

Hege Bøen og Asbjørn Kaasa



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

RAPPORT 2014/4

Evaluering av
«Takk bare bra...»

- et kurs for eldre i forebygging og mestring av depresjon



Denne rapporten er utgitt av

Diakonhjemmet Høgskole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.diaconhjemmet.no>

Rapport: 2014/4

ISBN: 978-82-8048-146-7
ISBN: 978-82-8048-145-0 (elektronisk utgave)
ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:
Diakonhjemmet Høgskole

Omslag

Aud Gloppen, Blæst Design

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

**Evaluering av «Takk bare bra....» - et kurs for eldre
i forebygging og mestring
av depresjon**

Hege Bøen

Asbjørn Kaasa

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 7 |
| 1 Innledning..... | 9 |
| 2 Beskrivelse av kurset «Takk, bare bra...» | 10 |
| 3 Betydning av fellesskap og mental aktivitet for endring i livskvalitet, mestring, depresjon og sosial støtte | 11 |
| 3.1 Politiske føringer | 11 |
| 3.2 Utvalgte studier..... | 12 |
| 4 Beskrivelse av evalueringsprosjektet | 14 |
| 4.1 Etske overveielser..... | 14 |
| 5 Spørreskjemaundersøkelsen | 15 |
| 5.1 Deltakere, utvalg og frafall i undersøkelsen..... | 15 |
| 5.2 Målinger og beskrivelse av måleinstrumenter..... | 16 |
| 5.3 Analyser og resultater | 17 |
| 5.4 Tolkning av resultater..... | 21 |
| 6 Fokusgruppeintervjuer | 22 |
| 6.1 Rekruttering..... | 23 |
| 6.2 Forsamtalen..... | 23 |
| 6.3 Motivasjon for oppstart | 24 |
| 6.4 Kursets innhold og materiell | 25 |
| 6.5 Hjemmeoppgavene | 25 |
| 6.6 Kursets betydning for deltakerne..... | 26 |
| 7 Diskusjon om utvikling av kurset..... | 28 |
| 8 Utfordringer og veien videre | 29 |
| Vedlegg 1-6..... | 33 |

Forord

«Takk, bare bra...» er et kognitivt og psykoedukativt kurs basert på kunnskaper og erfaringer fra et lignende kurs, «Kurs i mestring av depresjon, KID». KID er utviklet av prof. dr. med. Odd Steffen Dalgard, psykolog Trygve A. Børve og psykiatrisk sykepleier og kognitiv terapeut Anne Nævra. KID kurset har vist signifikant effekt ved depresjon hos mennesker mellom 18 og 65 år.

For å tilpasse kurset i mestring av depresjon til spesielt for eldre, ble «Takk bare bra...» omarbeidet etter erfaringene fra KID av Odd Steffen Dalgard og Anne Nævra. Omarbeidelsen ble foretatt utfra kunnskap om at eldre har andre symptomer ved depresjon enn yngre mennesker. «Takk bare bra..» er spesielt tilrettelagt for eldre, både når det gjelder innhold og pedagogiske virkemidler som språk, skrift, bruk av forenklede modeller og eksempler som deltakerne lett kan kjenne seg igjen i.

Målgruppen for «Takk bare bra..» er personer over 60 år som ønsker å forebygge og mestre nedstemthet og depresjon, men som ikke nødvendigvis har en diagnostisert depresjon.

Kurset bygger på kognitivt atferdsteori (KAT). Viktige grunnprinsipper i KAT er at den er kortvarig, kan gis i tillegg til annen behandling, vektlegger informasjon, opplæring og deltakerens egne ressurser. I tillegg har kurset elementer fra «Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression», som er utarbeidet spesielt for forebygging av depresjon.

Prosjektleder i utprøvningsfasen av «Takk bare bra..» er Olav Elvemo. Anne Nævra har utviklet og bearbeidet kurset. Begge er psykiatriske sykepleiere, kognitive terapeuter og fungerer sammen som kursledere. Faglig veileder for kursprosjektet er prof.dr.med i alderspsykiatri Knut Engedal, Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og helse.

Målet med kursprosjektet på sikt er å videreutvikle og kvalitetssikre kurset på bakgrunn av erfaringer og evaluering. Initiativtakere ønsker også at nye kursledere kan læres opp slik at kurset kan bli lett tilgjengelig for eldre i hele landet. Prosjektet «Takk bare bra...» har mottatt midler til gjennomføring og evaluering fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering (Elvemo & Nævra, 2012).

Oppdragsgiver for evalueringsprosjektet er Olav Elvemo. Evalueringen er utført av førsteamanuensis Hege Bøen, Institutt for sykepleie og helse og førsteamanuensis Asbjørn Kaasa, Institutt for Sosialt arbeid og familieterapi, begge ved Diakonhjemmet Høgskole Oslo. Bøen har faglig hovedansvar for oppdraget og ansvar for gjennomføringen av den kvantitative evalueringen. Kaasa har fungert som moderator i fokusgruppeintervjuene og analysene er gjennomført i fellesskap. Begge har skrevet, lest, korrigert og godkjent den endelige rapporten. Diakonhjemmet høgskole har bidratt med forskningstid. Elvemo og Nævra har utført datasamlingen for evalueringens kvantitative del.

En spesiell takk går til deltakerne på kurset for aktiv medvirkning i datasamlingen og til de fire seniorsentrene som har bidratt med lokaler til intervjuer.

En stor takk går også til førsteamanuensis Marianne Thorsen Gonzalez for viktige bidrag med å gjennomføre de statistiske analysene og som diskusjonspartner.

Oslo, september 2014

Hege Bøen

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helse, ISH

Sammendrag

Denne rapporten er en evaluering av kurset «Takk bare bra...» (Tbb), tilbudt gjennom eldresentre. Evalueringens formål er å vurdere anvendbarheten og kvaliteten på Tbb.

Kurset tar utgangspunkt i eldre menneskers problematikk knyttet til nedstemthet og depressive plager. Kurset er et lavterskeltilbud og er bygget over prinsippet hjelp til selvhjelp. Hensikten med kurset er at deltakerne lærer hvordan de aktivt kan bruke en kognitiv modell for å endre uhensiktsmessig tanke- og handlingsmønster, slik at de selv kan forebygge depressive plager, mestre hverdagen og øke egen trivsel.

Evalueringen er gjennomført både kvantitativt og kvalitativt. Metodene som er brukt er spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervju. Antall deltakere i spørreskjemaundersøkelsen er 43. Av disse ble 18 deltakere også intervjuet i grupper, fordelt på tre grupper med seks deltakere i hver.

I den kvantitative tilnærmingen undersøkes om det er sikker endring i skår for depresjon, psykologisk distress, livskvalitet og sosial støtte over fire måletidspunkt. Fire validerte spørreskjema er brukt i datasamlingen; GDS 30 (måler depresjon), GHQ 20 (måler psykologisk distress og mestring), WHO-5 (måler livskvalitet) og OSS-3 (måler sosial støtte). Beskrivende statistikk og en-veis variansanalyse med gjentatte målepunkter er brukt i dataanalysen.

