrelsen uppskattar att 12-15% av befolkningen över 65 har en depression, att jämföra med 4-10% i hela befolkningen, och påtalar att äldre med depression inte får den vård den behöver. Bland annat betonas bristen på annan behandling än den medicinska (Socialstyrelsen, 2012). Tanken med denna studie är få ökad kunskap om vilket perspektiv den stora gruppen äldre med depression har på sin aktivitetsförmåga, för att kunna förbättra de arbetsterapeutiska interventionerna.

## Arbetsterapi

Ett grundantagande i arbetsterapi är att aktivitet påverkar människans välmående och att människan mår bra av att vara engagerad i aktiviteter (Kielhofner, 2012). Att vara delaktig i aktivitet bidrar till att individen bevarar och utvecklar sina förmågor och sin livsstil bättre. Kielhofner beskrev människors aktivitetsbeteende i Model of Human Occupation [MOHO], och lyfte fram att aktivitetsmönstret förändras genom livet och med åldern, men att aktivitet fortfarande är en viktig del av människan liv hela livet ut (Kielhofner, 2012). Modellen, som är teoretisk referensram till denna uppsats, är holistisk, kropp och själ ses som integrerade aspekter av den hela människan. Den betonar att vad en människa tror på, föredrar och önskar styr valet av sysselsättning och aktiviteter och att vårt aktivitetsbeteende påverkas av fyra samverkande huvudfaktorer; *viljan*, *vane-mönster*, *utförande* och den *sociala och fysiska miljön*. *Viljan* utgörs av tre komponenter; uppfattning av egen förmåga, intressen och värderingar och syn på livet. *Vane-mönster* består av roller och vanor, som ger regelbundenhet åt aktivitetsbeteendet. *Utförande* är personens kapacitet och färdigheter, som påverkar om och hur en aktivitet utförs. Den *sociala och fysiska miljön* är platser, objekt och den sociala omgivningen (Kielhofner, 2012). Människans aktiviteter delas enligt MOHO i

”aktiviteter i det dagliga livet, produktivitet och lek”. Aktiviteter i det dagliga livet är det samma som skötsel av person, hem och hushåll. Produktivitet är aktiviteter som ger ekonomisk ersättning eller på annat sätt bidrar till samhället, och lek är de aktiviteter som utförs för nöjets och glädjens skull. Med utgångspunkt i [MOHO] skapades ett självskattningsinstrument som heter ” Min Mening” (FSA, 2000). Det är ett klientcentrerat instrument som handlar om aktivitetsförmåga och som kan ge en bild av klientens egna perspektiv på sin aktivitetsförmåga. Kielhofner (2008) definierar aktivitetsförmåga som upprätthållande av ett aktivitetsmönster som är produktivt och tillfredställande för klienten. Aktivitetsmönster definieras som en individuell konstans i att tänka, känna och vara som vår vilja, våra vanor och roller, utförande och omgivande miljö har format genom upprepningar. Enligt Kielhofner (2012) finns det en tendens att detta mönster består genom livet och att åldrandet utmanar dessa aktivitetsmönster. Det är arbetsterapeutens uppgift att hjälpa till att skapa nya mönster utifrån nya förutsättningar (Kielhofner, 2012).

### **Äldre och aktivitetsförmåga**

Äldres perspektiv på vardag och aktiviteter är viktigt för arbetsterapeuter, betonade Larsson, Haglund och Hagberg (2008) bland annat pga. det växande behovet när den äldre befolkningen ökar. Enligt internationella mått (Gulman, 2003) anses ålderdomen börja när man fyller 65 år. Personer i åldern 65 år och uppåt, räknas som äldre och kan delas in ”yngre - äldre” mellan 65-79 år, och ”äldre - äldre” från 80 år och uppåt (Gulman, 2003). Kielhofner (2012), som använder begreppet övre medelålder för tiden efter pensioneringen, framhåller vikten av att äldre engagerar sig i aktiviteter de tycker är värdefulla, för att bevara kraft under ålderdomen. Begränsningar i kapacitet och färdigheter, som kan följa med åldrandet, kan dock göra att man avstår från det man helst skulle vilja göra (Kielhofner, 2012).

I flera studier med friska äldre och äldre med fysiska begränsningar (Björklund & Henriksson, 2004; Larsson, Haglund & Hagberg, 2009; Tollén, Fredriksson & Kamwendo, 2008), så värderade undersökningspersonerna både självständighet och att ta vara på sin förmåga högt. Att hålla fast vid gamla vanor och rutiner påtalades, och benämndes som en strategi, för att kunna vara fortsatt aktiva. Förändringar av aktivitetsförmågan handlade ofta om att allt tog längre tid, antingen för att anpassa aktiviteten så att den kunde genomföras, eller beroende på krämpor. Undersökningspersonerna i dessa studier, underströk vikten av att vara självständiga i det dagliga livet, och det i sig ansågs som en stark drivkraft för att

fortsätta vara aktiva. Trots att personerna ofta kunde anpassa sig och göra saker på ett nytt sätt, medförde åldern ändå att man fick sluta med vissa aktiviteter, orsaker till det kunde vara sjukdomar, funktionsnedsättningar och ensamhet (Björklund & Henriksson, 2004; Larsson, Haglund & Hagberg, 2009; Tollén, Fredriksson & Kamwendo, 2008). Tollén et al.(2008) beskrev också att en del av de äldre med fysiska funktionsnedsättningar upplevde mindre möjligheter till meningsfulla aktiviteter att fylla dagen med, och att det skapade tomhet och nedsatt motivation. Ett minskat umgänge och avsaknad av ett tydligt sammanhang att vara i, gav tomhetskänslor och fick undersökningspersonerna att ifrågasätta meningen med livet (Tollén, Fredriksson & Kamwendo, 2008). Nilsson(2006) fann i sin studie att äldre som engagerade sig i fritidsaktiviteter var mer nöjda med sina liv, och vidare att just fritidsaktiviteter och avkopplande aktiviteter var de aktiviteter som de allra äldsta var minst nöjda med (Nilsson, 2006). I en studie om tidsanvändning hos friska äldre fann Chilvers, Corr och Singlehurst (2010) att de äldre spenderade störst andel av tiden med avkopplande aktiviteter, följt av nödvändiga aktiviteter och aktiviteter som rör personlig vård.

