

FYSIOTERAPETUERS ERFARINGER MED ELDRE DEPRIMERTE OG BRUK AV FYSISK AKTIVITET

Anne Margrethe Ulleberg

Veileder

Berit Johannessen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for helse-og idrettsvitenskap

Institutt for sykepleievitenskap

FORORD

Denne studien er gjennomført ved Universitetet i Agder som en del av en mastergradutdannelsen Master i Helsefag med fordypning i Alderdom og Helse. Studien har blitt gjort på deltid, bortsett fra selve mastergradprosjektet, som er gjennomført på fulltid. Jeg har arbeidet fulltid som fysioterapeut ved Sørlandets sykehus i Kristiansand. Jeg har vært så heldig at arbeidsgiver har støttet meg økonomisk og med permisjon til deltakelse i forelesninger og en måneds studiepermisjon til å skrive masteroppgaven. Det har vært en lang prosess siden oppstart av studiet, og til tider veldig hektisk, men dog så lærerikt.

Mange har bidratt med støtte og hjelp i arbeidet med å gjennomføre denne studien. En spesiell takk til:

Informantene i studien som var villige til å gi av sin tid og erfaring. Det ville ikke blitt noen oppgave uten dem.

Førsteamanuensis Berit Johannessen for all veiledning, hjelp og «pushing». Du har vært oppmuntrende og støttende under hele prosessen. Du er helt fantastisk.

Fellesavdelingen ved Sørlandets sykehus for tilrettelegging og støtte.

Kollegaene ved Alderspsykiatrisk poliklinikk ved Sørlandets sykehus for støtte og oppmuntring under hele prosessen.

Medstudent Helene Hald for god samarbeid og hjelp gjennom hele studietiden.

Ektefelle Didrik og søster Frida for støtte.

TUSEN TAKK!

[Skriv inn tekst]

Sammendrag

Denne artikkelen bygger på en studie av fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte og bruk av fysisk aktivitet. Depresjon hos eldre er en vanlig tilstand, og den anslåes til å bli den nest viktigste årsaken til helsesvikt fram mot 2020. Fysisk aktivitet har ifølge litteraturen en positiv effekt på depresjon hos eldre. Studiet ønsket å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av eldre pasienter over 65 år som har diagnosen depresjon. Data ble samlet ved hjelp av kvalitative forskningsintervju av 5 fysioterapeuter. Viktig funn i denne studien var at fysioterapeutene opplevde at ingen pasienter ble henvist til dem på grunnlag av depresjon og at eldre med depresjon trenger en noe annen tilnærming til fysisk aktivitet enn andre pasientgrupper.

This article is based upon a study of the experiences of physiotherapists working with elderly depressed patients and the use of physical activity. Depression in the elderly is a common condition, and it is estimated to be the second most common cause of failing health towards 2020. According to literature physical activity has a positive effect on depression in the elderly. The aim of this study was to investigate the experiences of physiotherapist`s in the treatment of elderly depressed patients over 65 years of age. Data was collected by qualitative research interviews of 5 physiotherapists. Important findings of this study were that the physiotherapists experienced that they did not get any referrals to treatment solely due to depression, and that they needed a different approach to physical activity compared to other patient groups.

Nøkkelord; Eldre deprimerte pasienter, fysioterapeuters erfaringer, fysisk aktivitet.

[Skriv inn tekst]

[Skriv inn tekst]

Innhold

1. SAMMENBINDING	2
1.1 Bakgrunn	2
1.1 Hensikt	3
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning	3
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	3
2.1 Fysisk aktivitet og aldringsprosessen	3
2.2 Fysisk aktivitet og påvirkning på depresjon.....	4
3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG AKTUELL LITTERATUR	4
3.1 Eldre deprimerte pasienter	5
3.2 Eldre og betydningen av fysisk aktivitet	6
3.3 Fysisk aktivitet og påvirkning på depresjon.....	7
3.4 Inaktivitet hos eldre	7
3.5 Fysioterapeutiske retningslinjer og anbefalinger	8
4.0 DESIGN OG METODE.....	10
4.1 Design.....	10
4.2 Datasamling.....	11
4.3 Utvalg og utvalgsprosess.....	11
4.4 Gjennomføring av datasamling	13
4.5 Forskerens forforståelse og rolle	15
4.6 Analyse av data	16
4.7 Ethiske overveielser	17
4.8 Troverdighet, gyldighet og pålitelighet.....	19
REFERANSELISTE	21

1. SAMMENBINDING

Denne sammenbindingen er som del til artikkelbasert masteroppgave. Artikkelen ligger sist i denne oppgaven. I denne sammenbindingen vil det først bli gitt en introduksjon for bakgrunn for mastergradprosjektet. Deretter vil den teoretiske referanserammen bli belyst, etterfulgt av tidligere forskning og aktuell litteratur. Metodekapittel kommer etter dette, og dette kapitlet vil belyse design, utvalg, analyse, etikk og troverdighet og gyldighet.

1.1 Bakgrunn

Mitt daglige virke er som fysioterapeut i alderspsykiatrisk poliklinikk ved Sørlandets sykehus i Kristiansand. Jeg har arbeidet her siden 2001. Mange av de oppgavene jeg har er knyttet til eldre personer som har depresjon. Jeg opplever at disse personene faller litt mellom to stoler i systemet, og jeg ønsket og utforske dette området nærmere.

Det jeg opplever er at eldre med depresjon isolerer seg i hjemmet. De blir inaktive og får mindre og mindre sosialt nettverk. Dette blir igjen en negativ spiral som det er vanskelig å komme ut av. En av mine arbeidsoppgaver er å finne riktige tiltak for å få disse personene mere aktive, da både fysisk og sosialt. Motivasjon er en viktig del av denne prosessen. De trenger i tillegg mye oppfølging for å bryte ut av deres inaktive og usosiale mønster.

Demografisk anslår Statistisk Sentralbyrå at antallet eldre mennesker over 67 år vil øke med det dobbelte fra 2000 til 2050. Antall eldre over 80 år anslås til å øke fra 190 000 i 2000 til opp mot 350 000 i 2030 (St.meld. 29 (2012-2013)) Vi vet at vi står ovenfor store utfordringer i forhold til denne økningen i helsevesenet.

Depresjon er vanlig hos eldre mennesker. Det anslås at mellom 60000-70000 eldre personer lider av alvorlig depresjon i Norge i dag (Kristiansen og Engedal 2013). Kari Kvaal (2009) påstår at psykiske lidelser i alderdommen er en av våre største helseutfordringer.

1.1 Hensikt

I mitt masterprosjekt ønsker jeg å undersøke erfaringer fysioterapeuter har i forhold til behandling og oppfølging av eldre pasienter over 65 år som har diagnosen depresjon.

Hovedmålet med studien er å forsøke å få innsikt i hva fysioterapeuter gjør i kontakt og i behandling med eldre pasienter med depresjon, og at funnene kan bidra til å forbedre fysioterapeuters praksis innenfor dette fagområdet.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen er todelt for å undersøke erfaringene fysioterapeuter har til pasientgruppen på flere områder.

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med den eldre deprimerte pasient?

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte?

1.3 Avgrensning

Det er dokumentert sammenheng mellom depresjon og demens hos eldre mennesker (Kvaal 2009, Engedal 2009), men jeg velger i denne oppgaven og ikke å gå inn i denne problematikken. Og jeg ønsker å se på den eldre befolkningsgruppen fra 65 år og oppover.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Fysioterapeuter arbeider med teorier rundt fysisk aktivitet, fysiologien bak, og teorier om effekten av behandlingen. I dette kapittelet vil jeg belyse teorien bak fysisk aktivitet hos eldre og påvirkningen fysisk aktivitet har på depresjon.

2.1 Fysisk aktivitet og aldringsprosessen

Fysisk aktivitet defineres slik «all kroppslig initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket» (Bahr 2008). Effekten av fysisk aktivitet og trening er avhengig av intensitet, varighet og frekvens for å gi helsegevinster. Dette skjer i et dose-respons-forhold (Langhammer 2012). Fysisk aktivitet gir helsegevinster og denne gevinsten er lik uansett alder (Langhammer 2012). Ved fysisk aktivitet skjer det mange ulike prosesser i

kroppen. Noen av disse er at pulsen øker sammen med hjertets minuttvolum, blodtykket og kroppstemperatur øker, og utskillelsen av hormoner som adrenalin, veksthormon og kortisol øker (Bahr 2008). På grunn av aldringsprosessen som skjer i kroppen, så skjer det en del fysiologiske forandringer i kroppen. Den maksimale evnen til oksygenopptak blir redusert, noe som igjen påvirker kroppens arbeidskapasitet. I tillegg til dette skjer det også tap av muskelmasse, som igjen fører til redusert muskelstyrke, muskelkoordinasjon og balanse. I det sentrale og perifere nervesystemet skjer det også degenerative forandringer, ved reduksjon i antall motoriske enheter. Balansen, reaksjonstiden og leddbevegelighet blir også redusert naturlig gjennom aldringsprosessen (Lohne-Seiler 2012).

2.2 Fysisk aktivitet og påvirkning på depresjon

Diagnostisk regnes depresjon til gruppen av psykiske lidelser og betegnes som en affektivlidelse (stemningslidelse). For å få diagnosen depresjon må pasientens symptomer ha gitt han eller hun en endring fra tidligere funksjonsnivå. Symptomene på depresjon kan blant annet være; nedstemthet, redusert interesse, vektreduksjon/vektøkning, nedsatt eller økt appetitt, søvnforstyrrelser, mangel på energi og følelse av verdiløshet eller uberettiget skyldfølelse (Bahr 2008). Fysisk aktivitet har en dokumentert positiv effekt på depresjon (Bahr 2008). En tilnærming der fysisk aktivitet brukes som behandling er best i kombinasjon med medikamentell behandling og samtaleterapi (Cooney et al. 2013). Fysisk aktivitet blir også brukt for å minske faren for å få depresjon og den brukes preventivt, for å hindre tilbakefall hos pasienten som har hatt depresjon (Bahr 2008).

3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG AKTUELL LITTERATUR

Ved prosjektets oppstart og gjennom hele prosessen har det blitt gjort referansesøk. Det har blitt gjort søk i databasene gjennom søkemotoren Oria. Det er også blitt gjort søk på PEDro, som er en internasjonal fysioterapi database. Det er også blitt gjort søk på Google og Google Scholar. Stikkordene som er brukt i søkene er *eldre og depresjon og fysisk aktivitet, eldre og depresjon og fysioterapi, elderly and depression and physical activity, elderly and depression and physiotherapy og elderly psychiatry.*

3.1 Eldre deprimerte pasienter

Blant eldre mennesker er psykiske lidelser vanlig, og de vanligste lidelsene er depresjon, angst og demens. Mellom 150 000-170 000 mennesker over 70 år er blitt diagnostisert med en av disse tilstandene. 40 % av disse har fått diagnosen alvorlig depressiv lidelse (Kristiansen og Engedal 2013). Det har blitt beskrevet at opptil 15 % av den eldre befolkningen har symptomer på depresjon (Bahr 2008). I rapporten Eldre i Norge; Forekomst av psykiske plager og lidelser, utgitt av folkehelseinstituttet, blir det sagt at 4-8 % av eldre over 65 år lider av alvorlig depresjon. Rapporten sier videre at 25-35 % av den eldre befolkning har depressive plager (Langballe og Evensen 2011). Kari Kvaal (2009) påstår at psykiske lidelser i eldre år er en av tidenes største utfordringer i forhold til helse og økonomi. Moksnes (2007) anslår at depresjon vil være den nest viktigste årsaken for helsesvikt, etterfulgt av hjertelidelser, i verden fram mot 2020. Depresjon vil finne sted hos en av fem pasienter med hjerte-og karsykdommer. Hos en av fem pasienter med hjerneslag vil alvorlig depresjon være tilstede, mens en av fire av disse vil få en mild depresjon. Ved Parkinsons sykdom utvikler en av to depresjon (Moksnes 2007).

Årsakene til depresjon hos eldre er mangfoldige, da eldre er fysisk og psykisk mer sårbare enn yngre mennesker. Det kan være arvelig belastning, isolasjon, vonde opplevelser fra tidligere og redsel for sykdom og død. De biologiske endringene og de vaskulære forandringene som skjer i hjernen ved aldring gir også økt risiko for å utvikle sykdommen (Moksnes 2007). Depresjon kan utløses blant annet ved tap. Tap av nære personer, av selvstendighet og av funksjoner er noen av de tapene som oppleves hos den eldre generasjon. Fysiske sykdommer kan også trigge depresjon (Moksnes 2007).