Den kvalitative tilnærmingen undersøker hvilke forutsetninger, arbeidsmetoder og organisatoriske rammer som fremmer hensikten med kurset og hva som eventuelt skaper problemer. I tillegg diskuteres hvordan kursmodellen kan justeres, for å oppfylle kursets hensikt og forventninger. Til denne undersøkelsen er det utarbeidet en halv-strukturert intervjuguide og det blir gjort en tematisk innholdsanalyse av svarene.

Resultater fra de kvantitative analysene tyder på at kurset har en signifikant og stor virkning på depresjon, emosjonelt stress, livskvalitet, og sosial støtte over fire målepunkter som inkluderer før kursstart, under kurset, etter kursavslutning og etter tre måneder. Fra kursavslutning til tre måneders oppfølging reduseres imidlertid effekten og er ikke lenger signifikant. Det kan være flere ulike grunner til den reduserte effekten. Deltakerne kan blant ha opplevd flere livsbelastninger i denne tiden som har gjort at de enten har blitt dårligere eller ikke har deltatt i den siste målingen. Det generelle inntrykket fra de kvalitative

analysene er at deltakerne er meget godt fornøyde med kursopplegget og kursledelse. Kurset er nyttig, relevant og til hjelp for deltakerne.

Et problem er at flere har hatt vanskeligheter med å nyttiggjøre seg hjemmeoppgavene. Vår tolkning er at når vi sammenholder vanskeligheter med hjemmeoppgavene og at den gode virkningen av kurset synes å avta etter avslutningen, kan dette tyde på at de eldre trenger mer øvelse og tettere oppfølging til dette hjemmearbeidet. Derfor peker vi på at kursutviklerne bør reflektere over muligheten for en type oppfølging av kurset. I tillegg mener vi at en klargjøring av retningslinjer for kursledelse kan være nyttig for opplæring av nye kursledere.

1 Innledning

Kurset «Takk bare bra...» tar utgangspunkt i eldre menneskers problematikk knyttet til nedstemthet og depressive plager, slik mange eldre selv opplever det. Kurset er et lavterskeltilbud og er bygget over prinsippet hjelp til selvhjelp. Utgangspunkt for kurset er at selv om mange eldre sliter med depressive plager, synes de det er vanskelig å snakke om. Kurset starter derfor med kjente fysiske plager for mange eldre. Gradvis gis det opplæring i sammenhenger mellom fysiske og psykiske plager og eget tanke- og handlingsmønster. Deltakerne lærer litt etter hvert hvordan de aktivt kan bruke en kognitiv modell for å endre uhensiktsmessig tanke- og handlingsmønster, slik at de selv kan forebygge depressive plager, mestre hverdagen og øke egen trivsel.

Denne rapporten er en evaluering av kurset «Takk bare bra...» (Tbb), tilbudt gjennom eldresentre. Evalueringer av forebyggende lavterskel tilbud for å fremme psykisk helse og redusere psykiske plager hos hjemmeboende eldre blir sjelden utført. Med Samhandlingsreformen har kommunene fått et tydelig og eksplisitt ansvar for forebygging også hos eldre (Engstad, 2011). Skal en iverksette gode tiltak, må en vite både hvilke forebyggende tiltak som virker og hvilket utbytte de eldre har av å delta.

Denne evalueringen er basert på gjennomføringen av fire kurs, høst 2013 og vår 2014. Evalueringen er utført med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming, med validerte spørreskjema og fokusgruppeintervju som evalueringsmetoder. Samlet sett er evalueringens (Morgan, 1997)formål å vurdere anvendbarhet og kvaliteten på Tbb med tanke på et utvidet tilbud av kurset til andre eldre.

Problemstillingene som denne rapporten søker å svare på er:

- Er det en sikker endring i skår for depresjon, psykologisk distress, livskvalitet og sosial støtte over fire målinger?
- Hvilke forutsetninger, arbeidsmetoder og organisatoriske rammer fremmer hensikten med kurset og hva kan eventuelt skape problemer? Hvordan kan kursmodellen justeres for å oppfylle kursets hensikt og forventninger?

For å belyse de siste problemstillingene stilte vi spørsmål om:

- Hvordan har kurset fungert når det gjelder: Rekruttering, motivasjon, ledelse, organisering, kursdagene, innhold og kursmateriell?
- Hvilket opplevd utbytte har kurset gitt deltakerne?
- Hvordan kan kurset utvikles?

2 Beskrivelse av kurset «Takk, bare bra...»

I dette kapitlet beskrives kort kursets hensikt, rammer og temaer som blir tatt opp.

Hensikten med kurset er at deltakerne lærer hvordan de aktivt kan bruke en kognitiv modell for å endre uhensiktsmessig tanke- og handlingsmønstre, slik at de selv kan forebygge depressive plager, mestre hverdagen og øke egen trivsel.

Kurset går over 10 uker, med en kursdag á 2 timer per uke. Det er 12 deltakere på hvert kurs som ledes av en sertifisert kursleder samt en ko-leder. Begge initiativtakerne til kurset Tbb, fungerte som kursledere i de fire gjennomførte kursene som er gjenstand for evaluering. I løpet av kurset er det en pause på 30 minutter for at deltakerne skal bli bedre kjent. Kurslederne er ikke tilstede i pausen.

Deltakerne ble rekruttert gjennom informasjon fra kurslederne på fire utvalgte eldresentre og kurset ble gjennomført på disse sentrene. For interesserte som meldte seg, ble det gjennomført en forsamling som var en forutsetning for å få plass på kurset. De som ble tatt opp fikk skriftlig informasjon om hvordan kurset var lagt opp, kursdatoer og tidspunkt. For å ivareta deltakerne i prosjektet som kunne ha en alvorlig depresjon eller andre alvorlige psykiske lidelser gjennomførte kursledelsen en vurderingssamtale, der deltakerne fylte ut spørreskjemaet GDS (måler depresjon), før oppstart av kurset. Deltakerne undertegnet et samtykke knyttet til at kurslederen eventuelt kunne kontakte kursdeltakerens fastlege hvis det var behov for annen behandling før eller underveis i kurset. Eksklusjonskriterier var suicidalitet, psykose og andre alvorlige psykiske lidelser, alvorlig demens eller åpenbar mangel på motivasjon og dårlig hørsel.

Det er ikke lagt opp til å snakke i dybden om egne problemer på kurset, men kurslederne tar opp allmenne problemer som mange eldre sliter med. Viktige aspekter ved kurset er derfor at deltakerne gjenkjenner problematikken og opplever temaene relevante for eget liv. Temaene er presentert for deltakerne i en kursbok som også inneholder gruppeoppgaver på samlingene og individuelle hjemmeoppgaver. Ved siden av kursboken vises "Power point" presentasjoner. Første kursdag er tema sammenheng mellom kropp og sinn. Det blir det lagt vekt på funksjonstap og smerter og tap av nære relasjoner eldre er utsatt for og som ofte fører til kroppslige reaksjoner, sorgreaksjoner, ensomhet og nedstemthet. Den kognitive modellen for endring i tanke- og handlings mønstre blir introdusert og øvd på. Andre kursdag er en bevisstgjøringsdag om hvordan hyggelige aktiviteter kan fremmes og hvordan ta oppgjør med hemmende tanker. Tredje og fjerde kursdag er viet hvordan en blir styrt av egen tankevirksomhet og hvordan egne tanker kan korrigeres. Betydningen av sosial kontakt og hvordan den kan bedres er tema femte og sjette kursdag. Øvelser i oppmerksomt nærvær, repetisjon og praktisk bruk av kurset er tema for de siste fire gangene.