Att miljön påverkar aktivitetsförmågan hos äldre har man visat i flera studier, bland annat i en studie utförd av Björklund och Henriksson (2004), där den fysiska miljön hade stor betydelse för upplevelsen av aktivitetsförmågan och utförandet hos de äldre. Hovbrandt, Fridlund och Carlsson (2007), fann att de "äldre- äldre" påtalade vikten av att ha möjlighet att kunna ta sig ut från sin bostad.

Att bli äldre kan alltså i stor utsträckning påverka flera av de olika komponenter som MOHO beskriver. Rollförluster, eftersom den sociala situationen förändras; i samband med pension, förlust av make/maka eller förlust av vänner, och förändringar i vanor påverkar vårt vanemönster. Larsson, Hagberg och Haglund (2009) och Tollén, Fredriksson och Kamwendo (2008) beskrev hur de äldre förändrade sina vanor bland annat på grund av bristande ork och/eller funktionsnedsättningar, som t ex syn- hörsel- och rörelsenedsättning. Fysiska, kognitiva och psykosociala funktioner, vilka kan förändras både på grund av ålder och av sjukdomar påverkar utförandet. Den sociala och fysiska miljön förändras och bostadens utformning och platsers tillgänglighet kan få större betydelse allt eftersom åldrandet fortskrider, vilket Björklund och Henriksson (2003) beskrev och fann att de äldres aktivitetsproblem var relaterade till utförande och till den fysiska miljön. Författarna påtalade också att om de äldre fick rätt stöd, med syftet att öka aktivitetsförmågan, så skulle de äldres välbefinnande öka, vilket även är bra för samhället (Björklund & Henriksson, 2003). Äldres



förmåga att vara aktiva påverkas på flera plan och Fiske, Wetherell och Gatz (2009) konstaterade dessutom att reducering av dagliga aktiviteter är en riskfaktor som inte bara orsakar depression hos äldre utan också upprätthåller det depressiva tillståndet.

## **Depression**

Enligt Gulman (2003) är depression en socialt begränsande, och ibland dödlig psykisk sjukdom, med stort lidande hos den drabbade, som kan uppstå hos annars psykiskt friska och välfungerande människor. Det första insjuknandet kan inträffa i tonåren, men också debutera hos t ex 85-åringar, som aldrig varit psykiskt sjuka tidigare (Gulman, 2003). Enligt ICD-10-SE (Socialstyrelsen) krävs det att den depressiva episoden ska ha pågått i minst två veckor och att annan psykisk sjukdom utesluts för att sätta en depressionsdiagnos. Det måste också finnas fyra av följande symtom; tydlig brist på intresse och glädje för aktiviteter som normalt uppfattas som lustfyllda, brist på emotionell respons vid händelser eller aktiviteter, tidigt uppvaknande, dygnsvariation med sämre mående på morgonen, nedsatt aptit, nedsatt libido, viktförlust och objektiva bevis på motorisk förlångsamning eller agitation (Socialstyrelsen). Som ett komplement vid diagnostisering används ofta självskattningsskalor, ett exempel på en sådan är Montgomery Åsberg Depression Rating Scale [MADRS-S] (Montgomery & Åsberg, 1979), som är en självskattningsskala som gäller upplevelse av depressionssymtom. Skattningsskalan är speciellt utvecklad för att vara känslig för förändring i grad av depression. Instrumentet består av 9 frågor med max - poäng 54. 0-12 poäng tolkas som ingen eller mycket lätt depression, 13-19 poäng lätt depression, 20-34 poäng måttlig depression och över 35 poäng är svår depression (Montgomery & Åsberg, 1979). Enligt Ottosson (2004) är också nedsatt initiativförmåga, motivation, ambivalens och minskad tilltro till sin egen förmåga vanliga symtom och konsekvenser av en depression. Det finns flera olika diagnoser inom ramen för depression, eller förstämningssyndrom som diagnosgrupp F3 benämns, enligt ICD-10-SE. Depressiva episoder och recidiverande depressioner, delas in i undergrupper utifrån svårighetsgraderna; lindrig, medelsvår, svår och psykotisk. Ytterligare exempel på en diagnos inom gruppen förstämningssyndrom är kroniskt förstämningssyndrom (Gulman, 2003, Socialstyrelsen). Depressioner behandlas med antidepressiv medicinering, ECT-behandling och/eller psykoterapi (Ottosson, 2004). Recidiverande depressioner är vanligare hos äldre än hos yngre, enligt Gulman (2003), det finns flera orsaker till detta, men fortgående psykosocial belastning och större förekomst av kroppslig sjukdom är exempel på orsaker.

## **Äldre och depression**

Äldre med depression är ett folkhälsoproblem, med en prevalens på 12 % (Socialstyrelsen, 2008). Enligt Gulman (2003) är depression den andra stora äldrepsykiatriska sjukdomen vid sidan av demens. Behandlingsmöjligheterna för personer med depression är dock mycket större och det förekommer dramatiska tillfrisknande hos äldre som haft svåra funktionsnedsättningar i årtal på grund av depressiva symtom. Till skillnad från demens så är depression en underdiagnostiserad och även en förbisedd psykisk sjukdom hos äldre, fortsätter Gulman (2003). Gulman nämner följande som orsaker till depressionssjukdom hos äldre; ärftliga faktorer, normala åldersbetingade förändringar i hjärnan, organiska sjukdomar, kroppslig sjukdom, biverkningar av medicin, alkohol, andra psykiska sjukdomar, förluster, kriser, social belastning, personlighet och tidigare depressiva faser med otillräcklig behandling (Gulman, 2003). Undersökningar tyder på att under 20 % av äldre med depression får relevant behandling. (Socialstyrelsen, 2012). Socialstyrelsen slår därför fast att psykiskt sjuka äldre missgynnas och inte får tillgång till evidensbaserad och adekvat psykiatrisk vård för även om depressioner är underbehandlade hos äldre, äter äldre personer i befolkningen psykofarmaka i större utsträckning än yngre och självmordsfrekvensen är högre. Socialstyrelsen påtalar också att den behandling som framförallt erbjuds äldre är medicinsk behandling (Socialstyrelsen, 2012). Trots den medicinska behandlingen av depressioner, så lider personer med depression av bestående problem med nedsatt aktivitetsförmåga och psykosociala svårigheter, enligt Pan, Chung, Chen, Hsiung och Rao (2011).