Symptomer som kan sees hos personer med depresjon er; Nedsatt stemningsleie, mimikkfattig ansikt, økt latenstid, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, nedsatt selvtillit, treg mage, nedsatt appetitt, fysisk/psykisk/sosial passivitet, problemer med søvn og pessimistisk syn på framtiden (Kvaal 2009, Moksnes 2007 og Laake 2008).

I 2013 ble det publisert en norsk studie av Holm og Sevrinsson som undersøkte teamarbeid og kommunikasjon i forbindelse med når eldre deprimerte pasienter blir skrevet ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Dette studiet var en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer av fagpersoner; sykepleiere og fysioterapeut, som arbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. 6 personer deltok i det første intervjuet og 4 personer deltok i det andre intervjuet. Konklusjonen av studien var at det svikter i kommunikasjonen mellom de to

tjenestnivåene, og det er fare for at pasientene kan forsvinne i systemet. Studien gav anbefalinger for praksis. Disse anbefalingene var viktigheten av en team leder for pasienten i kommunen og at det bør gis bedre informasjon ved utskrivelse fra sykehuset. Et av funnene i dette studiet var at eldre med depresjon ikke er dem som frivillig oppsøker aktiviteter. Det ble også sagt at disse pasientene er avhengig av transport, bli hentet og kjørt for å være med på noen aktiviteter.

3.2 Eldre og betydningen av fysisk aktivitet

Vi vet at fysisk aktivitet hos den eldre befolkning gir positive helsegevinster i form av høyere aktivitetsnivå og økt selvstendighet (Bahr 2008). Hjort (2010) påstår at inaktivitet er den aller største risikofaktor for den eldre befolkning. Det vi vet lite om, er hvilke type fysisk aktivitet som er mest effektiv for psykiske lidelse og dosering av denne treningen (Bahr 2008). I tillegg vet vi også lite om hva som hindrer pasienter med psykiske lidelser i å delta i fysiske aktiviteter (Strohle 2009).

Sylliaas (2012) gjorde en studie i Oslo der hun undersøkte effekten styrketrening hos eldre med hoftebrudd, der konklusjonen var at styrke, balanse og den generelle fysiske funksjon ble forbedret ved fysisk aktivitet.

Taraldsen (2010) gjennomførte en studie der hun undersøkte effekten av gruppetrening hos en gruppe eldre mennesker. Konklusjonen hennes var at gruppetrening 0,7 ganger i uken var for sjelden til å ha effekt på fysisk funksjon. Hennes anbefaling er å kombinere gruppetrening med hjemmetrening eller annen fysisk aktivitetstiltak.

I en annen studie ble det konstatert at eldre mennesker tolererer et progressivt styrketrenings program over lengre tid (Sherk et al.2012). Maksimal styrketrening for eldre ble undersøkt av Østerås et al. (2001) hvor de fant liknende resultat. Maksimal styrketrening i standardiserte apparater kan gi økt maksimal styrke hos eldre.

3.3 Fysisk aktivitet og påvirkning på depresjon

Bahr (2008) påstår at det er positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og depresjon, men at det finnes få studier som støtter dette. Det er behov for videre forskning i form av kontrollerte studier for klarere å kartlegge sammenhengen mellom fysisk aktivitet og depresjon hos eldre.

Helbostad et al. (2005) konkluderte i deres studie at det var positiv effekt av hjemmetreningsøvelser utført to ganger om dagen på fysisk funksjon, og at trening utenfor hjemmet gav bedre helserelatert livskvalitet. Helserelatert livskvalitet i dette studiet ble definert som helsens påvirkning på funksjonsevne eller det fysiske og mentale velvære.

Liknende funn er gjort av Barcelos-Ferreira et al. (2013). De fant i deres studie av en eldre befolkningspopulasjon at fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter hadde en positiv effekt på depresjon.

Stessman et al. (2009) fant i sin studie at det var til stor fordel for eldre personer fra 70-88 år å starte opp og å gjennomføre fysisk aktivitet, og at dette hadde sammenheng med bedre overlevelse og funksjon. De konkluderte med at fysisk aktivitet hos de eldste eldre var positiv.

I en studie av Mather et al. (2002) ble det funnet at fysisk aktivitet gav en moderat bedring av depressive symptomer etter 10 uker. De anbefaler oppstart av fysisk aktivitet i form av gruppetreninger for pasienter med behandlingsresistent depresjon.

The Cochrane Library utgav nylig en gjennomgang av effekten av trening på depresjon. Dette var en metaanalyse av forskning fram til nå på dette feltet. I denne metaanalysen var også eldre inkludert i flere av studiene som ble gjennomgått. Det ble konkludert med at moderat trening kan ha en moderat effekt på depresjon. I tillegg konkluderte studien med at trening kan være like effektivt som psykoterapi og tradisjonell medisinsk behandling. Studien kunne ikke gi noen anbefaling på type, intensiteten, varigheten og frekvensen på treningen (Cooney et al. 2013).

3.4 Inaktivitet hos eldre

Hjort (2000 og 2010) har vært en framtrødende talsmann i forhold til aktivitet/inaktivitet hos eldre. Han har sagt at inaktivitet er den største risikofaktor i alderdommen. Han viser til aktivitetens tre sider; kroppen, sinnet og det sosiale livet. Han påstår at fysisk aktivitet gir

positiv effekt på depresjon, selvbilde, selvtillit og evnen til å mestre motgang. Han viser også til at fysisk aktivitet motvirker hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes, osteoporose, brudd, demens og fall.

Fysisk inaktivitet er dokumentert i over 50 % av den voksne befolkningsgruppen (Kirchhoff 2006)

Kirchhoff (2006) brukte Hjorts teorier når han studerte de eldres aktivitetsnivå. Han fant at de fleste eldre har en lavt aktivitetsnivå som ikke samsvarer med rådene gitt av Helsedirektoratet om 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Han fant også at det som hindret de eldre i å være fysisk aktive var redsel for å gå ut alene og å skade seg.

I et kvalitativt studie av Costello et al. (2011) ble det gjennom fokusgruppe intervju av eldre personer funnet at eldre inaktive mennesker ser på dem selv som fysisk aktive. De så på sosial aktivitet som fysisk aktivitet. Det som hindret dem i å delta i organisert fysisk aktivitet var redsel for å hindre andre deltakere, samt at fasilitetene virket skremmende på dem. De eldre ønsket at treningen skulle være nyttig og morsom.

3.5 Fysioterapeutiske retningslinjer og anbefalinger

Bahr (2008) gir retningslinjer i aktivitetshåndboken til helsepersonell i forhold til behandling av eldre mennesker og da inkludert eldre med depresjon. Disse retningslinjene understreker at eldre er en veldig ulikt sammensatt gruppe og at individuelle tilpassede treningsprogrammer anbefales. Anbefalingene er kondisjonstrening, som f.eks.; gå, sykle eller svømme, i 20 minutter, minst 2-3 ganger i uken. Styrketrening anbefales 1 til 2 ganger i uken.

Retningslinjene gir råd om at aktivitetene bør være lystbetonte. Det understrekes også at det sosiale miljøet (lokaliteter og andre deltakere) er av stor betydning.

Jeg har funnet kvalitative studier som har sett på fysioterapeuters rolle i forbindelse med eldre og fysisk aktivitet. Randi Granbo (2005) ønsket i sin studie å undersøke kommunefysioterapeuters praksis og kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med fallproblemer. Metoden hun brukte var fokusgruppe diskusjon. Resultatene av dette studiet viste at kommunefysioterapeuter var mer opptatt av funksjon enn spesifikk kartlegging av kroppsstruktur og funksjon. De intervjuete fysioterapeutene opplevde at rammebetingelser styrte praksis og at det var ønske om en mer enhetlig tilnærming i arbeidet med eldre.

I et annet kvalitativ studie gjort av Healey et al. (2012) var formålet å undersøke om fysioterapeuter fokuserte på helsefremmende tiltak i deres kontakt med eldre mennesker (over 65 år). Dette ble undersøkt gjennom 3 fokusgruppe intervju. Resultatene av denne undersøkelsen viste at fysioterapeuter så på helsefremmende tiltak som del av deres praksis, og at de følte seg trygge i deres kompetanse til å formidle slike tiltak. Det kom også fram at fysioterapeutene følte at det å gi råd om helsefremmende tiltak hadde best innflytelse og virkning hvis den eldre pasienten kjente terapeuten og at de var i en en-til-en setting.

Thomas (2014) gir råd og anbefalinger til hvordan fysioterapeuter kan motivere eldre pasienter i langsiktig behandling. Han beskriver at motivasjon til eldre for å delta i trening og aktivitet blir redusert på grunn av smerter, depresjon, angst, fatigue og kognitiv reduksjon. Thomas påstår at positiv resultat av trening er mulig ved at pasienten blir involvert. Han beskriver at eldre ofte takker nei til aktivitet på grunn av lite energi, risiko, frustrasjon og følelsen av uverdighet og skam ved feil utførelse av aktiviteten. Når pasienten gir opp, er det også lett for fysioterapeuten å avslutte behandlingen for tidlig i rehabiliteringen. Artikkelen av Thomas beskriver flere tiltak som fysioterapeuter kan benytte seg av for å motivere pasienter til å delta i aktivitet og trening. Den første anbefalingen han gir er å samtale og lytte til pasientene. Den andre anbefalingen er viktigheten av en god allianse mellom fysioterapeut og pasient. Dette avhenger mye av personlighet og i måten fysioterapeuten møter pasienten på. Den fjerde tipset er anerkjennelse, respekt og bekreftelse. Å gi pasienten muligheten til alternative målsettinger og aktiviteter er den femte anbefalingen. Dette gir pasienten en følelse av kontroll og mestring av situasjonen. Den sjette tipset for å oppnå økt motivasjon er å gi positive tilbakemeldinger til pasienten. Gruppebehandling anbefales for å fremme sosial interaksjon som blant annet vil gi bedre selvtillit og gi føles av mindre isolasjon og ensomhet. Det siste tipset som gis er viktighet av tverrfaglig samarbeid. Det å arbeide mot samme målsetting i et team og med de pårørende vil hjelpe pasienten med motivasjonen.

I en studie av Baker et al. (2001) ble både fysioterapeuter og eldre pasienter spurt om deltakelse i fysioterapi mål-setting. Det kom fram at fysioterapeutene ikke var så flinke som de trodde til å inkludere de eldre pasientene i sette mål for behandlingen. De eldre pasientene sa at de ønsket å bli inkludert i målsettingen for fysioterapibehandlingen.

4.0 DESIGN OG METODE

Dette kapitlet vil belyse designen og metoden som er blitt brukt i denne masterstudien. Design (og datasamling), utvalg og utvalgsprosesser, forberedelser og gjennomføring av datasamling, forskerens rolle, etiske overveielser og troverdighet og gyldighet vil bli beskrevet under.

4.1 Design

Hensikten med dette masterprosjektet er å få tak i erfaringene fysioterapeuter har i forhold til eldre deprimerte pasienter og den eldre deprimerte pasienten. Kvalitative metoder blir brukt for å få innsikt i blant annet tanker, opplevelser, erfaringer og holdninger. Ved å få en slik innsikt vil det igjen gjør oss bedre rustet til å forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud 2013). Metoden ble valgt på grunnlag av problemstillingen, og metoden valgt var kvalitativ dybdeintervju. En slik metode har som mål å forstå intervjupersonenes verden, og få fram deres erfaringer og opplevelser. Et forskningsintervju har også som formål å produsere kunnskap. Et slikt intervju har et bestemt formål og struktur, der samtalen mellom forsker og informant er basert på hverdagslig samtale, men med et profesjonelt og faglig fokus. I denne samtalen utveksles det synspunkter og kunnskap blir konstruert (Kvale og Brinkmann 2012).

Jeg har valgt å lage en kvalitativ studie med fortolkende (hermeneutisk) fenomenologisk tilnærmingstradisjon. Fenomenologi er teorier om menneskelig erfaring og hermeneutikk er fortolkning (Malterud 2013). Fortolkende fenomenologisk tilnærming brukes ofte innenfor fagområder og forskning som undersøker individers egne erfaringer innen for deres egne referanseområder. Tolkning av individers meninger og erfaringer står i sentrum ved en slik tilnærming (Polit and Beck 2010, Malterud 2013).