3 Betydning av fellesskap og mental aktivitet for endring i livskvalitet, mestring, depresjon og sosial støtte

I dette kapitlet presenteres politiske føringer for helsefremmende og forebyggende arbeid og studier som viser at både kognitiv virksomhet og sosiale relasjoner er svært viktige for å forebygge depressive plager og øke mestring og livskvalitet i eldre år.

3.1 Politiske føringer

Samhandlingsreformen peker på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer og spisser forebyggingsinnsatsen mot tiltak som har dokumentert effekt. Dette gjelder også for eldre innbyggere. Personer som over lengre tid befinner seg i en krevende situasjon og som opplever mangel på kontroll over egen livssituasjon er mer utsatt for sykdom enn andre. Å fremme deltakelse og mestring er bærende prinsipper i empowerment-tradisjonen og viktige elementer i det forebyggende arbeidet (NOU, 1998:18).

Å hjelpe folk til å utnytte sine egne ressurser og ikke gjøre dem til passive tjenestemottakere er derfor et viktig poeng. Den største omsorgsressursen ligger derfor ofte hos personen selv.

Aktivering og hjelp til selvhjelp kan bidra til kvalitativt gode resultater. I Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Perissinotto, Stijacic Cenzer, & Covinsky, 2012) poengteres det at skal velferdssamfunnet virkeliggjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon. I Folkehelsemeldingen fremheves at sosial støtte og medvirkning har betydning for evnen til å tåle livsbelastninger (Forsman, Schierenbeck, & Wahlbeck, 2011). Opplevelsen av sosial støtte bidrar til helse og livskvalitet. Ensomhet, utenforskap og opplevelsen av manglende sosial støtte har betydelig negative konsekvenser for helsen. Både fysiske og psykiske helseproblemer kan forebygges gjennom å styrke helsefremmende faktorer som sosial støtte, deltakelse og mestring. Nasjonalt Folkehelseinstitutt fremmer forslag til helsefremmende og forebyggende tiltak med sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper for å forebygge depresjon og redusere depressive plager (Major et al., 2011:1).

3.2 Utvalgte studier

En systematisk europeisk oversiktsartikkel om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre over 65 år tyder på at depresjon og demens er de hyppigst forekommende psykiske lidelsene (Riedel Heller, Busse, & Angermeyer, 2006). Depresjon hos eldre kjennetegnes ofte av apati og manglende handlekraft, tap av interesse og følelse av tomhet. Det er en rekke forhold som bidrar til å øke risiko for depresjon og nedsatt livskvalitet hos eldre: aldersforandringer og sykdomsforekomst med redusert funksjonsnivå, isolasjon, ensomhet, lav inntekt, lav utdanning, aleneboende, tapsopplevelser, liten kontroll over eget liv, negative livshendelser og mangel på sosial støtte (Ellison, Kyomen, & Verma, 2008).

Mental stimulering er en vesentlig faktor for å forebygge unødvendig forfall. Hensikten med kurset «Takk bare bra...» er også i samsvar med nyere syn på rehabilitering i alderdommen, der en særlig legger til grunn at deltakelse og aktivitet skaper tilfredshet.

Studier viser at tidlig intervensjon mot depresjon gir god effekt og lønner seg økonomisk (Cuijpers, Munoz, Clark, & Lewinsohn, 2009). En evaluering av kurset «Coping with Depression Course» spesielt utviklet for eldre viste at kurset var effektivt for eldre med psykologisk distress og for dem med en allerede manifest depresjon (Haringsma, Engels, Cuijpers, & Spinhoven, 2005).

Resultatene fra et doktorgradsprosjekt fra 2012 viser at et gruppeprogram ved eldresentre kan utsette depresjonssymptomer for dem som er lettere plaget, men reduserer ikke depresjon for de mest deprimerte (Boen, Dalgard, Johansen, & Nord, 2012). I tillegg betyr opplevd sosial støtte like mye for å motvirke angst og depresjon som god fysisk helse i det daglige. Undersøkelsen viste også at mange eldre (25% av antall=2397) opplever lite kontakt og støtte (Boen, Dalgard, Johansen, & Nord, 2010).

Sosial støtte omfatter i første rekke empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll. Forskning tyder på at sosial støtte er særlig virksom når individet er utsatt for ulike påkjenninger eller negative livshendelser, og at den sosiale støtten virker som en buffer ved å styrke individets mestringsevne (Dalgard, Bjørk, & Tambs, 1995). Andre undersøkelser viser at sosial støtte i seg selv, uavhengig av livsbelastninger, har en positiv effekt på psykisk helse (Bottomly, Nazareth, Torrez-Gonzalez, & et.al, 2010).

Manglende oppgavemestring i hverdagslivet er en viktig indikator på oppmerksomhetsforstyrrelser, glemsomhet, tap av energi og tap av interesser som gjerne følger med demens og depresjon. En viktig beskyttelsesfaktor mot psykiske plager og lidelser er individuelle mestringsressurser som støtter selvfølelsen, opplevelse av kontroll over eget liv og evne til å mestre daglige oppgaver (Bandura, 1977).

Tilpasning og mestring av endring og utfordringer i livssituasjonen og ved demenssykdom vil ha positiv betydning for livskvaliteten. I følge lege og hjerneforsker Andreas Engvig ser det ut til at hjernen er et mer livsstilpåvirkelig organ enn en tidligere har trodd. Mental hukommelsestrening har en målbar fysisk effekt på hjernen viser hans undersøkelse med 23 personer, etter at de gikk gjennom et tomåneders intensivt treningsprogram (Engvig et al., 2012).

Behovet for evaluering av lavterskeltilbud som retter seg mot Eldres psykiske helse fortsatt er stort. Nasjonalt folkehelseinstitutt løfter frem betydningen av å øke satsingen på tiltaksforskning for å utvikle programmer som vurderes tatt i bruk i stor skala (Major et al., 2011:1).

I utvikling av kurset «Takk bare bra ...» er både politiske føringer og forskningsmessig kunnskapsgrunnlag om tiltak som bygger på prinsippene om mestring og deltakelse, tatt alvorlig.

4 Beskrivelse av evalueringsprosjektet

Evalueringen av kurset «Takk bare bra..» er det lagt opp som en forskningsmessig evaluering fordi oppdragsgiver legger opp til at dette kurstiltaket utvikles til nasjonalt bruk. I dette kapitlet beskrives de metodiske og analytiske aspektene ved den kvantitative spørreundersøkelsen og den kvalitative intervju-undersøkelsen av praktisk karakter som er gjennomført. I tillegg til å gjøre rede for utvalget av deltakere, frafall og grunner til frafall, presenteres opplegg for kvantitative analyser av endring av skår og den kvalitative fremgangsmåte med fokusgruppeintervju.