## **Äldre, depression och aktivitetsförmåga**

Flera studier i Asien (Chan et al, 2009; Pan et al, 2011; Haruna et al, 2008) har undersökt hur depression och graden av depression påverkar och hänger samman med personers ADL-förmåga, egen upplevelse av ADL-förmåga och upplevelse av livskvalitet och sett att graden av depression är det som i högsta grad påverkar livskvalitet, aktivitetsförmåga och upplevelsen av social miljö, men också att aktivitetsförmågan och den sociala miljön har betydelse för upplevelse av livskvalitet.

Enligt studier utförda i Asien (Pan et al, 2009; Haruna et al, 2008; Ziv, Roitman & Katz, 1999) har äldre personer med depression en nedsatt ADL –förmåga jämfört med friska äldre.

Förmågan att klara sina dagliga aktiviteter förbättrades i samband med att patienten förbättrades i sin depression, men ofta med kvarstående svårigheter med instrumentell ADL, dvs. skötsel av hem och hushåll. Chan et al., Haruna et al., och Ziv et al. visade också att undersökningspersonernas upplevelse av livskvalitet ökade då förmågan att klara instrumentell ADL förbättrades. Det finns också studier som antyder att sociala aktiviteter för äldre åtminstone minskar de depressiva symtomen (Forsman, Schierenbeck & Wahlbeck, 2011), speciellt om aktiviteterna höll på regelbundet under längre tid än tre månader (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck 2011), men författarna påtalade vikten av större och mer omfattande studier för att få säkra resultat.

Förmågan att klara ADL hos äldre med depression påverkas av sjukdomen och det finns visst belägg för att sociala aktiviteter kan förebygga depressiva symtom (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck 2011), men vad de äldre med depression själva tycker om sin förmåga och vilka aktiviteter de värderar, finns det mindre kunskaper om. För att hjälpa personer till förändring är förståelsen av personens tankar, känslor och vad den gör viktigt och därför är den arbetsterapeutiska forskningen om äldres upplevelse av vardagen viktig, hittills har forskningen i Sverige fokuserat på friska äldre och äldre med fysiska funktionsnedsättningar, båda dessa tillstånd är en riskfaktor för depression. Depression hos äldre anses vara en folksjukdom (Socialstyrelsen, 2008, 2012), som både är underdiagnostiserad och underbehandlad och den huvudsakliga behandlingen som erbjuds är medicinsk, trots att multisjuklighet och förekomst av funktionsnedsättningar, rollförluster och förändring av vanor och roller i samband med åldrandet kräver en helhetssyn. För att bättre kunna utföra de arbetsterapeutiska interventioner som är mest aktuella utifrån målgruppen, och för att arbeta förebyggande mot återinsjuknande, är det viktigt att undersöka hur äldre med depression beskriver sin aktivitetsförmåga och se om det finns några mönster som kan öka förståelsen för deras situation och på så sätt kunna anpassa insatserna därefter.

## Syfte

Syftet är att undersöka hur äldre personer med depression beskriver och skattar sin aktivitetsförmåga och hur de värderar betydelsen av olika dagliga aktiviteter.

## **Problem/frågeställning**

- Hur skattar äldre personer med depression sin aktivitetsförmåga, med självskattningsinstrumentet ”Min Mening”?
- Hur värderar äldre personer med depression betydelsen av de olika dagliga aktiviteter som ingår i självskattningsinstrumentet ”Min Mening”?

## **Metod**

### **Urvalsförfarande**

Kriterierna för att inkluderas i studien var att man var i åldern 65-99 och vårdades för depression, diagnostiserad av psykiater, under tiden september 2011 – oktober 2012. De som hade annan diagnostiserad psykisk sjukdom eller demens/kognitiv svikt utöver depression exkluderades från studien, detta gällde även de med ett depressivt skov inom ramen för en bipolär sjukdom.

### **Undersökningsgruppen**

Undersökningsgruppen bestod av 20 personer, som vårdats för depression på en äldrepsykiatrisk heldygnsvård- avdelning på ett sjukhus i Södra Sverige, eller som hade kontakt med den äldrepsykiatriska mottagningen på samma sjukhus. Totalt tillfrågades 24 personer, varav 4 tackade nej. Personerna i gruppen var mellan 71 och 90 år medelålder 79,4 och medianålder 78.5. Alla 20 deltagare skattade sig på Montgomery Åsberg Depression Rating Scale [MADRS-S] (Montgomery & Åsberg, 1979), som är en självskattningsskala som gäller upplevelse av depressionssymtom och graden av depression. Ytterligare information om undersökningspersonerna finns i tabell 1.

**Tabell 1** Information om undersökningspersonernas sociala situation, depressionsdiagnos, egen upplevelse av depressionssymtom och funktions - nedsättningar.

	<b>Yngre äldre 65-79 (n = 12)</b>	<b>Äldre äldre 80-99 (n = 8)</b>
Kön		
Män	4	4
Kvinnor	8	4
Boendeform		
Villa/Radhus	7	5
Lägenhet	5	3
Civilstånd		
Ensamboende	4	3
Sammanboende	7	5
Särbo	1	
Diagnos		
Depressiv episod	3	1
Recidiverande depression	8	4
Kroniskt förstärknings- syndrom	1	3
MADRS-S *		
Ingen depression	8	4
Lätt depression	1	2
Måttlig depression	3	1
Svår depression		1
Rörelsenedsättning		
Ingen	10	3
Hjälpmedel	1	4
Ja	1	1
Synnedsättning		
Inga	12	6
Ja		2
Hörselnedsättning		
Inga	9	6
Ja	3	2

\* MADRS-S, självskattningsskala för depressionssymtom.

### Metod för insamling av information

Studien var en tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats, för att kartlägga hur målgruppen skattar sin aktivitetsförmåga och för att analysera och redovisa resultatet med statistik och se ev. samband och mönster (Hansagi & Allebäck, 1994). Att använda ett självskattnings - instrument som ” Min Mening”, med olika fasta svarsalternativ som

undersökningspersonerna ska ta ställning till, förenklar bearbetningen och resultatet kan jämföras med studier där instrumentet tidigare har använts (Ejlertsson, 2005).

