



Masteroppgave

Atferdsvitenskap

Mars 2023

Atferdsanalytisk behandling av depresjon hos personer med
psykisk utviklingshemming

Kandidatnavn: Harald Floberghagen

Emnekode: MALK 5000

30 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Acknowledgement

Først ønsker jeg å takke Tore Korsgård, som har vært instrumental for inspirasjonen til å skrive om temaet. Takk til veilederne mine Martin Ø. Myhre og Børge Strømgren for essensielle dytt i riktig retning underveis i prosessen. Takk må også rettes til arbeidsgiveren min som har vist støtte og fleksibilitet i arbeidet med oppgaven. Den største takken rettes til min kone Trude og jentene mine, Tiril og Oline, som har heiet og tilrettelagt for at dette er mulig. Takk, for at dere daglig minner meg på hva som virkelig er viktig her i livet. Stor takk til ivrige besteforeldre som har avlastet den allerede travle hverdagen med små barn, uten deres støtte hadde jeg ikke klart å fullføre.

Sammendrag

Personer med psykisk utviklingshemming har lignende forekomst av psykiske lidelser og depresjon som resten av befolkningen. Likevel, er det kjent at det er mangelfull behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming, spesielt til personene som har særlig nedsatt funksjonsnivå. Mange behandlingsformer for depresjon, inkludert atferdsaktivering, krever aktiv deltagelse fra pasienten i behandlingen, og dette kan være vanskelig å følge for personer med særlig nedsatt funksjonsnivå. Atferdsorientert tilnærminger i behandling av depresjon inneholder prinsipper som med tilpasninger bør ha en effekt også på personer uten adekvate ferdigheter til å gjennomføre en normert behandling av atferdsaktivering. Artikkelen presenterer historikken, rammeverket og hvordan atferdsaktivering ser ut i dag. Det blir også presentert en atferdsanalytisk forståelse av depresjon. Avslutningsvis vil det bli presentert hvordan grunnprinsippene fra atferdsaktivering kan tilrettelegges for en sårbar gruppe med mennesker som mangler adekvate ferdigheter til å ta ansvar for sin egen psykiske helse.

Nøkkelord: Atferdsaktivering, atferdsanalytisk forståelse av depresjon, psykisk utviklingshemming, tilpasset atferdsaktivering

Abstract

A conservative estimate indicates that individuals with intellectual disabilities have equal or somewhat higher prevalence of mental illness and depression than rest of the population. It is also known that treatment for depression for individuals with intellectual disability is insufficient, especially for individuals with significant reduced adaptive skills. Most forms of treatment, including behavioral activation, is dependent on participation in the treatment. The framework of behavioral activation includes principles that with some adaptations could have an effect for people without the adequate skills to take care of their own mental health. The article will also give a brief look at the history, give a presentation of the framework and explain how behavioral activation looks like today. The article will also give a behavioral analytic understanding of depression. In conclusion the core principles of behavioral activation will be explained in a form that may be adapted for people lacking the adequate skill to take care of their own mental health.

Keywords: Behavioral activation, behavioral analytic understanding of depression, interictally disability, adapted behavioral activation

Innholdsfortegnelse

Oversikt over figurer	6
-----------------------------	---

Artikkel I

Atferdsanalytisk behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming

Innledning.....	7
Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser.....	8
Depresjon og psykisk utviklingshemming.....	10
Atferdsanalytisk forståelse av depresjon.....	12
Atferdsaktivering.....	15
Behavioral Activation (BA).....	17
Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD).....	18
Atferdsaktivering for personer med psykisk utviklingshemming.....	19
Monitorering av aktiviteter.....	20
Vurdering av mål og verdier.....	22
Aktivitetsplanlegging.....	23
Ferdighetstrening.....	25
Avslutning.....	26
Referanser.....	28

Artikkel II

N=1 tilpasset atferdsaktivering som behandling for en voksen person med moderat psykisk utviklingshemming

Sammendrag.....	36
Tilpasset atferdsaktivering som behandling for en person med moderat psykisk utviklingshemming.....	38
Metode.....	40
Deltaker.....	40

Setting.....	40
Avhengig og uavhengig variabel.....	40
Datainnsamling.....	41
Design og Baseline.....	41
Prosedyre.....	41
Forarbeid.....	41
Læringshistorikk og eksisterende prosedyrer.....	42
Forsterkerkartlegging.....	42
Opplæring av personalet.....	42
Prosedyre atferdsaktivering.....	42
Endring i kriterier.....	44
Analyse.....	44
Resultater.....	44
Sekundær funn.....	45
Diskusjon.....	45
Konklusjon.....	52
Referanser.....	54

Oversikt over Figurer

Artikkel II

N=1 tilpasset atferdsaktivering som behandling for en voksen person med moderat psykisk utviklingshemming

Figur 1. Atferdsaktivering og samhandling.....	57
Figur 2. Atferdsaktivering og samhandling Scatterplot.....	58
Figur 3. Atferdsaktivering og atferdsavtaler.....	59
Figur 4. Atferdsaktivering og atferdsavtaler Scatterplot.....	60
Figur 5. Atferdsaktivering og unngåelsesatferd.....	61
Figur 6. Atferdsaktivering og unngåelsesatferd.....	62

Innledning

Psykiske lidelser kan kategoriseres som et syndrom med klinisk signifikant forstyrrelse på individets kognisjon og emosjonsregulering, eller atferd som reflekterer dysfunksjon i det psykologiske og biologiske, eller utviklingsprosesser som viser til underliggende mental funksjon (D. J. Stein et al., 2021). De tre vanligste psykiske lidelsene i Norge er depressive lidelser, angstlidelser og alkoholbrukslidelser (Mykletun et al., 2009). I Norge anslås det at 16 – 22 prosent av den voksne befolkning oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år (Reneflot et al., 2018). I en representativ studie av Oslos borgere mellom 18 og 65 år kom det frem at prevalensen av psykiske lidelser var 32,8% over 12 måneder og 52,4% gjennom livet, studien viste at etter alkoholbrukslidelser så var det depresjon som hadde høyest forekomst med 17,8% gjennom livet (Kringlen et al., 2001). Tallene fra studien i Oslo samsvarer med en større studie gjennomført i USA som viste til at forekomsten av en psykisk lidelse vil ramme 46,4% av den amerikanske befolkning gjennom livsløpet, mens prevalensen av depresjon gjennom livet viste 16,6% (Kessler et al., 2005).

Ordet depresjon har utspring fra latin *depressio* og *deprimere* som betyr «trykke ned» (NAOB, 2022). Den internasjonale statistiske klassifikasjonene av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10) viser til at depresjon kan komme i form av lett, moderat eller alvorlig grad (WHO, 2022). Det differensieres mellom depressive episoder, vedvarende depressive stemningslidelser og tilbakevendende depressive lidelser. Kjernesymptomer for depresjon er nedsatt stemningsleie, interesse- og gledeløshet og nedsatt energi. Depresjon har også ledsagende symptomer som redusert selvtillit og selvfølelse, økt skyldfølelse, tanker om død eller suicid, konsentrasjonsvansker, ambivalens, søvnforstyrrelser, psykomotoriske endringer og endringer i appetitt eller vektforandringer (WHO, 2022). Diagnosekriteriene for depresjon er at to av tre kjernesymptomer vedvarer over 14 dager, mens graden av depresjon måles i antall tilleggssymptomer i samme 14 dagers periode. Komorbidene lidelser eller

plager er høy ved depresjon som for eksempel angst, søvnproblemer, rusproblematikk og hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2009). På verdensbasis er det estimert at 4,4% av befolkningen oppfyller kriteriene for depresjon (WHO, 2017). Konsekvensen av depresjon er store, og i Norge er depresjon den fjerde viktigste årsaken til ikke-dødelig helsetap. Ikke-dødelige helsetap er økende i den norske befolkning og økte fra 48% til 52% fra 2006 til 2016 (Tollånes et al., 2018). Depresjon er sterkt assosiert med suicid og rangert som den største årsaken til uførhet på verdensbasis (WHO, 2017), dette gjør at behandling av depresjon er viktig ikke bare for individet og nærpå personer, men også i et samfunnsperspektiv. Selv med viten om påvirkningen depresjon har på folkehelsen så anslås det at tre firedeler av deprimerte ikke får behandling (Dalgard & Bøen, 2008; Wang et al., 2007). I et samfunnsøkonomiskperspektiv så fører depresjon til tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter, og i tillegg til dette er det anslått at Norge årlig bruker 1,5 milliarder kroner på behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009).

Det er gjennom Helsedirektoratet (2009) utarbeidet retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. En av målsetningene til retningslinjene er å styrke evidensbasert psykologisk behandling av depresjon, og her blir blant annet kognitivt atferdsterapi, aksept - og forpliktelse terapi og atferdsaktivisering nevnt som former for behandling. For den generelle befolkningen er anbefalingen for behandling ved lett og moderat depresjon et tiltak med rådgivning og anerkjent, strukturert psykologisk behandling (Helsedirektoratet, 2009). Antidepressiva anbefales ikke som initial behandlingsform. Medikamentelbehandling bør vurderes når depresjonen ikke responderer ved ikke-medikamentelle tiltak og pasienten er motivert for medisiner, og hos personer som tidligere har hatt moderat eller alvorlig depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Dette er for øvrig i strid med en forskning gjennomført i Oslo hvor det kom frem at den vanligste behandlingsformen var kun medikamentell behandling i form

av medisiner forskrevet av allmennlege, og dette utgjorde totalt 31% av de som fikk behandling for depresjon (McCracken et al., 2006), som kan illustrere et behov for å øke tilgangen til empirisk støttede behandlinger som kognitiv atferdsterapi eller atferdsaktiverting.

Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser

Diagnosen psykisk utviklingshemming viser til forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt kjennetegnes ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, og ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået (kognitive, språklige, motoriske og sosiale). Utredningen krever en samlet vurdering av intellektuelle ferdigheter av erfaren kliniker, og evnetesten må vise en IQ under 70. Graderingen av psykisk utviklingshemming differensieres i diagnosene lett -, moderat -, alvorlig – og dyp psykisk utviklingshemming (WHO, 2022). Helt til slutten av 1980 tallet ble det antatt at personer med psykisk utviklingshemming ikke led av psykiske lidelser, og atferdsendringene knyttet til psykiske lidelser ble overskygget og skrevet av som kjennetegn ved psykisk utviklingshemming (Smiley & Cooper, 2003). Dette kan føre til diagnostisk overskygging som Bakken (2015) presiser kan føre til at den psykiske lidelsen blir misforstått og forblir ubehandlet. Når man snakker om prevalensen av psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming er det hensiktsmessig å ta et forsiktig estimat av forekomsten. Prevalensstudier av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming varierer i stor grad. Deb et. al (2021) poengterte at variasjonen i prevalensen i flere kartleggingsstudier har tre problemer, a) definisjonen av psykiske lidelser, b) kartleggingsverktøy og diagnosekriteriet, c) utvalg av deltagere. Definisjonen inkluderte tidligere en åpning for å ta med problematferd i prevalens av psykisk lidelser hos psykisk utviklingshemmede. Fravær av gode kartleggingsverktøy gjør det vanskelig å presist sette diagnosen, spesielt på personer med alvorlig og dyp utviklingshemming (Deb et al., 2021). Et eksempel på en tidligere studie som viste upresis prevalens er Cooper et. al. (2007) som viste en forekomst av psykiske

lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming var på 40,9%, men hvis problematferd og autismspekterdiagnoser ble fjernet var forekomsten henholdsvis 22.4%, 19.1%, 14.5% og 13.9% avhengig av hvilket diagnosesystem man benyttet. Dette viser at de ulike diagnosesystemene har avvikene resultater ovenfor hverandre. Tidligere studier har også hatt mangelfull variasjon i utvalget sitt hvor studiene ofte kun inkluderte institusjonelle voksne med psykisk utviklingshemming (Deb et al., 2021). Diagnostisering hos personer med psykisk utviklingshemming kan være vanskelig fordi enkelte vil ha utfordringer med å beskrive sin egen situasjon og symptomer, noe som gjør diagnostisering omfattende og har en viss usikkerhet (Bakken, 2020). Ved diagnostisering av personer med utviklingshemming kan det være nødvendig å gjøre dette på bakgrunn av observasjoner, samtaler med pårørende og andre nærpersoner, men det er også utviklet utredningsverktøy med formål om å kartlegge psykiske lidelser hos personer med psykisk utviklingshemming (Knudsen, 2020).

Depresjon og psykisk utviklingshemming

De vanligste symptomene ved depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming viser til atferdsendring knyttet til sosial tilbakeholdenhet, mindre kommunikasjon, lav toleranse, irritabilitet og ved press kan personen reagere med aggresjon og sinne (Knudsen, 2020). Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) viser til at behandling av depresjon hos psykisk utviklingshemmede deles inn i tre hovedområder – medikamentell behandling, miljøterapi og psykoterapi (NAKU, 2022). Det er etablert at personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming vil ha mange av de samme symptomene som man finner i ICD-10 eller et annet diagnosesystem (McBrien, 2003).

Det finnes ingen overordnede nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming, men depresjon og psykisk utviklingshemming er beskrevet kort i Helsedirektoratets retningslinjer (2009). Sosial- og helsedirektoratet (2006) har laget en veileder for psykisk helsevern hvor det ble spesifisert at personer med lett psykisk

utviklingshemming bør få samme oppfølging som personer med normal intelligens, som er oppfølging av distriktpsikiatrisk senter. Videre ble det anbefalt behandling på sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse for personer med moderat til alvorlig psykisk utviklingshemming. I fra Helsedirektoratet presiseres det at psykiske helsetilbudet har store regionale ulikheter, og at det ofte er tilfeldig om psykiske lidelser oppdages og behandles (Helsedirektoratet, 2009).

Miljøterapi er et viktig element i behandling av depresjon for å sørge for rolige og forutsigbare omgivelser for personer med psykisk utviklingshemming, videre er det nødvendig med tilpassing i hverdagen og justering av krav (NAKU, 2022). Psykoedukasjon er anbefalt til personen med depresjon, men også for nærpåsoner som familie og tjenesteytere (Knudsen, 2020). Psykoedukasjon for personen med psykisk utviklingshemming må tilpasset individets kognitive nivå, for at det skal være aktuelt så må funksjonsnivået tilsi at vedkommende får utbytte av opplæringen. Dette er viktig fordi det er svært vanlig at nærpåsoner overvurderer personens kognitive evner, og at kravene som følger en behandling kan gi motsatt effekt (kognitiv overbelastning) hvis personen ikke innehar de kognitive evnene til å håndtere kravene behandlingen stiller (Bakken, 2011). Hva slags behandlingsform som velges vil være avhengig av alvorlighetsgraden av depresjon og funksjonsnivået på personen, men for personer med psykisk utviklingshemming er anbefalingene at behandlingen bør bestå av psykoedukasjon, psykoterapi, miljøterapi og medisinsk behandling (Knudsen, 2020). Det er kommunen som er ansvarlig for å fremme god psykisk helse for alle personer, og det er kommunen som skal forebygge og redusere en eventuelt problematisk utvikling (NAKU, 2014).