Ved å bruke en slik fortolkende fenomenologisk tilnærming er det viktig at tidligere forskning belyses og at forfatter definerer hvor han/hun står i forhold til teori. Forforståelsen må gjøre redegørelse for. Fortolkning av data skjer i en hermeneutisk eller sirkulær prosess, der fokuset til forskeren skifter mellom forforståelse/forståelse og fortolkning (Polit and Beck 2010).

4.2 Datasamling

Datasamlingen i studien bestod av dybdeintervju av fysioterapeuter. Intervjuene var semistrukturerte. Det ble laget en intervjuguide på forhånd, som bestod av 8 åpne spørsmål og underspørsmål. Intervjuguiden (vedlegg 1) fungerte som retningslinje under intervjuene. Under selve intervjuene ble det også stilt tilleggsspørsmål ut i fra hva innholdet i intervjusamtalen med den enkelte informant. I begynnelsen av oppgaven var det viktig å finne riktig problemstilling og metode til temaet som var valgt. Det å lage en semi-strukturert intervjuguide som hadde som mål å få tak i mest mulig relevant informasjon i forhold til problemstilling var en utfordring. I en arbeidssituasjon er student vant til å spørre korte, konsise spørsmål. I denne oppgaven var meningen å få tak i så mye informasjon som mulig uten å legge for mange føringer for dette. Det gikk mange runder til å lage spørsmål i sammen med veileder. Det viser seg i ettertid at jeg har spørsmål i intervjuguiden som ikke har vært relevant for oppgavens problemstilling. Det siste spørsmålet om hva informantene tenker om framtiden for den aktuelle pasientgruppen, viste seg i ettertid at ikke hadde noe relevans for å svare på problemstilling i det hele tatt. Et annet spørsmål som ble stilt var om hva informantene mente om uttalelsen om at inaktivitet er sagt er den største helserisiko for den eldre del av befolkningen. I ettertid kan jeg se at dette spørsmålet er veldig ledende (Kvale og Brinkman 2012). Spørsmål om inaktivitet kunne blitt stilt annerledes. Inaktivitet burde kanskje ikke blitt tatt med i oppgaven hvis ingen av informantene hadde nevnt det automatisk uten å bli stilt spørsmål om det. Men min forforståelse innenfor fagfeltet fikk meg til å tenke at dette var veldig aktuelt tema. Da alle intervjuene er blitt transkribert og analysert, kan jeg i ettertid se at det kunne blitt stilt andre spørsmål, eller stilt spørsmålene på en annen måte. De spørsmålene som ble stilt, var nok litt for korte og konsise til at dette gav store datamengder til datasamlingen og analysen. Hvis det hadde blitt gjennomført et pilotstudie med ett eller to pilot intervjuer før selve studiet startet, så hadde kanskje dette vært unngått og datasamlingen hadde blitt større og mer innholdsrik (Polit og Beck 2010). Dette var absolutt en god læringsprosess.

4.3 Utvalg og utvalgsprosess

Hovedformål med en utvelgelse til en studie, som i dette tilfellet er dybdeintervjuer, er å framskaffe så mye informasjon om temaet som mulig fra færrest mulig deltakere. Antall

informanter er avhengig av forskningsspørsmålet, kvaliteten på dataen som framskaffes underveis i studiet og hva slags studie som gjennomføres. Det anbefales rundt 8-10 intervjuobjekter (Polit and Beck 2010). Det er veldig viktig å beskrive utvalget av studien slik at det skal være lettere å overføre til andre kontekster og at studien lar seg re-teste (Polit og Beck 2010 og Malterud 2013). Det ble bestemt å gjøre et strategisk utvalg for å rekruttere informanter som hadde best mulighet og kunnskap til å belyse problemstillingen (Malterud 2013). Når det skal foretas et strategisk utvalg er det viktig å kjenne til fagfeltet og den teoretiske for å rekruttere relevante kilder (Malterud 2013). Jeg kjenner til hvordan fysioterapi tjenesten er organisert i kommunene, og kunne derfor bruke dette som en fordel i den strategiske utvelgelsen.

Til denne oppgaven mestret jeg kun å rekruttere 5 fysioterapeuter via strategisk utvelgelse og bekvemmelighetsutvalg. For å få ta i informanter ble det laget inklusjons-og eksklusjonskriterier (Polit and Beck 2010). Inklusjonskriteriet var fysioterapeuter som er i en, eller har vært i en behandlingssituasjon med eldre pasienter med depresjon. Eksklusjonskriteriet var de som ikke har vært i en behandlingssituasjon med denne pasientgruppen. Eldre pasienter ble definert som eldre over 65 år. Dette var informasjon som ble gitt i brev om forespørsel om deltakelse (vedlegg 2).

For å rekruttere fysioterapeuter som informanter til dette studiet, så ble første steg å finne ut hvordan disse skulle rekruttere. Fysioterapeuter, både kommunale og de som arbeider på institutt med driftstilskudd er organisert under samme leder i kommunene. Valget ble da tatt, i samarbeid med veileder, på å sende brev til ledere for alle fysioterapeuter i flere kommuner. Forespørsel ble sendt til stor, mellomstore og små kommuner. Sentralbordet i flere kommuner ble kontaktet, samt at det ble søkt på de forskjellige nettsidene til kommunene for å finne de riktige lederne. Brev om forespørsel om deltakelse i masterprosjekt ble sendt til 6 ledere i 6 forskjellige kommuner. Jeg fikk ingen svar i løpet av den første måneden. Avgjørelse ble da tatt på å sende e-post til de forskjellige fysioterapi lederne for kommunefysioterapeuter. Denne avgjørelsen ble tatt i sammen med veileder. Da kom det svar på forespørslene. Det var veldig vanskelig å rekruttere fysioterapeuter til dette studiet. Det var mange kommuner som ikke svarte i det hele tatt. Fysioterapi lederne som det var e-post kontakt med fortalte at deres fysioterapeuter ikke ønsket å delta de de trodde de ikke hadde noen å bidra med til dette studiet, da de følte de visste for lite om dette temaet. I januar ble det tatt direkte kontakt via e-post til forskjellige fysikalske institutter, dette også i samråd med veileder. Det ene instituttet som svarte fortalte at de ikke hadde nok erfaring med denne pasientgruppen. De andre

instituttene svarte ikke. Det var kun 1 kommune som var veldig positiv til studiet og deltakelse. Det var blitt gjennomført 3 intervjuer av 3 fysioterapeuter i fra 3 forskjellige kommuner i utgangen av januar 2014. Og prosessen hadde startet i september 2013. Så langt hadde det vært vanskelig å rekruttere strategisk, og på dette grunnlaget ble valget tatt på å rekruttere et bekvemmelighetsutvalg. Et bekvemmelighetsutvalg er et utvalg av informanter som det er mulig å få tak i, gjennom det nettverket jeg kjenner til (Malterud 2013). I begynnelsen av februar ble det dermed tatt kontakt med leder for fysioterapi tjenesten på Sørlandets sykehus, som også er min leder, for å forsøke å rekruttere derifra. Det var en fysioterapeut som var interessert i delta i fra sykehuset. Jeg har arbeidet som fysioterapeut lenge og kjenner miljøet noe, det ble derfor tatt kontakt med en fysioterapeut som jeg kjente til som drev privat uten driftstilskudd. Denne fysioterapeuten var veldig villig og positiv til å delta. Siste intervju ble gjennomført i februar 2014. Det var da ikke tid til å finne flere informanter, da prosjektet skulle leveres i begynnelsen av mai og det gjenstod mye arbeid etter at intervjuene var gjennomført.

Informantene fikk valget om å komme til intervju ved min arbeidsplass eller at intervjuet ble gjennomført ved deres arbeidsplass. 4 av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, mens det siste intervjuet ble gjort hjemme hos informanten etter hennes ønske.

Oppsummert bestod utvalget av 3 kommunale fysioterapeuter fra en stor, en liten og en mellomstor kommune. En fysioterapeut fra geriatrisk avdeling i spesialisthelstjenesten og en privat praktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Utvalget var basert på både et strategisk utvalg (3 informanter) og bekvemmelighetsutvalg (2 informanter) Alle var kvinner. 2 av informantene hadde arbeidet som fysioterapeuter i mellom 30 og 40 år. De tre andre informantene hadde arbeidet som fysioterapeuter i mellom 5 og 10 år. Ut i fra anbefalingene om 8-10 informanter til dette (Polit and Beck 2010), endte jeg kun opp med 5 informanter, noe som er en tydelig svakhet av prosjektet, da dette ikke gir nok data og dermed så blir gyldigheten blir veldig kompromittert.

4.4 Gjennomføring av datasamling

Før hvert intervju ble det forsøkt å memorere de fleste spørsmålene intervjuguiden utenat. Det første intervjuet var en veldig positiv opplevelse til tross for bekymringer i forhold til dette, og den gav absolutt mersmak. De fire andre intervjuene var like positive som det første. Det var en veldig lærerik prosess, hvor jeg måtte sette meg inn i en annen rolle som forsker i

stedet for min vanlige rolle som fysioterapeut. Intervjusettingen for hvert intervju var veldig positiv, åpen og hyggelig. Jeg hadde forberedt meg på forhånd, etter forslag fra Kvale og Brinkmann(2012), om å ha en åpen, imøtekommende og positiv innstilling. For hvert intervju ble det brukt 5-15 minutter på uhøytidelig samtale og bli litt kjent med informanten. Før jeg tok på lydopptakeren ble det gitt informasjon om studiet, de etiske overveielserne, konfidensialitet og opptak på lydopptaker. De skrev også under på samtykkeerklæring (vedlegg 3) (Malterud 2013). Alle informantene var veldig pratsomme og positive. De var alle engasjert i temaet. Det var en informant som virket veldig frustrert over organisering av fysioterapi og helsetjenester i sin kommune i forhold til eldre pasienter. Dette påvirket samtalen noe, og selve innholdet ble noe negativt ladet. Men denne informanten var selv positiv til å bli intervjuet og temaet det skulle snakkes om. Intervjuene varte i fra 28 til 36 minutter. Det ble også brukt 5-15 minutter etter intervjuet til uformell samtale. Alle informantene fortalte at de ønsket å lese resultatet når prosjektet var avsluttet.

Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker og ble transkribert ferdig innen 14 dager etter intervjuet ble gjennomført. Lydopptakeren er min private og har blitt holdt innelåst i en skuff når den ikke har vært i bruk i prosjektet. Lydopptakene ble slettet etter transkripsjonen var avsluttet. De transkriberte intervjuene ble katalogisert etter hvor mange intervjuer som var gjennomført; Eksempel; Intervju 1, intervju 2 og så videre. Transkripsjonsprosessen var tidskrevende, men den var viktig for å bli bedre kjent med meningsinnholdet i intervjuene. Den første transkripsjonen var veldig lærerik i forhold til bevissthet i forhold til språkbruk. Til de andre intervjuene ble det forberedt på å prate tydelig og å ikke bruke så mange svarord i intervjuet, men og heller bruke kroppsspråk som bekreftelse ovenfor informanten. Transkripsjonen ble forsøkt å gjøres så ordrett som mulig, og å skrive bokmål i stedet for den dialekten informantene hadde. Navn på personer og steder ble ikke som informanten nevnte ble ikke transkribert. Et eksempel på hvordan transkriberingen ble utført;

Intervjuer; Kan du trekke fram eller huske en positiv erfaring i forhold til en bestemt pasient med depresjon?