### *Min Mening*

Instrumentet Min Mening (FSA, 2000) är översatt till svenska från det amerikanska instrumentet "Occupational Self Assessment" (Baron, Kielhofner, Goldhammer & Wolenski, 1998). Min Mening är ett standardiserat klientcentrerat självskattningsformulär, som berör egen upplevelse av aktivitetsförmåga, social och fysisk miljö och värderingar och prioriteringar kring detta. Den teoretiska grunden för instrumentet är [MOHO]. Klienten skattar i ett första moment 21 olika påståenden som berör aktivitetsutförande, vanemönster och vilja; t ex "att ta hand om mitt hem" genom att välja mellan "problem", "klarar" eller "gör det bra", samt 8 påståenden som berör omgivning/miljö med svarsalternativen "problem", "fungerar" och "fungerar mycket bra". Därefter i nästa moment ska klienten värdera vikten av aktiviteten genom att välja mellan; "inte så viktigt", "viktigt" och "mycket viktigt" på alla tjugonio påstående som ingår (FSA, 2000). Det sista momentet i instrumentet som berör prioritering genomfördes inte i denna studie, då det inte var relevant för undersökningen. Skattningsskalans struktur med färdigformulerade påståenden hjälper klienten att systematiskt fundera över sina liv (FSA, 2000). Enligt Gillham (2008) underlättar det bearbetandet av materialet och möjliggör att det blir en representativ bild av målgruppen. Studier har enligt FSA (2012), visat att instrumentet kan användas på ett reliabelt sätt av majoriteten av människor, oavsett diagnos eller funktionsnivå. Att använda utarbetade frågor som har använts i tidigare studier och som är valida och reliabla är viktigt, enligt Ejlertsson (2005), och man har dessutom ett jämförelsematerial med tidigare studier som också har använt instrumentet.

### **Procedur**

Studien har utförts på personer som vårdades med diagnosen depression på äldrepsykiatrisk vårdavdelning och äldrepsykiatrisk mottagning under tiden september 2011-oktober 2012, vilket är författarens arbetsplats. Dessa personer har under pågående vårdtid erbjudits en kontakt med arbetsterapeut i samband med utskrivning från avdelning och i samband med besök på mottagning av sjuksköterskor som varit i tjänst. Eftersom tidigare studier (Chan et al., 2009; Chen et al., 2011; Haruna et al., 2008) har visat att depressionens svårighetsgrad

påverkar personens allmänna uppfattning om sig själv och sitt liv, har alla i undersökningsgruppen på egen hand skattat sig på ett MADRS-S- självskattningsformulär utdelat av sjuksköterska, i nära anslutning före kontakt med arbetsterapeuten (författaren). Undersökningspersonerna har informerats om studien muntligt och skriftligt av sjuksköterska och har fått skriva under informerat samtycke; att de har godkänt att deras uppgifter används i studien. Då undersökningspersonerna har fyllt i informerat samtycke har de fått avtala tid med arbetsterapeuten. Arbetsterapeuten har suttit med vid alla enskilda skattningstillfälle med självskattningsinstrumentet "Min Mening" och hjälpt till att läsa frågorna och fylla i. Skattningen har skett antingen på vårdavdelning i nära anslutning till utskrivning eller på mottagningen, alternativt i undersökningspersonens bostad och har tagit ungefär mellan 30 minuter och en timme att göra. Hela självskattningsformuläret har fyllts i vid ett och samma tillfälle, undersökningspersonerna har skattat och värderat alla 29 påstående som ingår i instrumentet. Efter varje genomfört skattningstillfälle har undersökningspersonen fått titta på sin skattning och arbetsterapeuten har sammanfattat resultatet muntligt för att möjliggöra ev. ändringar. Undersökningspersonerna har också tillfrågats om ålder, kön, boende, social situation och de har också tillfrågats om de upplever att de har någon form av synnedsättning, hörselnedsättning eller rörelsenedsättning som begränsar dem. Ifrån patientjournalerna hämtades uppgifter som rör ålder, diagnos och MADRS-S skattning.

### **Statistik/Statistisk beräkning.**

Deskriptiv statistik har använts för att beskriva undersökningspersonerna. All bakgrunds-fakta har förts in i statistikprogrammet "Statistical Package for the Social Sciences" [SPSS], version 18.0. Undersökningspersonernas förmåga som självskattas i "Min Mening" med orden; "problem", "klaras", "gör det bra", dessa ord har omvandlats till siffervariablerna 1,2 och 3 och detsamma gäller orden "inte så viktigt", "viktigt" och "mycket viktigt" som används vid värderingsmomentet. De påstående som ingår i instrumentet och siffervariablerna har därefter förts in i [SPSS] och för att redovisa fördelning av de olika variablernas värde gjordes frekvenstabeller (Ejlertsson, 2005). Frekvenstabellerna redovisades under rubrikerna aktivitetsutförande, vilja, värderingar och intressen, vanemönster och omgivning/miljö, en uppdelning som kan härledas till [MOHO] enligt instrumentet "Min Mening" (FSA, 2000). I frekvenstabellerna användes den absoluta frekvensen, då materialet endast består av tjugo personer (Ejlertsson, 2005).

## **Etiska överväganden**

Efter kontakt med vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), som gav ett rådgivande utlåtande, och med verksamhetschefens godkännande, påbörjades studien.

Studien gjordes på personer som vårdats för depression i samband med utskrivning från vårdavdelning, och på mottagning i samband med besök. Dessa personer erbjöds en kontakt med arbetsterapeut, av sjuksköterska på avdelning eller mottagning. De informerades om studien muntligt och skriftligt av sjuksköterska och fick skriva under informerat samtycke; att de hade godkänt att deras uppgifter användes i studien.

De fick också information om att de kunde avbryta deltagandet i studien när som helst, utan att behöva ange något skäl och att det inte skulle komma att påverka deras vård, vare sig då eller i framtiden. Alla uppgifter hanterades i enlighet med journal - lagen och med konfidentialitet, dvs. att det inte går att utläsa någons identitet i uppsatsen. I studien kan inga enskilda personer urskiljas. Skattningsformuläret kommer att sparas inlåst i journalarkivvagn under tiden som arbetet pågår och kommer därefter att förstöras.