Problemstillingen for artikkelen er hvordan atferdsaktivering kan tilpasses som behandling for personer med psykisk utviklingshemming. Formålet med artikkelen er å beskrive atferdsanalytisk forståelse av depresjon og atferdsaktivering, før den avslutningsvis

presenterer et forslag på hvordan tilpasset atferdsaktivering for personer med særlig stort bistandsbehov kan se ut, tilpasningene er i tråd med den atferdsanalytisk forståelse av depresjon, samt benytter kjerneprinsippene fra atferdsaktivering. I artikkel to beskrives det hvordan atferdsaktivering i en anvendt setting er tilpasset en person med moderat psykisk utviklingshemming.

Atferdsanalytisk forståelse av depresjon

Kanter (2008) skrev at atferdsanalytiske publikasjoner på klinisk depresjon har vært gode, men få. Det er mange årsaker til at atferdsanalytikere har vært stille rundt dette tema, men at en mulig faktor for at atferdsanalytikere unngår tema kan være den utømmelige medikaliseringen av begrepet, med særlig fokus på hvordan depresjon føles og hvordan man skal endre denne følelsen. Atferdsanalytikere begynner å finne sin plass i tematikken og det har vært et økende antall publikasjoner rundt depresjon. De siste 4 årene viser et søk i Google Scholar 13 400 nye artikler på søket «depression» og «behavior analysis» (14.10.2022), som er litt over en tredjedel av alle artiklene ved et åpent søk (38 600 artikler). Det gir en god indikasjon på at tema de siste årene har fått mye oppmerksomhet. Kanter (2008) påpekte allerede før denne utviklingen at atferdsanalytikere burde ha større fokus på tematikken fordi atferdsanalytikere ikke bare kan vise til et substansielt syn på depresjon, som tar høyde for genetikk, biologi, vedvarende mønstre av respondering beskrevet som personlighet, verbal «kognitiv» atferd og privat atferd, men atferdsanalysen kan gjøre det med teoretisk konsistens og pragmatisk nytte uovertruffen av andre teoretiske systemer.

Atferdsanalytisk syn på depresjon baserer seg på radikal behaviorisme, respondent - og operant betinging. Operant betinging ble først nevnt av Skinner (1937) i 1937, men det var med boken *The Behavior of Organisms* (Skinner, 1938) begrepet ble kjent. Operant betinging handler om at atferd endres som følge av konsekvensene atferden har hatt, og er knytte opp mot forsterkning og straff. Respondent betinging ble kjent gjennom Pavlov (1927), og handler

om at en tidligere nøytral stimuli kan tilegne seg ferdighetene til å utløse responser som er lært gjennom prosessen som kalles respondent betinging. I forståelsen av depresjon er også Skinner sine beskrivelser av følelser relevante og gir en bedre konseptuell forståelse av en den atferdsanalytisk forståelse av depresjon. Skinner (1965) påpeker at følelser ikke er årsaker, og at følelser er et perfekt eksempel på de fiksjonelle årsakene som man ofte tilskriver atferd.

Radikal behaviorisme kom som et motstykke av mentalismen som var den dominerende psykologiske tankegangen på 1800 tallet, radikal behaviorisme skiller seg særlig fra behaviorisme med at det inkluderer både privat atferd og offentlig atferd (Skinner, 1974). En atferdsanalytisk definisjon av følelser kan beskrives som en bestemt styrke eller svakhet i en eller flere responser induisert av klasser av operasjoner (Skinner, 1965). Når vi utviser følelser så er det påvirket av omgivelsen vår i en eller annen grad, og da snakker vi om forsterkningsprinsipper som er foranliggende til atferden som kan beskrives som følelse, eksempel kan være en høy lyd som utløser følelsen redsel eller synet av et nyfødt barn som får en person til å smile, og frembringer dermed følelsen glede. Følelser er en avhengig variabel som påvirkes av uavhengige variabler, eksempel kan være lukten av mat (uavhengig) som vil føre til følelsen av å være sulten (avhengig). I hverdagen blir ofte depresjon forklart gjennom mentalistiske begrep, som i en atferdsanalytisk tilnærming er ufullstendig. Dette kan også være roten til en sirkulær forklaring eller mentalismeproblemet, et eksempel kan være å si at en person er deprimert fordi han er lei seg og han er lei seg fordi han er deprimert. Atferdsanalysen er opptatt av forståelse av atferds og har ikke hatt stort fokus på å forstå følelser eller psykiske lidelser da det innehar få observerbare forhold. Følelser er en kategori som er krevende å operasjonalisere i vitenskapen da følelsen observeres på bakgrunn av atferd (Myhre & Strømgren, 2015). I atferdsanalyse vil ikke følelser eller tanker ses på som en årsak til atferd. Ved å se på tanker og følelser som atferd gjør man tre ting; a) eliminerer overveielsen av mentalistiske elementer, b) legger vekt på prediksjon og kontroll, c) man

fokuserer analysen som kan nå de to målene (Hayes & Brownstein, 1986). Hayes og Brownstein (1986) konkluderte at atferdsanalytikere bør avvise mentalistiske begrep for å underkaste de fenomenene som assosieres med dem, og ha fokus på å tilfredsstillende kravene som et atferdsanalytiske syn på vitenskapens mål stiller. Det er behov for å forstå de faktiske fenomener som de mentalistiske uttrykkene peker på (Hayes & Brownstein, 1986). Det er de bakom liggende årsakene til hvorfor personen er trist, nedstemt, sint som er interessante for å forstå atferden, fordi å årsakforklare med bruk av oppsummerende merkelapper ikke er presist. De oppsummerende merkelappene må operasjonaliseres og forklares i samspillet mellom atferd og dens omgivelser.

Fra et atferdsmessig ståsted så kan depresjon forstås som endringer i omgivelsene og unngåelsesatferd som hemmer individets opplevelse av forsterkning og opplevelser i miljøet som igjen leder til opprettholdelse og utvikling av depressive symptomer (Carvalho & Hopko, 2011). Denne definisjonen har utspring fra arbeidet til Ferster (1973), som presenterer en forståelse av depresjon som er opphavet til begrepet forsterkningsdeprivasjon. Denne forståelsen viser til at forekomsten av negativt forsterkende operanter er høy hos personen med depresjon, noe som fører til lav forekomst av forsterket atferd. Ferster (1973) mente at depresjon var et resultat av læringshistorien hvor handlingene til individet ikke blir forsterket av miljøet eller at handlingene er forsterket av unngåelse fra aversiver.

Siden atferdsanalysen har prediksjon som mål så er de målbare forholdene i diagnosen depresjon interessante, og da tar vi utgangspunkt i det observerbare i diagnosen basert på ICD-10 sine beskrivelser. For personer med nedsatt funksjonsnivå og manglende ferdigheter til å uttrykke seg på en adekvat måte så er det nærpå personer som kan være den avgjørende faktoren om vedkommende får adekvat behandling eller ikke. Diagnosekriteriene som kan observeres er endring i appetitt, vektforandringer, søvnforstyrrelser, psykomotoriske endringer og interesse og gledeløshet. De private forholdene er nedsatt energi, nedsatt

stemningsleie, redusert selvtillit og selvfølelse, tanker om død eller suicid, konsentrasjonsvansker og ambivalens. I tillegg finnes noen kjente kjennetegn for personer med psykisk utviklingshemming, herunder mindre kommunikasjon, sosial tilbakeholdenhet, lav toleranse og irritabilitet og ved press kan personen ragere med aggresjon og sinne (Knudsen, 2020). Samtlige av punktene som spesielt kjennetegner personer med psykisk utviklingshemming er observerbare forhold for nærpå personer eller miljøpersonell gitt at de har regelmessig kontakt med den psykisk utviklingshemmede personen som opplever en depresjon.

Atferdsaktivering

Begrepet atferdsaktivering ble ikke brukt regelmessig før av Hollon & Garber (1990), og ble da definert som et sett med kliniske prosedyrer brukt i kognitiv atferdsterapi. Det stemmer for øvrig bare i ordets betydning at atferdsaktivering først ble brukt fra 1990-tallet, fordi atferdsorienterte behandlingsmetoder (Beck et al., 1979; Gallagher-Thompson, 1981; Lewinsohn, 1974; Lewinsohn et al., 1976; McLean & Hakstian, 1979; Rehm, 1977) forekom før begrepet atferdsaktivering ble brukt som en fellesbetegnelse for behandling som baserer seg kun på atferdsmessig behandling av depresjon. Atferdsaktivering slik vi kjenner ordet i dag ble først brukt av Jacobson et al (1996), i arbeidet med komponent analyse i kognitiv atferdsterapi. Det nevnte arbeidet til Jacobson fikk stor oppmerksomhet og artikkelen presenterte et randomisert (N=152) studie som foreslo at behandling kun med en atferdsmessig tilnærming kunne behandle depresjon på egenhånd, og at det ikke var mer effektivt å inkorporere kognitive metoder. Atferdsaktivering slik vi kjenner det i dag hører til under den tredje generasjonen av klinisk atferdsanalyse. Tredje generasjon klinisk atferdsanalyse kjennetegnes med mer fleksible tilnærminger, anvendbarhet på nye pasientgrupper, voksende grad av empiri og en bevegelse mot en mer transdiagnostisk tilnærming (Myhre et al., 2018). Atferdsaktivering er en empirisk støttet metode for

behandling av depresjon (A. T. Stein et al., 2021) som har tilpasset en behandling etter en atferdsmessig forståelse av depresjon. Atferdsaktivering er en atferdsanalytisk behandling av depresjon hvor det konseptuelle rammeverk for behandlingen er basert på arbeidet til Ferster (1973) og Lewinsohn et al. (1974; 1976). Rammeverket til Ferster baserer seg på forsterkningsdeprivasjon som beskrevet tidligere. Lewinsohn et al. (1974; 1971) presenterte en atferdsmessig teoretisk modell for depresjon. Den teoretiske modellen antyder at depresjon er en funksjon av lav rate av responskontingente positive forsterkere og utilstrekkelige sosiale ferdigheter. Han baserte modellen på tre ulike antagelser a) lav forekomst av responskontingente positive forsterkninger er fremkallende for stimuli av depressiv atferd, b) lave verdier av responskontingente positive forsterkere er tilstrekkelig for å forklare depresjon og c) den totale mengden av responskontingente forsterkere er en funksjon av antall hendelser som er potensielt forsterkende for et individ, tilgjengeligheten for slike hendelser i miljøet og egenskapene hos individet til å fremkalle disse forsterkningene fra miljøet. Dimidijan (2006) et al gjennomført en randomisert kontrollert studie (N=241) hvor effektiviteten på atferdsaktivering ble sett opp mot kognitiv terapi, antidepressiva og placebo. Atferdsaktivering i kontrollstudien ble gjennomført utelukkende etter retningslinjene beskrevet av Beck. et al (Beck et al., 1979). Resultatene viste at atferdsaktivering var mer effektiv en kognitiv terapi, og at det var like effektivt som antidepressiva. Den nyeste metaanalysen gjennomført av Stein et al. (2021) ser nærmere på 28 publikasjoner hvor atferdsaktivering har vist seg enkel, kostnadseffekt og effekt i behandling av depresjon. Formålet til Stein et al. var også å utvide eksisterende litteratur ved å se på redusering av symptomer på angst og økning av aktivitet. Dette ble gjort ved å inkludere publikasjoner som hadde gjennomført randomisert kontrollstudier av bruk av atferdsaktivering opp mot kontrollgrupper som ikke mottok noe form for behandling og med kontrollgrupper som mottok annen relevant behandling som farmakoterapi og psykoterapi. Funnene viste at

atferdsaktivering var mye mer effektiv enn resultatene fra kontrollgruppen som ikke mottok behandling, mens mot kontrollgruppen som mottok annen relevant behandling viste det ingen signifikant forskjell. Til forskjell fra tidligere metastudier viste denne publikasjonen at atferdsaktivering også reduserte symptomene for angst.

Når det refereres til atferdsaktivering som behandling i dag så er det snakk om to modeller som begge tar utgangspunkt i atferdsanalytisk forståelse av depresjon, men som har distinkte forskjeller, *Behavioral Activation (BA)* og *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATB)*. Dagens konseptualisering av atferdsaktivering bygger på Ferster og Lewinsohn når det kommer til viktigheten av kontekst og aktivitet i forståelsen av depresjon, samtidig som man anerkjenner de genetiske, biologiske og andre underliggende årsaker kan være tilfeldig årsak til depresjon (Dimidjian et al., 2014). Denne konseptualiseringen fokuserer på individets liv i kontekst med omgivelsene for å forstå hva som opprettholder depresjon og hva som kan være trigger for depresjon. En definisjon av nyere atferdsaktivering er at det er en strukturert, kortvarig psykoterapeutisk vinkling som retter seg inn mot a) øke engasjementet i adaptive aktiviteter, b) redusere aktiviteter som opprettholdes depresjon eller øker risikoen for depresjon, c) løse problemer som limiterer muligheten for forsterkning eller som opprettholder eller øker aversiv kontroll (Dimidjian et al., 2011).

Behavioral Activation (BA)

Behandlingen søker å hjelpe mennesker til å reetablere livene sine gjennom aktive strategier for aktivisering. Grunnlaget for behandlingen tar utgangspunkt i antagelsen om at trigger for hvilken som helst depressiv episode kan lokaliseres i livet til personen, og ikke i selve personen (Jacobson et al., 2001). I BA tar man høyde for individuelle forskjeller og man ser på hendelser i livet og hvordan man responderer på disse hendelsene. Et viktig punkt i BA er å identifisere årsaken til unngåelse og finne en alternativ løsning. Akronymet TRAP og TRAC er brukt for å indentifisere funksjonene av unngåelse. Akronymet TRAP står for T, *the*

trigger, R, *the depressiv respons* og AP, *avoidance pattern*, mens TRAC betyr T, *the trigger*, R, *the response* og AC *alternative coping* (Jacobson et al., 2001). Akronymene har blitt brukt som et slags slagord gjennom *Get out of the TRAP and back on TRAC*. Dette handler som sagt å indentifisere unngåelsen og finne en alternativ måte å mestre det på. Behandlingen baserer seg på fire hovedkomponenter a) etablerende terapeutisk relasjon og presentasjon av modellen, b) etablere behandlingsmål, c) gjennomføre funksjonelle analyser av daglig hendelse, d) monitorering av behandling og forebygge tilbakefall. Gjennom bruken av funksjonelle analyser er metoden målrettet og fokusert på atferdsendring gjennom alternativ mestring, og bruken av funksjonelle analyser er styrende for behandlingen.

Breif Behavioral Activaton Treatment for Depression (BATD)

Lejuez et al. (2001) poengterte at utviklingen av BATD kom på bakgrunn av at data som viser til at atferdsaktivering er effektiv i behandlingen av depresjon, men at det var mangelfull litteratur på et steg for steg manual. Behandlingsrasjonale går ut på å skape en atferdsendring hvor man fokuserer på sunn atferd som er inkompatibel med depressiv atferd. Prosessen inneholder komponentene aktivitetsovervåkning, planlegging av aktiviteter, verdikartlegging og *contingency managment* (Lejuez et al., 2011). BATB vil normalt gjennomføres på mellom 10 og 12 økter. Den er protokollrevet i behandlingsform ved at den følger en beskrevet protokoll. Aktivitetsovervåkning starter i første økt, kartlegging av mål i andre økt og planlegging av aktiviteter fra tredje økt. Fra tredje økt er det evaluering av aktiviteter og planlegging av aktiviteter som er hovedkomponentene (Myhre & Strømgren, 2015).