*Informant; Ja... eh....., en egen pasient, altså...Det jeg opplever veldig ofte det er jo at vi får jo ikke. Folk henvender seg ikke til oss fordi at de er deprimerte, det er jo fordi de har et behov for å å har at de skal trenes opp, eller trenger litt balansetrening og så videre. **Hm.** Og så er det med depresjon en tilleggsdiagnose.*

4.5 Forskerens forforståelse og rolle

Kvaliteten på den kvalitative forskningen er avhengig av forskerens rolle som person, samt forskerens integritet. Forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet er en avgjørende faktor når funnene av den kvalitative forskningen skal legges fram. Det bør tilstrebes transparens eller gjennomsiktighet gjennom hele forskningsprosessen for å gjøre den så gyldig og troverdig som mulig (Kvale og Brinkmann 2012 og Malterud 2013). Malterud (2013) sier at det ikke er om forskeren påvirker forskningsprosessen, men hvordan forskeren påvirker den. Det er viktig å være bevisst på at hvis jeg som person er for sterkt tilstede i prosessen, vil oppgavens gyldighet og pålitelighet bli kompromittert. Det er en vanskelig jobb å se seg selv utenfra, og for å avgjøre om jeg er for sterkt tilstede i studien og prosessen, vil det være en fordel å få tilbakemeldinger fra fagkolleger. Jeg sendte denne oppgave og artikkel til studiekollega for å få tilbakemeldinger (Malterud 2013). Forforståelse er den kunnskap jeg hadde fra før og som jeg tok med meg inn i forskningsprosjektet (Malterud 2013). Forforståelse er viktig da den gir grunnlag for motivasjon for å starte opp med forskning på et bestemt tema eller emne. Forforståelse er også positivt med tanke på at man letter kan stille oppfølgingsspørsmål i en intervjusetting. Men det er også viktig å være bevisst på at forforståelsen kan bidra til at jeg ser på prosjektet med innsnevret syn og at jeg mister evnen til økt kunnskapsutvikling. Det er viktig å ha en bevisst holdning til egen forforståelse (Malterud 2013)

Jeg arbeider ved alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandets sykehus i Kristiansand. Hovedoppgavene er knyttet til alderspsykiatrisk poliklinikk. Dette har vært arbeidsplassen og fagområde i 13 år. Mange av arbeidsoppgavene er knyttet opp mot behandling av eldre deprimerte pasienter med depresjon. Derfor dette fokus på masterprosjektet. Men nettopp fordi mye av fokuset på arbeidsplassen er rettet mot nemlig denne pasientgruppen, så har jeg en viss formening, kunnskap og erfaring om hvordan fysioterapi til eldre deprimerte pasienter burde være. Jeg var veldig klar over min forutinntatte holdning og kunnskap før intervjuene og under analyseprosessen, og prøvde å være innstilt på å være så nøytral og åpen som mulig, men samtidig også forsøkt å se på prosjektet med «andre briller» (Polit and Beck 2010).

En av informantene arbeider på samme arbeidssted som informant. Jeg var veldig bevisst på at dette kunne bli en vanskelig situasjon på grunn av nærhet mellom intervjuer og informant og objektiviteten i intervjusettingen. Kvale og Brinkman (2012) sier at nære relasjoner i intervjusettingen kan gjøre at forskeren lar seg påvirke av informanten og at det skape en mur i intervjuet som stenger for informantens oppriktighet og ærlighet. Jeg hadde en samtale med

informanten før intervjuet hvor vi samtalte om situasjonen om nærhet mellom intervjuer og informant. Informanten stilte seg veldig positiv til å bidra, da informanten ofte traff den aktuelle pasientgruppen på sin avdeling og ønsket sterkt å bidra med sine erfaringer.

4.6 Analyse av data

Dataanalysens formål er å analysere, strukturere og trekke ut meninger av aktuelle datasamling (Polit and Beck 2010). Det finnes ingen universale regler for hvordan dataanalyse skal gjennomføres, og dette fører til at kvalitativ analyse er en vanskelig og tidkrevende prosess (Polit and Beck 2010). Mye av det krevende arbeidet i forhold til analysen ligger i den store mengden med tekst som er resultatet av datasamlingen (Polit and Beck 2010). En annen krevende side av kvalitativ analyse er at det krever mye kreativitet og innsikt fra forskerens side, når han eller hun skal trekke ut meningen av materialet (Polit and Beck 2010).

Det finnes flere analyse stiler. Jeg valgte å bruke analysemetode inspirert av Graneheim og Lundman (2004). I en kvalitativ analyse kan datasamlingen bli tolket på forskjellige måter fordi en slik analyse er avhengig av subjektiv forståelse og fortolking. Kvalitativ forskning setter også krav til forståelsen og samhandling mellom informant og intervjuer. Det er viktig å være klar over at en tekst alltid kan ha flere meninger og at det alltid er en viss grad av tolkning i analyseprosessen (Graneheim og Lundman 2004). Transkriberingen ble lest flere ganger. Det ble skrevet stikkord i margin, som kalles meningsenheter eller kondenserte meningsenheter. Eksempel på dette; INTERVJU 1;

- Individuell tilnærming
- Fysisk aktivitet er behandlingen
- Depresjon er bi/tilleggs diagnose
- Alvorlig depresjon vanskeligere å forholde seg til og behandle
- Allianse/relasjon mellom pasient/terapeut
- Teamarbeid/Tverrfaglig arbeid viktig for denne pasientgruppen
- Transport til trening
- Individuell oppfølging i hjemmet gir god respons hos pasienten
- Samarbeid med pårørende er viktig

Disse kondenserte meningsenhetene ble deretter satt sammen i kategorier. Et slikt eksempel var;

KATEGORI; Samarbeid;

- Teamarbeid viktig for denne pasientgruppen
- Samarbeid med pårørende er viktig
- Tverrfaglig samarbeid om pasienten er viktig
- Teamarbeid/tverrfaglig samarbeid er viktig
- Viktig med samarbeid med pårørende

Deretter ble det laget temaer og subtemaer innenfor hver kategori. Fargekoder ble brukt underveis for å skille de forskjellige intervjuene og informantene fra hverandre. Dette ledet til en tabell over kategorier med temaer.



Analyseprosessen resulterte i presentasjon av funn, som kan leses i artikkelen som ligger sist i denne oppgaven. Funnet om at inaktivitet som en ond spiral ble vurdert som en for lite funn til å inkludere i artikkelen. Avgjørelsen ble tatt i samarbeid med veileder.

4.7 Ethiske overveielser

Et kvalitativt dybdeintervju er en moralsk undersøkelse i følge Kvale og Brinkmann (2012). Jeg har forsøkt å være bevisst på de etiske overveielsene fra starten av prosjektet, og etiske

overveielser ble skriftlig vurdert og nedtegnet allerede ved innlevering og vurdering av prosjektskisse.

Helsinki-deklarasjonen som må følges av alle som driver med forskning sier at alle prosjekter må få godkjenning fra en etisk komite før oppstart. Denne deklarasjonen sier også at all forskning på mennesker skal fremme respekt og beskytte deres helse og rettigheter.

(<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>). I samarbeid med veileder ble det sent søknad til Fakultetets Etiske Komitè (FEK). Denne ble godkjent 24.06.13. Søknad måtte også sendes til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), for å få tillatelse til å lagre personinformasjo (<http://www.nsd.uib.no/>). Denne ble godkjent Vedlegg 4 og 5.

Brev om forespørsel om deltakelse i masterprosjektet, sammen med samtykkeerklæring, ble sendt til lederne for informantene (vedlegg 2 og 3). Alle informantene fortalte at de hadde lest dette brevet da de kom til intervju. Før intervjuet gav student muntlig informasjon om oppgaven, konfidensialitet og at de kunne trekke seg når de ønsket. De skrev alle under samtykkeerklæring før vi startet opp intervjuet. Informantenes personopplysninger ble anonymisert og informasjonen ble holdt innelåst i en skuff på kontoret mitt på sykehuset. Lydopptakeren ble holdt innelåst i en skuff hjemme hos meg, og ble slettet etter transkripsjonen var utført. Intervjuene ble katalogisert etter tall. De transkriberte intervjuene ble lagret på en minnepenn, som også ble holdt innelåst i en skuff hjemme hos meg. Det ble tatt hensyn til privatlivets fred, selvbestemmelse og skademulighetene, og fysioterapeutene skal ikke kunne kjennes igjen (Polit and Beck 2010). Å delta i dette studiet gir ingen konsekvenser for informantene, da det aktuelle temaet ikke er sensitivt og at informantene ikke er en sårbar gruppe (Kvale og Brinkmann 2012).

Jeg har holdt fortrolighet og konfidensialitet som lovet til informantene da de sa seg villig til deltakelse i prosjektet (Polit and Beck 2010). Fysioterapeutene nevnte noen navn på andre kollegaer i intervjuet, men disse navnene ble ikke transkribert. De fortalte om deres arbeidserfaring, nåværende og tidligere arbeidsplasser. Dette er ikke tatt med i selve oppgaven, da dette lett ville ha identifisert dem. Jeg har nevnt omtrent hvor mange år de har arbeidet som fysioterapeuter, men dette gjør det ikke mulig å identifisere dem. Dette valget ble tatt fordi fysioterapi miljøet er forholdsvis lite og gjennomskiktig.

4.8 Troverdighet, gyldighet og pålitelighet.

I kvalitativ forskning blir ordene troverdighet, gyldighet og pålitelighet brukt for å vurdere et forskningsprosjekt (Drageset og Ellingsen 2010 og Graneheim og Lundman 2003).

Troverdighet brukes som et overordnet begrep for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet av forskningen. Malterud (2013) og Kvale og Brinkmann (2012) bruker ordet validitet i denne sammenheng. Jeg har valgt å bruke begrepene beskrevet av Drageset og Ellingsen (2010) i denne oppgaven for vurdering av egen forskning og forskningsprosess.

Begrepet troverdighet innebærer om hvorvidt forsker har presentert resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare. Betydningen mellom disse begrepene går veldig i hverandre, og får å få gyldig data er det en forutsetning at de er pålitelige. For å vurdere om forskningen er relevant og har betydning, så kan dette vurderes i lys av dokumentert refleksivitet, det vil si om hvorvidt forskeren selv har kritisk vurdert hvert steg av hele forskningsprosessen (Drageset og Ellingsen 2010).

Hvis man har undersøkt det som man skulle undersøke, sier noe om gyldigheten til forskningen. For å vurdere gyldigheten må forskerens håndverksmessige kvalitet vurderes. Er alle stegene underveis i forskningsprosessen nøye beskrevet og gjort rede for? Uten en slik beskrivelse er det ingen gyldighet i forskningen. Metodetriangulering, informantvalidering og forskervalidering er andre måte for hvordan man kan sikre gyldighet i forskningen (Drageset og Ellingsen 2010).

Pålitelighet i kvalitativ forskning innebærer konsistens og nøyaktighet. Forskningsprosessen skal beskrives og gjøres nøye rede for, slik at andre forskere skal kunne få de samme resultat hvis studien skulle bli gjort om igjen. Kan studiet brukes i andre situasjoner og settinger? Dette sier noe om overførbarheten til studiet (Drageset og Ellingsen 2010).

Forskningsresultater bør være så troverdige som mulig, og denne troverdigheten bør sees i sammenheng med måten og prosedyrene som er blitt brukt til å komme fram til resultatene (Graneheim og Lundman, 2004) og hvorvidt forskningsresultatene kan reproduseres av andre forskere (Kvale og Brinkman 2012). I denne oppgaven har jeg forsøkt å gjennomføre dette ved å være nøye med å beskrive i detalj de prosessene som er blitt gjort på alle nivå gjennom hele prosjektet.

Får å øke troverdigheten og gyldigheten på dette masterprosjektet kunne jeg med fordel ha utført en pilotstudie før jeg startet opp med selve studiet (Polit and Beck 2010). Dette ville da kanskje ha gitt indikasjon på at et av spørsmålene var helt irrelevant for oppgaven. Det ville kanskje også ha gitt meg et hint om at intervju guiden kanskje produserte for lite data. Spørsmålene var åpne, men de kunne kanskje blitt stilt annerledes, slik jeg ser det i etterkant. Jeg kunne med fordel også ha spurt spørsmålene annerledes for å ha fått mer konkret svar på hvordan fysioterapeutene faktisk doserte og gjennomførte treningen sin. De svarte alle veldig vagt på dette spørsmålet om hva slags tiltak som brukes. Dette går på relevansen i studien (Malterud 2013). I forhold til utvalget kunne jeg kanskje har vært enda mere pågående mot de lederne som jeg sendte brev til om forespørsel om deltakelse i prosjektet til. Jeg kunne med fordel vært mer aktiv på telefonen. Men for meg er dette en veldig vanskelig prosess, da jeg ikke liker å mase på andre mennesker. Jeg var forholdsvis bevisst på dette før jeg startet prosjektet, men tenkte at dette kunne være en lærerik utfordring. Jeg kunne med fordel også ha sendt brev om forespørsel til enda flere kommuner og også utvidet det geografiske området til å dekke hele Aust- og Vest Agder. På grunnlag av at jeg har arbeidet 100 % gjennom hele prosessen, så var dette noe jeg hadde bestemt meg for på forhånd, at jeg ikke hadde tid nok til å gjøre det. Jeg ønsket å fokusere det geografiske område nær meg selv. Dette har så absolutt senket gyldigheten betraktelig av hele studiet, det at jeg ikke fikk mere enn 5 informanter (Polit and Beck 2010). Det er ikke til å legge skjul på at utvalgsprosessen var veldig vanskelig. Jeg hadde på forhånd sett for meg at fysioterapeuter hadde en viss kunnskap og kjennskap til den eldre deprimerte pasientgruppen. Men det viser seg i etterkant at min forforståelse på dette området var helt feil, og viser i ettertid at det er viktig å være bevisst på egen forforståelse (Malterud 2013). Fysioterapeuter takket nei til deltakelse i dette prosjektet på grunn av at de ikke hadde nok kunnskap om dette temaet.

