

Kandidat nr: 10003, 10009, 10023

“Når det brenner på dass, gjør vi noe med det [...]”

“When shit hits the fan, we do something about it [...]”

En kvalitativ studie rundt forebygging av depresjon hos eldre ved en døgnrehabilitering i Trondheim kommune

A qualitative study about preventive interventions against depression in older adults at an inpatient rehabilitation facility in Trondheim municipality

Bacheloroppgave i Fysioterapi

Desember 2022

Kandidat nr: 10003, 10009, 10023

“Når det brenner på dass, gjør vi noe med det [...]”

“When shit hits the fan, we do something about it [...]”

En kvalitativ studie rundt forebygging av depresjon hos eldre ved en døgnrehabilitering i Trondheim kommune

A qualitative study about preventive interventions against depression in older adults at an inpatient rehabilitation facility in Trondheim municipality

Bacheloroppgave i Fysioterapi
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er en kvalitativ studie som handler om forebygging av depresjon hos eldre ved en institusjon for døgnrehabilitering i Trondheim kommune. Oppgaven undersøker hvilke tiltak som gjøres for å forebygge depresjon hos eldre ved institusjonen og hvilke erfaringer informantene har med forebyggingen. Dagens samfunn er preget av et økende antall eldre som kommer med utfordringer for helsevesenet. Depresjon hos eldre er en utfordring som bør tas hensyn til og forskes mer på som var bakgrunnen til vår oppgave.

Vi gjennomførte semistrukturerte intervju med seks informanter. Intervjuene ble transkribert og det ble gjennomført kategorisk analyse av resultatene som danner grunnlag for diskusjonen. Informantene rapporterer pasientsamtalen, tverrfaglig samarbeid, relasjonsbygging og fysisk aktivitet som forebyggende tiltak de gjør. Oppgaven antyder at forebygging av depresjon hos eldre får lite fokus på døgnrehabiliteringen, men det er ikke mulig å generalisere funnene våre til andre døgnrehabiliteringer. Vår oppfordring er at denne studien brukes som insentiv for videre forskning på området.

Nøkkelord: forebygge, depresjon, eldre, fysioterapi, fysisk aktivitet, døgnrehabilitering

Abstract

This qualitative study investigates preventive interventions against depression in elderly and experiences healthcare workers have with these interventions at an inpatient rehabilitation facility in Trondheim municipality. The world's older population is growing at an unprecedented rate which will bear challenges for today's healthcare system. Depression in elderly will be one of these challenges that should be taken into account and further studied.

We conducted semi structured interviews with 6 informants. The interviews were transcribed to create our results. Categorical analysis was used to analyze the results that formed the base for our discussion. Reported preventive interventions were patient conversations, a multidisciplinary approach, building patient relationships and physical activity. Our conclusion implies that there is little focus on prevention of depression in elderly in the studied inpatient rehabilitation facility. However, our findings should not be generalized to other inpatient rehabilitation facilities. We urge that this study be used as an incentive for further research on this topic.

Keywords: prevention, depression, elderly, physiotherapy, physical therapy, physical activity, inpatient rehabilitation

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	2
1.1.1 Avgrensninger og muligheter	2
2.0 Bakgrunn og teori	3
2.1 Depresjon som diagnose	4
2.2 Depresjon hos eldre	4
2.3 Fysisk aktivitet og depresjon	5
2.4 Begrepsavklaring	6
3.0 Metode	8
3.1 Valg av metode	8
3.2 Rekruttering av informanter	8
3.3 Undersøkellesdesign	9
3.4 Datainnsamling	9
3.5 Valg av analysestrategi	10
3.6 Ethiske vurderinger	10
3.6.1 Anonymisering	10
3.6.2 Kvalitetssikring av intervju	11
4.0 Resultat	12
4.1 Tanker rundt depresjon og eldre	12
4.2 Prosedyrer	13
4.3 Forebyggende tiltak	13
4.4 Fysisk aktivitet i forebygging	14
4.4 Tverrfaglige samarbeid	15
4.5 Kompetanse	15
4.6 Forbedring	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Diskusjon av resultater	18
5.1.1 Evidens for å forebygge depresjon	18
5.1.2 Individet må forebygge	19
5.1.2.1 Manglende prosedyrer	19
5.1.2.2 Kompetanse som ressurs	20
5.1.2.3 Tverrfaglige samarbeid	21
5.1.3 Tiltak for relasjon	21
5.1.3.1 Samtalens effekt	22
5.1.3.2 Viktigheten av relasjonsbygging	22
5.1.4 Fysioterapeutens rolle i forebygging av depresjon	23
5.1.4.1 Mestringsfølelse og bevegelsesglede	23

5.1.4.2 Sekundæreffekt av fysisk aktivitet	24
5.1.5 Kliniske konsekvenser	25
5.1.5.1 Tidspress	26
5.2 Metodekritikk	26
5.2.1 Valg av metode og analysestrategi	26
5.2.2 Svakheter ved intervju som metode	27
5.2.2.1 Vurdering av analysestrategi	28
5.2.2.2 Begrensninger ved intervjuguiden	28
5.2.3 Selv-seleksjonsbias og tidligere kontakt	29
6.0 Konklusjon	30
Litteratur	31
Vedlegg	40
Vedlegg 1: Projektskisse	40
Vedlegg 2: Samtykkeskjema	42
Vedlegg 3: Intervjuguide	44

1.0 Innledning

Depresjon er et utbredt problem hos den eldre befolkningen (Abdoli et al., 2022). Som fysioterapeuter er vi eksperter på bevegelsesapparatet, men når vi arbeider med pasientgrupper som er sårbare for utvikling av depressive symptomer kan påvirke hvordan vi utfører vårt arbeid. Det er derfor viktig for oss å ha kunnskap om psykisk helse for å oppdage og forebygge videre utvikling. Det er en gjennomgående konklusjon i litteraturen at det er et behov for mer forskning på hvordan fysisk aktivitet samspiller med depresjon. Allerede i 1982 kom det studier som viste effekten av fysisk aktivitet både som forebyggende og behandlende tiltak for mennesker med depresjon (Morgan, 1997, s.95). Vi synes det er interessant at noe som viste effekt allerede for 40 år siden har så lite fokus i dagens praksis.

Vår interesse for tematikken stammer fra vår egen erfaring i praksis på døgnerhabilitering og den opplevde mangelen av fokus på psykiske helse hos eldre. Døgnerhabilitering har hovedsakelig fokus på rehabilitering av fysisk problematikk hos pasientene. Samtidig opplevde vi tilfeller der det hadde vært viktig å legge større vekt på å ivareta pasienter sin psykiske helse, men som ofte ble bortprioritert eller ikke vektlagt. Videre har vi også erfaring fra alderspsykiatrisk avdeling på sykehus der det var lagt mer vekt på behandling, samt forebygging av tilbakefall av ulike psykiske lidelser, deriblant depresjon. Disse erfaringene fra egne praksisperioder sammen med vår personlige interesse for tematikken depresjon og eldre spilte en avgjørende rolle i valg av tema og problemstilling.

I tråd med den moderne forståelsen av fysioterapi, finnes det modeller og teorier som støtter en mer helhetlig tilnærming til mennesket, sykdom og skader. I møte med pasienter skal vi, som fysioterapeuter, ta i bruk modeller som den biopsykososiale modellen (Engel, 1977) og *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Sveen, 2022). På bakgrunn av disse teoriene får fysioterapeuten bedre kunnskap og kan ta hensyn til ulike sider i behandling av pasienter. Slik kan fysioterapeuten se pasienten i et helhetlig lys.

Vårt ønske som fremtidige fysioterapeuter er å sette tematikken eldre, depresjon og den helhetlige tilnærmingen i fokus fremover. Dette danner grunnlaget for spørsmålet; hva bruker de som jobber med eldre pasienter som forebyggende tiltak?

1.1 Problemstilling

Vår problemstilling er: “Hva gjøres av tiltak for forebygging av depresjon hos eldre på et døgnrehabiliteringssenter i Trondheim kommune, og hvilke erfaringer har yrkesgruppene med forebyggingen?” I lys av vår egen erfaring har vi følt et behov for å vite hva vi som fysioterapeuter kan og ikke kan bidra med innenfor forebygging av depresjon hos eldre.

1.1.1 Avgrensninger og muligheter

En viktig redegjørelse for oppgaven er at døgnrehabiliteringen i Trondheim Kommune, der vi har rekruttert informantene fra, i utgangspunktet fokuserer på fysisk rehabilitering. Oppgaven tar for seg forebygging av depresjon hos eldre, og vi unnlater derfor å skrive om behandling av depresjon. Ettersom oppgaven bruker kvalitativ metode og tar for seg en liten informantgruppe i datagenereringen, kan ikke konklusjonen generaliseres til områder utenfor det oppgaven har studert.

Oppgaven vår gir mulighet for økt innsikt og forståelse rundt tematikken depresjon hos eldre. Dette mener vi er et fagområde det er manglende kunnskap rundt og som vi vil belyse for helsepersonell, turnuskandidater, studenter og andre som jobber - eller skal jobbe med denne gruppen mennesker.

Grunnet oppgavens omfang var det et par interessante tema vi valgte å ikke ta opp i resultat og diskusjon. Temaene ble valgt bort av ulikt grunnlag. Videreføring av tiltak ble valgt bort siden oppgavens hovedfokus handler om tiltak som utføres på døgnrehabiliteringen, ikke etter. Miljøtiltak var også interessante, men under datainnsamling ble miljøtiltak kun tatt opp av noen få informanter, og det kom ikke godt nok frem i intervjuene hva tiltakene besto av.

I neste kapittel legger vi frem relevant bakgrunn og teori for oppgaven. Deretter beskriver vi metode for datainnsamling. Videre presenteres resultatene, vi diskuterer dem og konkluderer avslutningsvis.

2.0 Bakgrunn og teori

Dagens samfunn er preget av et økende antall eldre. Ifølge statistisk sentralbyrå (SSB) har antall innbyggere i aldersgruppen 67-79 år i Norge økt med 45,6% fra 2012 til 2022. (Statistisk sentralbyrå, 2022). Denne økningen har allerede gitt og er tenkt å gi konsekvenser for flere sider av samfunnet, spesielt for det norske helsesystemet. Rapporten “Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035” fra SSB, poengterer at: “Etterspørselen etter viktige grupper av helsepersonell rettet inn mot sykehusene og kommunale helse- og omsorgstjenester er i stor grad avhengig av aldringen av befolkningen” (Statistisk sentralbyrå, 2019). I en tid med mer forskning og høyere krav fra befolkningen, har den eldre pasient andre krav enn tidligere. Depresjon hos eldre bør møtes på en helhetlig måte, der både psykososiale og fysiske behov ivaretas (Kandola, 2019; Laird, 2019). Dette er noe vi, gjennom vår erfaring med arbeidet med eldre, opplever ikke tas nok hensyn til i praksis.