Når atferdsaktivering benyttes i dag så refereres det til både BA og BATD som begge benytter det samme atferdsanalytiske rammeverket, men som innehar markante forskjeller i behandlingsmetoden. I en artikkel av Myhre og Strømgren (2015) ble forskjeller i BA og BATD presentert i 8 forskjellige kategorier. Teoretisk utgangspunkt, teoretisk fokus,

analysenivå, struktur, klinisk fokus, progresjon, modaliteter og komponenter. Helt overordnet så har de ulike teoretiske utgangspunkt hvor BA tar utgangspunkt i funksjonell kontekstualisme og BATD tar utgangspunkt i matchingloven. Funksjonell kontekstualisme har som målsetning å søke prediksjon og influere de psykologiske hendelsene med presisjon på tvers av fenomener, analysenivået og vitenskapelig domene (Hayes et al., 1999). Matchingloven beskriver fordelingen av responser samtidig på et forsterkningskjema, og raten av respondering av valgene er distribuert i proporsjon som matcher raten av forsterkning mottatt gjennom valgene av alternativer (Cooper et al., 2020). Andre viktige forskjeller finner man i analysenivå, progresjon og struktur. BA ser på enkeltepisoder av atferd, er ustrukturert i formen og er teori drevet, mens BATD ser på atferd over tid, er strukturert, lite fleksibel og protokoll-drevet.

Atferdsaktivering for personer med psykisk utviklingshemming

For å beskrive hvordan atferdsaktivering kan tilpasses personer med psykisk utviklingshemming tar jeg utgangspunkt i kjerneprosessene som beskrevet av Kanter (2010). I oversiktsartikkelen er det en gjennomgående presentasjon av atferdsaktivering som er basert på ulike manualer som er laget for atferdsaktivering. De ulike manualene som gjennomgås i artikkelen er Lewinshohn et al (1976), Rehm (1977), Beck et al (1979), McLean (1979), Gallagher et al (1981), Martell et al (Martell et al., 2001) og Lejuez, Hopko & Hopko (2001). Kjernekomponentene er evaluering av mål, aktivitetsplanlegging og monitorering av aktiviteter. I tillegg er ferdighetstrening et mål som presenteres her, og er et prinsipp som benyttes i 5 av 7 manualer. Andre prinsipper som presenteres i artikkelen til Kanter (2010) er avslappingstrening, prosedyrer rettet mot verbal atferd, prosedyrer rettet mot unngåelse og *contingency management*. Dette er prinsipper som ikke er gjeldene i artikkel to, og er derfor ikke presentert som et alternativt på hvordan det kan tilpasses.

Det har vært begrenset med forskning på atferdsaktivering for behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemmede. I behandling av atferdsaktivering så tilpasses gjennomføring for hver enkelt person og dens situasjon, og det gjør at den lar seg gjennomføre med sammensatt problematikk (Myhre, 2017). Det er gjennomført en randomisert kontrollstudie på atferdsaktivering som behandling hos personer med psykisk utviklingshemming. Johoda et al. (2017) gjennomførte studie på bakgrunn av at mange voksne personer med psykisk utviklingshemming ikke har et godt nok tilbud tilgjengelig for behandling av depresjon. Den randomiserte kontrollerte studiet kom etter hans eget forstudie som viste at tilpasset atferdsaktivering hadde gode resultater på reduksjon av depressive symptomer (Jahoda et al., 2015). Den randomiserte kontrollstudien fra 2017 viste ingen signifikant forskjell mellom atferdsaktivering og kontrollgruppen som var guidet selvhjelp, men studiet viste at begge intervensjonene hadde en signifikant effekt i behandlingen på reduksjon av depressive symptomer. Det beskrives ikke alt for mye om funksjonsnivået hos personene som mottar intervensjonen, men det er personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming. Alle deltagerne måtte ha en støttespiller i form av miljøarbeider, familiemedlem eller venn. Prosedyren gikk ut på å øke aktivitetsnivå, planlegge aktiviteter og adressere barrierene som var i veien for å oppnå økt aktivitetsnivå. Den første delen av terapien søkte innsikt i deltagerens vaner og ga deltagerne en forklaring rundt utfordringene som er bygget på teorien i atferdsaktivering. Deretter jobbet man med å øke deltagerens engasjement for å møte barrierene for endring. Terapien endte med en plan for å vedlikeholde eller fortsette prosessen. En av tilpasningen var oppfølging i minimum 2 timer per uke av en støtteperson, dette sikret at deltagerne ble engasjert i aktivitetene og arrangerte anledning til å søke endring.

Monitorering av aktiviteter

Monitorering av aktiviteter har to funksjoner; gi informasjon på baseline av aktivitetsnivå og hvordan personen føler seg når aktiviteten gjennomføres, og for å se en meningsfull relasjon mellom aktivitet og følelser (Kanter et al., 2010). For å kunne tilrettelegge dette for personer uten evner til å gjennomføre selvobservering så er det tjenesteyterne rundt personen sin oppgave å kartlegge, observere, registrere, evaluere og endre aktiviteter. Når man skal gjennomføre dette på vegne av andre så bør prediksjon og kontroll som er atferdsanalysens vitenskapelige mål være sentralt. For at intervensjonen skal ha ønsket effekt er det helt essensielt at data som innhentes er reliabel og valid. Det er nødvendig å gjøre en grundig operasjonalisering av alle målatferder og finne hensiktsmessige måter for å gjennomføre målinger.

Monitorering eller overvåking av aktiviteter handler om å ha oversikt over aktivitetsnivå både i baseline og underveis i tiltaket. I situasjoner hvor personer ikke klarer å overvåke sin egen atferd er det personalet som må gjøre dette. Personalet oppgave blir først å etableres en baseline som viser hva utgangspunktet faktisk er. Som et hjelpemiddel bør det benyttes en frekvenskartlegging som kan kartlegge utviklingen på en enkel og systematisk måte. En frekvenskartlegging bør ha oversikt over antall tilbud av aktiviteter, antall deltagelse på aktiviteter og antall aktiviteter som ikke gjennomføres. I tillegg bør man vurdere å benytte intervallregistrering av all relevant atferd som finner sted mens intervensjonen av atferdsaktivering er til stede. Dette vil gi en indikator på endring i tid brukt på meningsfulle aktiviteter opp mot tid brukt på atferd som kan kategoriseres som opprettholdende faktorer for depresjonen, som for eksempel unngåelsesatferd. For at personalet kan benytte intervallregistrering på en god måte så må man identifisere atferd som anses som en opprettholdende faktor for depresjon. For å identifisere en slik atferd hos den aktuelle brukergruppen kan deskriptive funksjonelle analyser være et godt alternativ. Holden (2013) skriver at funksjonelle analyser er praktisk når personen selv ikke kan si så mye om årsaken

til problematferd. Selv om ikke funksjonelle analyser gir et fasitsvar så gir det en god indikator når man får samme svar på funksjon av atferd gang på gang. Hvis man får identifisert atferd som anses som en opprettholdende faktor for depresjon så bør man benytte intervallregistrering som en metode for å holde oversikt over utviklingen av atferden. Et eksempel kan være at hvis man har identifiserer sengeliggning eller tid på eget rom som en mulige faktorer som opprettholder atferd under negativ forsterkning, så kan man registrere tiden på sengeliggning eller tid på eget rom opp mot antatt positiv aktivitet som deltagelse på aktiviteter, tid med andre, tid sammen med personalet eller andre aktiviteter som anses som positive. Ved å benytte frekvenskartlegging og intervallregistrering på denne måten vil man kunne se endring over tid, både i form av deltagelse på aktiviteter, men også endring av tid brukt i positive aktiviteter opp mot tid brukt på unngåelsesatferd.

Vurdering av mål og verdier

Formålet med vurdering av mål og verdier er å reflektere at aktivitetene går overens med målsetningene og verdiene til personen og at aktiviteten som planlegges er positivt forsterkende (Kanter et al., 2010). Et eksempel er hvis den viktigste evaluerte verdien er tid med familie så tilpasser man aktiviteter som samsvarer med verdimålsetningen. I aksept- og forpliktelsesterapi benyttes begrepet verdi-basert atferdsrepertoar som viser til atferd som er positivt forsterket og ønsket av pasientene (Hayes et al., 1999). Dette er et viktig moment som går i tråd med atferdsaktivering hvor det å finne alternativer til unngåelsesatferd er et viktig grunnprinsipp. Ved å kartlegge verdier og mål kan dette også benyttes som etablerende motivasjonelle operasjoner. Verdibaserte atferdsmønstre har appetive kvaliteter siden de er positivt forsterket (Myhre et al., 2018).

Når man skal tilpasse dette til å treffe en brukergruppe som ikke selv kan gjennomføre egenvurdering av mål og verdier så kan man ta utgangspunkt i individuell plan, og dens overordnede målsetninger. Individuell plan skal sikre en helhetlig koordinering og individuelt

tilpasset tjenestetilbudet. Planen skal kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder (Helsedirektoratet, 2017). Det er ikke alle tjenestemottakere i Norge som har egen individuell plan, og i disse tilfellene så bør ansvarsgruppemøte eller et samarbeidsmøte med uttalelse fra verge og pårørende være en arena for å hente målsetninger og verdier. Verges og pårørendes rolle blir å handle ut ifra det beste for tjenestemottaker. Det å vurdere mål og verdier på vegne av andre mennesker er noe som bør gjennomføres i felleskap med åpenhet da det kan ha signifikant betydning ovenfor en annen person. Et annet viktig element er å gjennomføre en forsterkerkartlegging. Begrepet forsterkerkartlegging ble først presentert i 1985 (Pace et al., 1985), og fra midten av 1980 tallet og utover 1990 tallet ble det videreutviklet og presentert flere ulike metoder for å gjøre en systematisk kartlegging av stimuli som med stor sannsynlighet kan fungere som forsterkere (Ottersen & Bech, 2008). For å tilpasse vurdering av mål og verdier kan det baseres på indirekte kartlegging gjennom systematiske skjema, og ved utfylling vil det være nærpersoner som kjenner tjenestemottakeren som skal fylle ut skjema. Ottersen og Bech (2008) har utarbeidet standardiserte skjemaer både til lett og moderat psykisk utviklingshemmede og alvorlig til dyp psykisk utviklingshemmede. Hvis tjenestemottaker kan fylle ut eller få bistand til å fylle ut så bør det alltid prioriteres, i disse situasjonene så kan standardiserte systematiske skjemaer benyttes som et supplement.

Aktivitetsplanlegging

Handler om å øke kontakten med alternative kilder til positiv forsterkning i omgivelsene (Kanter et al., 2010). I den tidlige bruken av atferdsaktivering var fokuset kun på fornøyelige aktiviteter, men fokuset har endret seg til å ta hensyn til andre elementer som betydning og samsvar med verdier og mål. BATD benytter strukturert aktivitetsplanlegging hvor aktivitetene settes opp i et hierarki, og målet er å generere aktiviteter i ulike vanskelighet med en gradvis og stødig progresjon. BA har også beveget seg bort fra kun fornøyelige

aktiviteter og har mer fokus på viktige funksjonelle aktiviteter som ikke nødvendig er sett på som fornøyelige eller morsomme. Aktivitetsplanleggingen skal være på linje med personens interesser (Kanter et al., 2010).

Når man skal tilpasse aktivitetsplanlegging så handler det om å ha en gjennomtenkt plan for å hvordan man tilrettelegger aktiviteter for å øke de alternative kildene til positiv forsterkning. I gjennomføring av aktiviteter vil shaping prinsippet være relevant, som handler om å benytte differensiell forsterkning til å sakte, men sikkert nærme seg den ønskede gjennomføringen (Pierce & Cheney, 2017). En annen atferdsanalytisk tilnærming som er relevant er å benytte oppgave-analyse som handler om å dele komplekse ferdigheter ned i serier med mindre og overkommelige enheter (Cooper et al., 2020). Både shaping og oppgave analyse er relevant i BA. Aktivitetene som skal tilbys baserer seg på kartleggingen av verdier og mål. Det er hensiktsmessig med en god prosedyre som tilsier hvordan aktivitetene i atferdsaktivering skal presenteres og gjennomføres. Et eksempel er at man kan benytte faste antatt attraktive aktiviteter som viser en fastsatt ukeplan med aktiviteter som skal tilbys. Det gjør evaluering av effekten på aktivitetene ganske enkel. En annen metode er at man randomiserer oppgavene ved å trekke lapper fra en aktivitetsbank, i slike situasjoner er det hensiktsmessig å skrive ned hva slags aktivitet som er tilbudt til hvilket tidspunkt så man i etterkant kan evaluere effekten av aktiviteten. Når man tilpasser atferdsaktivering på denne måten er det viktig med forløpende evaluering av aktivitetene fordi tilbudene som er gitt er basert på hva nærpåsoner har kartlagt, men i realiteten så er det ikke sikkert nærpåsonens forslag stemmer i praksis. I starten handler det om å etablere kontakt med de forsterkende aktivitetene, og tilbudene som gis i starten skal være svært lavterskel med fokus på å sette personen i kontakt med positivt forsterkende aktiviteter. Et eksempel kan være aktiviteten «kaffe og vaffel». I starten er kanskje målet kun å få personen deltagende på en liten del av aktiviteten, men etter hvert så kan elementene til rydding og forberedelser inkluderes. Dette

må selvfølgelig være individuelt tilpasset. For en annen person kan det å komme seg utenfor døra på boligen være et lite steg for å klare å reise på attraktive aktiviteter rundt om i nærmiljøet på sikt. Nøkkelen til at det fungerer er å reetablere kontakt med forsterkning og beholde denne kontakten med forsterkeren.

Ferdighetstrening

Ferdighetstrening er spesielt rettet mot personer som mangler ferdigheten til å vise den ønskede atferden som sørger for forsterkning i miljøet, når man snakker om ferdighetstrening er det både sosiale og ikke sosiale ferdigheter (Kanter et al., 2010). Rasjonale for ferdighetstrening baserer seg på at enkelte personer feiler på komponenten aktivitetsplanlegging fordi man ikke har ferdighetene til å skaffe seg og/eller beholde kontakten med forsterkeren (Lewinsohn, 1974). Martell et al. (2001) viser til at man målrettet kan trene sosiale ferdigheter som for eksempel ved å tilrettelegge for rollespill mellom behandler og pasient hvor man gjennomføre intratraksjoner som fører til sosiale ferdighetstrening, samt muligheten for modellering og diskusjon rundt tema sosial trening. Fer

For den aktuelle målgruppen kan ferdighetstrening være å reetablere ferdigheter som har gitt forsterkning tidligere, eller å etablere ferdigheter til å oppnå regelmessig forsterkning. Eksempel på ikke sosiale ferdigheter kan være at en morgenrutinene som tidligere var å sette på radioen etter at man stått opp, men at personen ikke gjør dette lengre fordi det har vært problemer med å få på radioen i det siste. Eller at en person med psykisk utviklingshemming savner å snakke med familien, men ikke innehar ferdighetene til å ta kontakt med de på telefon på egenhånd.

Sosiale ferdighetstrening kan gjennomføres gjennom modellering eller rollespill for å vise hvordan man for eksempel kan tilegne seg forsterkere i sosiale sammenhenger. Dette kan være alt fra å etablere adekvate måter å tilnærme seg andre på eller å etablere de mer utviklede sosiale ferdigheter i samspill med andre personer.