## **Resultat**

### **Aktivitetsutförande**

Resultatet visade att alla aktiviteter som berör aktivitetsutförande värderades som viktiga eller mycket viktiga, med få undantag. Att ta hand om sig själv och att ta sig dit man behöver komma tyckte mer än hälften var mycket viktigt, likaså att kunna sköta sina grundbehov och att uttrycka sig inför andra. Att uttrycka sig inför andra ansågs som mycket viktigt av hälften av undersökningspersonerna. En majoritet av undersökningsgruppen tyckte att de var bra på att komma överens med andra och att lösa problem. Att koncentrera sig upplevde en majoritet av gruppen att de klarade. Det fanns inte något påstående som rör aktivitetsutförande som majoriteten av gruppen upplevde som ett problem. Påståendet ” att ta hand om andra som jag har ansvar för” svarade endast 12 personer på. För ytterligare information om fördelning, se tabell 2.



**Tabell 2** De 20 undersökningspersonernas upplevda förmåga och värdering av aktivitetsförmåga avseende aktivitetsutförande.

	Problem	Klarar	Gör det bra	Inte så viktigt	Viktigt	Mycket viktigt
Att koncentrera mig på mina uppgifter	3	13	4		13	7
Att vara fysiskt kapabel till det jag behöver göra	7	6	7		10	10
Att ta hand om mitt hem	7	10	3		12	8
Att ta hand om mig själv	4	8	8		7	13
Att ta hand om andra som jag har ansvar för * (n=12)	2	3	7		6	6
Att ta mig dit jag behöver komma	2	8	10		7	13
Att sköta mina grundbehov	2	6	12		9	11
Att uttrycka mig inför andra	5	5	10	1	9	10
Att komma överens med andra	1	4	15		11	9
Att lösa problem	3	3	14		12	8

\* endast 12 personer skattade detta påstående

### Vilja, värderingar och intressen

Även påståenden som berör vilja, värderingar och intressen värderades som viktiga eller mycket viktiga. Hälften tyckte att det var mycket viktigt att göra sådant de tycker om att göra. Mer än hälften tyckte att det var viktigt att kunna fatta beslut och att genomföra det de bestämmer sig för att göra. Jämfört med aktivitetsutförande så fanns det inte något påstående som majoriteten tyckte att de gjorde bra, och inte heller något som var ett problem. Däremot tyckte drygt hälften att de klarade att använda sina förmågor på ett bra sätt. Påståendet ”att arbeta mot mina mål” svarade endast 13 personer på. För mer detaljerad information, var god se tabell 3.

**Tabell 3** De 20 undersökningspersonernas upplevelse av sin förmåga och värdering av aktivitetsförmåga avseende vilja, värderingar och intressen

	<b>Problem</b>	<b>Klarar</b>	<b>Gör det bra</b>	<b>Inte så viktigt</b>	<b>Viktigt</b>	<b>Mycket viktigt</b>
Att göra sådant jag tycker om att göra	7	5	8	1	9	10
Att arbeta mot mina mål * (n=13)	3	8	2		9	4
Att fatta beslut utifrån vad jag tycker är viktigt	5	9	6	1	15	4
Att genomföra det jag bestämmer mig för att göra	5	9	6		15	5
Att använda mig av mina förmågor på ett bra sätt	5	11	4		13	7

\* endast 13 personer skattade detta påstående.

### **Vanemönster**

Resultatet visade, precis som för aktivitetsutförande och vilja, värderingar och intressen, att undersökningspersonerna värderade de påstående som berör vanemönster som viktiga eller mycket viktiga. Hälften tyckte att det var mycket viktigt att klara av det som de har ansvar för. Det fanns inte något påstående i denna grupp som majoriteten tyckte att de gjorde bra, och inte heller något som mer än hälften tyckte var ett problem, däremot upplevde mer än hälften att de klarar av att ha dagliga rutiner som de är nöjda med och hälften upplevde att de klarade att koppla av och roa sig. För mer information, var god se tabell 4.

**Tabell 4** De 20 undersökningspersonernas upplevelse av sin förmåga och värdering av sin aktivitetsförmåga avseende vanemönster

	<b>Problem</b>	<b>Klarar</b>	<b>Gör det bra</b>	<b>Inte så viktigt</b>	<b>Viktigt</b>	<b>Mycket viktigt</b>
Att koppla av och roa mig	7	10	3	1	11	8
Att få gjort det jag behöver göra	8	8	4		15	5
Att ha dagliga rutiner som jag är nöjd med	3	12	5	1	12	7
Att klara av det som jag har ansvar för	3	8	9		10	10
Att engagera mig som familjemedlem * n=19	4	9	6		13	6

\* endast 19 personer skattade detta påstående

## **Omgivning och Miljö**

Liksom för tidigare områden så värderades alla påståenden i denna kategori som viktiga eller mycket viktiga. Hälften av undersökningspersonerna tyckte att det var mycket viktigt att bostaden fungerar. Det fanns ingen majoritet som ansåg att något inom detta område fungerade mycket bra. Däremot tyckte hälften av undersökningspersonerna att det fanns problem med tillfällena att göra saker som de uppskattar och tycker om. Flera påståenden upplevde undersökningspersonerna som fungerande, bl. a ”någonstans där jag har uppgifter att göra”. För mer information, var god se tabell 5.

**Tabell 5** De 20 undersökningspersonernas upplevelse av sin omgivning och miljö och värdering av densamma

	Problem	Fungerar	Fungerar mycket bra	Inte så viktigt	Viktigt	Mycket viktigt
Platsen där jag bor och sköter om mig själv	2	10	8		10	10
Någonstans där jag har uppgifter att göra* (n=19)	3	13	3		12	7
Grundläggande saker jag behöver för att bo och sköta om mig själv	1	11	8		12	8
Utrustning jag behöver för att sköta mina uppgifter och vara aktiv	1	11	8		14	6
Människor som ger mig stöd och uppmuntran	3	8	9		11	9
Människor som gör saker tillsammans med mig	5	11	4	1	13	6
Tillfällen att göra saker jag uppskattar och tycker om	10	6	4	1	13	6
Ställen jag kan gå till för att ha trevligt * (n=19)	5	10	4		14	5

\* Endast 19 personer skattade dessa påstående.