Utgangspunktet for evalueringen var ønsket fra oppdragsgiver om å evaluere effekten av kurset og å peke på forhold som har fungert godt og det som kan forbedres og utvikles i videre arbeid med kurset. For mange er det ikke god tone å klage eller å si noe negativt om andre, særlig gjelder det for generasjonen vi her snakker om. Dette er forhold vi tar hensyn til i evalueringen og konsentrerer oss mest om løsninger heller enn det som eventuelt ikke har fungert så bra som de skulle ønske. Vi håper at evalueringen kan bidra med konkrete forslag til endringer når kurs skal gjennomføres med nye ledere.

Hensikten med å bruke forskjellige metoder for datainnsamling parallelt er å belyse flere aspekter ved kursopplegget. Vi antar at kvalitative data kan belyse de tallmessige resultatene og at tallene kan si noe om utbredelsen av funnene i den kvantitative delen av evalueringen. Spørsmål og svar i de fire spørreskjemaene er gjensidig utelukkende og fanger ikke opp den sosiale sammenhengen informantene står i med sine erfaringer, motiver, argumenter og verdier. Derfor ønsket vi ved hjelp av fokusgrupper å få en forståelse av hvordan fokusgruppedeltakerne sammen ga mening til kursopplegget.

4.1 Ethiske overveielser

I forbindelse med evalueringen mottok alle deltakerne informasjonsbrev fra kursledelsen om forskningsprosjektet (vedlegg 1). I informasjonsbrevet ble det forklart at deltakelse i

evalueringen er basert på skriftlig samtykke og at deltakeren på et hvilket som helst tidspunkt kan avbryte deltakelsen i evalueringen og likevel fortsette på kurset. I forkant diskuterte kursledelsen og evaluator om fire ulike skjema var i overkant mange å fylle ut fire ganger i løpet av kursperioden. Men for å sikre bredde i studien valgte vi alle fire.

All personlig informasjon ble lagret og holdt strengt konfidensielt. Identifiserbare data var ikke tilgjengelig for andre enn kursledelsen. Direkte personidentifiserbar informasjon ble erstattet med et referansenummer som er kodet til en navneliste. Listen ble lagret hos kursledelsen atskilt fra datamaterialet. Alle deltakere på kursene svarte ja til å delta i evalueringsprosjektet og skrev under på samtykkeerklæringen. Etter at kursene var gjennomført spurte kursledelsen utvalgte deltagere om å delta i fokusgruppeintervju. Samtalene i fokusgruppene startet med å understreke taushetsplikten og at det som ble dokumentert i evalueringen ikke kunne spores tilbake til hvilket eldresenter de møttes på eller til enkelt personer. Dataene anonymiseres ved prosjektslutt og planlagte publikasjoner som rapport og vitenskapelige artikler vil ikke inneholde personidentifiserbar informasjon.

Evalueringssprosjektet ble søkt forhåndsgodkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) sør-øst 23.04.2013, men kunne gjennomføres uten godkjenning fordi prosjektet ville gi kunnskap om anvendbarhet og kvalitet på kurset, men ikke skaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Brev fra REK 05.06.2013).

5 Spørreskjemaundersøkelsen

Den kvantitative delen av evalueringen gikk ut på at deltakerne fylte ut de 4 spørreskjema om depresjon, psykiske plager, livskvalitet og sosial støtte på fire tidspunkt, før, under og etter kurset og tre måneder etter kursets slutt. Det var kursledelsen som sto for intervjusamtalen om skjemaene. Deltakerne fylte selv ut skjemaene, men kurslederne hjalp til med oppklarende spørsmål og praktisk hjelp med avkryssing.

5.1 Deltakere, utvalg og frafall i undersøkelsen

Tbb kurset ble tilbudt gjennom fire eldresentre i Oslo, og rekrutteringen foregikk i stor grad fra munn til munn. Deltakerne meldte seg selv til opptak på kurset. Alle som ønsket å delta fikk en vurderingssamtale med kurslederne. Ut fra kursets fysiske, personellmessige og

økonomiske rammer ble et realistisk antall deltakere estimert til 50. Det ble registret 68 personer som var interessert i å delta på kurset. Av disse ble 22 ikke tatt opp som kursdeltakere, i hovedsak på grunn av sykdom eller fordi de forventet mye fravær, eller kursledelsen fikk ikke kontakt med dem for å avtale første intervju. Fire personer kom ikke med fordi kurset allerede var fulltegnet. Antall deltakere som gjennomførte første intervju og startet opp var 46 (bruttoutvalget), av disse ble tre syke, derfor manglet datagrunnlag så de ble tatt ut av datamaterialet. Gjennomsnittsalderen var 78 år. Antall kvinner var 36 (78%) og antall menn 10 (22%). Nettoutvalget består av 43 personer.

5.2 Målinger og beskrivelse av måleinstrumenter

Hver deltaker ble målt mot seg selv, på de samme kontinuerlige skalaene ved fire tidspunkt. Første gang ved vurderingssamtalen med prosjektledelsen før kursstart. Andre gang etter 5 ukers kurs og tredje gang etter kursavslutning. Oppfølgingsintervju ble gjennomført for fjerde gang tre måneder etter avsluttet kurs. En slik undersøkelse blir betegnet som en eksperimentell studie med skjønnsmessig utvelgelse med enkel-gruppe design og repeterte målepunkter (Shadish, Cook, & Campbell, 2002). Denne type undersøkelse egner seg til dette evalueringsprosjektet fordi den kan si noe om endringer i livskvalitet, mestring, psykiske plager og sosial støtte over tid.

De samme fire måleinstrumentene ble brukt ved alle fire målepunktene:

Geriatrisk Depresjonsskala, GDS er en selvevalueringskala som avdekker depresjon hos eldre. Skalaen er et screeninginstrument med 30 Ja/Nei spørsmål som deltakerne fyller ut selv. Norske undersøkelser anbefaler skalaen brukt som intervju (Berentsen VD, Schimer H. 1995). Den anbefales også av British Geriatric Society og blir ofte brukt i internasjonale studier. Skalaen er anvendbar fordi den med fordel kan brukes av helsepersonell uten spesialkompetanse. Den er robust og kan brukes blant somatisk syke eldre og lett til moderat demente pasienter (vedlegg 2).

General Health Questionnaire med henholdsvis 20 eller 30 spørsmål er utarbeidet av Goldberg og Williams i 1988 og er et godt instrument for å kartlegge psykologisk distress hos hjemmeboende eldre (Dale, Söderhamn, & Söderhamn, 2012). Det er et selvevalueringsinstrument som også avdekker psykologisk distress, det er validert og brukt i ulike utvalg med blant annet kronisk syke personer i Norge (Smedslund, Zangi, Mowinckel, &

Hagen, 2013). GHQ 20 er foretrukket i denne evalueringen fordi skjemaet inneholder spørsmål som går direkte på mestring. Fordelen ved å bruke to skjema som delvis kan overlape hverandre er at målingene kan sammenlignes og diskuteres (vedlegg 3). I denne rapporten brukes psykologisk distress synonymt med depressive plager og emosjonelt stress.