Et annet relevant punkt er at det er kjent at tap av eksekutive funksjoner ved depresjon forekommer (Ajilchi & Nejati, 2017; Paelecke-Habermann et al., 2005) og funksjonstap ved depresjon er nevnt flere ganger nevnt i Helsedirektoratet rundskriv (2009). Funksjonsfallet kan ha utslag på om vedkommende klarer å tilegne seg forsterkningen på egenhånd eller ikke. I atferdsaktivering er aktivitetsplanlegging og ferdighetstrening aktivt med å forebygge dette ved å tilrettelegge regelmessige forsterkende aktiviteter og for at personen innehar ferdighetene til å tilegne seg forsterkningen.

Avslutning

Hensikten med artikkelen var å gi en enkel og helhetlig presentasjon av atferdsaktivering, depresjon og psykisk utviklingshemming samt å belyse problemstillingen; Hvordan kan atferdsaktivering tilpasses for personer med psykisk utviklingshemming. Basert på grunnleggende atferdsanalytiske prinsipper og kjernekomponentene i atferdsaktivering har det blitt eksemplifisert hvordan atferdsaktivering med mindre modifikasjoner av kjernekomponentene kan tilpasses personer med psykisk utviklingshemming. Presentasjonen av hvordan atferdsaktivering kan tilpasses personer med stort bistandsbehov er ikke basert på empiri, men kun som et forslag som vil ivareta atferdsaktivering funksjonen med prinsippene intakt, og vil være i tråd med det atferdsaktivering sitt formål.

Behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming finnes det få studier på, med Jahoda et al (2017) som eneste randomiserte kontrollerte studiet. I denne nevnes det ikke i detalj hvor hjelpeavhengig deltagerne er, og dette vil nok variere i stor grad. Bistanden fra støttepersonen var på minimum to timer i uken, men det var ikke nevnt hvor mange timer de med mest bistand fikk. Ut ifra forsterkningsprinsipper så vil tilfredsstillende tetthet av forsterkning variere fra person til person. Forsterkningsskjemaer sier noe om tettheten på forsterkning og det må antas at to timer per uke vil være for lite for enkelte deltagere til å etablere en atferdsendring som er varende. Et behandlingstilbud i form av

atferdsaktivering rundt en person med psykisk utviklingshemming bør være svært individuelt utformet basert på en tydelig indikasjon på hva som er opprettholdende for de depressive symptomene og se på hva som hindrer vedkommende å oppnå positiv forsterkning.

Behandling av depresjon hos personer med psykiske utviklingshemming er av signifikant betydning fordi det er mangelfull behandlingsalternativer, og særskilt ovenfor personer med sterk nedsatt kognitiv funksjon. Her snakker vi om en brukergruppe som ikke innehar adekvate ferdigheter til å ta vare på egen psykisk helse eller klarer å si ifra når de trenger hjelp. Ved å tilpasse atferdsaktivering så er det indikasjoner som tilsier at det er mulig å tilrettelegge omgivelsene for å aktivt forsøke å endre de depressive symptomene.

Atferdsanalysen har elementer i sin tilnærming som gjør man kan med viss sannsynlighet kan kartlegge de opprettholdende faktorer for depresjon og hva som hindrer tilgangen til positiv forsterkning gjennom for eksempel aktiv bruk av deskriptive funksjonelle analyser. Når depresjon er kjent, og man har kartlagt de opprettholdende faktoren for depresjon så kan atferdsaktivering i tilpasset format være et alternativ. Hvis man inkluderer at dette er et landskap hvor det er mangelfull empiri på behandlingsmetoder så bør atferdsaktivering være et alternativ som forskes videre på.

Referanser

- Ajilchi, B., & Nejati, V. (2017, May-Jun). Executive Functions in Students With Depression, Anxiety, and Stress Symptoms. *Basic Clin Neurosci*, 8(3), 223-232.
<https://doi.org/10.18869/nirp.bcn.8.3.223>
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of applied behavior analysis*, Spring(1), 91-97.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Bakken, T. L. (2011). *Samhandling med og uten ord: miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykisk lidelse*. Hertervig Forlag.
- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker: faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal akademisk.
- Bakken, T. L. (2020). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: Forståelse og behandling*. Universitetsforlaget.
- Bal, V. H., Wilkinson, E., Glascock, V., Hastings, R. P., & Jahoda, A. (2022). Mechanisms of Change in Behavioral Activation: Adapting Depression Treatment for Autistic People. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011, Jun). Behavioral theory of depression: reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42(2), 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>
- Charlot, L., Deutsch, C., Hunt, A., Fletcher, K., & McLlvane, W. (2007, 11/01). Validation of the Mood and Anxiety Semi-structured (MASS) Interview for people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 51, 821-834. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00972.x>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis, Global Edition, 3rd Edition*. Pearson Education.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27-35.
- Dalgard, O. S., & Bøen, H. (2008). Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder.

- Deb, S., Perera, B., Krysta, K., Ozer, M., Bertelli, M., Novell, R., Wieland, J., & Sappok, T. (2021). The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry*.
- 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.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., & Gollan, J. K. (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.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Herman-Dunn, R., & Addis, M. E. (2014). Behavioral activation for depression. In *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual, 5th ed.* (pp. 353-393). The Guilford Press.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2008, Jun). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*, 76(3), 468-477.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.468>
- Eaton, C., Tarver, J., Shirazi, A., Pearson, E., Walker, L., Bird, M., Oliver, C., & Waite, J. (2021). A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 65(3), 211-229.
- Esbensen, A. J., Rojahn, J., Aman, M. G., & Ruedrich, S. (2003, 2003/12/01). Reliability and Validity of an Assessment Instrument for Anxiety, Depression, and Mood Among Individuals with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 617-629.
<https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000005999.27178.55>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications.
<https://books.google.no/books?id=a6FLF1YOqtsC>
- Gallagher-Thompson, D. (1981). *Depression in the elderly: A behavioral treatment manual*. Lexington Books.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF03391944>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press New York.

- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærog spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf
- Helsedirektoratet. (2017, 29.11.2017). § 4-1. *Individuell plan*. www.helsedirektoratet.no. Retrieved 10.10.2020 from <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/gjennomforing-av-psykisk-helsevern/4-1-individuell-plan#04bc2a19-9d64-42b2-9a73-6519da0eda18>
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2010, 2010/11/01/). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1109-1120.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.023>
- Holden, B. (2013). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 40(121-132).
- Hollon, S. D., & Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 58-73.
<https://doi.org/10.1177/0146167290161005>
- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S., & Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Exceptional children*, 71(2), 165-179.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(3), 255.
- Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S.-A., Dagnan, D., Zhang, R., McConnachie, A., McMeekin, N., Appleton, K., Jones, R., Scott, K., Fulton, L., Knight, R., Knowles, D., Williams, C., Briggs, A., MacMahon, K., Lynn, H., Smith, I., Thomas, G., & Melville, C. (2017, 2017/12/01/). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 909-919. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30426-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30426-1)

- Jahoda, A., Melville, C. A., Pert, C., Cooper, S. A., Lynn, H., Williams, C., & Davidson, C. (2015, Nov). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 59(11), 1010-1021. <https://doi.org/10.1111/jir.12175>
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008, Spring). The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. *Behav Anal*, 31(1), 1-21. <https://doi.org/10.1007/bf03392158>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 30(6), 608-620.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Knudsen, T. (2020). Depresjon. I TL Bakken (Red.). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*, 2, 100-115.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American journal of psychiatry*, 158(7), 1091-1098.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011, Mar). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behav Modif*, 35(2), 111-161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression. *The behavioral management of anxiety, depression and pain*, 91-146.
- Lewinsohn, P. M., & Shaffer, M. (1971). Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 37(1), 87.
- Løkke, J. A., Orm, S., & Strømgren, B. (2020). Kort rapport: Måling av sosial validitet i studier publisert i Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse.
- Løkke, J. A., & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: Fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 39(1), 17-32.

- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. WW Norton & Co.
- McBrien, J. (2003). Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(1), 1-13.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., & Dowrick, C. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries: Evidence from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry, 189*(2), 161-167.
- McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and clinical Psychology, 47*(5), 818.
- Myhre, M. Ø. (2017). Atferdsaktiverting for depresjon. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 54*(5), 466-471.
- Myhre, M. Ø., & Strømgren, B. (2015). Atferdsanalytisk forståelse og behandling av depresjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 42*(2).
- Myhre, M. Ø., Tørmoen, A. J., Strømgren, B., & Walby, F. A. (2018). Tre generasjoner klinisk atferdsanalyse. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 45*.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.
- NAKU. (2022, 02.01.2022). *Utviklingshemming og depresjon*. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Retrieved 10.10.2022 from <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-depresjon>
- NAKU, N. k. o. u. (2014). Psykisk utviklingshemming og psykisk helse - Veiviser til psykiske helsetjenester. *Faghefte 2*, 60. [https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web\(1\).pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web(1).pdf)
- NAOB, D. N. a. o. (2022). *Depressiondepresjon*. <https://naob.no>. Retrieved 12.10.2022 from <https://naob.no/ordbok/depresjon>
- Ottersen, K.-O., & Bech, H. (2008). Utarbeidelse av standardiserte listerover stimuli som kan brukes til kartlegging av forsterkere hos personer med alle grader av utviklingshemming. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 35*(4). <http://www.nta.atferd.no/loadfile.aspx?IdFile=427>
- Pace, G. M., Ivancic, M. T., Edwards, G. L., Iwata, B. A., & Page, T. J. (1985). Assessment of stimulus preference and reinforcer value with profoundly retarded individuals. *Journal of applied behavior analysis, 18*(3), 249-255.

- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., & Leplow, B. (2005, 2005/12/01/). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1), 125-135. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.09.006>
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., Dimidjian, S., Araya, R., Hollon, S. D., & King, M. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 176-185.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Oxford Univ. Press.
- Pierce, W. D., & Cheney, C. D. (2017). *Behavior analysis and learning: A biobehavioral approach*. Routledge.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. N. (2018). Psykisk helse i Norge. 178. Hentet fra <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2984478/Reneflot-2018-Psy.pdf?sequence=1> (Folkehelseinstituttet)
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 173.
- Shadan, S., Almarzooqi, S., & Sultan, M. A. (2021). Behavioral Activation (BA) in the Management of Depression in an Adolescent with Down Syndrome in Dubai. *Case Reports in Psychiatry*, 2021.
- Skinner, B. F. (1937). Two types of conditioned reflex: A reply to Konorski and Miller. *The Journal of General Psychology*, 16(1), 272-279.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism [by] B. F. Skinner*. Knopf; [distributed by Random House].
- Smiley, E., & Cooper, S. A. (2003). Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. *Sosial- og helsedirektoratet*, 76. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning->

[xmlui/bitstream/handle/11250/2444716/Distriktskykiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://hdl.handle.net/11250/2444716/Distriktskykiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Stein, A. T., Carl, E., Cuijpers, P., Karyotaki, E., & Smits, J. A. J. (2021). Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychological Medicine*, 51(9), 1491-1504. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000239>
- Stein, D. J., Palk, A. C., & Kendler, K. S. (2021). What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychological Medicine*, 51(6), 894-901. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001185>
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Vergara-Lopez, C., & Roberts, J. E. (2015). An application of behavioral activation therapy for major depressive disorder in the context of complicated grief, low social-economic status, and ethnic minority status. *Clinical case studies*, 14(4), 247-261.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., & Gureje, O. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
- WHO, W. H. O. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. W. H. Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO, W. H. O. (2022, 01.01.2022). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer ICD-10*. Direktoratet for e-helse. Retrieved 01.10.2022 from <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Artikkel II. N=1 tilpasset atferdsaktivering som behandling for en voksen person med moderat psykisk utviklingshemming.

Article II. N=1 adapted behavioral activation as treatment for an adult with moderate intellectual disability

Sammendrag

Artikkel to presenterer et N=1 studie av en tilpasset intervensjon av atferdsaktivering som behandling av depressive symptomer hos en voksen person med moderat psykisk utviklingshemming. Bakgrunnen for intervensjonen var negativ atferdsendring over en lengere periode som også påvirket funksjonsnivået. Deltager lå store deler av døgnet i sengen og søkte seg aktivt bort fra personalet. Funksjonelle analyser antydde at atferden var opprettholdt av unngåelsesatferd, og at deltageren ikke kom i kontakt med forsterkere på egenhånd. Behandlingen baserte seg på kjerneprinsippene fra atferdsaktivering i tilpasset format. Resultatene antyder at bruken av atferdsaktivering hadde signifikant effekt.

Nøkkelord: N=1, tilpasset atferdsaktivering, unngåelsesatferd, moderat psykisk utviklingshemming, AB-design, depresjon

Abstract

Article two presents a N=1 study of an adapted intervention of behavioral activation as a treatment for depressive symptoms in an adult with moderate intellectual disability. The reason for the application was due to negative behavior over a longer period that also effected adaptive skills in a negative way. Participant laid huge parts of the days in the bed and actively withdrew from the staff. Descriptive functional assessment indicated that the behavior was maintained by avoidance, and that the participant didn't manage to get in contact with reinforcements by itself. The treatment was based on the core principles of behavioral activation in an adapted format. The results indicates that the application of behavioral activation had significant effect.

Keywords: N=1, adapted behavioral activation, avoidance, moderate intellectual disability, AB-deisgn, depression

Tilpasset atferdsaktivering som behandling for en person med moderat psykisk utviklingshemming

Det nøyaktige estimatet på forekomsten av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming er vanskelig å estimere på bakgrunn av at tidligere prevelansstudier har vist flere svakheter og store variasjon i estimatet av forekomsten (Deb et al., 2021). Et forholdsvis forsiktig estimat er at depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming forekommer i minst like stor grad som resten av befolkningen (Knudsen, 2020). I dag er det anerkjent at personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming ofte kan vise til de vanlige symptomene i en depresjon (McBrien, 2003), noe som gjør det mulig å benytte diagnoseklassifiseringssystemer ved diagnostisering (Eaton et al., 2021).

Den reviderte manualen for BATD (Lejuez et al., 2011) defineres depresjon som en tilstand som man over en tidsperiode på minst to uker opplever nedsatt stemningsleie og tap av interesse for eller glede av aktiviteter som tidligere har ført til betydning og fornøyelse. Atferdsaktivering er en empirisk støttet metode som har vist seg å være kostnadseffektiv og et virkningsfull alternativ til kognitiv behandling og medikamentell behandling med antidepressiver (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008). Forskningen på atferdsaktivering som behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming er svært begrenset. Tilpasset atferdsaktivering som behandling for personer med psykisk utviklingshemming har en randomiserte kontrollstudie (Jahoda et al., 2017). Denne studien kom i etterkant av forstudie til Jahoda (2015) som viste til sterk reduksjon av depressive symptomer ved bruk av tilpasset atferdsaktivering hos personer med psykisk utviklingshemming. På den randomiserte kontrollerte studien ble atferdsaktivering målt opp mot en guidet selvhjelp intervensjon. Begge gruppene viste seg å være effektiv på reduksjon av depressive symptomer, men det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Resultatet

viste verken til at atferdsaktivering var mer konstandseffektiv eller var et bedre alternativ enn guidet selvhjelp (Jahoda et al., 2017).