## Diskussion

### Resultatdiskussion

Denna studie har undersökt hur äldre personer med depression har skattat och värderat sin aktivitetsförmåga. Det mest framträdande är att generellt så värderas alla aktiviteter som viktiga eller mycket viktiga, tydligast är detta då det gäller aktivitetsutförandet. Det finns även några aktiviteter som majoriteten tycker att de är bra på, till exempel att komma överens med andra och att lösa problem. Vad gäller problem så är uppfattningen mera spridd, men hälften anser att det är problem med att hitta tillfällen att göra saker de uppskattar och tycker om.

Det framkommer också i studien att undersökningspersonerna tycker att det finns aktiviteter som de är bra på. Med tanke på att depression ofta ger dåligt självförtroende och dålig självkänsla (Ottosson, 2004), så är det värt att nämna. Undersökningspersonerna som ingår har generellt skattat sig lågt på MADRS-S, vilket i praktiken innebär att de i anslutning till självskattningstillfället uppfyllde kriterierna på ingen, lätt, mild eller måttlig depression (Montgomery & Åsberg, 1979). Eftersom depressionsgraden påverkar hur man ser på sig själv och på sitt liv (Chan et al., 2009; Chen et al., 2011; Haruna et al., 2008), kanske det hade funnits fler påståenden som upplevts som ett problem och färre påståenden som undersökningspersonerna hade tyckt att de var bra på, om undersökningspersonerna hade skattat sig högre på MADRS-S.

Undersökningsgruppen värderar alla aktiviteter och påståenden som viktiga eller mycket viktiga, mest framträdande är detta i de påståenden som rör aktivitetsutförande. Flera tidigare studier (Björklund & Henriksson, 2004; Hovbrandt, Fridlund & Carlsson, 2007; Larsson, Haglund & Hagberg, 2009; Tollén, Fredriksson & Kamwendo, 2008) har visat att både friska äldre och äldre med fysiska handikapp värderar självständighet som viktig och det verkar även gälla äldre med depression.. Utförande är enligt Kielhofner (2012) kopplat till den egna kapaciteten och färdigheter, som i sin tur påverkas av åldrandet. Om man tittar på undersökningspersonernas uppfattning om fysiska nedsättningar så anser majoriteten av gruppen att de inte har några sådana avseende, syn, hörsel och rörlighet, vilket kanske påverkar att så få tycker det är ett problem. Att det är så viktigt att vara självständig även för dessa äldre bekräftar vikten av att ha ett brett perspektiv i arbetet med äldre och depression och att inte bara fokusera på den medicinska behandlingen av depression, utan att också se över individens livssituation och förmågan att klara dagliga aktiviteter och då även personlig vård och boende - aktiviteter.

Då det gäller vilja, värderingar och intressen så är det ett påstående som hälften av gruppen tycker är mycket viktigt, och det är också det som förhållandevis flest personer tycker är ett problem; ”att göra sådant jag tycker om att göra”. Det kan vara svårt pga. depression att veta eller känna vad man tycker om att göra, då sjukdomen enligt Ottosson(2004) påverkar motivation och självkänsla. Ålder och depression kan också påverka vad man tycker är avkopplande, och det kan finnas svårigheter att utföra de aktiviteter man tidigare upplevt som roliga och avkopplande. Tollén, Fredriksson och Kamwendo (2008) beskrev just detta, att fysiska begränsningar, ensamhet och sjukdomar gör att många slutar med tidigare aktiviteter.

Det kan också vara så att den eller de personer man gjort aktiviteten tillsammans med, har blivit sjuk eller gått bort. Hälften upplever det också som problem med att ha tillfälle att göra saker de uppskattar eller tycker om. Eftersom undersökningspersonerna generellt skattar sig lågt på MADRS-S, och inte upplever sig som så depressiva vid skattningstillfället, kan detta tolkas som att de inte är så påverkade av depressionen vid skattningen, och att detta därför är ett problem även då de mår bra. Med tanke på att dessa personer inte är yrkesverksamma borde inte tillfälle saknas. Om man ställer det i relation till att dessa personer värderar vikten av att vara självständiga i personlig vård och boende - aktiviteter, så används kanske tiden framförallt till detta, istället för de aktiviteter som upplevs som roliga och avkopplande. Det överensstämmer inte med hur friska äldre i Storbritannien använde tiden (Chilvers, Corr & Singlehurst, 2010). De ägnade mest tid av dygnet åt avkopplande aktiviteter, följt av nödvändiga aktiviteter och aktiviteter som rör personlig vård. Däremot överensstämmer det med att fritidsaktiviteter och avkopplande aktiviteter är de aktiviteter som äldre är minst nöjda med (Nilsson, 2006). I arbetet med denna patientgrupp bör kanske arbetsterapeutiska interventioner fokusera mer på avkopplande och lustfyllda aktiviteter och lyfta fram dessa aktiviteter som lika viktiga som personlig vård och boendeaktiviteter. Här kan interventioner gällande aktivitetsbalans; till exempel göra plats för de avkopplande aktiviteterna, anpassning av fritidsintressen eller stöd i att hitta nya lustfyllda aktiviteter, vara aktuellt.

12 av de 20 undersökningspersonerna vårdades för recidiverande depression och fyra personer hade diagnosen kroniskt förstämningssyndrom. Socialstyrelsen (2012) påtalar just att många äldre återinsjuknar i depression, bland annat på grund av bristande behandling. Ett komplement till den medicinska behandlingen och den psykoterapeutiska behandlingen som efterlyses, borde vara att se över de äldres livssituation utifrån ett aktivitetsperspektiv med speciellt fokus på avkopplande aktiviteter. Mer forskning är också nödvändig kring vad som förebygger depression och återinsjuknande i depression hos äldre, vilket även Forsman, Schierenbeck och Wahlbeck (2011) påtalade, som just studerade om psykosociala aktiviteter var förebyggande. Deras forskning visade att gruppaktiviteter som skedde regelbundet och under lång tid minskade depressiva symtom, men fick inte fram om det var förebyggande.