Gyldigheten av analysen kunne blitt bedre ved at jeg lot andre kolleger gi meg tilbakemelding på alle stegene jeg gikk gjennom i analysen (Kvale og Brinkmann 2012). Jeg kunne for eksempel ha gitt de transkriberte intervjuene til en kollega for å se om han/hun trakk ut de samme kondenserte meningsenhetene som jeg gjorde. Dette ville absolutt framstilt en større troverdighet og gyldighet av hele oppgaven.

Et annet tiltak jeg kunne har gjennomført for å øke gyldighet på prosjektet var metodetriangulering (Polit and Beck 2010, Drageset og Ellingsen 2010), der jeg for eksempel hadde utført en kvantitativ del av studie, der jeg laget et spørreskjema om samme tema med korte, konsise spørsmål som ble sendt til fysioterapeuter.

Jeg forsøker å øke troverdigheten av oppgaven i presentasjonen av funnene i artikkelen, ved å bruke sitater fra informantene (Kvale og Brinkman 2012). Dette viser til troverdigheten min ved at jeg viser til at jeg ikke har trukket ut funn av fri luft, og at det er samsvar mellom funn og sitatene.

Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk på min egen forskning gjennom hele prosessen og gjennom skrivingen av artikkel og sammenbinding, og dette har jeg beskrevet under de forskjellige kapitlene i denne oppgaven.

REFERANSELISTE

Bahr, R (red.)(2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebyggende behandling*. Helsedirektoratet.

Baker, S.M., Marshak, H.H., Rice, G.T. and Zimmerman, G.J. (2001). Patient Participation in Physical Therapy Goal Setting. *Physical Therapy*, 81 (5), 1118-1126.

Barcelos-Ferreira, R., Nakano, E.Y., Steffens, D.C. og Bottino, C.M.C. (2013). Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2013.02.024. Hentet 29.04.13, fra <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.024>.

Cooney, G.M, Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. and Mead, G.E. (2013). Exercise for depression (Review). *The Cochrane Library*, 9, 1-123.

Costello, E., Kafchinski, M., Vrazel, J. og Sullivan, P. (2011). Motivators, Barriers, and Beliefs Regarding Physical Activity in an Older Adult Population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*; 34 (3) 138-154.

Drageseth, S. og Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5 (4), 332-335.

Granbo, R., Vaskinn, A. H., Hansen, A.E., Iversen, S. og Helbostad, J.L. (2005). Kommunefysioterapeuters praksis-og kunnskapsgrunnlag i arbeidet med eldre med fallproblemer. *Fysioterapeuten*, 3, 18-22.

Graneheim, U.H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.

Healey, W.E., Broers, B.K., Nelson, J. og Huber, G. (2012). Physical Therapists` Health Promotion Activities for Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 35 (1), 35-48.

Helbostad, J. L., Sletvold, O. og Moe-Nilsen, R. (2005). Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse-og gangvansker. *Fysioterapeuten*, 1, 26-33.

<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

<http://www.nsd.uib.no/>

Hjort, P. (2010). *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hjort, P. (2000). Fysisk aktivitet og eldres helse-gå på! *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120 (24), 2915-8.

Holm, A.L and Severinsson, E. (2013). Interdisciplinary Team Collaboration during Discharge of Depressed Older Persons: A Norwegian Qualitative Implementation Study. *Nursing Research and Practice*, 2013 (2013).

Kirchhoff, J.W. (2006). Fysisk aktivitet blant eldre. *Sykepleien Forskning*, 01-2006.

Kristiansen, K.M. og Engedal, K. (2013). Kommentarartikkel: Nytt kvalitetsregister i alderspsykiatrien. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 133 (7), 737-8.

Kvaal, K. (2009). Psykiske lidelse i eldre år: En av tidenes største helseutfordringer. *Idunn.no-tidsskrifter på nett. Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Hentet 30.04.13, fra <http://www.idun.no/ts/tph/2009/02/art05>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. oppl.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Laake, K. (2008). *Geriatri i praksis*. (4.utg.). Oslo;Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Langballe, E.M. og Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge; Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse.(www.fhi.no)
- Langhammer, B. (2012). Sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse. I; Lohne-Seiler, H. og Langhammer, B. *Fysisk aktivitet og trening for eldre. Betydning for fysisk kapasitet og funksjon* (1utg., 2 oppl.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lohne-Seiler, H. (2012). Fysisk form og aldring. I; Lohne-Seiler, H. og Langhammer, B. *Fysisk aktivitet og trening for eldre. Betydning for fysisk kapasitet og funksjon* (1utg., 2 oppl.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lunaigh, C.O. and Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Malterud, Kirsti (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3.utg. 2 oppl.). Oslo: Universitetsforlaget AS
- Mather, A.S., Rodriguez, C., Guthrie, M.F., McHarg, A.M., Reid, I.C. and McMurdo. M.E.T. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder; Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 180;411-415.
- Moksnes, K.M. (2007). Depresjon hos eldre. *Demens og Alderspsykiatri*, 11 (2), 11-15.
- Polit D.F. og Beck C.T. (2010) *Essentials of Nursing Research: appraising evidens for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Sherk, K.A., Bembem, D.A., Brickman, S.E., Bembem, M.G. (2012). Effects of Resistance Training Duration on Muscular Strength Retention 6-Month Posttraining in Older Men and Women. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 35 (1), 20-27.
- Stessman, J., Hammerman-Rozenberg, R., Cohen, A., Ein-Mor, E. og Jacobs. J.M. (2009). Physical Activity, Function, and Longevity Among the Very Old. *Archives of Internal Medicine*, 169 (16), 1476-1483.
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116, 777-784.

Stortings melding nr. 29 (2012-2012). *Morgendagens omsorg*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 2. april 2013, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/4/5/1.html?id=723299>)

Sylliaas, H. (2012). Prolonged strength training in older patients after hip fracture: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 41: 206-212.

Taraldsen, K. (2010). Funksjonsvedlikehold og gruppetrening for eldre-gjennomføring og evaluering av praksis. *Fysioterapeuten*, 1, 20-26.

Thomas, B. (2014). Motivating the Elderly Client in Long-Term Care. *Advance healthcare network for physical therapy and rehab medicine*. Hentet fra; <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Motivating-the-Elderly-Client-in-Long-Term-Care.aspx>

Østerås, H., Rygvik, J., Gaupset, K., Eithun, G., Helgerud, J. og Hoff, J. (2001). Maksimal styrketrening for eldre. *Fysioterapeuten*, 3.

Artikkel

FYSIOTERAPEUTERS ERFARINGER MED ELDRE DEPRIMERTE OG BRUK AV FYSISK AKTIVITET

Anne Margrethe Ulleberg og Berit Johannessen

Anne Margrethe Ulleberg er fysioterapeut. Uteksaminert fra University of Northumbria at Newcastle med Bachelor grad i 2000. Master i eldres helse, Universitetet i Agder juni 2014. Arbeidet ved alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandets sykehus i Kristiansand siden 2001. Kontakt; anne.ulleberg@sshf.no

Berit Johannessen, 1.amanuenis ved Universitetet i Agder, institutt for helse-og sykepleievitenskap. Kontakt; berit.johannessen@uia.no

Antall ord; 3449

Sammendrag

Denne artikkelen bygger på en studie av fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte og bruk av fysisk aktivitet. Depresjon hos eldre er en vanlig tilstand, og den anslås til å bli den nest viktigste årsaken til helsesvikt fram mot 2020. Fysisk aktivitet har ifølge litteraturen en positiv effekt på depresjon hos eldre. Studiet ønsket å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av eldre pasienter over 65 år som har diagnosen depresjon. Data ble samlet ved hjelp av kvalitative forskningsintervju av 5 fysioterapeuter. Viktig funn i denne studien var at fysioterapeutene opplevde at ingen pasienter ble henvist til dem på grunnlag av depresjon og at eldre med depresjon trenger en noe annen tilnærming til fysisk aktivitet enn andre pasientgrupper.

This article is based upon a study of the experiences of physiotherapists working with elderly depressed patients and the use of physical activity. Depression in the elderly is a common condition, and it is estimated to be the second most common cause of failing health towards 2020. According to literature physical activity has a positive effect on depression in the elderly. The aim of this study was to investigate the experiences of physiotherapist's in the treatment of elderly depressed patients over 65 years of age. Data was collected by qualitative research interviews of 5 physiotherapists. Important findings of this study were that the physiotherapists experienced that they did not get any referrals to treatment solely due to depression, and that they needed a different approach to physical activity compared to other patient groups.

Hovedbudskap;

- Eldre deprimerte pasienter
- Fysioterapi og fysisk aktivitet

Bakgrunn

Blant eldre mennesker er psykiske lidelser vanlig, og de vanligste lidelsene er depresjon, angst og demens. Mellom 150 000-170 000 mennesker over 70 år er blitt diagnostisert med en av disse tilstandene. 40 % av disse har fått diagnosen alvorlig depressiv lidelse (1). Moksnes (2) anslår at depresjon vil være den nest viktigste årsaken for helsesvikt, etterfulgt av hjertelidelser, i verden fram mot 2020. Årsakene til depresjon hos eldre er mangfoldige, da eldre er fysisk og psykisk mer sårbare enn yngre mennesker. Det kan være arvelig belastning, isolasjon, vonde opplevelser fra tidligere og redsel for sykdom og død. De biologiske endringene og de vaskulære forandringene som skjer i hjernen ved aldring gir også økt risiko for å utvikle sykdommen (2). Depresjon kan utløses blant annet ved tap av nære personer og av funksjoner. Fysiske sykdommer kan også trigge depresjon (2). Symptomer som kan sees hos personer med depresjon er; Nedsatt stemningsleie, mimikkfattig ansikt, økt latenstid, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, nedsatt selvtillit, treg mage, nedsatt appetitt, fysisk/psykisk/sosial passivitet, problemer med søvn og pessimistisk syn på framtiden (2-4).

The Cochrane Library utgav nylig en gjennomgang av effekten av trening på depresjon i alle aldre, også eldre over 65 år. Det ble konkludert med at moderat trening kan ha en moderat effekt på depresjon, og at trening kan være like effektivt som psykoterapi og tradisjonell medisinsk behandling. Studien kunne ikke gi noen anbefaling på type, intensiteten, varigheten og frekvensen på treningen (5).

Hjort (6-7) har sagt at inaktivitet er den største risikofaktor i alderdommen. Han påstår at fysisk aktivitet gir positiv effekt på depresjon, selvbilde, selvtillit og evnen til å mestre motgang. Han viser også til at fysisk aktivitet motvirker somatisk sykdom.

Aktivitetshåndbokens (8) retningslinjer til helsepersonell i forhold til behandling av eldre med depresjon anbefaler lystbetonte individuelt tilpassede treningsprogrammer. Anbefalingene er kondisjonstrening, som f.eks.; gå, sykle eller svømme, i 20 minutter, minst 2-3 ganger i uken. Styrketrening anbefales 1 til 2 ganger i uken. Retningslinjene gir råd om at aktivitetene bør være lystbetonte. Det understrekes også at det sosiale miljøet (lokaliteter og andre deltakere) er av stor betydning (8).

Holm og Sevrinsson (9) undersøkte samarbeid og kommunikasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten når eldre deprimerte pasienter blir skrevet ut fra sykehus.

Konklusjonen av studien var at det svikter i kommunikasjonen mellom disse instansene, og det er fare for at pasientene kan forsvinne i systemet. Studien viste også at eldre med

depresjon ikke frivillig oppsøker aktiviteter, og at flere er avhengig av å bli hentet og kjørt for å kunne delta på aktiviteter.