Atferdsaktivering i andre tilpassede varianter har det vært noen studier på. Endringene som gjøres handler om tilpasninger for å øke sannsynligheten for en vellykket intervensjon og grunnprinsippene fra atferdsaktivering er fortsatt til stede. Jahoda et al. (2017) tilpasset til personer med lett og moderat psykisk utviklingshemming, Jahoda er også medforfatter på en artikkel som ser på atferdsaktivering som en behandlingsform for voksne med autisme (Bal et al., 2022). Andre tilpasninger som er gjort er Santiago-Rivera et. al (2008) som tilpasset BA for å treffe de kulturelle verdiene spesielt tilpasset latinomiljøet, Patel et al. (2017) tilpasset et program kalt The Healthy Acticity Program (HAP) som er basert på atferdsaktivering og tilpasset for personer som har lav til middels inntekt som vanligvis ikke har tilgang til psykologisk behandling i India, Vergara-Lopez og Robert (2015) tilpasset intervensjonen for å sørge for at viktige kulturelle vurderinger ble inkorporert på en god måte hos en afroamerikansk kvinne i 50 årene med diagnostisert kronisk depresjon med kompleks sørgetilstand med lav inntekt og etnisk minoritet, Shadan et.al (2021) tilpasset atferdsaktivering for et barn med Downs syndrom. Samtlige studier viste i ulike grad at tilpasset atferdsaktivering hadde positiv effekt for målpersonen, men med unntak av Jahoda (2017) mangler det kontrollgrupper. I settinger hvor tilpasninger av atferdsaktivering kan være et alternativ så er det viktig med nøye oppsyn på mekanismene som opprettholder depresjonen og barrierene som hindrer god behandling (Bal et al., 2022).

Atferdsaktivering bygger på prinsipper av atferd som bør være overførbare også til personer som ikke klarer å gjennomføre alle punktene på egenhånd. Forsterkningsdeprivasjon omfatter alle organismer og atferdsaktivering som tiltak kan benyttes målrettet til å sette personer i kontakt med positive forsterkningsbetingelser, dette er prinsipper som ved tilrettelegging bør være overførbart uavhengig av funksjonsnivå. Kjernekomponentene i

atferdsaktivering er selvmonitorering, kartlegging av verdier og mål og planlegging av aktiviteter (Kanter et al., 2010). Dette er komponenter som må tilpasses for at personer med nedsatt funksjonsnivå også kan inkluderes i behandlingen.

Problemstillingen for artikkelen er om personer med psykisk utviklingshemming kan ha positiv effekt av tilpasset atferdsaktivering som behandling av depresjon. Denne studien tar for seg et N=1 design hvor tilpasset atferdsaktivering ble benyttet som behandling for depressive symptomer hos en deltager med moderat psykisk utviklingshemming.

Metode

Deltaker

Deltager er en person med moderat psykisk utviklingshemming (F.71). Deltager har tidligere hatt et rikt liv med fast deltagelse på arrangementer og høyt aktivitetsnivå rundt om i nærmiljøet. Aktivitetsnivået har gradvis blitt redusert til en status hvor tjenestemottaker har trukket seg tilbake og oppholder seg store deler av dagen i sengen sin. I takt med reduksjons av tid med andre og færre aktiviteter i nærområdet så har det forekommet et betydelig funksjonsfall som har påvirket alle deler av livet. Funksjonelle analyser og observasjonen av de observerbare forholdene i diagnosen depresjon antyder at deltager var deprimert, og de funksjonelle analysene ble tolket til at atferden var opprettholdt av unngåelsesatferd.

Setting

Intervensjonen ble gjennomført på en omsorgsbolig hvor deltager bor alene med personalet. Deltager får i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester bo og miljøarbeidertjenester gjennom §3-2 nr. 6 bokstav a og b. Bistandsnivået er 2-1 på dagtid med en hvilende nattevakt. Personalet på boligen jobber etter prinsipper fra målrettet miljøarbeid og anvendt atferdsanalyse.

Avhengig og uavhengig variabel

Avhengig variabel var samhandlingstid med personalet per uke. Uavhengig variabel var personalets presentasjon av aktiviteter gjennomført i tråd med den tilpassede prosedyren for atferdsaktivering i samme periode.

Datainnsamling

Deltagelse på aktiviteter gjennom atferdsaktivering ble frekvenskartlagt på eget skjema. Det ble registrert utført og deltatt av aktiviteter tilbudt på dag og kveld. Det var egen rubrikk for aktiviteter utenfor huset. Samhandlingstid ble registrert via intervallregistrering hvor all atferd i tidsperioden mellom 08:00 og 22:00 ble kartlagt. Operasjonaliseringen av samhandlingstid med personalet var all tid sammen med personalet uten forekomst av predefinerte målatferder. Målatferder viste til atferd hvor deltager utviste uhensiktsmessig atferd som slag, spark, dytting eller selvskadene atferd. Intervallregistreringen er delt opp i 5 minutters kolonner hvor atferden som forekommer mest i den tidsperioden registreres. Kategoriene på intervallregistreringen er delt inn i forekomst av målatferd, boikott, alenetid og samhandling.

Design og Baseline

Studiet er et AB-design. Designet er en to faset eksperimentell design som består av baseline (a) etterfulgt av intervensjonsperioden (b) (Cooper et al., 2020). Baseline viser til 5 datapunkter av avhengig og uavhengig variabel med snitt per uke. Datapunkt viser til all samhandling som forekommer i en uke. I snitt var baseline 45,3 timer. Intervensjonsperioden totalt viser til 38 datapunkter.

Prosedyre

Forarbeid

Før atferdsaktivering kan benyttes som en intervensjon så må grunnforutsetningene for gjennomføring være på plass og det må gjennomføres nødvendig forarbeid. Forarbeidet

inkluderte stadfestelse av depresjon hos tjenestemottaker, kartlegging av verdier og mål, forsterkerkartlegging og opplæring av personalgruppen. I tillegg skal det utarbeides detaljert programbeskrivelser på hvordan atferdsaktivering skal gjennomføres, registreres og evalueres.

Læringshistorikk og eksisterende prosedyrer

Det har vært forsøkt ulike tiltak for atferdsendring uten ønsket effekt over en lengre periode, tiltak som er forsøkt er differensiell forsterkning av annen atferd og differensiell forsterkning av inkompatibel atferd. Atferdsavtaler med bør og skal oppgaver med tilhørende sparesøyle ble tilbudt ca. 5 ganger per dag med gjennomføringsgrad på 54% i baseline.

Forsterkerkartlegging

Det ble gjennomført forsterkerkartlegging i forkant av intervensjonen. Det ble benyttet standardisert liste utarbeidet av Ottersen og Bech (2008) for personer med lett til moderat psykisk utviklingshemming. Nærpersonene i denne settingen var miljøpersonalet som kjente deltager godt, og kartlegging av verdier og mål ble også gjennomført av dem. Helt overordnet handlet mål – og verdikartlegging om ønsket at deltager finner tilbake til livet hvor vedkommende hadde en aktiv og meningsfull hverdag.

Opplæring av personalet

Opplæring ble gjennomført på et møte hvor personalet var samlet. Atferdsaktivering ble presentert på en forståelig måte og rasjonale bak atferdsaktivering ble forklart opp mot atferdsanalytisk forståelse av depresjon. Programbeskrivelsen ble beskrevet i detalj, og selve prosedyren ble skrevet så presist som mulig for å danne felles forståelse for hvordan man skal gjennomføre atferdsaktivering. Detaljert og tydelig prosedyre var nødvendig for å sikre høy grad av behandlingsintegritet.

Prosedyre atferdsaktivering

Prosedyren er en tilpasset variant av atferdsaktivering som baserer seg på kjernekomponentene både fra BA og BATD. Kjernekomponentene er monitorering av aktiviteter, vurdering av mål og verdier og planlegging av aktiviteter. Siden deltager har manglende ferdigheter til å utale seg om utvikling så er funksjonelle analyser et viktig instrument for å identifisere og evaluere atferd som kan indikere depressive symptomer. Bruk av funksjonelle analyser til å indentifisere unngåelsesatferd og opprettholdende faktorer i en depresjon er et kjennetegn fra BA. For å sørge for en strukturert og målrettet tilnærming til atferdsendringen så ble aktivitetene strukturert og protokollført som er et kjennetegn fra BATD. Behandlingsrasjonale i denne settingen er at de depressive symptomene er opprettholdt av unngåelsesatferd, og at deltager er forsterkningsdeprivert.

Programbeskrivelsen gir en presentasjon av utfordringer, målsetning og rasjonale, samt gir miljøpersonalet en prosedyre for hvordan aktivitetene skal velges, gjennomføres, registreres, og evalueres. Prosedyren inkluderer også punkt for forberedelse av aktiviteter og avbrytelseskriteria. Prosedyren tilsier at aktivitetene skal tilbys to ganger per dag, en på dagtid og en på kveldstid. Helt i starten ble aktivitetene valgt av personalet basert på preferansekartlegging, men dette ble endret til å følge forhåndsbestemte aktiviteter som ble valgt tilfeldig. Det ble gjennomført ved at seks alternativer ble satt opp for dagen og seks alternativer for kvelden. Alternativene er nummerert fra en til seks, og lappene med aktiviteter ligger i hver sin kopp merket dag og kveld. Hvilken aktivitet som velges avgjøres av et terningkast som personalet gjennomfører. Alle aktiviteter er plukket ut fordi de anses som attraktive for tjenestemottaker. Eksempel på aktiverer i starten var å bake, fargelegge, scrapbooking, høre på musikk sammen, lese høyt sammen, «spa», quiz, vitser, male, danse og lage gjærbakst sammen. Hvis ikke deltager ble med på aktiviteten ved første forespørsel ble vedkommende invitert inn på aktiviteten totalt tre ganger over et intervall på ca. 45 minutter, og aktiviteten som ble valgt ble gjennomført av personalet uavhengig av deltagelse. Valget av

aktivitet ble skrevet ned i en ukeplan så det var mulig å evaluere hvor potent hver enkelt aktivitet var. Videre ble det frekvensregisteret utførelse av aktivitet fra personalet side og deltagelse fra tjenestemottaker.

Endring i kriterier

Aktivitetene ble i takt med økt mestringsgrad endret til aktiviteter som var mer i tråd med den overordnede målsetningen. Dette var aktiviteter som lavterskels trening/trim og aktiviteter utenfor døren. Endringene er presenter på de grafiske fremstillingene som changing criteria (cc), herunder CC1, CC2 og CC3. Endring i CC1 var å inkludere trim og trening som en av alternativene på dagtid. Endring i kriteriet CC2 var å inkludere handledag og lavterskels aktiviteter utenfor døra. CC3 var å inkludere gåturer som alternativ på dagtid.

Analyse

Visuell analyse ble gjennomført av forfatter. Dette er en systematisk tilnærming for å tolke resultatene av tiltaket som viser til visuell inspeksjon av grafisk fremstilt data ved å se på nivå, trend og variasjon innen og mellom de eksperimentelle forholdene (Cooper et al., 2020). For å undersøke samvariasjon mellom X og Y ble scatterplots med trendlinje benyttet. Pearsons korellasjonskoeffisient (r) ble utregnet for å måle styrken mellom variablene. R måler styrke på sammenhengen mellom to variabler der en koeffisient på 0 indikerer ingen sammenheng, koeffisient mellom 0 og 0,3 er svak sammenheng, koeffisient mellom 0,3 og 0,5 er moderat sammenheng og koeffisient over 0,5 er sterk sammenheng (Field, 2009). Signifikansverdi (p) ble utregnet, og signifikantnivået ble satt til 0,05.

Resultater

Samhandlingstid i baseline hadde et gjennomsnitt på 45,3 timer per uke, med 40,7 timer som laveste og 47,3 timer som høyeste datapunkt. I intervensjonsperioden er gjennomsnittet 66,9 timer, med laveste og høyeste registrerte datapunkt på henholdsvis 45,8

timer og 82,4 timer. Endringen i samhandlingen i snitt viser en økning på 47,7% mer samhandling, noe som tilsvarer 21,6 timer mer per uke. Grafisk fremstilling av resultatet er presenter på figur 1. Det er gjennomført en korrelasjonsutredning av de ulike variablene for å se korrelasjonen mellom deltagelse på atferdsaktivering og samhandlingstid, der sterk korrelasjon ($r = 0,50$) som var signifikant ($p = 0,002$) ble funnet. Sammenhengen mellom atferdsaktivering og samhandling er illustrert i figur 2.

Sekundær funn

Eksisterende program og registreringer gikk som normalt under intervensjonen av atferdsaktivering. Det viste seg at tilpasset atferdsaktivering hadde effekt på flere andre aspekter i livet til deltageren. Gjennomføring av planer økte fra 54% i baseline til 78,7% i snitt under intervensjonsperioden. Grafisk fremstilling av atferdsaktivering og gjennomføring av planer er illustrert i figur 3. Korrelasjonen mellom atferdsaktivering og gjennomføring av atferdsavtaler ble funnet til å være moderat korrelasjon ($r = 0,37$) som var signifikant ($p = 0,04$). Sammenhengen mellom atferdsaktivering og deltagelse på planer er illustrert i figur 4.

Reduksjon av tid i kategorien boikott ble også redusert, operasjonalisering av boikott er tid hvor deltager aktivt trekker seg bort fra personalet og ikke vil ha noe med personalet å gjøre. Når deltaker trekker seg bort fra personalet er det til sengen sin. Dette er atferd som også kan beskrives som unngåelsesatferd. Baseline av unngåelsesatferd viser i snitt 51,4 timer, mens snittet i intervensjonen er 30,1 timer. Grafisk fremstilling av resultatene illustreres i figur 5. Funne mellom atferdsaktivering og unngåelsesatferd var moderat korrelasjon ($r = - 0,35$) som var signifikant ($p = 0,03$). Sammenhengen mellom atferdsaktivering og unngåelsesatferd er illustrert i figur 6.

Diskusjon

Problemstillingen for artikkelen er om personer med psykisk utviklingshemming kan ha positiv effekt av tilpasset atferdsaktivering som behandling av depresjon. I denne intervensjonen forekom det en gradvis atferdsendring i form av økt forekomst av forsterkende aktiviteter som førte til en markant økning i samhandlingen med personalet, det ble også oppdaget økt gjennomføring av atferdsavtaler og reduksjon av negativt forsterket atferd. I akkurat dette studiet kan man si at en person med psykisk utviklingshemming hadde positiv effekt av tilpasset atferdsaktivering nettopp fordi det forekom en positiv endring i hverdagen til deltager, men dette gir kun en indikasjon på at det kan være mulig. Det krever god kjennskap til deltager for å kunne sette sammen en tilpasset variant av atferdsaktivering som beskrevet. Beskrivelsen av den tilpassede versjon av atferdsaktivering er ikke overførbart til andre personer, og en eventuell tilpasning må være skreddersydd deltageren.

