

# Fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre deprimerte

**Anne Margrethe Ulleberg og Berit Johannessen**

*Anne Margrethe Ulleberg er fysioterapeut med master i helsevitenskap, Universitetet i Agder. Arbeider ved alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandets sykehus i Kristiansand.*

*Email: [anne.ulleberg@sshf.no](mailto:anne.ulleberg@sshf.no)*

*Berit Johannessen er sykepleier og førsteamanuensis ved Universitetet i Agder, institutt for helse-og sykepleievitenskap. Email: [Berit.Johannessen@uia.no](mailto:Berit.Johannessen@uia.no)*

## Abstract

### **How do physiotherapists experience the use of physical activity for older persons suffering from depression?**

*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. 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 reasearch 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/Key Worlds

*Eldre; depresjon; fysioterapeut; fysisk aktivitet*

*Elderly; depression; physiotherapist; physical activity*

## Referee\*

## Bakgrunn

Psykiske lidelser er vanlig blant eldre 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, og 40 % av disse har fått diagnosen alvorlig depressiv lidelse (Kristiansen & Engedal 2013). Moksnes (2007) anslår at etter hjertelidelser, vil depresjon være den viktigste årsaken til helsesvikt fram mot år 2020. Fordi eldre mennesker er fysisk og psykisk mer sårbare enn yngre, er årsakene til depresjon mangfoldige. Årsakene kan knyttes til 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 av nære personer og av funksjoner. Fysiske sykdommer og dårlig ernæring 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 (Moksnes 2007; Kvaal 2009; Laake 2008). Videre viser studier at så mye som hver fjerde eldre som lider av depresjon er fysisk skrøpelige, og at jo høyere alder og jo alvorligere depresjon, jo mer fysisk skrøpelig er de (Collard, Comijs, Naarding & Oude Voshaar 2014).

Fysisk aktivitet defineres som «all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå» (Bouchard, Shephard & Stephens 1993). Trening er et begrep som skiller seg fra hverdagslig fysisk aktivitet, da den har som mål å forbedre en fysisk ferdighet som styrke, utholdenhet, bevegelighet (Moe 2009).

Hjort (2000) fremhever at inaktivitet er den største risikofaktoren for helsesvikt i alderdommen, og at fysisk aktivitet gir positiv effekt på depresjon, selvbilde, selvtillit og evnen til å mestre motgang. En gjennomgang av forskningen på effekten av trening på depresjon i alle aldre (også eldre over 65 år) konkluderte med at moderat trening kan ha en moderat effekt på depresjon, og at trening kan være like effektivt som psykoterapi og tradisjonell medisinsk behandling, men studien kunne ikke gi noen anbefaling angående type, intensitet, varighet eller frekvens på treningen (Cooney, Dwan & Greig 2013). En metaanalyse fra 2014 bekrefter at fysisk aktivitet har en moderat til stor antidepressiv effekt på de som er villige, motiverte og har tilstrekkelig fysisk helse (Josefson, Lindval & Archer 2014).

Når det gjelder retningslinjer for behandling av eldre med depresjon, beskrives lystbetonte individuelt tilpassede treningsprogrammer. Anbefalingene er kondisjonstrening (gå, sykle eller svømme) i 20 minutter, minst 2-3 ganger i uken og styrketrening 1 til 2 ganger i uken. Det understrekes også at det sosiale miljøet (lokaliteter og andre deltakere) er av stor betydning for motivasjonen (Bahr 2008).

Forskningen som bekrefter de positive effektene av fysisk aktivitet på depresjon er omfattende, men fysioterapeutens rolle og erfaring med denne pasientgruppen er lite undersøkt, spesielt lite forskning er funnet på fysioterapeutenes erfaring med bruk av fysisk aktivitet til eldre med depresjon.

### **Hensikt og forskningsspørsmål**

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med eldre som lider av depresjon, med spesiell vekt på erfaringer med bruk av fysisk aktivitet. Det ønskes svar på to forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med eldre over 65 år som lider av depresjon?

Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med bruk av fysisk aktivitet for eldre over 65 som lider av depresjon?

## Metode

På bakgrunn av problemstillingen ble kvalitative dybdeintervju av fysioterapeuter valgt som forskningsmetode. En slik metode er inspirert av en hermeneutisk /fenomenologisk tilnærming hvor formålet er å forstå deltagerens opplevelser og erfaringer og samtidig gjøre bruk av egen forforståelse i forskningsprosessen (Malterud 2013)

Forespørsel om deltakelse ble sendt til leder for både kommunale fysioterapeuter og fysioterapeuter med driftstilskudd i 6 ulike kommuner. 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 1 var privatpraktiserende psykomotorisk fysioterapeut. Utvalget var basert på både et strategisk utvalg (3 informanter) og bekvemmelighetsutvalg (2 informanter) (Malterud 2013). Alle var kvinner, to hadde arbeidet som fysioterapeut mellom 30 og 40 år, mens de tre andre hadde arbeidet mellom 5 og 10 år.

Intervjuene var semistrukturerte. Det ble brukt intervjuguide som bestod av 8 åpne spørsmål og underspørsmål med fokus på erfaringer med pasientgruppen, hvordan behandlingen tilrettelegges og vurderinger av aktuelle aktiviteter. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert av forsker. Datamaterialet bestod av 43 sider transkribert tekst. Begge forskerne deltok i analysen, den ene med bakgrunn som fysioterapeut i eldreomsorgen og den andre med bakgrunn i sykepleie og forebyggende helsearbeid. Analysemetoden var inspirert av Graneheim og Lundman (2004) og begynte med at kondenserte meningsenheter ble trukket ut. Disse var nær opp til den transkriberte teksten. Disse ble så sortert i kategorier. Fargede koder ble brukt for å skille hvert intervju. Ut i fra disse kategoriene ble subtema og hovedtema formulert. Se eksempel i figur 1.

Figur 1  
Eksempel fra analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subtema	Tema
<i>«Det er veldig utfordrende for meg når det er deprimerte personer, for jeg kan kjenne hvordan det provoserer meg at de ikke kan greie å ta tak»</i>	Utfordret og provosert når pasienter ikke tar tak	Deprimerte provoserer	Utfordringer i møte med deprimerte eldre
<i>«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.</i>	Blir påvirket av pasientens tungsinn	Deprimerte påvirker stemning negativt	
<i>Men vi må jo ikke la pasientens stemning går for mye utover en selv, for da mister en selv mye energi. Så vi må passe på egne grenser».</i>	Kan miste energi. Man må tenke på egne grenser.	Deprimerte påvirker fysioterapeutens energi og grenser	
<i>«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».</i>	Pasienter orker ikke. Man har ikke tid	Fysioterapeuten har ikke tid til deprimertes manglende tiltak	