Depresjon og psykisk uhelse er utbredt i den eldre befolkningen. En metaanalyse av den globale prevalensen av depresjon hos eldre viser at Europa har en prevalens på 12,9% (Abdoli et al., 2021). Depresjon er en ledende årsak til funksjonsnedsettelse i verdens befolkning (Vos et al., 2012), og ved å forebygge symptomer kan en spare ressurser både på individ, - og samfunnsnivå (Smit et al., 2006a). Dette gjelder også for forebygging av depresjon hos eldre, noe som viser at det vil være lønnsomt for samfunnet å ta hensyn til eldres psykiske helse (Smit. et al., 2006b).

I oppgaven vår har vi intervjuet tre fysioterapeuter, to avdelingsledere og en sykepleier. For fysioterapeuter på døgnerhabiliteringen er tverrfagelig samarbeid en selvfølge (Trondheim kommune, 2021a). Det var derfor viktig for oss å intervjuer andre faggrupper for å få et dypere perspektiv på samarbeidet mellom fysioterapeuter og de andre faggruppene i døgnerhabiliteringen. I lys av dette utforsker vi hva som gjøres av forebygging mot depresjon i døgnerhabiliteringen i Trondheim kommune. Først presenterer vi depresjon som diagnose og hvordan det kan uttrykke seg hos eldre.

2.1 Depresjon som diagnose

Depresjon er en komplisert tilstand og diagnosegruppen er bred og heterogen. Depresjon, også kategorisert som *major depressive disorder* (MDD) i ICD-10 systemet, klassifiseres i tre hovedkategorier. Depressiv episode (F32), tilbakevendende depressiv episode (F33) og kronisk depresjon (F34.1), hvor F32 og F33 har underkategorier for videre spesifisering av episodens art og grad (Verdens helseorganisasjon, 2022). Det er mange forhold å ta hensyn til når det kommer til diagnostisering av depresjon. For at diagnosen skal stilles setter ICD systemet et krav om en gitt mengde hovedsymptomer og følgesymptomer over en periode på over to uker (Verdens helseorganisasjon, 2022). I “Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten” definerer Helsedirektoratet (2022) sentrale symptomer som; senket stemningsleie, mangel på interesse og glede over de fleste aktiviteter, tretthet og nedsatt energi. I tillegg til andre vanlige symptomer som redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, negative og pessimistiske tanker om fremtiden, tretthet, initiativløshet og beslutningsvegring, tanker og planer om selvmord, søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt, angst, og psykomotorisk retardasjon eller agitasjon. (Helsedirektoratet, 2022)

2.2 Depresjon hos eldre

Det er viktig å forstå de ulike innvirkningene symptomer på depresjon har på eldre mennesker, og hvilke følger som kan komme av tilstanden. I dette underkapittelet presenterer vi risikofaktorer for depresjon, og hvorfor det å ha kunnskap om dem er viktig.

I en paraplyoversikt som omhandler risikofaktorer for depresjon hos eldre, vises det til to faktorer som har overbevisende evidens og fire som har høy evidens for utvikling av depresjon. Disse er henholdsvis bruk av smertestillende, alder 80 og over, vedvarende søvnforstyrrelser, hørselsproblematikk, dårlig syn og hjertesykdom (Wu et al., 2022). Videre fant forfatterne at fysisk aktivitet var en beskyttende faktorer for utviklingen av depresjon hos eldre (Wu et al., 2022).

Eldre har også en del psykososiale risikofaktorer en må ta i betraktning. Bruce (2002) sin forskning er relativt gammel, men fortsatt relevant for dagens forståelse av tilstanden. Der ble negative livshendelser og pågående utfordringer, medisinsk sykdom som psykososial stressor, tap av nære relasjoner som familie og venner, nylig oppstått funksjonsnedsettelse, traumer og mangel på sosial støtte nevnt som risikofaktorer for å utvikle depresjon hos eldre.

Disse risikofaktorene er noe forebyggingsarbeid forsøker å påvirke, som Forsman et al. (2011) beskriver i en systematisk oversiktsartikkel. I studien presenteres effekten av psykososiale intervensjoner for forebygging av depresjon hos eldre. Kunnskap om hvilke potensielt modifiserbare og ikke-modifiserbare risikofaktorer for depresjon er viktig. Spesielt da det kan ha en veiledende rolle i hvordan utviklingen av klinisk praksis bør være for helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen (Almeida, 2014).

2.3 Fysisk aktivitet og depresjon

Det er kjent at fysisk aktivitet har både forebyggende og behandlende effekt på depresjon, men at virkningsmekanismene fortsatt er delvis ukjent. Studien til Kandola et al. (2019) viser til ulike nevrofysiologiske og psykososiale virkningsmekanismer av fysisk aktivitet i forbindelsen med depresjon. De konkluderer med at det finnes foreløpig evidens for antidepressive effekter av fysisk aktivitet gjennom kortisolreaktivitet og Hpa-respons, men at det kreves mer forskning for å støtte opp under disse funnene. Det samme gjelder den antidepressive effekten fysisk aktivitet har på selvtillit, sosial støtte og følelsen av mestringsevne, der det igjen vises foreløpig evidens. Artikkelen presiserer imidlertid at det kreves videre forskning, noe som ikke er et nytt konsept innenfor tematikken. Dette kan vi se i studien til Strawbridge et al. (2002) som konkluderte med det samme. Schuch et al. (2018) presenterer funn som at uavhengig av alder, kjønn og demografisk plassering har fysisk aktivitet en forebyggende effekt på depresjonssymptomer. Metaanalysen baserer funnene på selvrapperte data, noe som kan ansees som en svakhet ved analysen.

2.4 Begrepsavklaring

Forebygging

Det finnes flere måter å forstå forebygging på. Vår forståelse bygger på definisjonen av Engedal og Bjørkløf i boken *Depresjon hos eldre*. Definisjonen deres innebærer at forebygging først og fremst er å forhindre at depressive symptomer oppstår, men også som en måte å “beskrive tiltak som forebygger tilbakefall, kronifisering og negative konsekvenser av depresjon” (Engedal & Bjørkløf, 2014, s.160). Forebygging kan deles inn i tre kategorier etter virkeområder og fokus. Primærforebygging fokuserer på ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer i hele populasjonen eller på grupper med høy risiko for å utvikle depresjon.

Sekundærforebygging handler om tidlig oppdagelse av sykdom og videre intervensjoner rettet mot utvikling av sykdommen og tertiærforebygging forsøker å bedre tilheling og å minske risiko for tilbakefall (Min et al., 2013). På grunn av oppgavens omfang og kompleksiteten i pasientgruppen på døgnrehabilitering har vi valgt å referere til alle typer forebygging i oppgaven som “forebygging”.

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis er relevant som grunnlag for utforming av tiltak for eldre med depresjon og depressive symptomer. Kunnskapsbasert praksis er: “[...] å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon” (Helsebiblioteket, 2021).

Ved å benytte kunnskapsbasert praksis kan fysioterapeuten gjøre bedre kliniske vurderinger (Scurlock-Evans et al., 2014).

Den biopsykososiale modellen

Den biopsykososiale modellen ble utarbeidet av George L. Engel i artikkelen “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine” (1977) og kan hjelpe både terapeuten og pasienten å enklere kategorisere de ulike utfordringene de opplever. Utfordringer som ikke kun er biologiske, men også psykologiske og sosiale aspekter av situasjoner. På bakgrunn av dette får fysioterapeuten bedre kunnskap og kan ta hensyn til de ulike sidene av situasjonen i behandling av pasienten sine plager.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Et annet verktøy er *International Classification of Functioning, Disability and Health* eller ICF (Sveen, 2022). Denne klassifikasjonen forklarer vekselvirkninger mellom helsetilstander, helsefaktorer og helserelaterte faktorer. Den setter mennesket i en større sammenheng og vurderer samspillet mellom deres kroppslige funksjonsevne og aktiviteter de kan gjennomføre. I møte med pasienter kan bruken av ICF enklere sortere hvilke faktorer som påvirker deres evne til å delta i dagliglivet, som for eksempel i mobilisering. (Kudelka et al., 2022). Som igjen er en viktig faktor i pasienters evne til å være med på aktiviteter sosialt.

Eldrepsykologene

Eldrepsykologene er et tilbud i Trondheim kommune for ansatte i kommunale helsetjenester (Trondheim kommune, 2021b). Kommunen har ansatt to psykologer som har eldre som sitt fokusområde. Psykologene bistår i kompetanseheving og veiledning rundt Eldres psykisk helse for ansatte gjennom drøftingstelefon og epost ved behov. Drøftingstelefonen er åpen 1,5 t pr. uke.

Dette kapittelet har presentert bakgrunn og teori; depresjon som diagnose, depresjon hos eldre, fysisk aktivitet og depresjon samt en begrepsforklaring. I lys av vår problemstilling: "Hva gjøres av tiltak for forebygging av depresjon hos eldre på et døgnrehabiliteringssenter i Trondheim kommune, og hvilke erfaringer har yrkesgruppene med forebyggingen?" mener vi dette er det mest relevante for oss å presentere. I neste kapittel gjør vi rede for hvordan vi gikk frem metodisk.

3.0 Metode

Formålet med metoden og analysen er å kartlegge hvilke tiltak som benyttes av helsepersonell ved et døgnrehabiliteringssenter i Trondheim kommune. Innsamling av data skjedde gjennom semistrukturerte intervju og hadde som mål å avdekke og sammenfatte informasjon og erfaringer hos intervjuobjektene. Intervjuene tok sted i løpet av en uke i november 2022.

3.1 Valg av metode

Oppgaven benytter kvalitativ metode for datainnsamling og analyse. Alle metoder har sine sterke og svake sider, men de sterke sidene ved semistrukturerte intervju, som muligheten til å få mer nyansert innsikt i en persons erfaringer, veide opp for de svake sidene ved metoden (Skilbrei, 2019, s.66-68). Svake sider er for eksempel anonymiserings-, - og generaliseringsproblemer i kvalitativ metode, som tas opp i metodediskusjon (Nadim, 2015). Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervju med intervjuguide.

Kvalitativ metode kjennetegnes ved: “[...] studier der man fokuserer på mening og innhold, mer enn bredde og omfang, som i kvantitative studier” (Fangen, 2022). I vår oppgave gjør kvalitativ metode at det er hensiktsmessig å samle inn data tidlig i prosessen og for så å justere teorier og perspektiv i forhold til innsamlede data (Tjora, 2017, s.15).

3.2 Rekruttering av informanter

“Hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier er at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet” (Tjora, 2017, s.130). Vi fikk gjennom en kontaktperson i Trondheim kommune en oversikt over aktuelle informanter med erfaring innen døgnrehabilitering. Oppgavens informanter ble rekruttert i form av et tilgjengelighetsutvalg, med strategiske valg innad i de som ønsket å delta da vi opplevde stort engasjement for tema. Vi spurte elleve personer om å delta i intervju og fikk sju positive tilbakemeldinger, mens fire ikke svarte. Av de sju valgte vi ut seks, med ulik

mengde erfaring og fra ulike avdelinger. Hovedgrunnen til at vi valgte bort informant sju var oppgavens omfang, samt for å hindre overrepresentasjon fra en avdeling. Informantene har tidligere hatt kontakt med en av oppgavens forfattere, men ingen informasjon om oppgaven ble diskutert og denne forfatteren hadde ikke en sentral rolle som intervjuer.