Resultatene viser økt samhandlingstid, økt gjennomføring av atferdsavtaler og reduksjon av unngåelsesatferd. Hovedfunnet var at atferdsaktivering økte samhandlingstiden markant. Snittet av samhandlingstid i intervensjonstiden var 66,9 timer, som var 26,3 timer mer samhandling per uke fra baseline som var 45,3 timer. Det utgjør 3,8 timer mer samhandling i snitt hver dag, og denne samhandling er inkompatibel med den kartlagte unngåelsesatferden som er opprettholdende for depressive symptomer. Den økte samhandlingstiden som forekom av atferdsaktivering førte til at mer tid ble brukt sammen med personalet som utelukkende er ansett som positivt. Et av sekundærfunnene var at unngåelsesatferden hadde en reduksjon fra 51,4 timer til 30,1 timer, noe som utgjør en nedgang på 21,3 timer. Det er 3 timer i snitt per dag hvor deltager er i positive kontekster istedenfor å utøve atferd under negativ forsterkning. Gjennomføring av atferdsavtaler som også var et sekundærfunn viste til økt mestring på gjennomføring av planene. Endringen var fra 54% i baseline til 78,7% i snitt under intervensjonstiden. Gjennomføringsevnen av avtaleplaner og reduksjon av unngåelsesatferd viste til bedring av signifikant grad. Dette kan

kanskje indikere at deltagerne har klart å komme seg ut av «depresjonens onde sirkel» som kan beskrives som den konseptuelle modellen av BATB. Ved å erstatte depressive følelser, depressiv atferd og depressive tanker så har deltager klart å forsterke sunn atferd og etablert en sirkel med sunnere følelser, sunne tanker og verdibasert sunn atferd. I en setting hvor man gir tjenester til personer som ikke klarer å formidle hvordan man har det på en adekvat måte er det ikke mulig å konkludere om depressive følelser og tanker har forsvunnet, men indikasjonene er tydelig på at deltager har byttet ut deler av den depressive atferden med å forsterke sunn atferd.

Dette er en studie som ble igangsatt som et behandlende tiltak for antatte depressive symptomer som var kartlagt gjennom funksjonelle analyser. Tiltaket ble iverksatt i en naturlig setting uten tanken om at det skulle være et forskningsprosjekt. Tiltakets formål baserer seg på kjerneprinsippene til atferdsaktivering og den atferdsanalytiske forståelsen av depresjon. En presentasjon av studiet bør ses på som aktuell fordi atferdsaktivering har hatt en markant økning av publikasjoner de siste årene, også i tilpassede varianter, som gjør at en slik tilpasset versjon av atferdsaktivering og hvordan det ble gjennomført til en person med stort bistandsbehov er interessante også i et større perspektiv. Studiet er aktuell fordi den gir en viss indikasjon på at det kan være mulig å tilrettelegge atferdsaktivering for personer med særlig stor bistandsbehov og moderat psykisk utviklingshemmede.

Brukergruppen som dette studie tar for seg må anses som å ha et særlig behov for bistand som også reflekteres i at personene har flere program-, rutinebeskrivelser og prosedyrer for å tilrettelegge dagene på en god måte, og er en målgruppe der få beskrivelser av effektiv behandling av depresjon per nå eksisterer. Her var atferdsaktivering enkel i implementeringen og gikk ikke på bekostning av funksjonen på noen av de eksisterende programmene og prosedyrene. Det var kun en presisering i programbeskrivelsen til atferdsaktivering som gikk på andre tiltak og det var knyttet opp mot at manglende

gjennomføring på atferdsavtaler ikke skulle gå ut over tilbudet som kom gjennom atferdsaktivering.

I denne anvendte settingen ble atferdsaktivering benyttet av personer med lite opplæring. Det ble lagd en programbeskrivelse som var lett å forholde seg til og ga direkte innføring på hvordan den skulle anvendes. Utarbeidelsen og opplæringen ble gjennomført av en vernepleier med god kjennskap, men ingen formel opplæring på atferdsaktivering. Utførelsen ble gjennomført av en kombinasjon av miljøterapeuter og miljøarbeidere. Atferdsaktivering anvendt i kliniske situasjoner blir utøvd av terapeuter som har god kunnskap om atferdsaktivering. I denne settingen med en person med moderat psykisk utviklingshemming handlet det om å ha rammeverket som identifiserer og evaluerer hva som opprettholder de depressive symptomene og målrettet tilrettelegge for et stimulerikt miljø. Et slik tiltak må utarbeides av en person med kompetanse og være spesielt tilpasset målperson.

Endringene i kriteriene på aktiviteter underveis kan minne om et Changing Criterion Design i måten på at kriteriene gradvis ble endret, og at endringene viste at gjennomføringen ikke ble påvirket. Changing Criterion Design er bevist gjennom graden av samsvar mellom endringer i responderingen og de nye kriteriene (Cooper et al., 2020). Tiltaket ble som tidligere nevnt benyttet som et behandlende tiltak for depresjon, og det var ingen predefinerte endringer som var planlagt, endringene som ble gjort var basert på gjennomføringen av atferdsaktivering og ble evaluert kontinuerlig. Årsaken til at et AB-design ble valgt her var nettopp fordi tiltaket ble satt i gang som et behandlende tiltak, og var planlagt som et forskningsprosjekt.

Ved å benytte samhandlingstid som avhengig variabel fikk man detaljert oversikt over endringene knyttet til negativt forsterket atferd. Dette er i tråd med BATD behandlingsrasjonale som kan beskrives som en DRI-prosedyre som er inkompatibel med

depresjon (Myhre & Strømgren, 2015). Det å være i samhandling med andre er inkompatibelt med den kartlagte unngåelsesatferd som i dette tilfelle var å ligge i sengen sin.

Den største svakheten med studiet er at det ikke er noen referansepunkter på antatt depresjon, studien viser kun til signifikante endring av positiv betydning knyttet til samhandling, unngåelse atferd, atferdsavtaler og deltagelse på atferdsaktivering. Det ble også gjennomført funksjonelle analyser jevnlig for å indentifisere opprettholdende faktorer for depressive symptomer, men et referansepunkt for pre- og posttest hadde vært å foretrekke. En sterk oppfordring ved lignende studier er å benytte et kartleggingsverktøy for å kartlegge referansepunktene, som for eksempel gjennomført i studiene til Jahoda et al. (2017; 2015). Funksjonsnivået vil variere fra person til person, og det er kjent at depresjon også kan påvirke funksjonsnivået negativt. Det må tas høyde for at flere personer med psykisk utviklingshemming ikke vil klare å komme seg til behandler, og selv om de kommer seg dit så vil flere ha vanskeligheter med å beskrive livssituasjon og egen psykisk helse. I disse tilfellene må nærpersoner bidra til å hjelpe å stadfeste depressive symptomer. Det finnes flere kartleggingsverktøy som kan gi en god indikator. I studiet til Jahoda et. al Jahoda et al. (2017) benyttet de Glasgow Depresjon skjema for personer med læringsutfordringer (GDS-LD). GDS-LD er et skjema som skal fylles ut med tjenestemottaker. GDS-LD er vurdert som et skjema som viser seg å være valid, reliabelt og gjennomførbart (Hermans & Evenhuis, 2010). I situasjoner hvor målpersonen av ulike årsaker ikke klarer å fylle ut skjema med nærpersonen så kan alternativet være å benytte skjemaer som hovedsakelig fylles ut av nærpersoner. Mood and Anxiety Semi-structured Interview for Patients with Intellectual Disability (MASS) er designet for å kartlegge sinnsstemning og angst hos personer med moderat til alvorlig utviklingshemming(Charlot et al., 2007). Et annet alternativ kan være Anxiety, Depression and Mood Scale (ADAMS) som er kartleggingsskjema som tar for seg alle gradene av utviklingshemming og kartlegges av nærpersonen (Esbensen et al., 2003).

Atferdsaktivering i sin form er egentlig en intervensjon som gjennomføres over en gitt periode før man avslutter den, men i denne settingen så har man fortsatt med tiltaket. Det er flere årsaker til det, men en av punktene er at personalet har blitt gode på dette og er på boligen uavhengig om det gjennomføres eller ikke. Et annet punkt er det etiske ovenfor deltager i en anvendt setting som dette, tiltaket har etablert en vesentlig endring i positiv forstand for deltager. Tiltaket opererer post intervensjon som et forebyggende tiltak som sikrer at verdifulle og meningsfulle aktiviteter skjer i miljøet til deltager med en tett frekvens.

Sosial validitet handler om hva personer rundt syntes om tiltaket, og det er subjektivt anliggende som vil føre til målingsproblemer (Løkke et al., 2020). Formålet med tiltaket var å finne tilbake til livet hvor deltager hadde en aktiv og meningsfull hverdag. En subjektiv vurdering av tjenestemottakeres situasjon før intervensjon kan kategoriseres som i en tilstand av fornektelse av livet og en hverdag sterkt preget av atferd under negativ forsterkning, så her var det både ønskelig og hensiktsmessig å endre atferden. Knyttet til sosial validitet er det relevant å se på om tiltakets prosedyre, og om miljøendringene som skal bidra til atferdsendring er akseptable. En subjektiv vurdering av dette er at bruken av atferdsaktivering utelukkende har fokus på positiv forsterkning uten form for aversiver. Den eneste eksponeringen tjenestemottaker får hvis deltaker ikke ønsket å delta på en aktivitet var at det ble gjennomført uten deltagelse fra deltager, og at deltager blir invitert inn i aktiviteten 3 ganger. I tillegg er prosedyren kontinuerlig til evaluering og innehar avbrytelseskriterier ved fysiske tilnærminger mot personalet. Effekten av tiltaket viser til økt deltagelse på aktiviteter som anses som verdifulle og fornøylige. Deltager har en vesentlig høyere tetthet av kontakt med positiv forsterkning i dag enn før intervensjonen ble startet. En samlet evaluering er at tiltaket har vært skånsomt ovenfor tjenestemottaker med en positiv endring både i det kortsiktige – og langsiktige perspektivet.

Helt overordnet er det nødvendig å presisere at et tiltak som beskrevet over krever at grunnforutsetningene er på plass for at miljøbehandlingstiltak kan gjennomføres. Et godt utgangspunkt er å følge sjekklisten for målrettet tiltaksarbeid som er utviklet av Løkke og Salthe (Løkke & Salthe, 2012). Denne sjekklisten er i tråd med de 7 dimensjonene for anvendt atferdsanalyse av Baer, Wolf og Risley (Baer et al., 1968). De syv dimensjonene er a) anvendt eller viktig for klienten, b) atferdsorientert, c) analytisk, d) teknologisk, e) konseptuelt sammenhengende, f) effektiv og g) effektene skal være generaliserbare. Løkke og Salthe sin sjekkliste inneholder 3 deler med totalt 10 underpunkter a) observasjoner og vurdering før valg av mål og tiltak, b) mål og tiltak, c) evaluering og rapportering (Løkke & Salthe, 2012). Når man er i tråd med sjekklisten for tiltak så har man grunnforutsetningene for å gjennomføre godt omsorgsarbeid, miljøarbeid og miljøbehandlingstiltak.

Behandlingsintegritet viser til samsvar mellom prosedyre og utførelse, og er noe som kan måles med å gjennomføre observasjoner av hverandre med hjelp av en strukturert sjekkliste hvor en tjenesteyter gjennomfører program – eller prosedyrebeskrivelsen mens den andre tjenesteyteren registrerer i henhold til sjekklisten. Sjekklisten som beskriver fasiten for hvordan prosedyren gjennomføres skal også være med på å sikre også kollegaveiledning og fokus på observasjon av praksis opp mot prosedyrer. Det ble gjennomført sjekklister en gang i gitt periode hvor 79% av personalet gjennomførte og samtlige fikk 100% mestring. Det gir en antydning på at personalet gjennomført programbeskrivelsen i henhold til det som var ønsket. Sjekklisten inneholdt 7 punkter hvor forberedelser, valg av aktivitet, gjennomføring av aktivitet og registrering av aktivitet var inkludert.

Ytre validitet handler om i hvilken grad funnene fra studien har generalitet til andre settinger, atferd og deltagere (Cooper et al., 2020). Singel-case design som denne søker å se på effekten på intervensjonen for en deltager, men som Horner et al. (2005) påpeker så viser singel-case design limitert relevans i andre settinger, for andre deltagere og for annen atferd.

Resultatene fra denne studien viser kun er at det er indikasjoner på at det kan fungere med tilpasset atferdsaktivering for behandling av depresjon hos personer med moderat psykisk utviklingshemming. Man kan ikke si at studien kan generaliseres til andre personer med lignende diagnose.

Reliabiliteten i studiet er et viktig punkt å belyse da samtlige miljøpersonell på boligen registrerte deltagelse. Det var svært liten variasjon på hvordan miljøpersonalet presenterte aktivitetene, men det ble gjennomført en subjektiv vurdering om deltagelse på aktiviteten var godkjent eller ikke. En lignende studie bør benytte seg av målinger av observatørenighet for å øke reliabiliteten av målingene som er gjort. I dette studiet ble det gjennomført sjekklistor for å sikre at personalet hadde høy behandlingsintegritet, og den viste til at personalet fulgte prosedyren som tiltenkt. Manglede observatørenighet kan anses som en svakhet i studiet.

Konklusjon

Denne studien gir kun en indikasjon på at det kan være mulig å gjennomføre behandling av depresjon i en tilpasset versjon av atferdsaktivering for personer med moderat psykisk utviklingshemming. I dette singel-case studiet viste resultatene til at økt deltagelse på fornøyelige og betydningsfulle aktiviteter har hatt en signifikant effekt som har gjort deltager mer aktiv i hverdagen. Økt deltagelse på fornøyelige og betydningsfulle aktiviteter viste også til signifikant effekt opp mot økt tid sammen med andre, økt gjennomføring av atferdsavtaler og en reduksjon av unngåelsesatferd. Den største svakheten i studiet var manglende kontrollbetingelser på graden av depresjon. En annen svakhet er at dette studiet ikke er kan generaliseres til andre personer med lignende diagnose. Det er behov for mer kunnskap om effektiv behandling av depresjon hos personer med psykisk utviklingshemming, og denne studien kan ikke konkludere med annet at det er indikasjoner på at det kan være mulig å tilpasse atferdsaktivering for personer med moderat psykisk utviklingshemming. Dette illustrer et behov for nye studier som undersøker effekten av atferdsaktivering hos personer

med psykisk utviklingshemming som bruker et sterkere design for å kunne undersøke effekten videre.