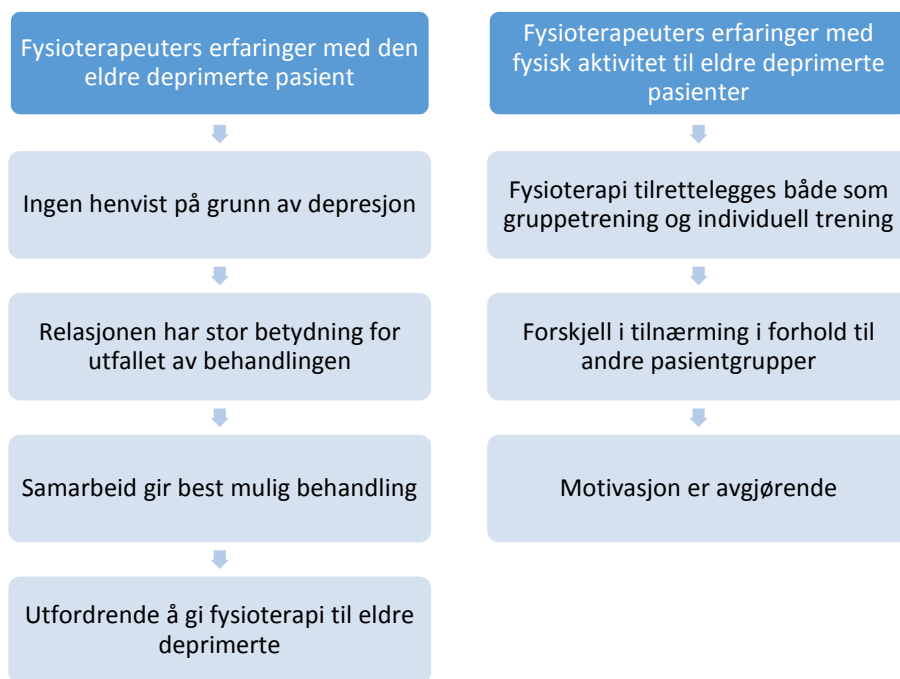
### Etiske overveielser

Studien ble godkjent av Fakultet for Helse og Idretts Etiske Komite (FEK) ved Universitetet i Agder og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) før oppstart. Alle informantene fikk skriftlig informasjon om studiet og deres rettigheter om anonymitet og konfidensialitet. Alle informantene skrev under samtykkeerklæring før oppstart av intervjuene.

## Presentasjon av funn

De to forskningsspørsmålene besvares hver for seg. Funns knyttet til forskningsspørsmål 1 presenteres først.

Figur 2



### 1. Fysioterapeuters erfaringer med eldre som lider av depresjon

Alle fysioterapeutene hadde erfaringer med eldre som ble henvist til dem med ulike fysiske utfordringer.

#### Ingen henvist på grunn av depresjon.

Fire av terapeutene forteller at depresjonen som regel er en bi-diagnose, eller tilleggsdiagnose. Ofte er de ikke informert hvis pasienten har en depresjon. Et fysisk problem står i sentrum og presenteres som grunnen til at pasienter skal trene eller få fysioterapi. 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

Informantene understreker betydningen av en god relasjon og allianse med pasient for å oppnå resultater. En av informantene fortalte at hun gjennom sin lange arbeidskarriere var blitt mer oppmerksom på viktigheten av relasjon mellom henne og pasienten for å oppnå et 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 sa det slik; «Det må være en viss kjemi og allianse mellom meg og pasienten».

En av informantene forteller om en eldre pasient som gikk på et fysikalsk institutt. Da han ble deprimert, så sluttet han med treningen der. 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 det gode forholdet til denne fysioterapeuten klarte å holde pasienten i gang.

### **Samarbeid gir best mulig behandling.**

Alle i studien forteller at samarbeid, tverrfaglig samarbeid og/eller samarbeid med pårørende er avgjørende for 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 ble vurdert som veldig viktig; *«Det blir så mye mere styrke i det vi gjør, når vi er et team rundt disse pasientene»*. Å arbeide i team krever at man har et felles mål, en av dem sier: *«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 som lider av depresjon.**

Alle informantene forteller at eldre som lider av depresjon kan være en veldig utfordrende pasientgruppe å behandle. De takker ofte nei til tiltakene og 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 sier det slik; *«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 at det kan være provoserende og frustrerende, og at pasientens sinnsstemning påvirker dem. En sa det slik; *«Det er veldig utfordrende for meg når det er deprimerte personer, for jeg kan kjenne 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 fordi 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. *«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 ressurser i kommunene, og det er ikke tid til det motivasjonsarbeidet som kreves for denne gruppen. Det er lett 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»*. Pasientgruppen er ikke prioritert i kommunen, de blir fort glemt, og er ikke en gruppe som selv 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»*.