Thomas (10) gir råd og anbefalinger til hvordan fysioterapeuter kan motivere eldre pasienter i langsiktig behandling. Han beskriver at motivasjon til eldre for å delta i trening og aktivitet blir redusert på grunn av smerter, depresjon, angst, fatigue og kognitiv reduksjon. Thomas understreker at positiv resultat av trening er mulig ved at pasienten blir involvert. Han beskriver at eldre ofte takker nei til aktivitet på grunn av lite energi, risiko, frustrasjon og følelsen av uverdighet og skam ved feil utførelse av aktiviteten. Når pasienten gir opp, er det også lett for fysioterapeuten å avslutte behandlingen for tidlig i rehabiliteringen. Det blir anbefalt verktøy for å motivere pasientene; god allianse, gi pasienten anerkjennelse, respekt og bekreftelse, alternative målsettinger og aktiviteter der han eller hun kjenner på mestringsfølelse, gi positive tilbakemeldinger til pasienten, gruppebehandlinger for sosial interaksjon og tverrfaglig og pårørende samarbeid.

Problemstilling og hensikt

Denne studien ønsker å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av eldre pasienter over 65 år som har diagnosen depresjon.

Problemstillingen er todelt: Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med den eldre deprimerte pasient? Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte?

Metode

På bakgrunn av problemstillingen ble kvalitative dybdeintervju av fysioterapeuter valgt som forskningsmetode. En slik metode er inspirert av en hermeneutisk tilnærming hvor formålet er å forstå deltagerens opplevelser og erfaringer og samtidig gjøre bruk av egen forforståelse i forskningsprosessen (11)

Brev om forespørsel om deltakelse til dette prosjektet ble sendt til leder for både kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftstilskudd i kommunene. Det var mange som takket nei til deltakelse, da de mente at de ikke hadde nok kunnskap om dette temaet. Mange svarte ikke i det hele tatt.

Utvalget ble til slutt 5 fysioterapeuter, 3 var kommunefysioterapeuter fra en stor, en liten og en mellomstor kommune, 1 var fra spesialisthelsetjenesten og en var privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Utvalget var basert på både et strategisk utvalg (3 informanter) og bekvemmelighetsutvalg (2 informanter) (11). Alle var kvinner. To av informantene hadde arbeidet som fysioterapeut i mellom 30 og 40 år, mens de tre andre hadde arbeidet mellom 5 og 10 år.

Intervjuene var semistrukturerte, og fulgte en intervjuguide som bestod av 8 åpne spørsmål og underspørsmål. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert av forsker.

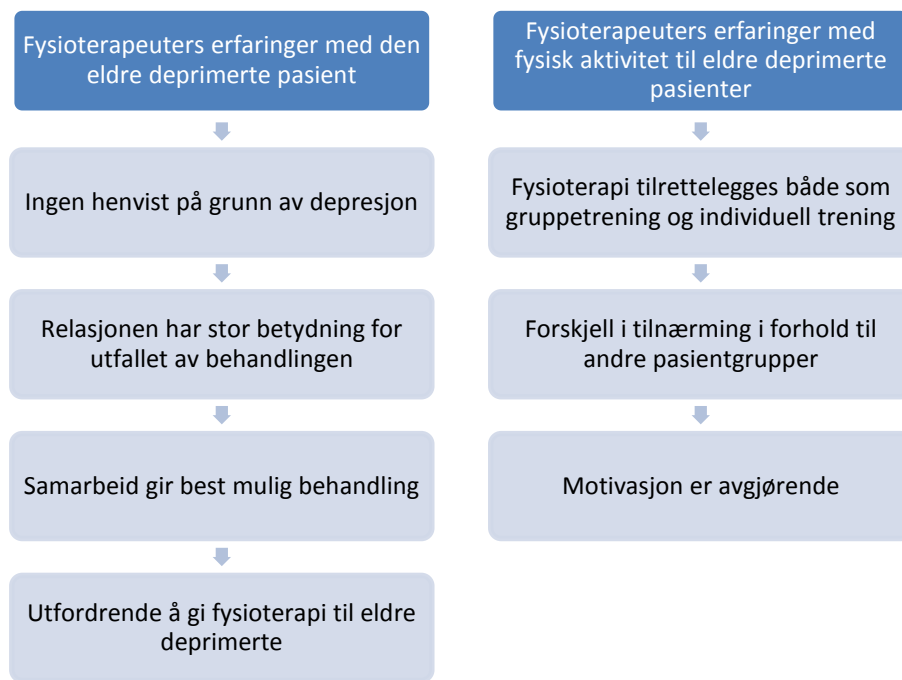
Datamaterialet bestod av 43 sider transkribert intervju. Analysemetoden var inspirert av Graneheim og Lundeman (12), og begynte med at kondenserte meningsenheter ble trukket ut av de transkriberte intervju. Disse ble så sortert i kategorier. Ut i fra disse kategoriene ble det trukket ut temaer og subtemaer. Fargede koder ble brukt for å skille hvert intervju når det hele skulle sorteres, flettes sammen og sammenliknet til presentasjon av funnene.

Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Fakultetets Etiske Komite (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) før oppstart. Alle informantene fikk skriftlig informasjon om studiet og deres rettigheter om anonymitet og konfidensialitet. Alle informantene måtte skrive under samtykkeerklæring før oppstart av intervjuene.

Presentasjon av funn

Funn knyttet til fysioterapeuters erfaringer med den eldre deprimerte pasienten presenteres først, deretter blir erfaringene fysioterapeutene har med fysisk aktivitet til denne pasientgruppen presentert.



Fysioterapeuters erfaringer med den eldre deprimerte pasientgruppen.

Ingen henvist på grunn av depresjon.

Fire av terapeutene informerer at depresjonen som regel er en bi-diagnose, eller tilleggsdiagnose. Ofte er de ikke informert hvis pasienten har en depresjon. Det fysiske problemet som står i sentrum og grunnen til at pasienter skal trene. Det var kun en av informantene som hadde opplevd å få henvist en pasient med depresjon som hoveddiagnose.

Relasjonen har stor betydning for utfallet av behandlingen

Fire av de fem informantene tar opp temaet om viktighet av en god relasjon og allianse mellom behandler og pasient er grunnleggende for å oppnå en god behandling for den eldre deprimerte pasientene. En av informantene fortalte at hun var gjennom sin lange arbeidskarriere blitt mer oppmerksom på viktigheten av relasjon mellom henne og pasienten for å oppnå bra behandlingsresultat; «Jeg tror jeg har blitt mer oppmerksom på det de siste årene, hvor viktig det er med det. Det er altså relasjon, relasjon, relasjon. Og får vi en god allianse der, så kan vi oppnå veldig mye». En annen informant trakk også fram viktigheten av en god relasjon mellom pasient og behandler, og hun sa det slik; «Det må være en viss kjemi og allianse mellom meg og pasienten»

I ett av intervjuene blir det trukket fram en pasient historie hvor en eldre deprimert pasient forteller om at han gikk å trene på et fysikalsk institutt. Da han ble deprimert, så sluttet han med treningen. Da kom fysioterapeuten han hadde på dette instituttet og ringte på døren hjemme hos ham for å invitere ham til trening igjen. Pasienten gikk da til trening neste gang, og fortsatte med sitt gode forhold til denne fysioterapeuten, og terapeuten klarte å holde pasienten oppe.

Samarbeid gir best mulig behandling.

Alle i studien forteller at teamarbeid, tverrfaglig samarbeid og/eller samarbeid med pårørende er utrolig viktig hvis man skal få til en god og effektiv behandling for denne pasientgruppen. En informant trakk fram viktigheten med samarbeid med pårørende; *«Jeg tenker at vi må spille veldig på lag med familie»*. Arbeid i team for å styrke behandlingen og aktivitet til pasientene ble vurdert som veldig viktig; *«Det blir så mye mere styrke i det vi gjør, når vi er et team rundt disse pasientene»*. Ved å arbeide i team mot samme mål ble trukket fram som viktig for å gi brukeren en bedre behandling; *«Det er viktig at man jobber mot samme mål, og det vil jo gi en bedre behandling for brukeren»*.

Utfordrende å gi fysioterapi til eldre deprimerte.

Alle inkludert i studien forteller at eldre deprimerte pasienter kan være en utfordrende pasientgruppe å behandle. De takker ofte nei til fysioterapi tiltak og at det kreves mye motivasjonsarbeid for å få dem i gang. Det blir trukket fram at de med lettere depresjon er lettere å motivere og forholde seg til enn de med mer alvorlig og tyngre depresjon.

En informant snakket om hennes varierende opplevelser i forhold til pasientgruppen, hvor det ble erfart at det var lettere å få en god allianse med en pasient med en lettere depresjon; *«Jeg har varierende opplevelser. Det kommer kanskje litt an på hvor dyp depresjonen er. Er det en lettere depresjon, så kan en fortere få en god allianse, og kan ha en god samtale og oppnå noe»*. Flere av informantene fortalte om deres erfaringer med hvor utfordrende det kunne oppleves å være i en behandlingssituasjon med en deprimert eldre pasient ved at det kan være provoserende og at deres sinnsstemning kan påvirke behandleren. En sa det slik; *«Det er veldig utfordrende for meg når det er deprimerte personer, for jeg jeg kan kjenner hvordan det provoserer meg, at de ikke kan greie å ta tak»*. En annen sa det på denne måten; *«Det kan være veldig tung å jobbe med deprimerte. Vi snakker mye om det med å speile hverandre. En deprimert person som kommer inn i rommet, gjør jo noe med det rommet og med meg som*

terapeut. Å tåle å være i den uroen eller det tungsindige, men man skal samtidig være empatisk. Men vi må jo ikke la pasientens stemning gå for mye utover en selv, for da mister en selv mye energi. Så vi må passe på egne grenser».

En informant fortalte om opplevelser med tunge deprimerte pasienter i gruppesammenheng, der disse pasientene skaper et negativt og dårlig miljø rundt seg, da de bare prater om det som er vanskelig og negativt.

Alle fysioterapeutene forteller også om utfordringer i forhold til ressursmangel i kommunene og at denne pasientgruppen ikke er prioritert. Det er veldig lite fokus på denne pasientgruppen generelt. *«Denne gruppen blir ikke prioritert i kommunen hvis det er ren depresjon og bare det».* En informant fortalte om frustrasjon over det å bruke lang tid på å motivere pasientene. Det er lite fysioterapi ressurser i kommunene, og det er ikke tid til å bruke på det krevende motivasjonsarbeidet som kreves hos noen eldre deprimerte pasienter. Da er det letter å gi opp og fokusere på de pasientene som har lyst og motivasjon til å trene; *«Blant de som er deprimerte og ikke så veldig fysisk reduserte, hvis de sier at de ikke orker, så er det kanskje lett at man bare «ok, greit». Man har ikke tid».* En annen informant snakket om både det at pasientgruppen ikke er prioritert i kommunen, at de blir fort glemt, og at disse eldre deprimerte pasientene ikke er den gruppen av pasienter som roper etter oppfølging; *«Hvis de ikke har et uttalt fysisk problem, så kan de fort bli glemt litt vekk». Det er ingen gruppe som roper etter oppfølging».*

Fysioterapeuters erfaringer med fysisk aktivitet

Alle fysioterapeutene inkludert i studien sa at fysisk aktivitet var den behandlingen som ble brukt mot denne pasientgruppen.

Fysioterapi tilrettelegges både som gruppe- og individuell trening

Fire av de fem informantene fortalte at de drev aktivt med gruppetreninger. Alle informantene sa i tillegg at de behandlet med individuell trening. Tre av informantene var ansatt i kommune, og holdt gruppetreninger på offentlige institusjoner og en drev private treningsgrupper. En av fysioterapeutene arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og hennes tilnærming var funksjonsvurdering og individuell opptrening. Det var ingen som hadde grupper rettet direkte mot den eldre deprimerte pasientgruppen. Det ble erfart av to av

informantene at kartleggingen var viktig. En av dem sa det slik; *«Fysisk aktivitet blir lagt opp etter en kartlegging. En må jo se etter hva pasienten kan».*

En av informantene fortalte hvordan fysioterapi tjenesten fungerte i sin kommune. De pasientene på korttidsavdeling ble prioritert, og fikk ofte fysioterapi i form av deltakelse i fellestrening. De hjemmeboende som var på dagsenter i denne kommunen deltok på fellestrening de to dagene de var dagsenter, og ellers så fulgte fysioterapeuten opp de pasientene som hadde behov for det i hjemmet med individuell trening/oppfølging; *«Det er de som er på korttidsavdeling som er vår førsteprioritet. De skal vi prøve å få sett 4 til 5 ganger i uken. Og så er det hjemmeboende som vi møter på dagsenter, og der er det fysioterapeut to ganger i uken. Det har vi fellestrim, og hvis det er noen som har ytterligere behov, så kan vi gi individuell oppfølging».*

Forskjell i tilnærming i forhold til andre pasientgrupper

Tre av informantene trekker fram hjemmebehandling, der fysioterapeuten faktisk møter opp hjemme, som et bra tiltak. Da er det vanskeligere for pasienten å takke nei til tiltak. En av informantene sa at hun må møte opp for at pasienten faktisk skal få aktivisert seg. En sa dette om hjemmebehandling; *«Og jeg ser jo at det er noen som rett og slett holdes oppe og kan bo hjemme på grunn av den lille dytten der».*

En annen tilnærming er å være mere pågående til denne pasientgruppen, sammenliknet med andre pasientgrupper. To informanter tar opp dette med transport til trening.