Referanser

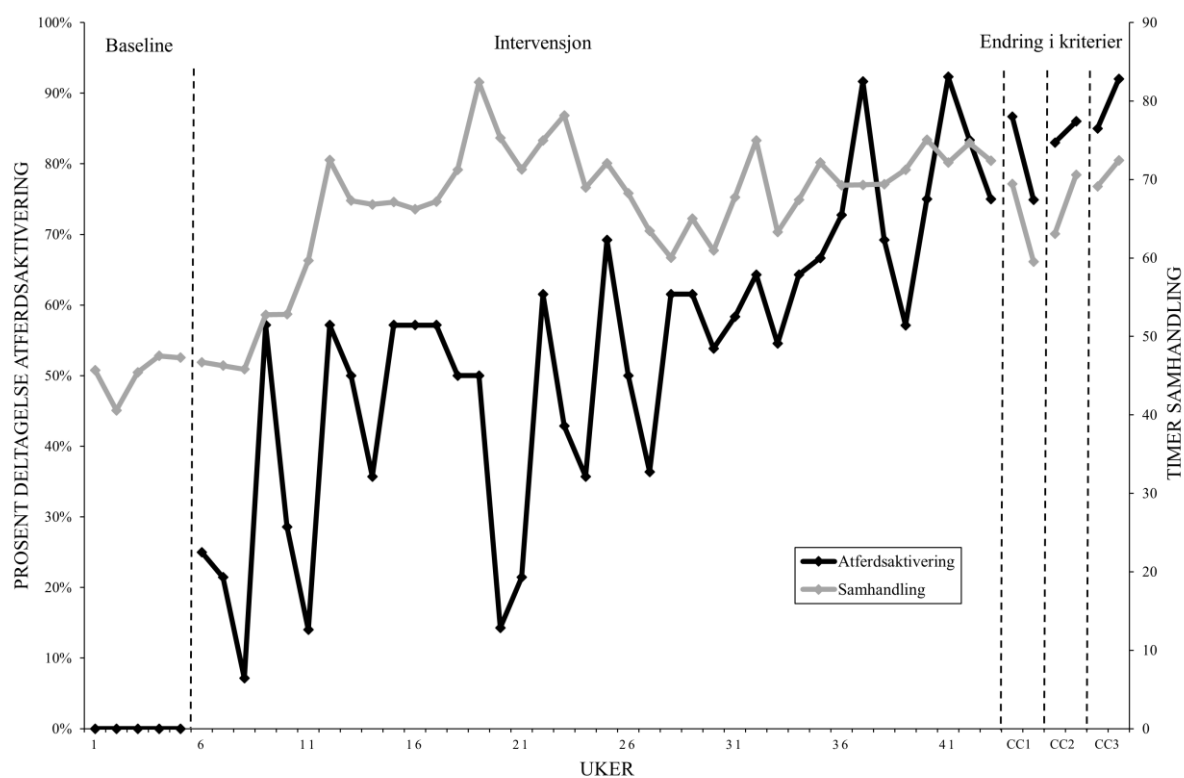
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of applied behavior analysis, Spring(1)*, 91-97.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1901/jaba.1968.1-91>
- Bal, V. H., Wilkinson, E., Glascock, V., Hastings, R. P., & Jahoda, A. (2022). Mechanisms of Change in Behavioral Activation: Adapting Depression Treatment for Autistic People. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Charlot, L., Deutsch, C., Hunt, A., Fletcher, K., & McIlvane, W. (2007, 11/01). Validation of the Mood and Anxiety Semi-structured (MASS) Interview for people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 51, 821-834. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00972.x>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied Behavior Analysis, Global Edition, 3rd Edition*. Pearson Education.
- Deb, S., Perera, B., Krysta, K., Ozer, M., Bertelli, M., Novell, R., Wieland, J., & Sappok, T. (2021). The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities. *The European Journal of Psychiatry*.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., & Gollan, J. K. (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.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2008, Jun). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*, 76(3), 468-477.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.468>
- Eaton, C., Tarver, J., Shirazi, A., Pearson, E., Walker, L., Bird, M., Oliver, C., & Waite, J. (2021). A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 65(3), 211-229.
- Esbensen, A. J., Rojahn, J., Aman, M. G., & Ruedrich, S. (2003, 2003/12/01). Reliability and Validity of an Assessment Instrument for Anxiety, Depression, and Mood Among Individuals with Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 617-629.
<https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000005999.27178.55>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications.
<https://books.google.no/books?id=a6FLF1YOqtsC>
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2010, 2010/11/01/). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in*

Developmental Disabilities, 31(6), 1109-1120.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.04.023>

- Horner, R. H., Carr, E. G., Halle, J., McGee, G., Odom, S., & Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Exceptional children*, 71(2), 165-179.
- Jahoda, A., Hastings, R., Hatton, C., Cooper, S.-A., Dagnan, D., Zhang, R., McConnachie, A., McMeekin, N., Appleton, K., Jones, R., Scott, K., Fulton, L., Knight, R., Knowles, D., Williams, C., Briggs, A., MacMahon, K., Lynn, H., Smith, I., Thomas, G., & Melville, C. (2017, 2017/12/01/). Comparison of behavioural activation with guided self-help for treatment of depression in adults with intellectual disabilities: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 909-919. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30426-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30426-1)
- Jahoda, A., Melville, C. A., Pert, C., Cooper, S. A., Lynn, H., Williams, C., & Davidson, C. (2015, Nov). A feasibility study of behavioural activation for depressive symptoms in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 59(11), 1010-1021. <https://doi.org/10.1111/jir.12175>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 30(6), 608-620.
- Knudsen, T. (2020). Depresjon. I TL Bakken (Red.). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning. Forståelse og behandling*, 2, 100-115.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011, Mar). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behav Modif*, 35(2), 111-161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Løkke, J. A., Orm, S., & Strømgren, B. (2020). Kort rapport: Måling av sosial validitet i studier publisert i Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse.
- Løkke, J. A., & Salthe, G. (2012). Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: Fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 39(1), 17-32.
- McBrien, J. (2003). Assessment and diagnosis of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 1-13.
- Myhre, M. Ø., & Strømgren, B. (2015). Atferdsanalytisk forståelse og behandling av depresjon. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 42(2).
- Ottersen, K.-O., & Bech, H. (2008). Utarbeidelse av standardiserte listerover stimuli som kan brukes til kartlegging av forsterkere hos personer med alle grader av utviklingshemning. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 35(4). <http://www.nta.atferd.no/loadfile.aspx?IdFile=427>

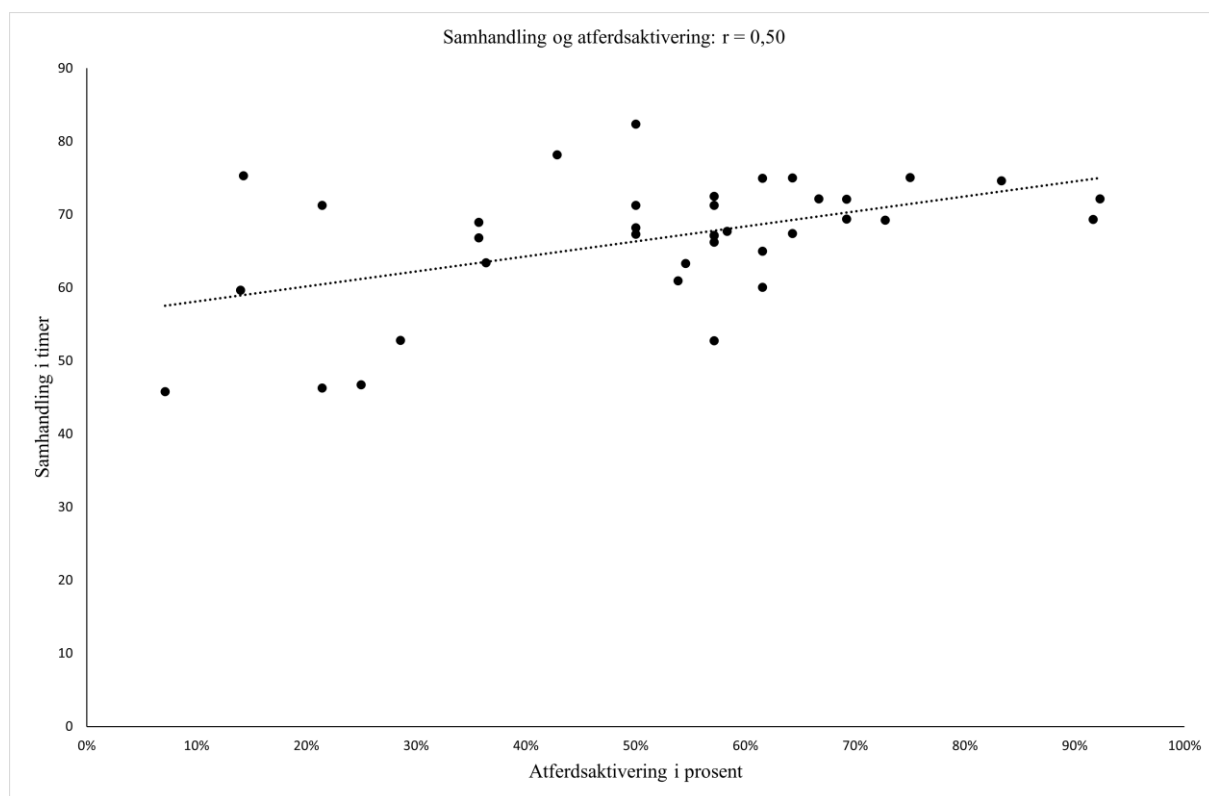
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B., Katti, B., Dimidjian, S., Araya, R., Hollon, S. D., & King, M. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *The Lancet*, *389*(10065), 176-185.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*(2), 173.
- Shadan, S., Almarzooqi, S., & Sultan, M. A. (2021). Behavioral Activation (BA) in the Management of Depression in an Adolescent with Down Syndrome in Dubai. *Case Reports in Psychiatry*, 2021.
- Vergara-Lopez, C., & Roberts, J. E. (2015). An application of behavioral activation therapy for major depressive disorder in the context of complicated grief, low social-economic status, and ethnic minority status. *Clinical case studies*, *14*(4), 247-261.

Figur 1



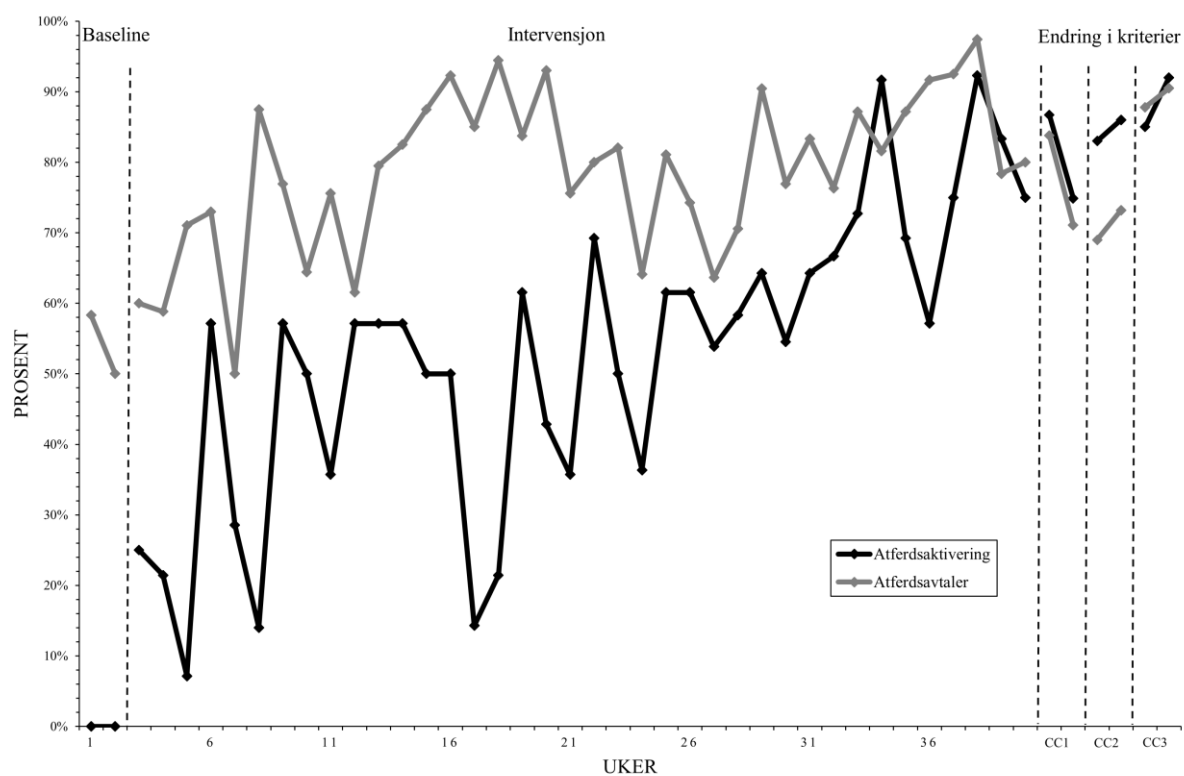
Figur 1: Y-Akse venstre side viser prosent deltagelse atferdsaktivering. Y-akse høyre side viser timer samhandling. X-Akse viser ukenummer. Atferdsaktivering vises i prosent gjennomført. Samhandling viser timer i samhandling. Datapunkt for atferdsaktivering prosent deltagelse per uke, mens datapunkt for samhandling viser timer per uke.

Figur 2



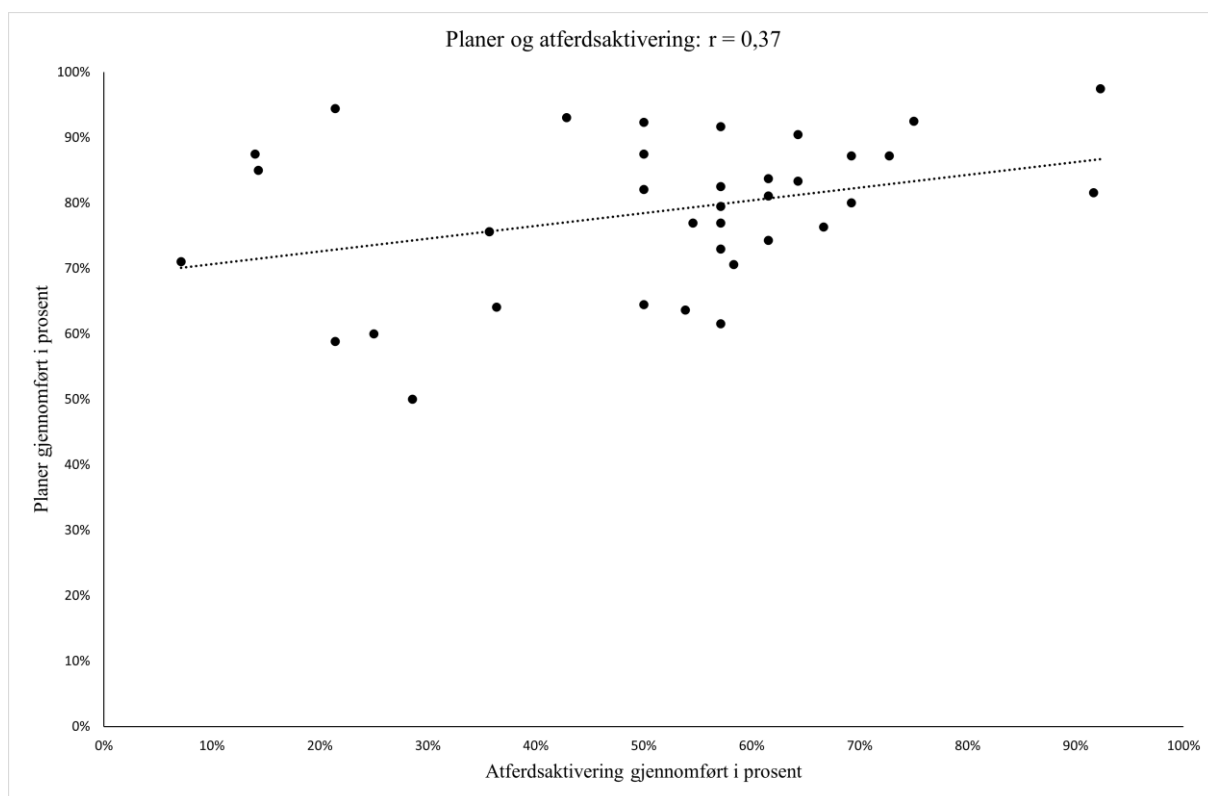
Figur 2: Y-akse er timer samhandling. X-akse er prosent gjennomført atferdsaktivering.