## **2. Fysioterapeuters erfaringer med bruk av fysisk aktivitet til eldre som lider av depresjon.**

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**

Alle informantene sa at de brukte individuell trening, og fire fortalte at de drev aktivt med gruppetreninger. De ansatte i kommunene holdt gruppetreninger på offentlige institusjoner, en av de privatpraktiserende drev egne treningsgrupper. En av fysioterapeutene arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og hennes tilnærming var funksjonsvurdering og individuell opptrening. Kartleggingen var viktig, og 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 fysioterapitjenesten fungerte i sin kommune. Pasientene på korttidsavdeling ble prioritert og fikk ofte fysioterapi i form av deltakelse på fellestrening. Hjemmeboende som var på dagsenter deltok på fellestrening de to dagene de var der, og ellers 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. Der 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 som et bra tiltak. Da er det vanskeligere for pasienten å takke nei. 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».*

Det fremheves at de må være mer pågående til denne gruppen, sammenliknet med andre pasientgrupper. Sosialt samvær og lystbetont aktivitet betyr også mer for denne gruppen, og en forteller hvordan hun bruker musikk og lek i sin individuelle behandling, for å gjøre den lystbetont. Det å trene i gruppe hvor det er sang, musikk og lek, blir oppfattet som et tiltak som bringer fram smil og godt humør. En informant trekker fram en pasientcase, der pasienten fortalte at angsten hun hadde ble mindre når hun var i aktivitet sammen med andre.

### **Motivasjon er avgjørende**

Motivasjonsarbeid oppfattes som en veldig viktig faktor, og alle informantene snakker om betydningen av dette for å få pasientene i gang med trening og generell aktivitet. En av dem 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; *«Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig sterkt ønske, men en veldig sterk tvil».*

## Diskusjon

De to forskningsspørsmålene diskuteres under ett, og et viktig funn i denne studien er at pasienter ikke blir henvist til fysioterapi kun på grunnlag av depresjon. De blir henvist på grunn av et fysisk problem. Det er godt dokumentert og beskrevet i litteraturen at fysisk aktivitet har positiv effekt på depresjon (Cooney et al. 2013; Josefson et al. 2014). På bakgrunn av dette er det et tankekors at denne pasientgruppen ikke blir henvist til fysioterapi som ledd i behandling av depresjon. Grunnene til dette er ikke klare, men det kan ha sammenheng med at man i helsetjenesten jobber ut fra en behandlingstradisjon som skiller somatikk og psykiatri, eller kropp og psyke, noe som også fremheves som en utfordring i andre studier med fokus på eldre som lider av depresjon og er fysisk skrøpelige (Laake, 2008). Videre kan det ha sammenheng med mangel på kunnskap, noe deltagerne selv fremhever som sentralt. En norsk studie har funnet at når eldre med depresjon blir skrevet ut fra sykehus, er det ofte en svikt i kommunikasjon med kommunehelsetjenesten, noe som gir en fare for at pasientene kan forsvinne i systemet (Holm, & Severinsson 2013). Det kan tenkes at dette også kan være medvirkende til at fysioterapeutene ikke får henvist denne pasientgruppen. 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 (Holm, & Severinsson 2013).

Fysioterapeutene i denne studien innrømmet at eldre som lider av depresjon er en utfordrende gruppe å arbeide med, og de hadde erfaringer med at pasientene ofte takket nei til behandling. Videre understrekte de at det krevdes mye motivasjonsarbeid for å få dem i gang.

Motivasjonsarbeid ble oppfattet av alle deltagerne som en viktig del av behandlingen.