Oslo Support Scale (OSS-3) måler graden av generelt opplevd sosial støtte med tre spørsmål. Skalaen er nasjonalt og internasjonalt brukt og validert (Dalgard, 2006; Dalgard et al., 2006) (vedlegg 4).

WHO-5 er et livskvalitets instrument med fem spørsmål om helse og trivsel og som gir et bilde av hvor bra eller dårlig deltakeren føler seg for tiden. Det er mye brukt i psykiatrisk forskning og måler også endring av livskvalitet under sykdom og behandlingsforløp (oversatt til norsk av overlege Olaf Bakke Arendal, Norge, Versjon 1.1) (vedlegg 5).

I denne rapporten brukes sum skår for alle fire instrumentene.

5.3 Analyser og resultater

Den kvantitative undersøkelsen måler data om depresjon, psykologisk distress, livskvalitet og sosial støtte på fire tidspunkt, før, under og etter kurset, og eventuelle endringer i forventede fordeler av kurset tre måneder etter kursets slutt.

Beskrivende analyser brukes til å få oversikt over antall personer, gjennomsnitt, standardavvik og minimum og maksimum skår på skalaene (Tabell 1). Alle deltakere svarte ikke på alle spørsmål derfor varierer antall i tabellen mellom 17 og 43.

Tabell 1. Gjennomsnitt=Mean og Standard avvik=(SD) for skår på Geriatrisk Depresjonsskala (GDS), General Health Questionnaire (GHQ), Oslo Support Scale (OSS), og WHO-5 Livskvalitet over 4 målepunkter, n=antall, range =strekker seg over

| | Målepunkter | | | | | | | | | | | |
|------|-----------------|----|-------|-----------------|----|-------|-----------------|----|-------|------------------------------|----|-------|
| | T1 før oppstart | | | T2 under kurset | | | T3 etter kurset | | | T4 3mnd etter kursavslutning | | |
| | Mean (SD) | n | range | Mean (SD) | n | range | Mean (SD) | n | range | Mean (SD) | n | range |
| *GDS | 11.9 (7.0) | 34 | 0-29 | 9.4 (6.4) | 41 | 0-26 | 6.4 (5.5) | 42 | 0-23 | 5.3 (5.1) | 37 | 0-23 |
| *GHQ | 23.5 (7.5) | 42 | 8-32 | 15.0 (4.2) | 17 | 7-22 | 14.7 (6.7) | 43 | 5-29 | 13.7 (6.8) | 35 | 5-33 |
| *OSS | 9.21 (2.2) | 43 | 4-13 | 9.7 (2.1) | 43 | 4-13 | 10.6 (2.1) | 43 | 4-14 | 11.0 (1.7) | 38 | 6-14 |
| *WHO | 13.0 (5.7) | 42 | 1-24 | 15.3 (5.2) | 42 | 2-23 | 16.4 (4.3) | 43 | 8-23 | 17.6 (4.0) | 39 | 5-23 |

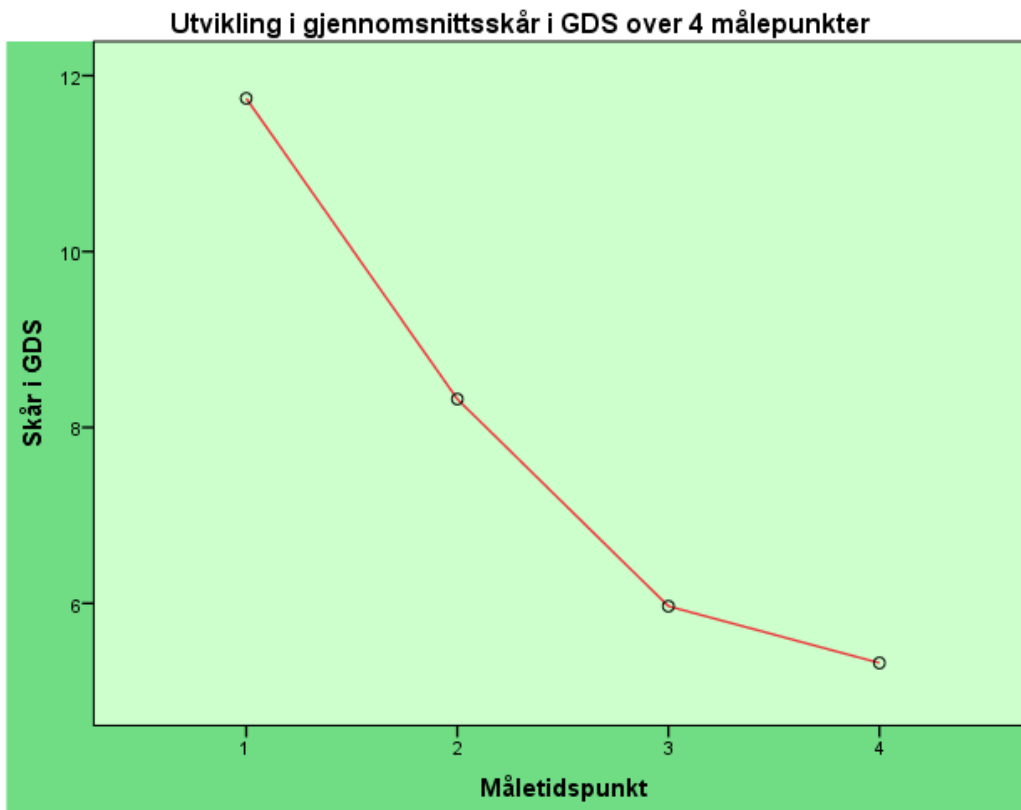
*GDS sum skår 30, skala 0-30, skår >11 indikerer depresjon