Figur 3



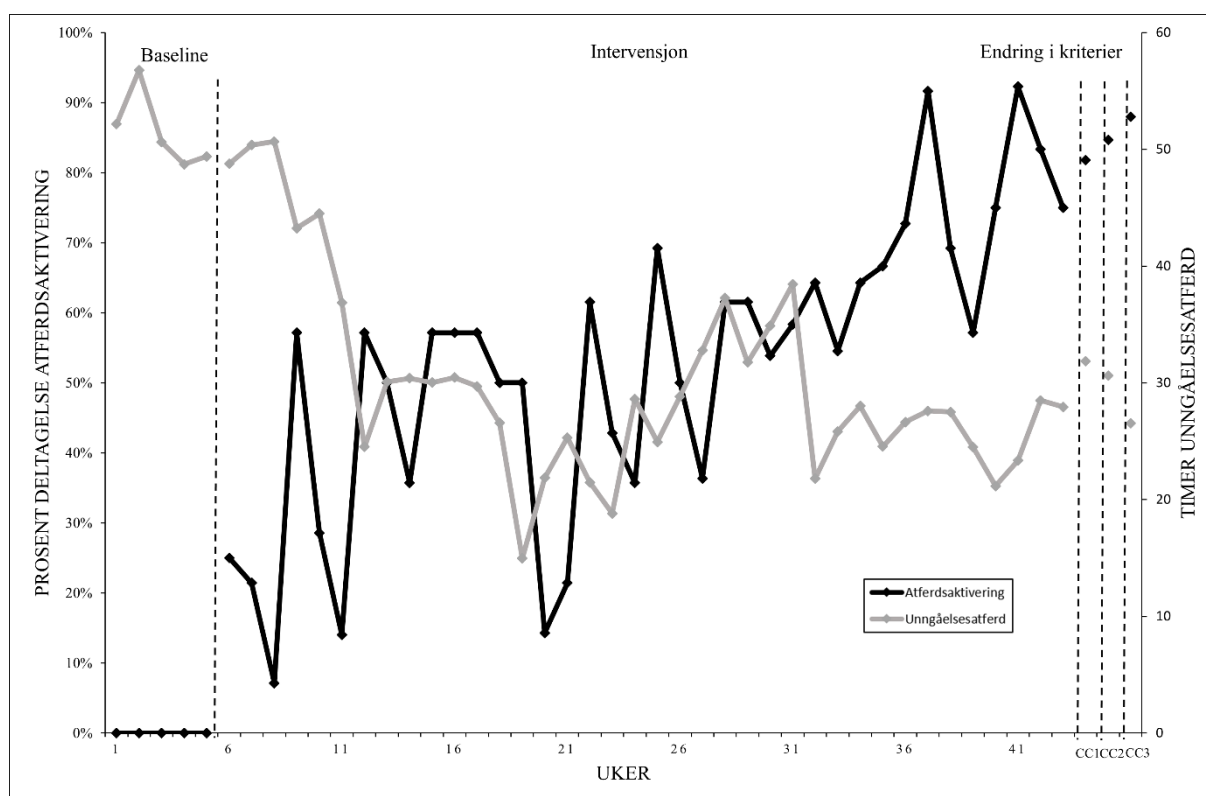
Figur 3: Y-akse viser prosent deltagelse/gjennomføring. X-akse viser ukenummer. Hvert datapunkt tilsvarer prosent deltagelse/gjennomføring per uke. Grå er atferdsavtaler og svart er atferdsaktivering.

Figur 4



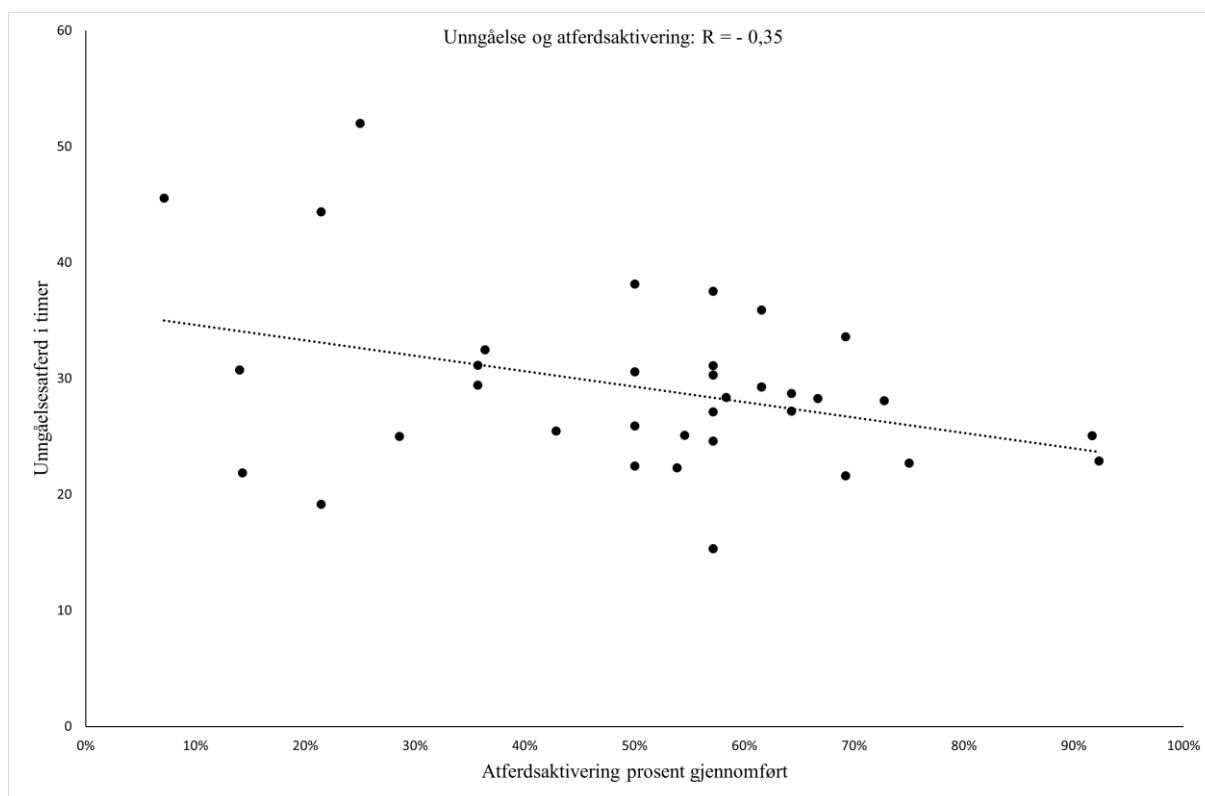
Figur 4: Y-akse er prosent gjennomførte planer. X-akse er prosent atferdsaktivering.

Figur 5



Figur 5: Y-akse venstre viser prosent deltagelse på atferdsaktivering. Y-akse høyre viser timer unngåelsesatferd. X-akse viser ukenummer. Datapunkt atferdsaktivering viser snittet av deltagelse per uke, mens datapunkt unngåelsesatferd viser timer per uke.

Figur 6



Figur 6: Y-akse er unngåelsesatferd i timer. X-akse er prosent atferdsaktivering.

Vedlegg A

Etisk refleksjonsnotat

Prosjektet ble meldt og godkjent av NSD, referansenummer 700839

Prosjekt ble meldt og vurdert ikke fremleggingspliktig av REK, referansenummer 527290

ROS-analyse er gjennomført, referansenummer 20/10901-125

Forskningsdatabasen: <https://hioa365.sharepoint.com/sites/fdb/#/project/11025>

I dette prosjektet var etiske vurderinger et tema fra første møte med veilederne mine. En av årsakene til det var at deltager i prosjektet er en person i en særlig sårbar posisjon med nedsatte evner til å ivareta sine egne behov og interesser, som derfor ble ivaretatt av verge. Det første som ble gjort var dialog og innhenting av samtykke av verge som stilte seg positiv til prosjektet. Ledelsen i organisasjonen min ble forespurt og var også positive. Det samme var PVO i organisasjonen. Det ble gjort beviste valg i henhold til personvern om å benytte et absolutt minimum av nødvendig informasjon for å presentere relevante funn fra studiet.

Forhåndsvurdering ble sendt til REK, og jeg fikk svar den 21.09.22 at prosjektet ble vurdert som ikke fremleggingspliktig. Jeg sendte også inn forhåndsvurdering til NSD. En teknisk glipp fra student gjorde at forhåndsvurderingen lå til kladd en god stund før den ble lagt til vurdering. Det gjorde at den ikke ble vurdert før den 11.11.22. Jeg kontaktet også chattjenesten på NSD sine hjemmesider for å høre om prosjektet var meldepliktig, og fikk da svar om at det ikke hørtes meldepliktig ut. Det gjorde at jeg dessverre påstartet oppgaven før endelig godkjenning var i orden. Det må nevnes at verge for deltager og organisasjonen min var kontaktet i forkant av at oppgaven var godkjent. NSD ble selvfølgelig informert om at jeg hadde startet på prosjektet for tidlig, og det er inkludert i vurderingen som ble godkjent i

januar 2023, se vedlegg b for nærmere informasjon. Data er behandlet i henhold til beskrivelsene i vurderingen fra NSD. Som et kompenserende tiltak lagde jeg et utbedret og nytt informasjonsskriv til verge for deltager som ble utarbeidet i henhold til mal fra NSD hvor verge blant annet får informasjon om formål, hvorfor deltager/verge blir spurt, hva det innebærer, deltagers personvern, hva som skjer med personopplysningene, hva som gir oss rett til å behandle opplysningene og deltagers rettigheter.

Data som er behandlet er frekvens- og intervallregistrering av atferd, herunder frekvenskartlegging av deltagelse på atferdsaktivering, gjennomføring av atferdsavtaler og intervallregistrering av samhandling og unngåelsesatferd. Data ble lagret i privat hvelv i OneDrive, som har totrinnsfaktorisering, privat passord og er skybasert, som også var etter anbefaling av PVO i organisasjonen, og som NSD nevner er lagret trygt.

Siden prosjektet ble gjennomført på arbeidsplassen min så ble ledelsen og PVO i organisasjonen kontaktet. Her fikk jeg blant annet et skriftlig samtykke som viste til at fagsystemet er utstyrt med tilgangskontroll, behandling er regulert i en databehandleravtale og behandling i datasystemet er registrert i organisasjonen artikkel 30-protokoll. Det ble også nevnt at kravene til sikkerhet i artikkel 32 er ivaretatt, samt artikkel 9 nr. 2 (a) og artikkel 9 nr3.

For å få en oversikt over risikobilde og vurdere sårbarheter ble en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) utarbeidet, ROS-analysen har referansenummer 20/10901-125. ROS-analyse er vedlegg C.

Vedlegg B

01.03.2023, 00:35

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Atferdsaktivering som behandling for en voksen person med moderat...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
700839

Vurderingstype
Standard

Dato
10.01.2023

Prosjektittel

Atferdsaktivering som behandling for en voksen person med moderat psykisk utviklingshemming.

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for atferdsvitenskap

Prosjektansvarlig

Børge Strømgren

Student

Harald Floberghagen

Prosjektperiode

01.02.2018 - 31.03.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.03.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

BAKGRUNN

På bakgrunn av meldeskjemaet forstår vi det slik at behandlingen av personopplysninger startet uten at prosjektet ble meldt til Personverntjenester. Dette begrunnes i at studenten ikke var klar over at prosjektet skulle meldes da han trodde han behandlet anonyme data, og var blitt veiledet om dette via Personverntjenester sin chattetjeneste.

Behandlingen omfatter alminnelige og særlige kategorier (helseopplysninger) av personopplysninger. Deltaker er moderat psykisk utviklingshemmet uten samtykkekompetanse og det er derfor innhentet et samtykke fra verge. Informasjonsskrivet er mangelfullt ift. kravene til informasjon i personvernforordningen. Det mangler informasjon om kontaktopplysninger til prosjektansvarlig, personvernombud, dato for prosjektslutt, deltakernes rettigheter (om retten til innsyn, sletting, retting og klage til Datatilsynet), og at en behandler personopplysninger basert på deltakers samtykke. Studenten har arbeidet ved samme sted hvor deltaker har vært bruker. Det er innsamlet opplysninger om deltakers diagnose, alder og kjønn. I tillegg er det samlet inn talldata fra et excel-skjema som viser adferdsaktivisering (intervalregistrering og frekvensregistrering) for behandling av depresjon ift. deltaker. Dette er rene tallverdier. Opplysningene er allerede innsamlet fra forskers arbeidsplass fra tidligere og forsker ønsket å benytte seg av arbeidsgiver sine data til sin oppgave. Deltaker er ikke samtykkekompetent, og det ble da gitt et samtykke fra deltakers verge om at disse opplysningene kunne benyttes i masteroppgaven.

Prosjektet ble levert REK og det ble vurdert som ikke fremleggingspliktig. Studenten var også i tidlig fase i kontakt med arbeidsgiver og arbeidsgivers personvernombud som stilte seg positiv til opplegget, men at visse krav da måtte være på plass. Det ble aldri tatt noe mer kontakt med arbeidsgiver ift. en nærmere vurdering av prosjektet. Grunnen var at studenten trodde han kun ville komme til å behandle anonyme data. Studenten var ikke klar over at anonymiseringsjobben i seg selv var en behandling av personopplysninger.

Personverntjenester vurderer at følgende brudd på personvernforordningen har forekommet:

01.03.2023, 00:35

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

- Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er i gang uten at prosjektet ble meldt til Personverntjenester eller annen instans. Dette innebærer et brudd på rådføringsplikten (personopplysningsloven §§ 9 og 11) og prinsippet om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5 a).
- Deltaker ved verge fikk mangelfull informasjon i forkant av datainnsamlingen. Dette innebærer et brudd på Informasjonsplikten art. 13 som beskriver krav til den informasjonen som skal gis ved innsamling av personopplysninger fra den registrerte.

Etter dialog med innmelder er det avklart at avvikene kan begrenses gjennom følgende tiltak:

Som kompensierende tiltak vil det i ettertid bli sendt ut nytt informasjonsskriv til deltaker/verge hvor det innhentes nytt informert samtykke. Opplysningene som ellers er innhentet om deltaker er allerede anonymisert.

Personverntjenester vurderer avviket til å ha relativt lav personvernulempe. Innhentingen av personopplysninger har skjedd for kort tid siden, og prosjektperioden er også kort. Dataene ble lagret hos arbeidsgiver som uansett har disse opplysningene, og vi anser derfor at opplysningene er lagret trygt. Personopplysningene som er innhentet gjelder kun en deltaker, og opplysningene er nå anonymisert. Avviket innebærer ikke brudd på personopplysningsikkerheten og er etter Personverntjenester sin vurdering ikke av en slik art at Datatilsynet må varsles.

INSTITUSJONENS ANSVAR

Vi minner om at det er behandlingsansvarlig institusjon (OsloMet) som er ansvarlig for at behandling av personopplysninger foregår i samsvar med personvernregelverket. Institusjonen er ansvarlig for å sikre korrekt kunnskapsoverføring til sine studenter og ansatte. Dersom institusjonen har behov for ytterligere opplæring om personvern i forskning, er vi tilgjengelig for å gi veiledning.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger

VURDERING BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler opplysninger om sårbare registrerte og særlige kategorier. Vanligvis krever dette en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA.

Dette fordi:

- forskningsdeltaker får informasjon
- forskningsdeltaker samtykker
- rekrutteringen sikrer reell frivillighet
- det behandles få opplysninger
- få personer har tilgang
- personopplysninger anonymiseres fortløpende
- varigheten av behandlingen er kort

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