3.3 Undersøkellesdesign

Intervjuene har et eksplorativt design, som har i formål å avdekke og oppdage informasjon. “Å eksplorere betyr å oppdage, og eksplorerende undersøkelser brukes på spørsmål som det i liten grad er forsket på” (Ringdal, 2018, s.517). Vår oppgave benyttet et eksplorativt design, da den utforsker intervjuobjektets erfaring med depresjon hos eldre. Ønsket vårt er å skaffe til veie informasjon om hvordan en jobber med forebygging av depresjon hos eldre i døgnerhabiliteringen.

3.4 Datainnsamling

Vi samlet inn egne data gjennom semistrukturerte intervju med informanter. Totalt ble seks personer intervjuet, hvorav tre fysioterapeuter, en sykepleier og to avdelingsledere. Fem av seks intervju skjedde på informantenes arbeidsplass, som personlige intervju. Informantenes arbeidsplass ble valgt som sted for intervjuene da det gir intervjuobjektet en følelse av trygghet ved å være i kjente rammer (Tjora, 2017, s.121). Det siste tok sted på et nøytralt grupperom ved universitetet, etter informants ønske. Under intervjuene var to av forfatterne til stede fysisk, mens den tredje deltok over nett gjennom Facebook sin videokommunikasjonstjeneste. En person som var fysisk tilstede gjennomførte intervjuet, mens to noterte. Underveis i intervjuene ble det gitt rom for oppfølgingsspørsmål fra alle forfatterne, slik at viktige elementer ble fulgt opp.

I etterkant av intervjuene ble flere av informantene sittende og diskutere med intervjuer. Dette skjedde ofte som en konsekvens av spørsmålet: "Er det noe vi ikke har tenkt på i denne sammenhengen og som du vil si noe om?" Denne samtalen bar preg av feltsamtale der tema var fastsatt, og både informant og intervjuer deltok i diskusjon rundt tema. Her presenterte informantene noen nye tanker og nyanser som ikke ble tatt opp i intervju, men som vi anser som svært relevante for oppgaven. Vi har valgt å bruke utsagn fra disse feltsamtalene i datakapittelet.

3.5 Valg av analysestrategi

Vårt valg av analysestrategi og metode for praktisk gjennomføring av analyseprosessen baserer seg på boken *Kvalitative Metoder* av May-Len Skilbrei (2019). Forfatteren henviser til Holter og Kalleberg som angir tre analysestrategier i bearbeidelsen av kvalitativt materiale: kategoribasert analyse, diskursanalyse og narrativ analyse. Vi har valgt å benytte kategoribasert analyse der: "[...] forskeren analyserer med tanke på å identifisere de kategorier av prosesser, begivenheter eller praksiser som fremstår som vanlig eller spesielt betydningsfulle, ikke bare for informantene, men også sett i lys av forskningens problemstilling." (Skilbrei, 2019, s. 180).

Skilbrei (2019, s.182) viser til tre steg for praktisk gjennomføring av analyseprosessen. Disse er tekstreduksjon, å kode materialet og å utvikle typologi og kategorier. Tekstreduksjon er en strategi vi har brukt for å gjøre materialet håndterbart. Vi lagde sammendrag av intervjuene slik at vi kunne sammenligne dem lettere. Videre benyttet vi intervjuguiden for å utforme kategorier vi kodet med ulike farger i materialet. Dette ble gjort fordi temaene i intervjuguiden reflekterer innholdet i intervjuene og hjelper oss med å danne en oversikt over viktige temaer og sammenhengen mellom dem. Vi har til sammen gjennomgått datamaterialet tre ganger for å redusere sjansen for at vi har gått glipp av viktig informasjon. En gang gjennom tekstreduksjon, en gang gjennom kategoriseringen av datamaterialet og til slutt da vi diskuterte kodingsarbeidet opp mot hverandres forståelse av datamaterialet.

3.6 Etiske vurderinger

3.6.1 Anonymisering

Vi gjennomførte NSD sin test for meldeplikt av prosjekt i forkant av oppstart, og prosjektet anses ikke som meldingspliktig, da det ikke blir notert person, - eller helseinformasjon om informantene. Det blir ikke gjort lyd- eller videoopptak av intervjuene, men innholdet i intervjuene blir notert ned på PC underveis. Samtykkeskjema (vedlegg nr.2) ble presentert ved intervjustart og ga informant innblikk i hva svarene deres skulle brukes til, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten grunn.

3.6.2 Kvalitetssikring av intervju

For å kvalitetssikre at alt av relevans ble skrevet ned, samt å sikre oss mot misforståelser ble oppgavene fordelt før intervjuene ble gjennomført. Vi var alle til stede under alle intervjuene og to skrev ned informantenes svar underveis. For å redusere antall variabler som kunne påvirke svarene, var samme forfatteren intervjuer i alle de seks intervjuene mens de samme to skrev underveis. Alle sitater brukt i oppgaven er dobbeltsjekket med informantene for å sikre at sitatet er notert rett og blir brukt slik det var tenkt.

Intervjuguide ble benyttet under intervjuet. Guiden ble utarbeidet i samarbeid med veileder og vi sendte så guiden til en fysioterapeut som er ansatt i alderspsykiatrien. Hun ga oss konstruktive tilbakemeldinger. Det ble så gjennomført et testintervju med en fysioterapeut som har erfaring innen tematikken eldre, for å teste om guidens spørsmål ga svar på det oppgaven er ment å svare på. Intervjuguiden er vedlegg nr.3. Da oppgaven har et eksplorativt design, var det relevant å gjennomføre et semistrukturert intervju der guiden ikke ble fulgt slavisk, men heller la til rette for digresjoner og å endre på spørsmålsrekkefølgen.

4.0 Resultat

Informantene er:

- Informant 1 er fysioterapeut, mann og har jobbet med eldre innen rehabilitering i over 5 år.
- Informant 2 er avdelingsleder, mann og har over 15 år erfaring fra helsevesenet.
- Informant 3 er avdelingsleder, kvinne og har tidligere jobbet med eldre som sykepleier i over 20 år.
- Informant 4 er fysioterapeut, kvinne og har erfaring fra helsevesenet i over 15 år. Har jobbet mest med eldre.
- Informant 5 er sykepleier og kvinne. Relativt nyutdannet.
- Informant 6 er fysioterapeut, kvinne og har erfaring fra arbeid med eldre i over 5 år.

I dette kapittelet presenterer resultatene våre fra intervjuene. Vi velger å ta utgangspunkt i temaene i intervjuguiden. Disse temaene er: Tanker rundt depresjon og eldre, prosedyrer, forebyggende tiltak, fysisk aktivitet i forebygging, tverrfaglig samarbeid, kompetanse og forbedring. Informantene refereres videre til som I1, I2 osv.

4.1 Tanker rundt depresjon og eldre

Vi var interesserte i informantenes tanker rundt tematikken depresjon og eldre. Innledningsvis henviste vi til statistikk rundt antall eldre med MDD, noe flere av informantene ikke finner overraskende. Vi har spurt om samfunnsfokus på tematikken, men grunnet oppgavens omfang og relevans for problemstilling har vi valgt å ekskludere svarene på dette spørsmålet fra oppgaven.

Funksjonssvikt, -tap og livsendrende situasjoner er neste felles faktor informantene peker på. De anerkjenner at mange pasienter har gått gjennom livsendrende hendelser, som ofte leder til funksjonssvikt og/eller funksjonstap. I5 utdyper dette: “Uvant setting for dem noe som kan gjør at de blir frustrert. Det tar litt tid før de føler seg trygge og skjønner gangen i det.” Nedstemtheten som følge av livsendring blir også nevnt av I2, som forklarer at det er vanskelig: “[...] å tolke om [depressive] symptom er en livskrise som resultat av slag eller om

vedkommende har hatt depresjonen lenge.” Den samme tanken nevnes av I4 som uttrykker at det er: “[...] utfordrende å si hvor grensen mellom sorg og depresjon er.” Videre utdyper I4 at utfordringen forsterkes av det relativt korte tidsrommet de har med pasienten på døgnrehabiliteringen.

4.2 Prosedyrer

Informantene tok opp flere overordnede prosedyrer og spesifiserte at døgnrehabiliteringen ikke hadde noen prosedyrer med primærfokus på å forebygge depresjon. Alle informantene påpekte tverrfaglige møter som potensielt forebyggende fordi de gir mulighet til å sammenligne observasjoner av pasienter på tvers av faggruppene. Alle informantene tok opp inntak- og kartleggingssamtaler som viktige prosedyrer. Samtalene ble brukt med like formål [informasjon, trygging, målsetting, brukermedvirkning], men samtalens konkrete mål kunne variere avhengig av faggruppen som gjennomførte den. I5 bemerket om inntakssamtalen: “Største innvirkningen er hvordan de blir tatt imot. Blir de møtt med en dårlig opplevelse vil det sette en dårlig standard [...]”

Det som oftest kom fram da vi spurte om prosedyrer rundt forebygging av depresjon var prosedyren rundt vurdering om en pasient burde diagnostiseres med depresjon. I1, I2, I3 og I6 sa at ved mistanke om depresjon skulle det konfereres med lege som eventuelt ville ta seg av videre utredning.

4.3 Forebyggende tiltak

Ved spørsmål om hvilken effekt forebyggende tiltak har mot depresjon hos eldre sa I2: “Det ingen vaksinasjon mot depressive symptomer, men det er en faktor som spiller imot og hindrer [forebygger] at de [depressive symptomer] kan utvikles.” Videre har ulike informanter presentert ulike forebyggende tiltak de benytter i praksis.

Samtlige informanter nevnte pasientsamtalen som et tiltak de benyttet seg av i forebyggingsarbeidet. Både I1 og I3 er enige i at forebygging av depresjon ikke er hovedmålet med samtalen, men at forebygging er en positiv sekundæreffekt og som I3 sa: “Samtalen kan gjøre at de får hjelp til å sortere tankene sine.” I4 benytter seg av samtalen som et tiltak og virkemiddel for å introdusere humor og få inn noe lystbetont i hverdagen til pasientene, mens I1, I5 og I6 i hovedsak bruker det for å skape relasjon og tillit hos pasientene.

Kartleggingssamtalen blir også brukt som virkemiddel i døgnerhabiliteringen. “Man kan ikke jobbe med noe uten å vite hva man jobber med. Kartlegging er ikke forebygging, men det er noe du må gjøre for å vite hva du skal gjøre”, var noe I2 nevnte i forbindelse med spørsmålet om tiltak. I tillegg snakket I4, I5 og I6 om den tverrfaglige kartleggingen som essensiell for å bli kjent med pasient og få kartlagt problematikken.