*GHQ sum skår 60, skala 0-60, skår>23 indikerer forhøyet emosjonelt stress

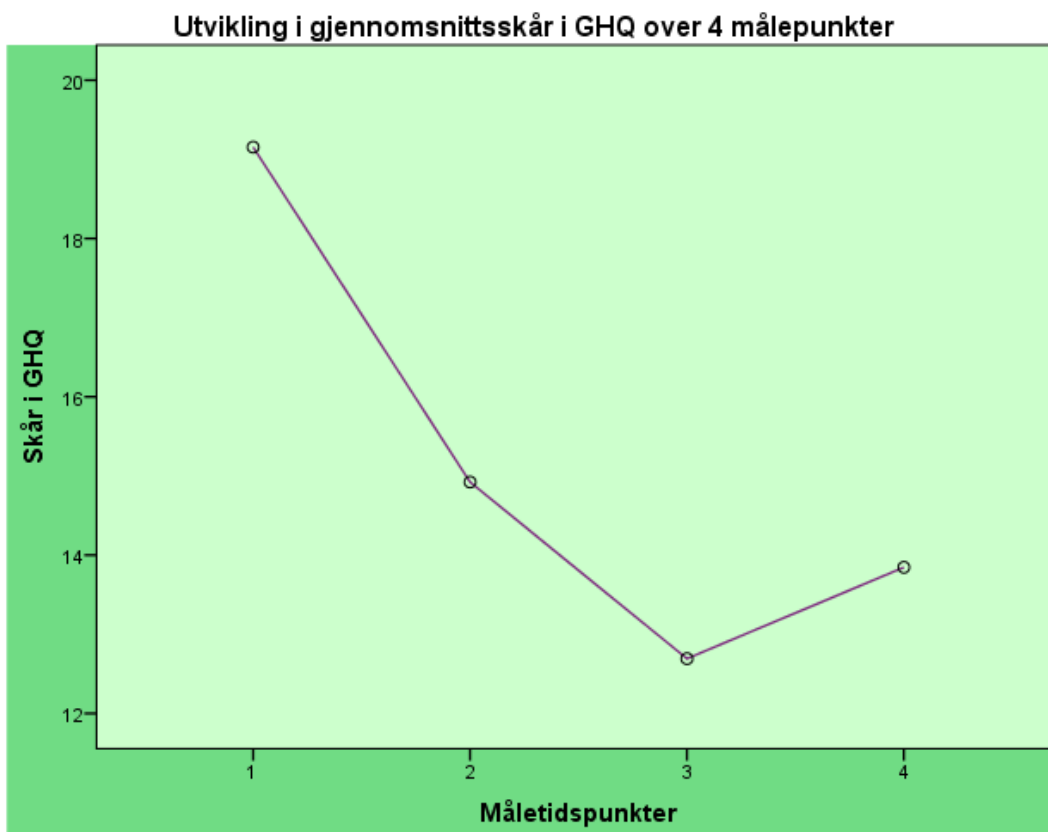
*OSS sum skår 14, skala 3-14, høy skår indikerer stor grad av sosial støtte

*WHO sum skår 25, skala 0-25, høy skår indikerer høy livskvalitet

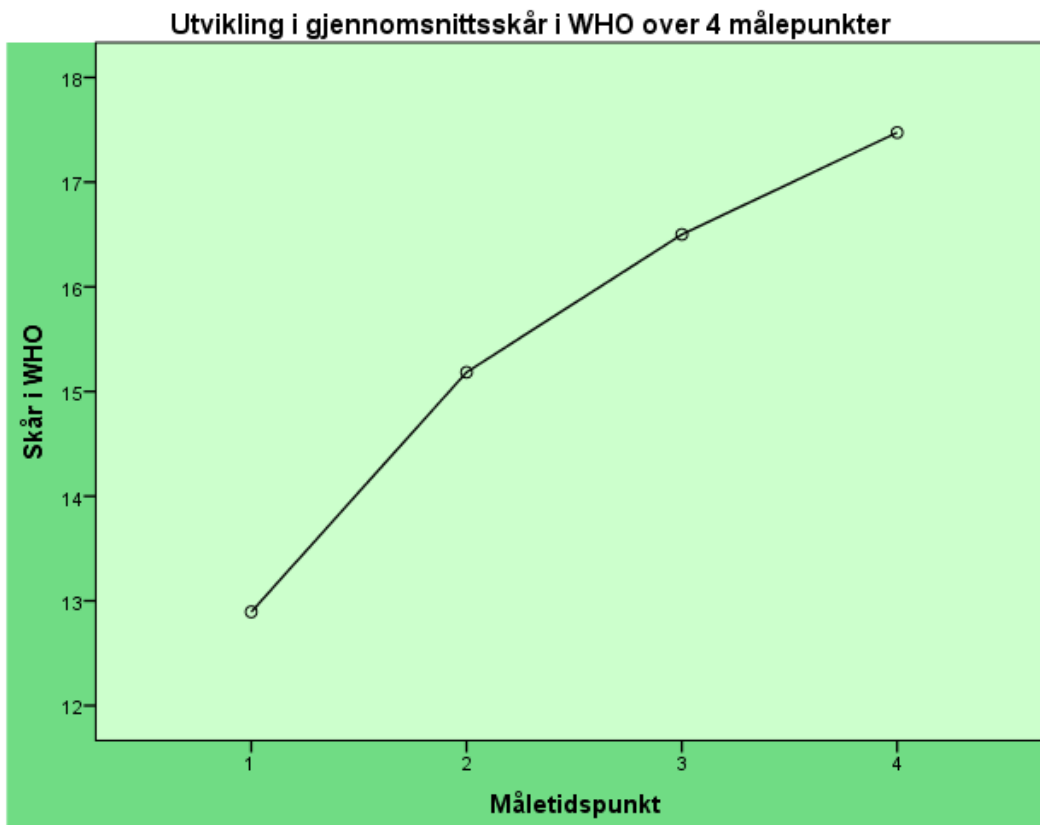
Vi gjorde en en-veis variansanalyse med gjentatte målepunkter (RM ANOVA). Denne analysen ble gjennomført for å sammenlikne gjennomsnittskår hos deltakerne fra før kursopplegget (pre-test,T1), under kurset (T2), til kursets avslutning (post-test,T3) samt tre måneder etter avsluttet kurs (oppfølging,T4) på de fire instrumentene. Resultatene blir vist i figurene 1-4.



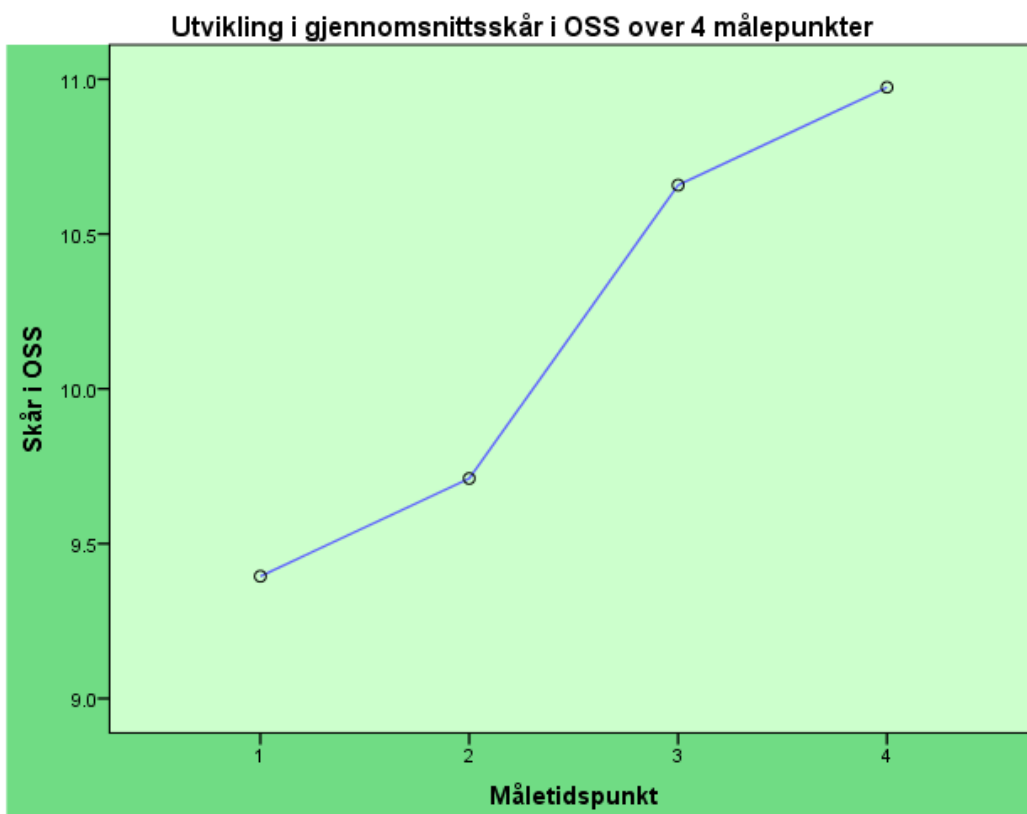
Figur 1 Kurven som viser utvikling i depresjon, GDS, over tid