Fire av informantene snakket om viktighet av sosialt samvær og lystbetont aktivitet. Det å trene i gruppe hvor det er sang, musikk og lek, blir oppfattet som et tiltak som bringer fram smil og godt humør. Den femte informanten trekker fram at aktiviteten bør være meningsfull for pasienten. En av fysioterapeutene bruker musikk og lek i sin individuelle behandling, for å gjøre den lystbetont. En trekker fram en pasientcase, der pasienten fortalte at angsten hun hadde, ble minsket når hun var i aktivitet sammen med andre.

Motivasjon og mestring er avgjørende

Motivasjonsarbeid oppfattes av alle som en veldig viktig oppgave i forhold til denne pasientgruppen. Alle informantene snakker om viktigheten av slik innsats for å få pasientene i gang med trening og generell aktivitet. En av de som ble intervjuet sa at det var de som var pasientens motivasjon; *«Vi er deres motivasjon»*, mens en annen påpekte at motivasjonen ofte

ikke er sterk, hun sa; «*Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig stekt ønske, men en veldig sterk tvil*».

Diskusjon

Et viktig funn i studien er at pasienter ikke blir henvist til fysioterapi behandling kun på grunnlag av depresjon. De blir henvist på grunn av et fysisk problem. Det er godt beskrevet i litteraturen at fysisk aktivitet har effekt hos inaktive eldre mennesker og på depresjon (5-6, 8). Fysisk aktivitet har positiv effekt på kroppen, sinnet og det sosiale livet og det motvirker somatisk sykdom og fysisk forfall (6). På bakgrunn av kunnskapen om hvo viktig det er for eldre deprimerte å være i aktivitet, både fysisk og sosialt er det et tankekors at denne pasientgruppen ikke blir henvist til fysioterapi på grunnlag av depresjon.

Videre poengterer informantene i denne studien at eldre deprimerte er en utfordrende pasientgruppe å arbeide med for fysioterapeuter. Informantene hadde erfaringer med at pasientene ofte takket nei til behandling og at det krevdes mye motivasjonsarbeid for å få dem i gang. Vi vet lite om hva som hindrer pasienter med psykiske lidelser i å delta i fysisk aktivitet (13). Men vi vet at eldre pasienter er inaktive på grunn av redsel for å gå ut og for å skade seg (14), og at eldre med depresjon ikke frivillig oppsøker aktiviteter (9-10).

De mer alvorlige og tyngre depresjonene var vanskeligere for informantene i denne studien å forholde seg til. Symptomene til deprimerte eldre pasienter er passivitet, negativitet, tiltaksløshet, passivitet og pessimistisk syn på livet (2-4). Mennesker med depresjon kan virke tunge på andre, det kan derfor være en ekstra utfordring å ha dem med i gruppetreninger, hvor noe av målet er at man skal motivere og dra hverandre. Symptomene er vanskelige for informantene å forholde seg til, men man kan stille seg spørsmål om fysioterapeuter har tilstrekkelig kunnskap om depresjon hos eldre, slik at de tyngre pasientene kanskje kunne møtes på en annen måte og oppleves som mindre utfordrende.

Fysioterapeutene oppfattet ikke denne pasientgruppen som en prioritert gruppe for behandling og tiltak i kommunene. Det har blitt belyst i litteraturen at eldre deprimerte forsvinner i systemet, at de ikke oppsøker fysisk eller sosial aktivitet og ofte takker nei til tiltak (9-10).

Studien avdekker videre viktigheten av en god relasjon og allianse mellom fysioterapeut og pasient. Dette bekreftes av tidligere forskning som også viser at en god relasjon vil være en viktig del av behandlingen for å motivere pasientene til aktivitet (10).

Viktighet av samarbeid mellom fysioterapeut og andre helsepersonell, og mellom fysioterapeut og pårørende, er også et funn i dette studiet. Samarbeidet er viktig for å oppnå gode resultater i behandlingen (9). Den eldre deprimerte pasienten har behov for å være i aktivitet. Da fysioterapeut ikke har ressurser til å være tilstede hele dagen, eller hver dag, er det da viktig at pårørende eller annet helsepersonell også kan motivere og bidra til å få pasienten i aktivitet.

Funnene viser at fysisk aktivitet er det verktøyet fysioterapeutene brukte i behandlingen av den eldre deprimerte pasientgruppen, og vi vet at fysisk aktivitet har effekt på depresjon (5,8,13), men vi vet lite om type, intensitet, varighet og frekvens på treningen (5).

Informantene sa heller ikke noe konkret om dette, men de beskrev hvordan de drev både med fysisk aktivitet i gruppesetting og individuelt.

Studiet avdekket at fysioterapeuter tilnærmer seg denne gruppen noe annerledes enn andre pasientgrupper. Det ble trukket fram hjemmebehandling, transport til aktiviteter, sosialt samvær og lystbetont aktivitet. Det ble også trukket fram det at fysioterapeutene måtte være mere pågående med disse pasientene for å få dem i aktivitet. Forskning bekrefter dette og viser til behov for transport, betydning av sosialt samvær og lystbetont aktivitet for denne pasientgruppen (6,9-10).

Motivasjonsarbeid ble oppfattet av alle informantene i dette studiet som en viktig del av behandlingen. Motivasjonen blir redusert på grunn av depresjon, angst, smerter, fatigue og kognitiv reduksjon. Litteratur gir anbefalinger om at fysioterapeuter bør involverer pasientene i selve behandlingen, og også å gi dem valgmuligheter av behandlingstiltak (10). Når pasienter selv blir involvert i målsettingen av behandlingen, så vil dette føre til at pasienten får økt mestringsfølelse. Motivasjonen til pasientene er også avhengig av en god allianse med behandler, noe denne studien belyste. Det er viktig at fysioterapeut viser pasientene anerkjennelse, respekt og gir bekreftelse og positive tilbakemeldinger. En informant sa det så bra; «Vi er deres motivasjon». Den deprimerte eldre pasienten er ofte veldig initiativløs, tiltaksløs og energiløs, trenger dermed en person til å hjelpe og motivere dem i gang med aktivitet (10). En annen informant gav også dette gode sitatet; «Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig stekt ønske, men en veldig sterk tvil». Dette sier noe om hvor

vanskelig motivasjonsprosessen kan være med denne gruppen av pasienter. Økt kunnskap om motivasjonsarbeid kan derfor være aktuelt.

Metode kritikk

Kvalitative studier har ikke som mål å generalisere funn, men å forsøke å forstå intervjupersonenes verden og deres erfaringer (11). Dette studiet mestret kun å rekruttere 5 informanter til intervju, og det var en skjev kjønnsfordeling ved at alle var kvinner. Studien var for liten til å kunne trekke noen generelle konklusjoner om fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte, men det gir et innblikk i disse fysioterapeutenes erfaringer med den aktuelle pasientgruppen. For å styrke gyldigheten til funnene gjort i denne studien burde det være inkludert flere informanter. Og det kunne i tillegg ha blitt brukt metodetriangulering, med for eksempel en kvantitativ delstudie med spørreskjemaer om samme tema (11, 15). Analyseprosessen kunne økt gyldigheten ved å la den bli vurdert og kritisert av andre fagfeller (15). En pilot studie før igangsetting og en grundigere redegjøring over forfatters forforståelse og rolle i denne artikkelen ville også bidratt til å øke troverdighet og gyldighet (15, 16).

Konklusjon

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer behandling av eldre med depresjon. Et viktig funn i denne studien var at fysioterapeutene opplevde at ingen pasienter ble henvist til dem på grunnlag av depresjon. Dette sammen med at mange fysioterapeuter takket nei til å delta i dette studiet fordi de ikke visste nok om temaet, sier kanskje noe om at kompetansen om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse er lav hos helsepersonell som omgås denne pasientgruppen. Fysioterapeutene opplevde det tungt og utfordrende å gi behandling til eldre med depresjon.

Fysisk aktivitet er det verktøyet fysioterapeuter bruker i behandling av eldre med depresjon. I en slik behandlingssituasjon er relasjonen viktig og motivasjonsarbeidet sentralt. Eldre med depresjon trenger noe annen tilnærming enn andre pasientgrupper.

Referanseliste

1. Kristiansen, K.M. & Engedal, K. Kommentarartikkel: Nytt kvalitetsregister i alderspsykiatrien. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2013; 133 (7): 737-8.
2. Moksnes, K.M. Depresjon hos eldre. Demens og Alderspsykiatri 2007; 11 (2): 11-15.
3. Kvaal, K. Psykiske lidelse i eldre år: En av tidenes største helseutfordringer. Idunn.no-tidsskrifter på nett. Tidsskrift for psykisk helsearbeid 2009.
<http://www.idun.no/ts/tph/2009/02/art05> (30.04.13)
4. Laake, K. Geriatri i praksis.(4.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS, 2008.
5. Cooney, G.M, Dwan, K., Greig, C.A. et al. Exercise for depression (Review). The Cochrane Library 2013; 9, 1-123.
6. Hjort, P. Fysisk aktivitet og Eldres helse-gå på! Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2000; 120 (24), 2915-8.
7. Hjort, P. Alderdom. Helse, omsorg og kultur. Universitetsforlaget AS, 2010.
8. Bahr, R (red.). Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebyggende behandling. Helsedirektoratet, 2008.
9. Holm, A. L & Severinsson, E. Interdisciplinary Team Collaboration during Discharge of Depressed Older Persons: A Norwegian Qualitative Implementation Study. Nursing Research and Practice 2013; 2013.
10. Thomas, B. Motivating the Elderly Client in Long-Term Care. Advance healthcare network for physical therapy and rehab medicine 2014. <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Motivating-the-Elderly-Client-in-Long-Term-Care.aspx> (18.03.2014)
11. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring (3.utg. 2 oppl.). Universitetsforlaget AS, 2013.
12. Graneheim, U.H. & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24, 105-112.
13. Strohle, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. Journal of Neural Transmission 2009; 116, 777-784.
14. Kirchhoff, J.W. Fysisk aktivitet blant eldre. Sykepleien Forskning 2006; 01-2006.
15. Dragset, S. & Ellingsen, S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien Forskning 2010;5 (4), 332-335.
16. Kvale, S. og Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. (2. oppl.)Gyldendal Akademiske 2012.

INTERVJUGUIDE

1. Kan du fortelle om din utdanning, jobberfaring og eventuelt videreutdanning?
2. Er fysisk aktivitet en del av behandlingen for den aktuelle pasientgruppen?

Hvis ja; Hva slags fysisk aktivitet, hvor ofte og hvilken intensitet?

Hvordan tilrettelegger du for den fysiske aktiviteten?

Hvis Nei; Hva slags annen tilnærming bruker du for denne pasientgruppen?

3. Kan du beskrive en positiv erfaring du har med i behandling av en eldre deprimert pasient?
 - a) Hvorfor ble denne hendelsen positiv?
4. Kan du beskrive en negativ eller vanskelig erfaring?
 - a) Hvorfor ble den vanskelig?
5. Hvordan kommer du i kontakt med pasientene?
6. Professor Peter Hjort sier noe om at inaktivitet er den største helserisiko for den eldre befolkning. Hvilken formening har du om denne uttalelsen i forhold til den deprimerte pasienten?
7. Har du noen tanker eller ideer i forhold til fysioterapi behandling av denne pasientgruppen?
8. Hva tenker du kan være utfordringene for framtiden for denne pasientgruppen?