Et annet tiltak som gikk igjen hos informantene, var inkludering av pårørende som ressurs både i sosial støtte for pasienten og i innhenting av komparentopplysninger. I1 og I2 snakket om at pårørende deltar i kartleggingssamtaler, dersom de har fått samtykke fra pasienten, mens I4 og I6 fokuserte mer på hvilken bistand og støtte de pårørende kan gi pasienten i en krevende tid.

4.4 Fysisk aktivitet i forebygging

Informantenes kjennskap til - og bruk av fysisk aktivitet som forebyggende tiltak var noe vi kartla. I1 og I4 nevnte gruppetrim som et av tiltakene som benyttes i døgnerhabiliteringen. I4 nevnte også hvordan eldre fort kan miste kontakt med egen kropp og at det å bli glad i egen kropp og å oppleve mestringsfølelse ved aktivitet var noe hun setter høyt og har god erfaring med.

I5 og I6 var enige om at fysisk aktivitet kan bidra til økt mestringsfølelse for den eldre pasienten. I6 var samtidig påpasselig med å nevne at fysisk aktivitet må tilpasses individet. Hun sa også at det kan være vanskelig å bruke fysisk aktivitet som forebygging av depresjon hos eldre:

“Depresjon er ofte en sånn tilleggsdiagnose der de ofte er her på grunn av en fysisk begrensning. Utgangspunktet er annerledes, fordi de eldre kan ha begrenset fysisk kapasitet, som igjen gjør det litt vanskeligere å gjennomføre fysisk aktivitet for forebygging av depressive symptomer.”

4.4 Tverrfaglige samarbeid

Et tema alle informantene tok opp var tverrfaglighet i arbeid med den eldre pasienten. I1 sa: “Styrken ved døgnrehabilitering er at vi har et felles ansvar for pasientene” og “Mange på huset med ulik bakgrunn, så kunnskap blir delt mellom kollegaer.” I5 snakker om at hun føler seg heldig som har mange andre yrkesgrupper å lene seg på, samt at tverrfaglige møter er en god arena for å diskutere fremgang i pasientene og mulige tilpasninger av tiltak.

Andre interessante erfaringer er tverrfaglig kartlegging og oppfangning av symptomer, der I3 nevner at tverrfaglig samarbeid gir flere erfarings,- og kompetansebaserte innfallsvinkler for å fange opp symptomer. I4 nevner at: “[...] ulike yrkesgrupper fanger opp og ser ulike ting. Ofte snakker vi sammen i tverrfaglige team, sammen med lege og konferere om de ser det samme som vi ser.”

4.5 Kompetanse

I prosessen har vi spurt om informantene følte de hadde tilstrekkelig kunnskap om tematikken psykisk helse og depresjon hos eldre på døgnrehabiliteringen i Trondheim kommune. Om dette sier I1 at: "jeg skal kunne håndtere det, og det gjør jeg jo, men kun i forhold til at jeg er en fysioterapeut." Om samme tema sier en av informantene: “Det er ofte jeg hører at pasienten er vanskelig. Det tenker jeg er uttrykk for mangel på kunnskap [...]. Det at pasienten ikke gjør det som du vil er kanskje heller at du mangler kompetanse på området.”

Felles for flertallet var at de følte de lente seg mest på erfaring. I2, I4, I5, og I6 rapporterte at erfaring var deres mest brukte verktøy for å oppdage symptomer på depresjon. I5 uttalte: “Erfaring, og alle har en viss forståelse av hvordan en deprimert person agerer og ser ut.” I6 reflekterte en del rundt balansen mellom erfaring og faglig kunnskap i forebygging av

depresjon og sier: “Det er vanskelig å vite hva jeg bruker av faglig kompetanse og hva som er personavhengig erfaring/kompetanse.” Videre påpeker hun senere i intervjuet at hun: “[...] bruker mye mer av meg som person, og erfaringen jeg har tilegnet meg, enn fysioterapikunnskapen.”

I1, I3 og I6 nevnte at de ikke hadde fått noe spesiell opplæring om psykisk helse hos eldre fra arbeidsgiver. Det var ikke satt opp spesifikke fagdager eller spesiell opplæring som de var klar over. I1 nevnte tilgang på kommunale tilbud: "Heldige i kommunen som får tilbud om kurs dersom vi ønsker det og ber om det, så de som har ekstra interesse kan dra." Noe I6 støttet med uttalelsen: “Ikke noe spesifikt på tematikken. Vi må vel egentlig oppsøke det selv hvis det er noe vi vil lære mer om. Oppsøke mye selv. Learn as you go.”

I4 og I6 nevnte Eldrepsykologene som en mulighet for kompetanseheving, samtidig som at I6 poengterte at det var begrenset med kontaktmuligheter, fordi eldrepsykologene var tilgjengelig en dag i uken annenhver uke. I4 viste i tillegg en del egeninteresse for temaet og poengterte at hun selv leste forskning på tematikken. Da vi snakket om kompleksiteten i temaet uttalte hun:

“En blir aldri utlært uansett hvor mye kunnskap en får. Jeg føler jeg har en del knagger, men i og med mennesket er i den utviklinga en er så føler jeg en aldri får nok. Jeg føler en lærer stadig, en får flere og flere knagger å henge ting på.”

4.6 Forbedring

Som nevnt under punktet om kompetanse, sier I1, I2, I3, I4 og I6 at noe som bør forbedres er kompetanseheving på temaet depresjon og eldre. I3 nevner at det: “Kom fram på fagdager at det ønskes mer faglig informasjon om psykisk helse.” I5 foreslår at det å innby til samtaler om tematikken mellom kolleger og ha diskusjoner på fagdager kan være en måte å sette depresjon hos eldre mer i fokus.

I1 nevner at bedre økonomi i avdelingen kan bidra til bedre bemanning og fagmiljø og dermed økt kapasitet for å håndtere pasienter bedre. I1 nevner videre at det å fokusere på grupper i forebyggingen istedenfor individer kan være en løsning. Et eksempel han nevner er gruppetrening for eldre der de: “[...] eldre gjennomfører det selv [...] og så har de kaffestund i etterkant.” Fysioterapeuter vil være ansvarlige for opplæring og være kontaktperson for gruppen.

I2 utdyper at det er et stort antall faktorer som en skal ta hensyn til, at den psykiske helsen ofte: “[...] drukner litt i alt annet som skal ha fokus.” Dette støttes av I1 og I5, som nevner tidspress og økte krav om effektivisering i arbeidet sitt. De forklarer at pasienter på avdelingen kun er der i en kort periode, noe som påvirker hva de prioriterer av tiltak. I1 nevner videre at i møtene deler de informasjon, men at det ikke alltid er tid til å diskutere grundig. Om prioriteringer i helsevesenet, nevner I1 at: “Når det brenner på dass gjør vi noe med det, men det er ikke alltid tid til å gjøre noe med det før det skjer.”

Opplevelsen av ikke å ha muligheten til å ta den tiden som trengs for å snakke med pasienter er noe flere informanter tar opp. I5 uttrykker at en av og til må se vekk fra slikt fordi det ikke er tid til å håndtere situasjonen og opplever dette som en *normal* (vår kursivering) hendelse i helsesystemet. I4 og I5 påpeker at dette hemmer relasjonsbyggingen mellom helsepersonell og pasienter, samt gjør forebyggingsarbeidet mot depressive symptomer vanskeligere. Dette forsterkes av I2 som sier: “Du kan være verdens beste helsearbeider, men om pasienten ikke har tillit til deg, kommer du ingen vei.”

5.0 Diskusjon

Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvilke forebyggende tiltak som gjennomføres og hvilke erfaringer helsearbeidere har med forebygging av depresjon i døgnrehabiliteringen i Trondheim kommune. I forrige kapittel presenterte vi resultatene fra våre intervju. Diskusjonen drøfter evidens for å forebygge depresjon, før den tar for seg informantenes uttalelser og drøfter det opp mot allerede eksisterende litteratur og teori.

Oppgavens hovedresultat er at tiltakene som brukes av informantene er pasientsamtaler, tverrfaglig samarbeid, relasjonsbygging og fysisk aktivitet. Erfaringene med forebygging er imidlertid at det er vanskelig å gjennomføre effektivt med tanke på tidspress og komplekse pasientgrupper. Andre viktige erfaringer er at det blir sett på som tilleggsarbeid, at forebygging av depresjon får lite fokus og at alle informantene sitter på relevant kompetanse og erfaring med forebygging, men at de opplever at systemet ikke legger til rette for dette arbeidet.

Vi har delt diskusjonskapittelet: og diskuterer resultatene før vi presenterer metodekritikk.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Evidens for å forebygge depresjon

Smit et al. (2015, s.215) siterer en studie av Andrews et al. (2004) som sier at dersom alle med MDD får optimal evidensbasert behandling for depresjon, gir behandlingen 34% reduksjon av sykdomsbyrden. Smit hevder videre at når tallet tilpasses dagens helsevesen og dagens praksis, synker tallet til 16%. Vi antar at disse tallene er relevante for norsk praksis da studien er hentet fra boken *Promoting health, Preventing disease* (McDaid et al., 2015). Boken er produsert i samråd med prosjektet *The european observatory on health systems and policies*, der den norske regjering deltar. Det er da grunn til å anta at norsk helsevesen kun klarer å avverge en liten andel av sykdomsbyrden av MDD med god effekt. Dette er et tegn på at forebyggingsarbeidet er enda viktigere enn tidligere antatt.

“Av de samlede helseutgiftene i Norge går under 3% til forebyggende tjenester, og denne andelen har vært synkende de senere årene” (Mæland, 2021, s.89). Helseregnskapet til SSB for 2021 forteller at kun 2,7% av de totale helseutgiftene, brukes på forebyggende og helsefremmende arbeid (Statistisk sentralbyrå, u.å). På bakgrunn av dette er det essensielt å fremme fokus på forebygging av psykisk uhelse for fremtidens helsearbeidere. Dette er i tråd med FNs bærekraftsmål nr.3 som har et delmål som handler om å redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer, som bla. psykiske lidelser, innen 2030. Det nevnes også at flere sivilsamfunnsorganisasjoner mener Norge ikke gjør god nok innsats for å redusere forekomsten av psykiske lidelser, som bla. depresjon (FN, 2022).

5.1.2 Individet må forebygge

Under intervjuene kom det frem at ved forebygging av depresjon blir det ofte opp til helsearbeideren hvilket arbeid de legger inn og hvilke prinsipper de velger å følge.

Eksempelvis sa I6: “Det er vanskelig å vite hva jeg bruker av faglig kompetanse og hva som er personavhengig erfaring/kompetanse.”