Figur 2 Kurve som viser utvikling i emosjonelt stress, GHQ, over tid



Figur 3 Kurve som viser utvikling i livskvalitet, WHO, over tid



Figur 4 Kurve som viser utvikling i sosial støtte, OSS, over tid

Det er en *signifikant effekt* over tid fra T1 til T3 for gjennomsnittsskår på alle fire skalaene, GDS-30, GHQ-20, OSS-3 og WHO-5.

Endringene i målt gjennomsnitt fra T1 til T4 er også *signifikante* på alle fire skalaene.

Men ingen av endringene i gjennomsnittsskår er signifikante fra T3 til T4 (fra kursavslutning til 3 mnd oppfølging). Endringene viste imidlertid lavere skår på depresjonsskalaen mens skåre på psykologisk distress økte. Skår på trivsel/velvære og sosial støtte økte også.

Effektstørrelsene rapportert med testen Wilks' Lambda viste for GDS depresjon, $=.60$, for GHQ psykologisk distress, $=.56$, for OSS sosial støtte, $=.47$ og for WHO trivsel og velvære, $=.54$. I følge vanlige brukte retningslinjer anbefalt av Cohen regnes disse effektstørrelsene som store ($.01$ =liten, $.06$ =moderat, $.14$ =stor), (Pallant, 2007)s255.

5.4 Tolkning av resultater

Resultatene tyder på en sikker endring i skår på skalaene for depresjon, psykiske plager, livskvalitet og sosial støtte over fire målepunkter. Effektstørrelsene betyr at kurset har en virkning som regnes som stor. I tolkningen av disse resultatene må en likevel være litt forsiktig med konklusjonene. I og med at vi ikke har kontrollgruppe men deltakerne er sine egne kontroller, kan det hende at det var andre ting som skjedde i deltakernes liv, i løpet kurset, som kan forklare de positive resultatene. En annen mulig tolkning er at de fikk mye oppmerksomhet i forbindelse med evalueringssopplegget og utfyllingen av fire skjema fire ganger. Bedringen kan da også skyldes selve evalueringssprosjektet. Selv om den signifikante effekten holdt seg gjennom alle fire målepunkter var det ikke signifikant endring i skår på noen av de fire skalaene fra avsluttet kurs til oppfølging tre måneder etter. For psykologisk distress, (GHQ), var det derimot en økning i plagene fra avsluttet kurs til tre måneders oppfølging. Antallet (n) som svarte etter tre måneder var redusert fra T1 på alle fire skalaene. Dette kan ha hatt innvirkning på signifikansnivået. Frafallet her kan muligens forklares med at flere deltakerne opplevde seg dårligere fysisk og mentalt, ble innlagt på sykehus eller hadde fått økt omsorgsansvar i løpet av disse tre månedene. Alderen er høy og endringer i livet i form av sykdom kan komme brått. Men endringene fra T1 til T4 kan også tyde på at deltakerne har behov for en type oppfølging og engasjement etter avsluttet kurs

for å beholde den positive virkningen. Disse utfordringene kommer vi tilbake til i det diskusjonskapitlet.

På tross av det ikke er foretatt en randomisering regner vi resultatene som plausible fordi det er vanskelig å tenke seg andre viktige forklaringer på det vi har funnet. Resultatene mener vi også er adekvate fordi tidstrendene gikk i den retningen vi hadde forventet etter at kurset var satt i gang. Vi påviste klare endringer i de fire målene vi ønsket å påvirke (Victoria, Habicht, & Bryce, 2004).

6 Fokusgruppeintervjuer

Kursdeltakerne ble spurt av kursledelsen om de ønsket å delta i gruppeintervju tre måneder etter avsluttet kurs. Kriterier for utvelgelse var om de hadde lyst til å delta og om de hadde praktisk mulighet. Kursledelsen vurderte også hvem de mente hadde noe å formidle. De to som var ansvarlige for evalueringsstudien gjennomført tre gruppeintervjuer ved tre seniorsentre med til sammen 18 deltakere hvorav 13 kvinner og 5 menn. Det var seks deltakere i hver gruppe. Gruppene ble kalt A, B og C. Mennene var fordelt på gruppe B og C. I gruppe A var alle deltakerne kvinner.

Hensikten med gruppesamtalene var å få deltakernes egne oppfatninger om betydningen av kurset. Samtalen ble ledet for å oppnå at den enkeltes erfaringer med kursopplegget, motiver, meninger og argumenter ble fulgt opp eller utdypet av andre medlemmer av gruppa, ellers hadde intervjuerne en tilbaketrasket rolle. Den ene intervjueren fungerte som moderator for intervjuet mens den andre tok notater fra samtalen. Fokusgruppeintervjuene varte halvannen time. Innledningsvis ble det kort informert om hensikt, opplegg og struktur for intervjuet samt taushetsplikt. Intervjuene var basert på en intervjuguide (vedlegg 6) med spørsmål om rekruttering, motivasjon, innholdet i kurset, kursmateriell, organisering, ledelse, opplevd utbytte og forslag til endringer. Gruppesamtalene var uformelle og åpne med mange assosiasjoner, noe som sikret fyldig informasjon om kurset og at mange erfaringer og inntrykk ble delt. Materialet fra gruppene blir analysert med fokus på innholdet i det som ble sagt. Vi har identifisert tilbakevendende temaer i intervjuene – såkalt tematisk innholdsanalyse (Morgan, 1997).

Spørsmålene som blir belyst i gruppeintervjuene er:

- Hvordan har kurset fungert når det gjelder: rekruttering, motivasjon, ledelse og organisering, kursdagene, innhold og kursmateriell?
- Hvilket opplevd utbytte har kurset gitt deltakerne?
- Hvordan kan kurset utvikles?

Funnene fra gruppeintervjuene blir gjengitt og diskutert tematisk sammen med anliggender som kursledelsen la spesiell vekt på og intervjuernes refleksjoner. Denne kombinasjonen er viktig for ikke å isolere deltakernes erfaringer men sette dem inn i en sammenheng.