Motivasjon beskrives som en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensivitet i atferd (Renolen 2008). Motivasjonen blir redusert på grunn av depresjon, angst, smerter, fatigue og kognitiv reduksjon og er avhengig av en god allianse mellom pasient og behandler, noe denne studien også belyste. I motivasjonsarbeid er det avgjørende at fysioterapeuten viser pasientene anerkjennelse, respekt og gir bekreftelse og positive tilbakemeldinger. Resultatene fra denne studien viser at fysioterapeuter er redd for å bli påvirket av det negative stemningsleie til pasientene, de gir opp og sier at de ikke har tid. Revstedt (1995) fremhever i sin teori om motivasjon at helsearbeideren og brukeren står i en motivasjonsrelasjon hvor motivasjonsarbeidet bl.a. består i at helsearbeideren gir av sin livskraft til brukeren. En av fysioterapeutene uttrykte dette tydelig ved å si at: "Vi er deres motivasjon". Eldre som lider av depresjon er initiativløse, tiltaksløse og energiløse, de trenger dermed en person til å hjelpe og motivere dem i gang med aktivitet (Renolen 2008; Thomas 2014). Motivasjonsarbeidet er vanskelig, noe som ble beskrevet av en fysioterapeut på denne måten: «Motivasjonen kan være veldig skjør. Det kan være et veldig sterkt ønske, men en veldig sterk tvil».

Tidligere forskning anbefaler at fysioterapeuter bør involvere pasientene i selve behandlingen og gi dem valgmuligheter når det gjelder tiltak (Thomas 2014). Når pasienter selv blir involvert i målsettingen av behandlingen, så kan dette virke motiverende og bidra til økt mestringfølelse. Thomas (2014) gir råd og anbefalinger til hvordan fysioterapeuter kan motivere eldre pasienter i langsiktig behandling. Han beskriver at Eldres motivasjon for å delta i trening og aktivitet blir redusert på grunn av smerter, depresjon, angst, fatigue og kognitiv reduksjon. Videre understreker han at muligheten for positive resultat av trening øker når 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 (Thomas 2014). Når pasienten gir opp, er det også lett for fysioterapeuten å avslutte behandlingen for tidlig. Ulike tilnærminger for å motivere pasientene foreslås; 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 (Thomas 2014).

Vi vet lite om hva som hindrer pasienter med psykiske lidelser i å delta i fysisk aktivitet, men vi vet at eldre pasienter er inaktive på grunn av redsel for å gå ut og for å skade seg (Thomas, 2014; Kirchhoff 2006), og at eldre med depresjon ikke frivillig oppsøker aktiviteter (Holm & Severinsson 2013; Kirchhoff 2006), dette har også sammenheng med manglende motivasjon.

Symptomene til deprimerte eldre pasienter er passivitet, negativitet, tiltaksløshet, og pessimistisk syn på livet (Moksnes 2007), noe fysioterapeutene i denne studien også erfarer og beskriver. Fysioterapeutene fortalte hvordan pasientene med depresjon kan påvirke andre med sitt tungsinn, 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.

Fysioterapeutene i denne studien oppfattet ikke denne pasientgruppen som en prioritert gruppe for behandling og tiltak i kommunene. Det bekreftes også av andre at de forsvinner i systemet, at de ikke selv oppsøker fysisk eller sosial aktivitet og ofte takker nei til tilbud (Holm & Severinsson 2013; Strohle 2009; Thomas 2014).

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 (Revstedt 1995; Strohe 2009). Samarbeidet er viktig for å oppnå gode resultater av behandlingen (Holm & Severinsson 2013). Den eldre som lider av depresjon har behov for å være i aktivitet, men fysioterapeuten har ikke ressurser til å være tilstede hele dagen, eller hver dag. Da kan det være viktig at pårørende eller annet helsepersonell også kan inkluderes og bidra i motivasjonsarbeidet.

Studien viser at fysisk aktivitet er den behandlingsformen fysioterapeutene bruker i møte med den eldre som lider av depresjon. Vi vet at fysisk aktivitet har effekt på depresjon, men vi vet lite om type, intensitet, varighet og frekvens på trening (Cooney et al. 2013). Fysioterapeutene i denne studien sa heller ikke noe konkret om dette, men de beskrev hvordan de drev både med fysisk aktivitet i gruppesetting og individuelt. Videre forskning er nødvendig for å få mer konkret kunnskap om selve aktivitetene.