5.1.2.1 Manglende prosedyrer

Trondheim kommune sier at forebygging har en viktig rolle for framtidens helsearbeid med eldre (Trondheim Kommune, 2016), men ved leting på kommunens nettsider fant vi ingen prosedyrer for forebygging av depresjon ved døgnrehabilitering (Trondheim kommune, 2021a). Vi stiller oss undrende til om kommunen har tatt forebygging av depresjon i betraktning ved etablering av prosedyrer for døgnrehabiliteringen. I4 kommenterer om formelle prosedyrer for forebygging av depresjon hos eldre at: “Noe som er nedfelt eller oppskrevet: Nei det finnes ikke.” De andre informantene kan heller ikke peke til slike prosedyrer. Dette gir inntrykk av at det ikke finnes konkrete prosedyrer for forebygging av depresjon i døgnrehabilitering.

I1, I2, I4 uttrykker at det er utfordrende å avgjøre når de opplever at forebygging er relevant. Som I4 sier: “Samtidig synes jeg det er utfordrende å si hvor grensen mellom sorg og depresjon er. [...] Hvor går grensen?” Når denne usikkerheten er fremtredende hos tre av informantene, kan det tyde på at det kan være hensiktsmessig å introdusere prosedyrer på

arbeidsplassen for forebygging av depresjon. Prosedyrer har også: “[...] som formål å kvalitetssikre og standardisere i virksomheten” (Nylenna, 2018). Vi viser til Brandrud et al. (2017) som konkluderer med at prosedyrer er et viktig element for kontinuerlig kvalitetsforbedring av helsevesenet. Det er derfor vesentlig at primærforebygging gjennom prosedyrer sees som grunnleggende, og ikke noe som først implementeres når det brenner på dass.

5.1.2.2 Kompetanse som ressurs

Viktigheten av kompetanseheving på forebygging av depresjon gjenspeiles i hva informantene rapporterer om opplæringen de har fått. I1, I2, I3 og I6 hevder at de ikke har fått så mye opplæring om tematikken og enten må lære på eget initiativ, eller som I6 sier: "learn as you go." Samtidig hevder I1 at de er: "Heldige i kommunen som får tilbud om kurs dersom vi ønsker det og ber om det, så de som har ekstra interesse kan dra." Et eksempel kan være Eldrepsykologene som tilbyr undervisning til ansatte i kommunen (Trondheim kommune, 2021b).

Om egen kompetanse sier I1: "Jeg skal kunne håndtere det, og det gjør jeg jo, men kun i forhold til at jeg er en fysioterapeut", noe som kan tyde på at han opplever sin kompetanse som tilstrekkelig for hans forventninger innenfor yrke. Samtidig hevder I6 at: "Både for meg selv og for andre har vi manglende kunnskap på området." Dette styrkes av en av informantene som sier at: "Det er ofte jeg hører at pasienten er vanskelig. Det tenker jeg er uttrykk for mangel på kunnskap [...] Det at pasienten ikke gjør det som du vil er kanskje heller at du mangler kompetanse på området." I4 utdyper med å fortelle at: "En blir aldri utlært uansett hvor mye kunnskap en får. Jeg føler jeg har en del knagger, men i og med mennesket er i den utviklinga en er så føler jeg en aldri får nok."

Brandrud et al. (2017) skriver at nok et viktig element i forbedringen av helsevesenet var kompetansehev hos helsepersonell i forhold til hva som er beste praksis. Basert på dette er det grunn til å tro at kompetanseheving om forebygging av depresjon hos eldre kan være relevant for å bringe den beste praksisen til døgnerhabiliteringen.

5.1.2.3 Tverrfaglige samarbeid

Med fokus på tverrfaglig samarbeid som tiltak kom det fram noen interessante punkter. Som nevnt i kapittelet om manglende prosedyrer, opplevde informantene at depressive symptomer var vanskelige å oppdage. En av faktorene som informantene uttrykker sikrer mer pålitelig oppdagelse av symptomer er det tverrfaglige samarbeidet. I4 sier at: “ulike yrkesgrupper fanger opp og ser ulike ting.” Flere informanter forteller at mistanker om depressive symptomer hos pasientene, tas opp på tverrfaglige møter og konfereres med lege som eventuelt ville ta seg av videre utredning. I1 sier: “Styrken ved døgnrehabilitering er at vi har et felles ansvar for pasientene” som gjør det mulig for flere faggrupper å ta opp bekymringer, samt vurdere å ta det opp med mer spesialiserte helsepersonell. Det ser ut til å være likheter mellom erfaringene til informanter og litteraturen. I studiene til Kaiser et al. (2022) og Zwarenstein et al. (2009) rapporterte begge om en positiv effekt av tverrfagelig samarbeid blandt helsearbeidere, men konkluderer med at det ikke kan generaliseres uten videre forskning.

Som nevnt hadde informantene mulighet til å konferere med lege om for eksempel utredning av depresjon. Tre av informantene (I1, I4 og I6) nevner også at det er mulighet til å ta kontakt med Eldrepsykologene. En drøftningstelefon de kan konferere med om de trenger å spørre en spesialist på området. Dette tilbudet opplevdes mangelfullt av informantene. Informantene kommer med forskjellig informasjon, der en sier den er tilgjengelig annenhver uke, en annen poengterte hver uke. På Trondheim kommunes hjemmeside fant vi i ettertid at ordningen er tilgjengelig torsdager mellom 12:30 og 14:00 (Trondheim kommune, 2021b). Brandrud et al. (2017) peker på effekten av veiledning for å øke kompetansen i helsearbeid.

Eldrepsykologene har, i vår mening, et stort behov for videreutvikling. Senere kommer vi inn på tidspresset helsearbeiderne er under, og i en slik hektisk hverdag er en snever luke for kontakt uheldig.

5.1.3 Tiltak for relasjon

Tiltakene vi har valgt å presentere er samtalens effekt og viktigheten av relasjonsbygging i forebygging mot depresjon. Tiltakene baseres på informantenes svar om hva de intuitivt gjør når de ser et behov.

5.1.3.1 Samtalens effekt

Et potensielt forebyggende tiltak flere informanter rapporterer om, er samtalen. I1 og I3 oppklarer at forebygging av depresjon ikke er hovedmålet med samtalen, men at tiltaket kan ha en forebyggende effekt. I3 bemerket at: "Samtalen kan gjøre at de får hjelp til å sortere tankene sine." I2 snakker om forebyggingsarbeid som: "[...] ingen vaksinasjon mot depressive symptomer, men det er en faktor som spiller imot og hindrer [forebygger] at de [depressive symptomer] kan utvikles." Dette støttes av flere informanter som trekker inn samtalen nytteverdi i forebyggingsarbeidet. De inkluderte oppdagelsen av depressive symptomer, den sosiale kontakten pasienter får og tillit- og relasjonsbyggingen mellom pasient og terapeut.

Samtalen blir enten gjennomført som en del av allerede eksisterende rehabilitering og rutiner, eller som et primært tiltak for relasjonsbygging og kartlegging av symptomer. I1, I2 og I3 mener at kartleggingssamtalen i seg selv ikke er forebyggende, men at den gir mulighet til å se pasienten i et helhetlig lys og dermed utvikle forebyggende rutiner basert på dette. Dette støttes i studien til Isaksen et al. (2018) som nevner at inkomstsamtalen kan: "[...] kartlegge hvem pasienten er, hvilke preferanser han eller hun har og hvordan vedkommende ønsker å ha det." Inkomstsamtalen evne til å kartlegge depresjonssymptomer har visse svakheter. Fordi inkomstsamtalen mål er flerfoldig, risikerer man at depresjonstematikken faller litt mellom to stoler. Om helsearbeideren ikke oppdager symptomene eller pasienten ikke kvalifiserer til diagnosen, er det lett å avskrive symptomer som potensielt dukker opp i etterkant. Dette støttes av I6 som sier at: "Om det ikke blir plukket opp på en inkomstsamtale er det ganske tilfeldig om man finner det [symptomene]."

5.1.3.2 Viktigheten av relasjonsbygging

I2 bemerket at: "Du kan være verdens beste helsearbeider, men om pasienten ikke har tillit til deg, kommer du ingen vei." I1, I2, I4, I5 og I6 nevner relasjonsbygging som et viktig tiltak for brukermedvirkning i løpet av pasientens opphold. Hoffmann et al. (2014) forklarer at brukermedvirkning er viktig for å handle i tråd med prinsippene for kunnskapsbasert praksis. Han spesifiserer, i en annen studie, at dette er også viktig for fysioterapeuter (Hoffman et al., 2020). I4 uttrykker at ved å etterspørre hva som er viktig for pasientene, kan en vise forståelse

og tilstedeværelse opp mot den fysiske rehabiliteringen som gjennomføres. I6 utdyper videre hvor viktig brukermedvirkning og relasjonsbygging er ettersom:

“Det kan være å vite at de liker å strikke liksom. [...] Å bygge en tillit og relasjon til pasienten, slik at de skjønner at vi hører på dem. Forsikre dem at vi tar dem på alvor og de føler at de blir sett og hørt.”

Relasjonsbygging med pårørende kan være en viktig ressurs i forebygging av depresjon som vi ser i Wang et al. (2022). Studien skriver om opplæring om depresjon for pårørende i etterkant av slag, og sier at opplæring påvirker både tidlig diagnostisering av depresjon og tidsnok intervensjon. Selv om slag er en unik tilstand mener vi at den traumatiske situasjonen vil være delvis sammenlignbar. I1 spesifiserer: “De setter ofte pris på å få mulighet til å ta del i prosessen. Vårt inntrykk er at de fleste pårørende ønsker det beste for sine og er villige til å gjøre noe med det, om de kan.” Samtidig tenker vi at det kan være uheldig om for mange tiltak overlates til pårørende, ettersom ikke alle har pårørende og dermed faller mellom to stoler.

5.1.4 Fysioterapeutens rolle i forebygging av depresjon

Fysisk aktivitet har dokumentert effekt på forebygging og behandling av depresjon (Kandola, 2019; Mammen, 2013) og bør dermed også ha en tydelig plass i forebyggingen. Våre informanter nevner effekten av fysisk aktivitet på depresjon, der I1 og I4 tok opp gruppetrim og mestringsfølelsen eldre får i forhold til utvikling av egen kropp. Vi diskuterer hvorvidt det er aktiviteten i seg selv eller situasjonen aktiviteten tilrettelegger for, som gir effekt på depresjon.

5.1.4.1 Mestringsfølelse og bevegelsesglede

Eldre pasienter i døgner rehabilitering har som regel opplevd et funksjonssvikt (Trondheim kommune, 2021a). Det å fokusere på mestringsfølelse, bevegelsesglede og som I6 sa: “[...] finne noe som gir dem et snev av verdi mens de er her hos oss” er viktig for å få gjennomført et helsefremmende rehabiliteringsopphold. Dette er pasienter som allerede er i risikogruppen for utvikling av depresjon (Bruce, 2002). Pasientene har fått et håndfast bevis på at kroppen

ikke lenger fungerer som den skal, og det å promotere mestring av hverdagen til tross for den nedsatte funksjonen er noe informantene har erfart som forebyggende mot depresjon.