Vedlegg 2;

Til

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Fysioterapeuters erfaringer i arbeid med eldre deprimerte»

Undertegnede holder for tiden på med en mastergrad i helsefag med fordypning i alderdom og helse. Som del av mastergraden må vi gjennomføre et forskningsprosjekt. I dette forskningsprosjektet ønsker undertegnede å undersøke fysioterapeuters erfaringer i deres behandling av eldre deprimerte mennesker.

Bakgrunnen for studiet er at antall eldre mennesker øker, og forekomsten av depresjon vil mest sannsynlig øke tilsvarende. Vi vet lite om denne pasient gruppen, og det finnes lite forskning på eldre og depresjon og fysioterapi/fysisk aktivitet.

Dette forskningsprosjektet innebærer at jeg ønsker å intervjuere fysioterapeuter i din kommune. Jeg ønsker å komme i kontakt med fysioterapeuter i din kommune som tidligere har vært i kontakt med/behandlet eldre pasienter/brukere med depresjon. Intervjuene vil vare mellom 30-60 minutter. Egnet tid og sted for intervjuene vil undertegnede avtale med forskningsdeltakerne. Det er ønskelig å starte med intervjuene så snart som mulig etter at kontakt er etablert.

Erfaring innenfor forskning og utviklingsarbeid tilsier at det er nødvendig med forankring og støtte administrativt, derfor håper jeg på positiv respons fra deg som enhetsleder ved avdelingen.

Jeg ønsker at du forespør egnede deltakere og takker på forhånd for hjelpen.

Hvis dere vil delta i dette prosjektet, vennligst ta kontakt med: Anne Margrethe Ulleberg, annemu10@student.uia.no, tlf:47653243. Min veileder på prosjektet kan også kontaktes: 1. amanuensis Berit Johannessen, Berit.Johannessen@uia.no, tlf: 91380696.

Vennlig hilsen Anne Margrethe Ulleberg

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

1) Tittel på studien:

Fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte og bruk av fysisk aktivitet.

2) Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å belyse hvordan fysioterapeuter arbeider i forhold til eldre med depresjon. Målet er å forsøke å finne fellestrekk i fysioterapeuters erfaringer med denne pasientgruppen.

3) Hva innebærer studien:

Studien innebærer at du deltar i et dybdeintervju som varer i om lag 40-60 minutter. Intervjuet vil bli utført av mastergradstudent ved Universitetet i Agder (master i helsefag, fordypning i alderdom og helse). Sted for intervjuet vil avklares senere.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker.

4) Mulige fordeler og ulemper:

Deltakelsen vil ikke ha noen direkte fordeler eller ulemper for deg, men det vil bidra til ny kunnskap om dette temaet.

5) Hva skjer med informasjonen om deg (informanten):

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Det vil så langt som mulig søkes å publisere resultatene slik at ikke identiteten din kan avsløres av noen andre.

6) Oppbevaring og dato for sletting av data:

Det er kun masterstudent og veileder knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Alle opplysninger som kan spores tilbake til deg oppbevares innelåst, og slettes ved prosjektets slutt i mai 2014.

En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. All informasjon vil oppbevares innelåst, og navnelisten vil være i et annet låst skap enn resten av informasjonen.

7) Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

8) Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se under).

9) Navn, telefonnummer evt e-mailadresse til leder for undersøkelsen, veileder evt andre som kan gi opplysninger:

Anne Margrethe Ulleberg, <mailto:annemu10@student.uia.no>, tlf. 47653243 eller veileder <mailto:Berit.Johannessen@uia.no> , tlf. 91380696

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen :

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Vedlegg 4

SVAR PÅ SØKNAKD FAKULTETES ETISKE KOMITEÈ

Navn: Anne Margrethe Ulleberg

Les kommentarer i besvarelsen din:  FEK.doc

Kommentar: Fakultetets etiske komité behandlet søknaden til Anne Margrethe Ulleberg i møte 24.06.13. Prosjektet "Fysioterapeuters erfaringer og innsyn i arbeid med deprimerte eldre" godkjennes som beskrevet i søknaden. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring bør være på samme ark. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland

Karakter:

Evaluerings: Godkjent

Vedlegg 5;

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Berit Johannessen
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 07.10.2013 Vår ref: 35674 / 2 / KS Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.09.2013.

Meldingen gjelder
prosjektet: 35674

Fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte og bruk av fysisk aktivitet.
Behandlingsansvarlig Universitetet i Agder, Daglig ansvarlig Berit Johannessen.
Student Anne Margrethe Ulleberg

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering.

Endringsmeldinger gis via et eget

skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Katrine Utaaker Segadal

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Margrethe Ulleberg Svømmelandsveien 239 4640 SØGNE

35674 Fysioterapeuters erfaringer med eldre deprimerte og bruk av fysisk aktivitet.

*Behandlingsansvarlig Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Berit Johannessen
Student Anne Margrethe Ulleberg*

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35674

Det gis skriftlig informasjon og samtykke for deltakelse er ensbetydende med aktiv deltakelse.

Personvernombudet finner i utgangspunktet skrevet godt utformet, men forutsetter at dato for prosjektslutt rettes opp i forhold til meldeskjemaet hvor det fremgår at prosjektslutt er 31.12.2014. Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes personvernombudet@nsd.uib før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 30.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



Retningslinjer for publisering

10.12.2008

Fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri henvender seg til en tverrfaglig lesergruppe med tilknytning til helse- og omsorgssektoren, spesielt innenfor behandling av og omsorg for personer med demens og pasienter innenfor alderspsykiatrien.

Fagartikler i Demens & Alderspsykiatri skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis.

En artikkel i Demens & Alderspsykiatri overskrider sjelden cirka 15 000 tegn uten mellomrom, og normalt ber vi artikkelforfatterne holde seg innenfor en ramme på 10 000 – 12 000 tegn uten mellomrom. Skriv konsentrert og så kort som mulig. Bilder, grafer, figurer mv sendes som separat fil og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.

Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. Innlegg til Demens & Alderspsykiatri leses av minst to av redaksjonens medlemmer.

Artikler sendes innen avtalt frist som vedlegg til e-post til tidsskriftets redaktør:
bente.wallander@aldringoghelse.no

Referanser: Se beskrivelsen lenger ned på siden.

Forskningsartikler i D&A

skal falle inn under feltene demens og alderspsykiatri i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vi ønsker å publisere tverrfaglig, fra forskning om pleie og omsorg, medisin, psykologi, ergoterapi, fysioterapi, sosialt arbeid med mere.

Artikler som vurderes for publisering skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter.

Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres.

Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser, vil bli vurdert for publisering.

Sekundærpublisering, det vil si publisering av en forskningsartikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt i D&A.

Fagfellevurdering

D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). D&A benytter fagfeller fra Norge og de nordiske land. Innsendt manuskript blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller), som representerer eksterne fag-

og forskningsmiljøer.

Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

Generelt

All tekst skrives i MS Word-format (.doc, .docx) eller i «rikt tekstformat» (.rtf), med fonten Times New Roman, bokstavstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm. Sidene skal pagineres (merkes med sidetall). Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig.

Artiklene skal inneholde følgende avsnitt, om det er naturlig ut fra hva slags studie artikkelen refererer:

- Sammendrag, hovedbudskap, bakgrunn, metode (med statistikk), etiske refleksjoner, resultater, diskusjon, konklusjon og referanser.
- Hovedbudskapet skal sammenfattes i to-tre kulepunkter.
- Overskriftene markeres med tykkere bokstaver (bold).
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.
- Det tillates inntil fem tabeller og/eller figurer.
- Tabeller skal av trykkes tekniske årsaker også sendes inn som egne dokumenter i excel-format (.exl).
- Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.
- Antall ord er maksimalt 3 500 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).
- Sammendraget skal være på norsk og engelsk, og inneholde maksimalt 250 ord for hver språkform.
- Manuskripter skal være skrevet på norsk, svensk eller dansk.

Oversendelse av manuskript

Artikkelmanuskriptet og eventuelle tabeller sendes som vedlegg til elektronisk post til fagredaktor@aldringoghelse.no.

Alt sendes som ett dokument. I tillegg til selve teksten i manuskriptet skal de to første sidene i dokumentet inneholde:

1. Overskriftsside

- Tittel på artikkelen.
- Forfatterens (forfatternes) for og etternavn.
- Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.
- Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.
- Kontaktforfatterens (vanligvis førsteforfatter) elektroniske postadresse og telefonnummer.
- Antall figurer og tabeller i artikkelen.

2. Sammendrag

Sammendrag skal være på norsk og engelsk, som skrives på egne sider. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon. Maksimalt 250 ord.

Etikk

Forskningsartiklene i Demens & Alderspsykiatri skal holde en høy etisk standard. Forskning presentert i

bladet skal være i henhold til «forskningsloven», følge hovedprinsippene i «Vancouverkonvensjonen» og «Helsinkideklarasjonen». Studier der reglene krever det, skal være godkjent av den regionale etiske komiteen for medisinsk forskning (REK) og Datatilsynet (ved dataombudet).

Forfatterskap

Når et manuskript har flere forfattere skal alle ha bidratt, slik at hver enkelt oppfyller alle de tre følgende kriteriene:

1. Vesentlige bidrag til idé til og utforming av studien, eller datainnsamling/-generering, eller analyse og tolkning av resultatene.
2. Utarbeidelse av manuskriptet eller kritisk gjennomgang av manuskriptet.
3. Godkjenning av artikkelen som sendes inn for vurdering

Interessekonflikter

Før publisering av et manuskript, må alle forfatterne ha skrevet under en interessekonflikterklæring.

[Skjemaet kan lastes ned i pdf-fil her](#)

Referanser

Litteraturhenvisningene i D&A følger hovedsakelig retningslinjene fra International Committee of Medical Journals, såkalt «Vancouver style» Referansene nummereres fortløpende i den rekkefølgen de første gang forekommer i teksten. Henvisningene settes vanligvis til sist i setningen. De enkelte referansene skiller med komma; med bindestrek dersom henvisninger følger fortløpende (for eksempel 1-5, 15, 18).

Referansene plasseres på slutten av manuskript i samme rekkefølge som de nevnes i tekst. Forfattere siteres med etternavn og initialer for fornavn. Dersom det er flere forfattere, skal det i referanselisten angis inntil tre forfattere etterfulgt av «et al.». Dersom en referanse har tre forfattere, benevnes disse forfatterne bundet sammen med ”&”. Navn på tidsskrifter skal skrives fullt ut. Dersom navnet på tidsskriftet begynner med en bestemt artikkel, skal denne utelates (for eksempel: for The New England Journal of Medicine utelates «The»). Etter tidsskriftets navn angis årstall og volum-nummer atskilt med semikolon.

Dersom gjeldende tidsskrift bruker ny paginering i hvert nummer, angis årstall, volum og nummer i parentes. Sidetall skrives også fullt ut.

Personlige meddelelser refereres i referanselisten.

Eksempler:

Tidsskriftartikkel med fortløpende paginering:

Kirkevold. Ø, Sandvik L & Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004; 19:980-988.

Tidsskriftartikkel hvor hvert nummer er paginert for seg:

Rugås L & Martinsen K. Underernæring er vanlig på sykehjem. Sykepleien 2003;91(6): 34-37.

Supplement til tidsskrift:

Conley R: Risperidone side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2000; 61 (suppl 8):20-23.

Bok:

Laake K. Geriatri i praksis. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.

Kapittel i bok med flere forfattere:

Lazarus RS. Coping with aging: Individuality as a key to understanding. I: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, Fromholt P, red. Clinical Geropsychology. Washington DC, American Psychological Association, 1998: 109-127.

Rapport:

Rykkje L, Gjellestad Å & Wolden H. Munn- og tannstell på sykehjem: vurdering av effekten av undervisning, hjelpemidler og rutiner. Undervisningssykehjem Rapport nr 1/03. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, 2003.

Offentlig publikasjon:

Norges offentlige utredninger. Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) NOU 1992: 8.

Ot.prp. nr.40 (1986-87). Om lov om endring i lov 19. november nr. 66 om helsetjenesten i kommunen mm. Miljørettet helsevern i kommunene.

St.meld. nr.40 (1987-878). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

Avhandling:

Bergland Å. Trivsel i sykehjem. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.

Avisartikkel:

Hansen TE. Avsporing fra smittevernetaten. Bergens Tidende 10.9.2007.

Artikler fra internett. I tillegg til forfatter og artikkel må nettadresse og dato for nedlasting angis:

Anonym. Alois Alzheimer. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html> (13.05.2006)