Att ta hand om andra som man har ansvar för, är något som alla de som besvarade frågan tycker är viktigt eller mycket viktigt. Åtta personer har inte svarat på frågan eftersom de inte ansåg att den var aktuell, vilket kan tolkas som om de upplever att de inte har ansvar för någon. Att ha ansvar för någon innebär att ha en roll i den personens liv. Forskning har visat

att för få roller inverkar negativt på vårt välbefinnande och kan leda till brist på identitet, syfte och struktur i vardagslivet och förlorade roller kan vara svåra att ersätta (Kielhofner, 2012). Åldrandet leder till rollförluster; man har tidigare i livet haft ansvar för barn och därefter barnbarn, man kan ha fått rollen som vårdare åt någon sjuk anhörig, eller så är man nu själv beroende av att någon annan tar ansvar för en själv. De roller man har leder också till att man upprättar speciella vanor, och därför leder förändringar i roller till förändringar i vanor. Om man till exempel efter pensionering har tagit ansvar för små barnbarn regelbundet, är det en vana som kan kopplas till en roll. När barnbarnet är så stort att det inte längre behöver tas om hand, förlorar man också de vanor man har skapat. Detsamma gäller för de som har vårdat sjuka anhöriga under lång tid, även om det har varit mycket belastande, har man haft en tydlig roll och tydliga vanor. Att på egen hand anpassa sig och skaffa nya vanor och roller utifrån nya förutsättningar kan för en del vara mycket svårt och leda till passivitet, som i sin tur kan leda till depression. Svårigheterna kanske ökar ju äldre man blir.

Formuleringen ” att arbeta mot mina mål” har ett internt bortfall på 7 personer.

Målformulering kanske inte är ett begrepp som målgruppen kan identifiera sig med och de stora målen med livet ligger bakom en. Mål kan också vara svåra att sätta upp om man inte kan definiera vad man vill, vilket kan vara en del av depressionen, men kanske också en del av den vilshenhet som en del kan känna på grund av de rollförluster och den nedsatta kapaciteten som åldrandet medför. Äldre med depression kan behöva stöd i att sätta upp rimliga mål som berör aktiviteter i det dagliga livet.

Några tydliga mönster när det gäller upplevelse av problem finns inte i detta material, dock kan man se att undersökningsspersonerna upplever mer problem med det som berör vilja, värderingar, intressen och vanemönster, än med aktivitetsutförande och miljö. vilket understryker vikten av att utgå från den enskilda individens upplevelse med ett klientcentrerat arbetssätt i de arbetsterapeutiska interventionerna.

Denna uppsats antyder och bekräftar vikten av ett helhetsperspektiv på äldre med depression utifrån den enskilda individen, vilket är logiskt med tanke på skörheten och risken för återinsjuknande hos dessa patienter, som i samband med åldern påverkas på alla plan då det gäller viljesystemet, vanor, roller, utförande och omgivning/miljö.

## **Metoddiskussion**

Författaren anser att det i resultatet framkommer hur de äldre med depression som ingår i denna studie skattar sin aktivitetsförmåga.

En kvantitativ ansats valdes, eftersom syftet med studien var att undersöka hur äldre personer med depression skattar och värderar sin aktivitetsförmåga med ett självskattningsinstrument, och på så sätt få fram frekvenser för att se likheter eller skillnader i gruppen, dvs. hur många som tycker lika. Enligt Hansagi och Allebäck (1994) är då en kvantitativ ansats att föredra. Målsättningen med studien från början, var att få ett större underlag, minst trettio, och därför lämpade det sig med ett färdigt självskattningsformulär, både på grund av tidsåtgång och för bearbetning av materialet (Ejlertsson, 2008). Självskattningsinstrumentet kan liknas med en enkät, men har i denna studie använts som en intervju med hög standardiseringsgrad. Det innebär enligt Ejlertsson (2008) att frågorna är formulerade på förhand. Intervjuer med en kvalitativ ansats, djupintervjuer, hade också kunnat vara aktuellt för att få svar på hur äldre personer med depression upplever sin aktivitetsförmåga på ett djupare plan, men eftersom målsättningen var att få ett stort underlag för att se mönster och likheter, så valdes det bort. Författaren har valt att använda självskattningsformuläret som en standardiserad intervjuform och därför sitta med under alla skattningar. Enligt Ejlertsson (2005) finns det fördelar med detta, man minskar risken för internt bortfall, eftersom man kan svara på frågor, förklara och missuppfattningar kan korrigeras, däremot finns det en risk att undersökningspersonerna påverkas av en närvarande person. Trots närvaro av författaren så fanns det frågor som var svåra att svara på som till exempel ”att ta hand om andra jag har ansvar för” och ”att arbeta mot mina mål”. Bortfallet på dessa frågor kan bero på att det är en del av undersökningspersonerna liv och problematik att ha svårt att svara på dessa, vilket diskuteras i resultatdiskussionen. Bortfallet kanske hade blivit större om de hade fått fylla i själva. Författaren har vid intervjuerna strävat efter enhetlighet, som Hansagi och Allebäck (1994) påtalar vikten av. Undersökningspersonerna har fått tid att själva tänka över alternativen och författaren har bara hjälpt till och förtydligat om intervjupersonen haft någon fråga, och då eftersträvat att svara på samma sätt.

För att få så många undersökningspersoner som möjligt var inkluderades alla personer i ålder 65-99 som vårdats på undersökningsplatsen under tiden september 2011- oktober 2012 för depression. De med annan diagnostiserad psykiatrisk sjukdom eller demens/kognitiv svikt exkluderades för att just fokusera på problematiken hos de med depression. Orsaken till svårigheterna med att under denna långa period få fler patienter till studien beror främst på att det har varit en högre frekvens av patienter med andra diagnoser och även större andel



patienter med depression och diagnostiserad demens/kognitiv svikt på undersökningsplatsen. En del av depressionspatienterna på avdelningen har under denna tid även haft paranoidea vanföreställningar och har därför inte tillfrågats av etiska skäl. På mottagningen har en del patienter inte tillfrågats om att vara med i studien, eftersom sjuksköterskan ansett att de har varit för dåliga i sin depression, vilket också kan förklara varför så många i studien inte upplevde sig som så depressiva. Även om de med diagnostiserad kognitiv svikt exkluderades, så finns det personer med depression som har nedsatt kognitiv förmåga (Gulman, 2003; Ottosson, 2004) vilket kan ha påverkat resultatet, då förmågan att koncentrera sig kan vara påverkad och därför göra det svårt att tänka efter.