I6 mener at det viktigste for pasienten er å kjenne på mestringsfølelse i forhold til egen kropp. Her kan man trekke frem I4 sine ord om at: “[...] eldre mister gjerne litt kontakt med egen kropp” Tieland et al. (2017) viser evidens for at aldersrelaterede endringer i muskel- og skjelettsystemet, nervesystemet og fysiologiske faktorer reduserer blant annet, motorisk koordinasjon, muskelstyrke og kraftproduksjon hos eldre. Det kan antydes en relasjon mellom reduksjonen i fysisk funksjon som Tieland refererer til og I4 sitt sitat om det å miste kontakt til egen kropp.

5.1.4.2 Sekundæreffekt av fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet gjør at kroppen fungerer bedre (Fletcher et al., 2018). Få informanter tar opp sekundæreffektene av fysisk aktivitet, men I1 snakker om gruppetrening der: “[...] eldre gjennomfører det selv [...] og så har de kaffestund i etterkant. I vår erfaring kan gruppetrening gi sosial omgang, pasienten får struktur på hverdagen som de kan forholde seg til, de får bedre fysisk funksjon og øker mestringsfølelsen i forhold til egen kropp. Dette støttes av Sebastião & Mirda (2021) som presenterer evidens for gruppebasert fysisk aktivitet som grunnlag for fremming av fysisk, mental og sosial velvære, som de mener resulterer i økt livskvalitet.

I søket på hva som er rett aktivitet for å forebygge depresjon blir det forsket på hvilke treningsmetoder som har mest effekt. En studie peker på den positive effekten av aerobics i motsetning til styrketrening. Der viste ikke styrketrening samme effekt på depressive symptomer, som aerobics gjorde (Penninx et al., 2002). I6 rapporterer imidlertid at hennes erfaring er at overføringsverdien av treningsformer fra forskning til praksis ofte er dårlig tilpasset for pasientgruppen på døgnerhabilitering:

“Depresjon er ofte en sånn tilleggsdiagnose der de ofte er her på grunn av en fysisk begrensning. Utgangspunktet er annerledes, fordi de eldre kan ha begrenset fysisk kapasitet, som igjen gjør det litt vanskeligere å gjennomføre fysisk aktivitet for forebygging av depressive symptomer.”

Timonen et al. (2002) peker på effekten av gruppetrening som forebyggende faktor på humøret hos skrøpelige eldre kvinner etter utskrivning fra sykehus. Studien fant at gruppetrening har en positiv effekt på humøret til deltakerne, i motsetning til individuell trening. Dette kan tyde på at det ikke kun er en spesifikk treningsmetode som virker forebyggende på depresjon, men at den sosiale omgangen, forbedringen av fysisk funksjon og mestringsfølelsen de eldre kjenner på i forbindelse med treningen er viktig i denne sammenhengen.

I vår erfaring handler gruppetrening mer om relasjonsbygging og den sosiale interaksjonen rundt aktiviteten, enn den faktiske treningsmetoden. Som fysioterapeuter skal vi fremme bevegelsesglede ved at pasientene opplever aktivitet som gir mening for dem, noe I6 påpeker at: "Det er ikke særlig inspirerende å sitte i ribbeveggen med hoftebevegelser." Vi begrunner dette med studien til Forsman et al. (2011) som sier at gruppetrening kan ha en forebyggende effekt på depresjon hos eldre, men at det er uklart om det er grunnet den fysiske aktiviteten eller den sosiale interaksjonen som skjer før, under og etter slike gruppetreninger.

5.1.5 Kliniske konsekvenser

Det kan se ut som forebygging av depresjon hos eldre er noe det ikke tas nok hensyn til i døgnerhabiliteringen i Trondheim kommune. Ut i fra dette presenter vi oppgavens tematikk i en større helsepolitisk kontekst ved å utforske hva informantene mener kan gi forbedring i forebyggingsarbeidet mot depresjon hos eldre.

Økonomiske faktorer spiller en viktig rolle i forbedringen av forebyggingsarbeidet. I1 nevner hvordan: "Det lette svaret er å pøse på med mer penger så vi får flere folk og bedre fagmiljø rundt oss og tettere på oss." Informanten sier videre at: "Vi er politisk styrt. Det finnes en viss pengepott som må deles på." Som nevnt innledningsvis i diskusjonen, blir kun 2,7% av helsebudsjettet brukt på forebygging og helsefremming (Statistisk sentralbyrå, u.å). Da kan en lure på om svaret er å fordele "potten" bedre eller om "potten" i seg selv er for liten for dagens helseutfordringer. I1 nevner det å fokusere på grupper i forebyggingsarbeidet for depresjon som en mulig løsning for en helsetjeneste som er spredt tynt for både tid og økonomi. Dette støttes av studiene til Munro et al. (2004) og Pitkala et al. (2009) som begge sier at gruppetrening kan være potensielt økonomisk sparsomt for helsevesenet.

5.1.5.1 Tidspress

I1, I2, I4 og I5 kommenterte på tidspress i arbeidsdagen. I1 nevner at tidspresset skaper et dilemma mellom å utføre fastsatte arbeidsoppgaver og å utføre forebyggende tiltak for pasienters psykiske helse. I1 beskriver at: "Vi har så og så mange oppgaver vi må gjøre og så og så mange vi bør gjøre som fysioterapeuter, men får jeg et gjennombrudd hos noen så kan jeg ikke gå fra pasienten." I5 forteller at hun ofte har en følelse av å ikke ha muligheten til å ta den tiden som trengs for å snakke med pasienter. Studiene Ball et al. (2014) og Tønnessen et al. (2011) viser at hos sykepleiere blir trøsting og samtaler med pasienter nedprioritert blant arbeidsoppgavene deres grunnet tidspress. Som nevnt tidligere opplever I5 dette som en *normal* hendelse i helsesystemet. Vi ser dette som overførbart for fysioterapeutene, da de rapporterte like erfaringer.

Tiden som brukes på konkrete forebyggingstiltak blir tilleggsarbeid. I allerede trange timeplaner var det noen informanters opplevelse at forebyggingsarbeidet ville gå ut over tiden de har til andre pasienter. Det er klart at ved å legge flere oppgaver på helsearbeidere uten å planlegge tidsbruken, risikerer man motstand mot innføring eller at oppgavene blir oversett. I1 nevner også at: "Det er veldig lett å skylde på mer penger og mer folk [...]." Han fortsetter: "[...] samtidig så blir man utfordret på å jobbe bedre og mer effektivt." Men spørsmålet er om dette kravet om effektivitet er gunstig for bærekraftig praksis. Her poengterer han: "Strikken tøyes hver dag, men den kan bare tøyes så langt før den ikke går lenger." Studien til Thompson et al. (2008) viser hvordan evnen til å oppdage behov og rapportere korrekt intervensjon hos sykepleiere, ble betraktelig redusert under tidspress. I en arbeidsdag hvor det er knapt med tid, forventes det at problemer som ikke har oppstått enda nedprioriteres. Nettopp dette referer I1 til i sitatet: "Når det brenner på dass, gjør vi noe med det [...]."

5.2 Metodekritikk

5.2.1 Valg av metode og analysestrategi

Vi har valgt å skrive oppgaven vår som en kvalitativ oppgave med semistrukturerte intervju som datainnsamlingsmetode. Oppgaven har et eksplorativt design. I dette kapitlet diskuterer vi metoden benyttet i oppgaven og hvordan den kan ha preget resultatene.

I kvalitative studier er det et kjent problem at forskere generaliserer funnene sine (Nadim, 2015). En av svakhetene ved kvalitativ metode er at det er vanskelig å generalisere funnene. Vi hadde tilgang på et lite utvalg informanter som ikke snakker på vegne av andre. Samtidig kan vi bruke informasjonen til å se relevansen og viktigheten av forebyggende arbeid på denne institusjonen.

5.2.2 Svakheter ved intervju som metode

“Selv om data i utgangspunktet er relevante, må de være samlet inn på en slik måte at de er pålitelige” (Dalland, 2004, s.84). Ingen strategier for datainnsamling er feilfrie. I en litteraturstudie kan søkene være for spesifikke og på den måten kan en gå glipp av relevante studier. På samme måte kan en feilkilde i intervjuer være kommunikasjonsprosessen. Her kan spørsmål oppfattes feil av intervjuobjekt, svar kan oppfattes feil av intervjuer, ting kan noteres feil og spørsmål kan være for avgrensede (Dalland, 2004, s. 84). Grunnet retningslinjene rundt skrivingen av denne oppgaven var det ikke mulighet for lydopptak under intervjuene. Dette er en svakhet siden vi ikke har mulighet til å lytte til hvordan ting blir sagt i etterkant, eller hvilken mening informantene legger i ordene som blir sagt.

Dette er faktorer som reduserer intervjuets pålitelighet, og er noe vi har forsøkt å ta i betraktning under forberedelsesprosessen. Noen av feilkildene vi har forsøkt å ta hensyn til er formuleringer, - forståelse av spørsmål og hvordan svar blir forstått og transkribert. Dette har vi gjort ved å utvikle en intervjuguide, gjennomføre et prøveintervju og å ha to som noterer under intervjuene. Samtidig skal man være påpasselig med å si at man har helgardert en oppgave for menneskelige feil.

Det samme problemet kan oppstå under analysering av datamaterialet. Vi har, som nevnt i metodekapittelet, gjennomgått datamaterialet flere ganger for å redusere sjansen for menneskelige feil under analysen. Først analyserte vi hver for oss, før vi diskuterte og sammenlignet det kodede materialet for å finne en felles forståelse. Man skal igjen være forsiktig med å garantere at alt er analysert og tolket rett.

Med intervju som metode står anonymisering av informanter sentralt. Vi har et lite utvalg informanter fra en døgnrehabilitering i Trondheim kommune. Døgnrehabilitering er et lite område, noe som fører til at både metoden og studiens tema gir utfordringer i forhold til anonymisering. Med dette som grunnlag har vi valgt å anonymisere ytterligere ved å, i sårbare tilfeller, ikke referere til informanten direkte, men heller skrive “en av informantene”.

5.2.2.1 Vurdering av analysestrategi

Analysemetoden må også vurderes. Vi valgte en kategoribasert analysestrategi, grunnet muligheten den ga for å sammenligne tema som ikke var beskrevet likt av informantene. Svakheten ved å benytte kategoribasert analyse er at noen elementer i datamaterialet ikke passer godt inn i noen av kategoriene, samt at andre elementer kan passe godt inn i flere kategorier. I tillegg til hovedtema har intervjuer også lagt til rette for digresjoner om erfaringer og tanker om temaet. Selv om dette i seg selv er en styrke ved semistrukturert intervju har det også bydd på utfordringer med å få all relevant data innenfor rett kategori. Kategorisk analyse gir rom for å danne kategorier, og en av endringene vi kunne gjort er å legge til flere, mer beskrivende kategorier for en mer nyansert analyse. Samtidig kan dette også føre til for mange kategorier og en uoversiktlig tekst. Vi anser kategoriene våre som deskriptive og relevante nok, da vi hentet kategoriene fra intervjuguiden.