Videre avdekker denne studien at fysioterapeuter tar i bruk flere tiltak enn til andre brukergrupper i møte med eldre som lider av depresjon. De nevnte bruk av hjemmebehandling, hjelp til transport, fokus på sosialt samvær og lystbetonte aktiviteter. Det ble også poengtert at fysioterapeutene måtte være mere pågående med disse pasientene for å få dem i aktivitet. Tidligere forskning bekrefter dette og viser også til behov for transport, betydning av sosialt samvær og lystbetont aktivitet for denne pasientgruppen (Holm & Severinsson 2013; Strohle 2009).

### **Metode kritikk**

Kvalitative studier har ikke som mål å generalisere, men kan bidra til økt forståelse og innsikt i menneskers opplevelser og erfaringer (Malterud 2013). De data som kom frem var godt samstemt, noe som styrker studiens troverdighet. Validiteten kunne vært ytterligere styrket

hvis sitatene som er brukt var knyttet til opplysninger om informantenes yrkeserfaring. Er det slik at de med lang erfaring har andre opplevelser enn de med kort erfaring? For å få en grundig og dyp innsikt i fysioterapeutenes erfaringer hadde det vært ønskelig med flere informanter, spesielt fordi de som ble intervjuet sa at de har lite erfaring med denne pasientgruppen. Det var vanskelig å rekruttere informanter til denne studien, men med mer tid til rådighet kunne invitasjonen gått bredere ut og flere kunne blitt inkludert. Det er også et spørsmål om data kunne blitt rikere ved bruk av fokusgrupper? Studien hadde en utilsiktet skjev kjønnsfordeling ved at alle var kvinner. Man kan anta at datamangfoldet kunne vært større hvis menn hadde deltatt. Analyseprosessen ble gjennomført av begge forfatterne, noe som er en styrke, men en grundigere redegjøring over forfatternes forforståelse og rolle i denne artikkelen kunne også bidratt til å øke troverdighet og gyldighet. Dette begrenses av plasshensyn.

### **Konklusjon**

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hvordan fysioterapeuter erfarer behandling av eldre som lider av depresjon. Et viktig funn var at ingen pasienter ble henvist til dem på grunnlag av depresjon. Dette sammen med at mange fysioterapeuter takket nei til å delta i studien fordi de mente at 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.

Fysisk aktivitet er den behandlingsformen fysioterapeuter bruker i møte med eldre som lider av depresjon. I behandlingssituasjon er relasjonen viktig og motivasjonsarbeidet sentralt. Eldre som lider av depresjon trenger noe annen tilnærming enn andre pasientgrupper. Fysioterapeutene opplevde det tungt og utfordrende å gi behandling til denne gruppen, spesielt vanskelig var det å motivere dem til aktivitet.

### **Litteratur**

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

Bouchard C, Shephard R.J, Stephens T. (1993). *Physical activity, fitness and health. Consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, Collard, R.M, Comijs, H., Naarding, P., Oude Voshaar, R.C. *Ageing and Mental Health* 2014; 18 (5): 570-578.

Cooney, G.M, Dwan, K., Greig, C.A. et al. *Exercise for depression (Review)*. The Cochrane Library 2013; 9, 1-123.

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.

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

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

Josefson, T, Lindval, M & Archer, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports* 2014; 24: 259–272 doi: 10.1111/sms.12050.

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

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)

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

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

Malterud, K.( 2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring* (3.utg. 2 oppl.). Universitetsforlaget AS,

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – Psykisk helse – Kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Moe, S . Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten nr.4, 2009*.

Moksnes, K.M. Depresjon hos eldre. *Demens og Alderspsykiatri* 2007; 11 (2): 11-15.

Renolen, Å. *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*.( 2008)Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS..

Revstedt, P. (1995) *Motivasjonsarbeid*..Liber Utbilding AB,

Strohle, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission* 2009; 116, 777-784.

Thomas, B.(2014) *Motivating the Elderly Client in Long-Term Care. Advance healthcare network for physical therapy and rehab medicine*. <http://physical-therapy.advanceweb.com/Article/Motivating-the-Elderly-Client-in-Long-Term-Care.aspx> (18.03.2014)