Självskattningsinstrumentet MADRS-S användes i studien för att få en markör på depressionsgraden då de skattar sin förmåga. Instrumentet används på aktuell undersökningsplats främst för att få ett jämförande mått mellan inskrivning och utskrivning, före och efter behandling och förändring av depressionssymtom. Personer med depression kan alltså skatta sig väldigt lågt trots en pågående klinisk depression, vilket kan påverka trovärdigheten i studien.

Instrumentet Min Mening är ett självskattningsinstrument som används på undersökningsplatsen och har valts för att det är färdigformulerade påståenden som kliniskt visat sig ha fungerat på målgruppen. Skalorna i instrumentet har bedömts vara valida och reliabla.(FSA, 2000). Instrumentet har också använts i studier som författaren refererar till i bakgrunden. Model of a Human Occupation som är den teoretiska modellen för denna studie är också teoretisk grund för Min Mening, vilket har underlättat i arbetet.

Under arbetet med studien kom en ny svensk version av ”Min Mening”, dvs. Min Mening version 2.2, dvs. en nyare version av det som användes i studien. Instrumentet bedöms ha validitet och reliabilitet. I den nya versionen använder man sig av begreppet Aktivitetskompetens istället för aktivitetsförmåga och delen som berör omgivning och miljö är nu endast med som en bilaga till instrumentet (FSA, 2012). Den nya versionen hade kanske förenklat och förbättrat studien, då den är mer anpassad för forskning.

För att få mer bakgrundsfakta om gruppen och beskriva undersökningspersonerna bättre, har de blivit tillfrågade om syn, hörsel och rörelsenedsättningar, eftersom det visade sig att dessa uppgifter sällan fanns dokumenterade i personernas journal, det blev därför undersökningspersonernas subjektiva upplevelse. Undersökningspersonerna i den här studien

hade inte så stora svårigheter avseende hörsel, syn eller rörlighet, trots åldern. Det är möjligt att undersökningspersonerna hade skattat sig annorlunda generellt om det hade funnits en upplevelse av större svårigheter, men det är svårt att uttala sig om.

### **Behov av fler studier**

Syftet med studien var att få kunskap om hur äldre personer med depression skattar sin aktivitetsförmåga. Gruppen är växande och kompletterande behandling till den medicinska behandlingen, som framförallt erbjuds idag, efterlyses och därför finns det ett behov av fortsatta studier kring gruppen med ett större underlag. Det är också intressant att få veta mer om deras syn på lustfyllda och avkopplande aktiviteter.

### **Konklusion**

Resultatet tyder på att de äldre med depression värderar aktiviteter i det dagliga livet som viktiga och mycket viktiga, viktigast är de aktiviteter som handlar om självständighet i att kunna ta hand om sig själv, vilket överensstämmer med tidigare studier som rör äldre. Resultatet tyder också på att det finns problem för målgruppen med avkopplande aktiviteter, vilket också överensstämmer med tidigare studier (Nilsson, 2006) kring äldre.

## Referenslista

Björklund, A., & Henriksson, M. (2004). On the Context of Elderly Persons Occupational Performance. *Physical & Occupational therapy in geriatrics*, 21, 49-58

Chan, W.C.S., Chiu, H., Chien, W.T., Goggins, W., Thompson, D., & Hong, B. (2009). Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics* 21(6), 1171-1179

Chilvers, R., Corr, S., & Singlehurst, H. (2010). Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time. *Australian Occupational Therapy Journal* 57 (1), 24-33

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fiske, A., Wetherell, J.L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389

Forsman, A., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International* 26, 85-107.

Forsman, A., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health* 23, 387.

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, FSA (2000). *Min Mening – ett självskattningsinstrument med fokus på aktivitetsförmåga, fysisk och social miljö, värderingar och prioriteringar*. (E. Hellsvik övers.). Nacka: FSA

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, FSA (2012). *Min Mening. Bedömning av kompetens och värderingar genom självskattning*. (E. Sjöberg övers.). Nacka: FSA

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun. Tekniker och genomförande.* (E.J. Gromark övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2005).

Gulmann, N.C. (2003). *Gerontopsykiatri*(3 uppl.).(B. Önnerfält övers.).Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1991).

Hansagi, H., & Allebäck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur

Haruna, S., Kaori, I., Tetsuo, N., Nobuo, T., Shinsuke, W., Tokiji, H.,& Naoji,A.(2008).Changes in activities of daily living during treatment of latelife depression. *Psychogeriatrics*, 8, 12-18

Hovbrandt, P., Fridlund, B.,& Carlsson, C.(2007). Very old people´s experience of occupational performance outside the home: Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 77-85

Kielhofner, G. (2002). *A Model of Human Occupation Theory and Application* (3 uppl.). Baltimore & Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilkins

Kielhofner, G. (2012). *Model of Human Occupation Theory and Application* ( C. Falk, K. Falk, H. Stedman övers.). Lund: Studentlitteratur(Originalarbete publicerat 2008).

Larsson, Å., Haglund, L., & Hagberg, J.E.(2008). A review of research with elderly people as respondents reported in occupational therapy journals.*Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 15, 116-126.

Larsson, Å., Haglund, L.,& Hagberg, J.E.(2009). Doing everyday life-experiences of the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 99-109.

Montgomery, S.A., Åsberg, M(1979). A new depression scale designed to be sensitive to change.*British Journal of Psychiatry* April, 134, 382-9

Nilsson, I. (2006). *Occupational Engagement among older people*.

Ottosson, J. (2004). *Psykiatri*. 6:e upplagan Stockholm: Liber.

Pan, A., Chung, L., Chen, T., Hsiung, P. & Rao, D. (2011). Occupational Competence, Environmental Support and Quality of Life for People with Depression: A Path Analysis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14: 40-54

Socialstyrelsen.(2008). *Äldres psykiska ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)  
Publicerad februari 2012

Socialstyrelsen. ICD-10-SE Svensk ICD - Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar & relaterade hälsoproblem. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Statistiska Centralbyrån. [www.scb.se](http://www.scb.se)

Tollén, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K.(2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experience of everyday life. *Occupational Therapy International*, 15,3, 133-149.

Ziv, N., Roitman, D. M., & Katz, N.(1999).Problem solving, sense of coherence and instrumental ADL of elderly people with depression and normal control group. *Occupational Therapy International*, 6,4, 243-256.