5.2.2.2 Begrensninger ved intervjuguiden

Videre trekker vi frem intervjuguiden og endringer vi ville gjort. Vi benyttet oss av samme intervjuguide for alle intervjuene. Noen av spørsmålene i guiden hadde et direkte fysioterapiperspektiv, som ikke var like relevant for andre faggrupper. Her kunne det vært hensiktsmessig å tilpasse intervjuguiden og utført et prøveintervju med en deltaker fra den

relevante faggruppen. Slik kunne vi ytterligere redusert sjansen for misforståelser. Intervjuguidens lengde opplevdes av intervjuere som meget individuelt fra intervju til intervju, der guiden opplevdes å være for lang i noen intervju, mens i andre opplevdes den kort. Dette kan begrunnes med hvem informant var og hvor mye de hadde å fortelle om temaet. I etterkant ser vi at vi hadde med for mange elementer for oppgavens omfang og har sett oss nødt til å fjerne noen interessante punkter. Vi opplever de temaene som er belyst i oppgaven som mest relevant for problemstillingen.

5.2.3 Selv-seleksjonsbias og tidligere kontakt

Andre ting som må tas i betraktning er at av utvalget vårt på 11 informanter responderte kun sju. Vi må inkludere selv-seleksjonsbias som en faktor i utvalget av informanter. Selv-seleksjonsbias er ifølge forskningsetikk.no: "[...] at frivillige deltakere i en forskningsstudie ofte skiller seg fra dem som ikke takker ja til slik deltakelse." Vi kan ikke utelukke at de som ikke responderte på invitasjon til intervju, hadde liten interesse eller negative holdninger til temaet. Dette er noe som kunne ha farget resultatene om de hadde deltatt i prosessen. I tillegg har seks av sju informanter som responderte på forespørsel om intervju hatt tidligere kontakt med en av forfatterne. Vi kan ikke se bort ifra at forfatterens navn kan ha påvirket valget om å delta på intervju for noen av informantene.

6.0 Konklusjon

Oppgaven har intervjuet seks helsearbeidere fra en døgnrehabilitering i Trondheim kommune. Målet var å finne ut av hvilke tiltak som gjøres for å forebygge depresjon hos eldre og hvilke erfaringer yrkesgruppene har med forebygging. Det kom frem at pasientsamtale, tverrfaglig samarbeid, relasjonsbygging og fysisk aktivitet var tiltak helsearbeiderne rapporterte hadde forebyggende effekt. Informantene uttrykket en stor forståelse for at depresjon er et problem blant eldre og erfarer at forebygging av depresjon hos eldre får lite fokus på døgnrehabiliteringen. Deres erfaringer kan tyde på at systemiske problemer som tidspress og manglende prosedyrer har negativ innvirkning på gjennomføring av forebyggende tiltak.

Gjennomgående i intervjuene kom det frem at forebygging blir sett på som tilleggsarbeid, og de effektene tiltakene hadde på forebygging av depressive symptomer var sekundære. Vi har funnet at alle informantene har erfaring og relevant kompetanse innenfor forebygging, men likevel så informantene kompetanseheving som viktig for forbedring. Informantene antyder at helsevesenets mangel på ressurser gjør det vanskelig å forebygge depresjon hos eldre. Vi anser funnene våre som relevante for fysioterapi siden fysioterapeuten kan spille en viktig rolle i forebygging av depresjon i denne pasientgruppen. Etersom det ikke er mulig å generalisere funnene våre til alle døgnrehabiliteringssentre, er vår oppfordring at denne studien brukes som insentiv for videre forskning på området.

Litteratur

- Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *132*, 1067–1073.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.041>
- Almeida, O. P. (2014). Prevention of depression in older age. *Maturitas*, *79*(2), 136–141.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.03.005>
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *184*(6), 526–533.
<https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). ‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *23*(2), 116–125.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Brandrud, A. S., Nyen, B., Hjortdahl, P., Sandvik, L., Helljesen Haldorsen, G. S., Bergli, M., Nelson, E. C., & Bretthauer, M. (2017). Domains associated with successful quality improvement in healthcare – a nationwide case study. *BMC Health Services Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2454-2>
- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, *52*(3), 175–184. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01410-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01410-5)

- Dalland, O. (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3.utgave). Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G.H. (2014). *Depresjon hos eldre*. Hertervig
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fangen, K. (2022, 6. september). *Kvalitativ metode*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Fletcher, G. F., Landolfo, C., Niebauer, J., Ozemek, C., Arena, R., & Lavie, C. J. (2018). Promoting Physical Activity and Exercise. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), 1622–1639. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.08.2141>
- FN. (2022, 8.november). *God helse og livskvalitet*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Forsman, A. K., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 387–416. <https://doi.org/10.1177/0898264310378041>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 25. november 2022 fra https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=matching#kunnskapsbasert-praksis
- Helsedirektoratet. (2022, 13. juni). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.

Helsebiblioteket. Hentet 6. desember 2022 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/voksne-med-depresjon>

Hoffmann, T. C., Lewis, J., & Maher, C. G. (2020). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, *107*, 43–49.

<https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>

Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*, *312*(13), 1295.

<https://doi.org/10.1001/jama.2014.10186>

Isaksen, J., Ågotnes, G., & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, *4*(2), 143–152.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10>

Kudelka, J., Geritz, J., Welzel, J., Hildesheim, H., Maetzler, C., Emmert, K., Niemann, K., Hobert, M. A., Pilotto, A., Bergmann, P., & Maetzler, W. (2022). What contributes most to the SPPB and its subscores in hospitalized geriatric patients: an ICF model-based approach. *BMC Geriatrics*, *22*(1).

<https://doi.org/10.1186/s12877-022-03358-z>

Kaiser, L., Conrad, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B., & Pieper, D. (2022).

Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. *Systematic Reviews*, *11*(1).

<https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x>

- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 525–539. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational Psychiatry*, *9*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical Activity and the Prevention of Depression. *American Journal of Preventive Medicine*, *45*(5), 649–657. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>
- McDaid, D., Sassi, F., & Merkur, S. (Eds.). (2015). *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*. Open University Press.
- Min, J. A., Lee, C. U., & Lee, C. (2013). Mental Health Promotion and Illness Prevention: A Challenge for Psychiatrists. *Psychiatry Investigation*, *10*(4), 307. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.4.307>
- Morgan, W. P. (1997). *Physical Activity And Mental Health (Series in Health Psychology and Behavioral Medicine)*. Taylor & Francis.
- Munro, J. F. (2004). Cost effectiveness of a community based exercise programme in over 65 year olds: cluster randomised trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *58*(12), 1004–1010. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.014225>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg). Universitetsforlaget.

Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning.

Sosiologisk Tidsskrift, 23(3), 129–148.

<https://doi.org/10.18261/issn1504-2928-2015-03-01>

Nylenna, M. (2018, 22. januar). *Veileder, retningslinje, prosedyre*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening.

<https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>

Penninx, B. W. J. H., Rejeski, W. J., Pandya, J., Miller, M. E., Di Bari, M., Applegate, W. B., & Pahor, M. (2002). Exercise and Depressive Symptoms: A Comparison of Aerobic and Resistance Exercise Effects on Emotional and Physical Function in Older Persons With High and Low Depressive Symptomatology. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(2), 124–132.

<https://doi.org/10.1093/geronb/57.2.p124>

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(7), 792–800.

<https://doi.org/10.1093/gerona/64a7.792>

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg). Fagbokforlaget.

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>

- Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, 100(3), 208–219. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001>
- Sebastião, E., & Mirda, D. (2021). Group-based physical activity as a means to reduce social isolation and loneliness among older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01722-w>
- Skilbrei, M. L. (2019). *Kvalitativ metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget.
- Smit, F., Cuijpers, P., Ionela, P. & McDaid, D., (2015). Protecting mental health, preventing depression. | McDaid, D., Sassi, F., & Merkur, S. (Red.) *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*. Open University Press.
- Smit, F., Cuijpers, P., Ostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R & Beekman, A. (2006a). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4), 193–200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17200596/>
- Smit, F., Ederveen, A., Cuijpers, P., Deeg, D., & Beekman, A. (2006b). Opportunities for Cost-effective Prevention of Late-Life Depression. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 290. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.290>
- Staff, A. (2015, 23. juni). *Bias*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>
- Statistisk sentralbyrå. (2019, 9. mai). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2035>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 18. august). *Befolkning*. SSB. Hentet 26. oktober 2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/befolkning>

Statistisk sentralbyrå. (u.å). *Helseutgifter, etter type tjeneste (mill. kr) 1997 - 2021*. Statistikkbanken. SSB. Hentet 22. november 2022 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/10814/>

Strawbridge, W. J. (2002). Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4), 328–334. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf047>

Sveen, U. (2022, 13. juli). *Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 10. november 2022 fra https://sml.snl.no/Internasjonal_klassifisering_av_funksjon_funksjonshemming_og_helse

Thompson, C., Dagleish, L., Bucknall, T., Estabrooks, C., Hutchinson, A. M., Fraser, K., de Vos, R., Binnekade, J., Barrett, G., & Saunders, J. (2008). The Effects of Time Pressure and Experience on Nurses' Risk Assessment Decisions. *Nursing Research*, 57(5), 302–311. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000313504.37970.f9>

Tieland, M., Trouwborst, I., & Clark, B. C. (2017). Skeletal muscle performance and aging. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 9(1), 3–19. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12238>

Timonen, L., Rantanen, T., Timonen, T. E., & Sulkava, R. (2002). Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(12), 1106–1111. <https://doi.org/10.1002/gps.757>

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Trondheim Kommune. (2016). *Eldreplan 2016 - 2026*. Hentet 8. desember, 2022, fra <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/04-helse-og-velferd/ergoterapitjenester/infosenteret/eldreplan.pdf>
- Trondheim kommune. (2021a, 26.oktober.). *Døgnrehabilitering*. Hentet 9. desember, 2022 fra <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/rehabilitering-i-trondheim/rehabilitering-i-trondheim-kommune/d%C3%B8gnrehabilitering>
- Trondheim kommune. (2021b, 24. november) *Psykisk helse for eldre i Trondheim kommune*. Hentet 8. desember 2022 fra <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helse/psykisk-helse-for-eldre/>
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386–396. <https://doi.org/10.1177/0969733011398099>
- Verdens helseorganisasjon. (2022). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., (. . .), Memish, Z. A. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61729-2)

Wang, H., Pan, S., Xu, Q., & Ding, T. (2022). The effect of intensive family-centered health education on the awareness rate, diagnosis, and treatment of post-stroke depression in community families. *BMC Primary Care*, 23(1).

<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01895-5>

Wu, Q., Feng, J., & Pan, C. W. (2022). Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *Journal of Affective Disorders*, 307, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.062>

Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub2>

Vedlegg

Vedlegg 1: Projektskisse

Forebygging av depresjon hos eldre i døgnerhabilitering i Trondheim kommune

Formål

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvilke tiltak som gjøres på et helsehus i Trondheim kommune for å påvirke den psykiske helsen og spesielt depressive symptomer hos eldre i døgnerhabilitering. Kartleggingen gjøres gjennom dybdeintervju med ulike yrkesgrupper i helsesektoren. Vi ønsker å sammenfatte hva helsepersonell opplever har gitt bedring i pasientens symptomer og/eller livskvalitet og hva som eventuelt ikke har gitt den samme bedringen.

Tema, bakgrunn og begrunnelse.

Temaet for oppgaven er depresjon hos eldre. Bakgrunn for valg av tema er det som betegnes som eldrebølgen i samfunnet. Dette setter stort press på helsevesenet og også samfunnet i sin helhet. Den eldre pasienten må møtes på en helhetlig måte. Psykososiale og fysiske behov må behandles på lik linje. Depresjon og psykisk uhelse er meget utbredt i den eldre befolkningen, men blir dessverre oversett til fordel for den fysiske helsen.

I løpet av vår erfaring med eldre gjennom studiet har vi opplevd at det ikke alltid blir tatt like mye hensyn til den psykiske helsen som den fysiske. Dette støttes også i litteraturen, eksempelvis i metaanalysen “The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis”, der det konkluderes med at Europa har en depresjonsprevalens på 12,9% i den eldre befolkningen (Abdoli et al., 2021). WHO skriver at depresjon er den fjerde største faktoren for funksjonsnedsettelse i verden (WHO, 2021) og at eldre også har en rekke risikofaktorer som kan øke risiko for depresjon, eksempelvis kronisk smerte, redusert mobilitet, redusert sosial omgang osv.(WHO, 2017). Dette støtter opp under tanken om at en reduksjon i den psykiske uhelsen ikke kun gagnar individet, men også samfunnet som helhet. Målet med oppgaven er, som tidligere nevnt å

kartlegge tiltak gjort ved døgnrehabiliteringen i Trondheim og hvilke erfaringer de ansatte har med tiltakene.

Gjennomføring

Oppgaven gjennomføres som en kvalitativ studie, der informasjonen innhentes gjennom dybdeintervjuer med ulike yrkesgrupper innenfor døgnrehabiliteringen i Trondheim. Utvalget vårt består av ulike yrkesgrupper, mer spesifikt fysioterapeuter, sykepleiere og daglig leder som er ansatt på et helsehus med døgnrehabilitering i Trondheim kommune.

Intervjuene vil vare omtrent 60 minutter. Det blir ikke tatt lydopptak, men informantene sine svar noteres underveis. Det blir ikke etterspurt helseopplysninger eller personopplysninger. I etterkant av studien vil anonymisert data som er brukt i bacheloroppgaven publiseres. Rådata vil i mellomtid bli makulert og slettet.

Litteraturliste:

- Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022, January). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 1067–1073.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.041>
- WHO. (2017, 12. desember). *Mental health of older adults*. World Health Organization. Retrieved October 19, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- WHO. (2021, 13. September). *Depression*. World Health Organization. Retrieved October 19, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Forebygging av depresjon hos eldre i døgnrehabilitering i Trondheim kommune”?

Dette er et spørsmål om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge tiltak i Trondheim kommune for å forebygge depresjon hos eldre. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvilke tiltak som gjøres i Trondheim kommune for å minske psykisk belastning og depressive symptomer hos eldre. Kartleggingen gjøres via semistrukturerte intervju med ulike yrkesgrupper i helsesektoren. Vi ønsker å sammenfatte hva som, erfaringsmessig, har gitt bedring i symptomer og/eller livskvalitet og hva som eventuelt ikke har gitt den samme bedringen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Program for fysioterapi ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved MH fakultetet ved NTNU er ansvarlig for prosjektet. Vår veileder er spesialfysioterapeut og universitetslektor

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du utfyller inklusjonskriteriene til å delta i studien, fordi du jobber som helsearbeider ved døgnrehabilitering og har erfaring fra arbeid med eldre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, inviterer vi deg med dette til å delta i et intervju. Intervjuet tar ca. 60 min, og vil foregå over en trygg digital plattform eller fysisk på arbeidsplassen din, hvis det passer bedre for deg. Det som blir sagt vil bli skrevet ned, og du vil bli anonymisert. Du har mulighet til å se over svarene dine etter intervjuet og før de blir anonymisert i oppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta på intervju, kan du trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn frem til anonymisering. Alle dine opplysninger vil da bli

slettet. Det vil ikke ha negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som får tilgang til opplysningene, er tre bachelorstudenter og én veileder ved utdanningen “Program for fysioterapiutdanning” ved NTNU.

Tiltak for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene:

- Navnet ditt og kontaktopplysninger lagres ikke. Arbeidsplassen din kan heller ikke identifiseres.
- Det vil ikke bli tatt opptak av intervjuene.
- Opplysningene oppbevares kun på datamaskin med kodelås.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Intervjumaterialet blir slettet 01.03.2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- xxx
- xxx

Med vennlig hilsen,

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Forebygging av depresjon hos eldre i døgnrehabilitering i Trondheim kommune» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i Intervju uten opptak av lyd
- at anonymisert transkribering av intervjuet blir brukt til bacheloroppgave
- å kunne kontaktes av bachelorstudentene også etter at intervjuet er gjennomført, men kun ila. prosjektperioden, for å evt. svare på avklarende spørsmål

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide - Forebygging av depresjon hos eldre i døgnrehabilitering i Trondheim kommune

Informasjon

Hei, våre navn er, og vi skriver en bacheloroppgave rundt temaet eldre og depresjon. Vi vil gjerne kartlegge tiltak og erfaring med forebyggende tiltak som blir gjort på døgnrehabilitering og hvilken opplevd effekt dette har.

I forbindelse med bacheloroppgaven vår intervjuer vi fysioterapeuter (og andre yrkesgrupper) for å avdekke yrkesmessig erfaring dere har gjort i forbindelse med tiltak for eldre pasienter med depresjon.

Vi intervjuer deg for å få et bedre innblikk i prosessen bak bestemmelse og gjennomføring av tiltak mot depresjon. Hvilke tiltak synes du har en effekt på pasienter og hvilke virker ikke så godt?

Deltakelse er helt anonym, ingen lyd blir tatt opp og intervjuene står i tråd med Norsk senter for forskningsdata sin test om etisk godkjenning. Notatene fra intervjuet vil lagres på et sikker sted - på PC sikret med kode for innlogging. Rådata, i form av den informasjonen du gir oss vil kun være tilgjengelig for oss som skriver oppgaven og veilederen vår. Vi antar at hvert intervju tar omkring en time.

Innledende spørsmål

- Hva jobber du som og hvor lenge har du jobbet med eldre?
- Fortell meg om en typisk dag på jobb for deg.
 - Trives du i jobben?
 - Hvordan opplever du de eldre rundt deg på avdelingen?

Nøkkelspørsmål

1. Dine tanker rundt depresjon hos eldre
 - **I Europa er det rapportert om at 12,9% av eldre har alvorlig depresjon (Abdoli et al., 2022). Hvilke tanker har du omkring tematikken eldre og depresjon?**
 - Hvordan har du opplevd utviklingen av antall eldre med depresjon på avdelingen?
 - **Kan du si noe om hvordan du opplever samfunnets og helsevesenets tilnærming til psykisk helse hos eldre?**
 - Er det nok fokus på psykisk helse blant eldre?
 - Hvorfor opplever du det slik?

2. Tiltak og forebygging

- **Hvordan fanges depresjon og depressive symptomer opp i døgnerhabiliteringen?**

- Hvilke symptomer/tegn holder dere utkikk etter?
 - Hva baserer du symptomene/tegnene du holder utkikk etter på?(Kommer det av eks. erfaring eller opplæring eller egenstudie?)
- Hvilke prosedyrer har din arbeidsplass for forebygging/håndtering av depresjon?
 - Er du tilfreds med prosedyrene?
- Hvordan dokumenteres depresjon/depressive symptomer?
 - Er det en spesifikk gruppe som er flinkere på å fange opp depresjon enn andre, evt hvorfor er det slik?
- Hvilke erfaringer har du rundt oppfølging og effekt av dokumentering?
- Hvordan påvirkes din praksis/ dine tiltak når du har lest at en pasient har tidligere dokumenterte depressive symptomer/depresjon?

- **Hvordan tar dere det neste steget i planlegging av tiltak for forebyggingsprosessen på avdelingen din?**

- Hvordan deles informasjon om pasientens psykiske tilstand i mellom faggruppene?
 -

- **Hvilke tiltak kan din yrkesgruppe bidra med i forebygging av depresjon hos eldre?**

- Av de du har nevnt hvilke har du personlig vært borti før? Enten utøvende terapeut, eller gjennom observasjon av andre kolleger?
- Hva er dine erfaringer rundt dette/disse tiltakene?
 - Hvorfor valgte du disse tiltakene?
 - (Hvilken effekt hadde tiltakene?)
 - Hvordan måtte du tilpasse tiltaket til individet?
- Kan du fortelle om en case hvor tiltaket/tiltakene fungerte etter hensikt?
 - Hva påvirket gjennomførbarheten?
- Hvordan tilpasser du tiltaket imellom individer?
 - Hvorfor valgte du ikke de andre tiltakene?

- **Hva tenker du rundt fysisk aktivitet og depresjon?**
 - Hvordan bruker du fysisk aktivitet som tiltak hos mennesker med depresjon?
 - Hvilken effekt har du opplevd av tiltakene?

 - Hvis liten/stor effekt: Hvorfor tror du det er slik?

- **Hvordan opplever du at igangsatte tiltak gjennomføres på denne arbeidsplassen?**
 - Hvorfor tror du at det er slik?
 - Hvor aktiv er din yrkesgruppe i å gjennomføre tiltaket?
 - Aktiv på å inkludere andre yrkesgrupper i fysiotiltak?
 - Aktiv på å inkludere fysio i pasientens tilstand?

- **Hvordan opplever du den faglige kunnskapen er på din arbeidsplass rundt tematikken depresjon og eldre?**
 - Har dere noen opplæring eller fagdager rundt tematikken?

 - Føler du at du har nok faglig kunnskap til å utforme forebyggende tiltak/være den som tar initiativ til tiltak og setter dem ut i livet?
 - Hvordan samarbeides det om planen på tvers av faggrupper?
 - Hvordan følges planen på tvers av faggrupper?

 - Hva mener du kan bidra til at du enklere kan gjennomføre igangsatte tiltak?
 - Hvordan kan du påvirke gjennomføringen av tiltaket?

- 3. Hva gjør dere for å føre tiltak videre til andre instanser?
 - Hvilke andre instanser inkluderes i arbeidet?
 - Og hvordan?

- 4. Hva skal til for å forbedre arbeidet med å forebygge depresjon hos de eldre på døgner rehabiliteringen?
 - Hvordan kan arbeidet med forebygging forbedres i din yrkesgruppe?
 - Hva gjør at det evt må forbedres?

Noen siste spørsmål? Noen siste tanker du vil dele? Er det noe vi ikke har tenkt på i denne sammenhengen og som du vil si noe om?