6.1 Rekruttering

Kurslederne holdt informasjonsmøte på seniorsentret der kurset ble holdt og senterlederene hengte opp lapper og informerte muntlig. Brosjyrer om innholdet i kurset ble lagt ut. Munn til munn metoden ble beskrevet som effektiv. Seniorsenteret ble fremhevet som et lett tilgjengelig og trygt fellesskap. Det var enkelt å melde seg på. Men det krevde aktiv innsats og initiativ fra de interesserte å være oppsøkende. De som ikke var motiverte til å delta ble ikke forsøkt overtalt.

Når det gjaldt presentasjonsbrosjyren til kurset som ble lagt ut på sentrene, fremhevet gruppene at det var viktig med enkle dagligdagse ord som trist og bekymret og ikke diagnose ord som angst og depresjon. Men det ble også diskutert om positive begreper som oppmuntring og mestring i hverdagen kunne fungert like bra som overskrifter.

For å nå de som kan ha størst behov ble det også diskutert både blant deltakere og kursledelsen å rekruttere via fastlege, hjemmetjeneste og andre profesjonelle samt i lokalpressen.

6.2 Forsamtalen

De som ønsket å bli med på kurset ble kalt inn til forsamtale. Hensikten fra kurslederne var å gi informasjon om kurset, å avklare motivasjon og forventninger til kurset og å gjøre en egnethetsvurdering. Få falt fra i forsamtalet og de fleste fylte kriteriene. Flere enn det var kapasitet til å ta imot ønsket å være med. Avvisningen kunne oppleves belastende for de som ønsket å være med men ikke kom med (punkt 5.1). Deltakerne fylte også ut de fire spørreskjemaene for første gang. I denne forsamtalet fikk deltakerne også informasjon om

et dette var en utprøving av et nytt kurstilbud og at evalueringsopplegget med utfylling av fire spørreskjema fire ganger *ikke* var en del av et vanlig kursopplegg.

Om forsamtaen var det ulike meninger. En gruppe (A) mente den var klargjørende og nyttig og de fikk et godt innblikk i hva kurset skulle dreie seg om. De var uvant med at gruppelederne spurte om psykiske plager, uro og lignende, men spørsmålene pirret nysgjerrigheten.

I de to andre gruppene (B og C) opplevde flere stress og usikkerhet knyttet til forsamtaen. Usikkerheten var knyttet til kriterier for utvelgelse til deltakelse på kurset. Var de tilstrekkelig plaget for å kunne komme med på kurset? En mann hadde overrapportert sine plager og en annen mann hadde underrapportert sine plager, og begge var usikre på om de kom med.

Det ene spørreskjemaet som måler depresjon (GDS-30) var også bakgrunn for utvelgelse av deltakere til kurset. Flere ble stresset og utrygge av å fylle ut de fire spørreskjemaene som var datainnsamling til evalueringsopplegget. De oppfattet ikke relevansen av spørsmålene og svarte derfor ikke på dem. De dro også med seg denne skepsisen inn i gruppeopplegget. En mann poengterte derimot at han likte utfordringen med spørreskjemaene og ble nysgjerrig av det. Han syntes det var spennende å følge sin egen endring og utvikling. En annen fikk hjelp til å se at de problemene han slet med var relevante.

6.3 Motivasjon for oppstart

Motivasjon til å starte på kurset var ulik i de tre gruppene. Gruppe A fremhevet tittelen på kurset, "Takk bare bra.....". Den skapte nysgjerrighet, en er rask til å si at alt er bare bra, men det er det jo ikke sa flere av deltakerne. De mente at det var interessant med de fysiske og psykiske aspektene samtidig og å lære om mestringsteknikker og forebygging i voksen alder. Forebygging av depresjon er dessuten et dagsaktuelt tema i media. Å delta på kurs er i seg selv inspirerende for dem. Motivasjonen var knyttet til forebygging å være føre var og ikke til terapeutisk behandling av depressive plager.

For deltakerne i gruppe B og C ble motivasjonen uttrykt ved at de trengte inspirasjon til å løse problemer, bruke tankene riktig, leve i nuet etter lange perioder der de var misfornøyde

med seg selv. Vanskelige livssituasjoner, langvarig depresjon og kompliserte sykdomsbilder med mye smerter var virkelighet for flere deltagere. Ønsket å komme sammen med noen og samtale om problemene, få ulike ideer og perspektiver fra ulike personer var gjennomgående. En deltaker sa det slik: «Å kjempe for livet alene er svært tungt - bedre perioder gir muligheter til å forebygge og mestre slitsomme perioder». Opplegget med kurs virket trygt og de fikk kunnskap. Flere hadde fått anbefalinger av andre som pårørende, sykepleier eller ledelsen ved seniorsentre om å gå på kurs. Deltakerne ønsket å gjøre noe aktivt med egen situasjon og de beskrev at de fikk en «dytt», men ikke en invitasjon til å dele all elendigheten.

6.4 Kursets innhold og materiell

Det er lagt mye vekt på at kursboka ser delikat ut og er praktisk i lay-out, størrelse og innbinding. Den er logisk lagt opp for å motivere eldre til læring og lette innlæringen av kognitiv metode. Den har tydelig skrift og språk uten fremmedord, en enkel kognitiv modell, enkle skjemaer og eksempler som de eldre lett kan kjenne seg igjen i. Kursboka står ikke for seg selv men er en del av det strukturerte opplegget. De ulike temaene i boka blir introdusert med «power point» presentasjoner. For å styrke mestringsfølelsen er det viktig å snakke om temaene på samme måte som det står i boka, fordi mange har begrenset korttidsminne. Gruppedeltakerne fremhevet at de ga lite kommentarer til hverandre når de snakket om sine erfaringer. De dvelte ikke ved egne problemer, men kurslederne hjalp dem til å knytte egne problemer opp mot de ulike temaene i kurset. Dette gjorde at de også opplevde egne problemer som allmenne.

6.5 Hjemmeoppgavene

Hensikten med hjemmeoppgavene som er presentert i kursboka er å lære gjennom og reflektere over egen situasjon, og omsette refleksjonen til handling for å bedre egen situasjon. Deltakerne skulle svare skriftlig på oppgavene. Dette var uvante øvelser for de fleste deltagere. Hjemmeoppgavene var gjengangere i boka og på den ene siden ble det et press til trening i å skrive som kjentes nyttig, på den andre siden ble oppgavene oppfattet som irritasjonsmoment for de deltakerne som ikke fikk skrevet noe. Av oppgavene som skulle gjøres hjemme var tankeskjemaene det vanskeligste å fylle ut. Oppgaven bestod i å skulle skrive ned vanskelige følelser og negative tanker knyttet til selvopplevde hendelser. En mann sa det var en utfordring, han hadde ikke noe språk for det. Tankene var der, men han

greide ikke skrive dem ned. Aktivitetsskjemaene, som handler om daglige aktiviteter virket enklere og ble fylt ut av flere. De ble oppfattet som nyttige for å få til struktur i hverdagen og for å dokumentere at de virkelig hadde gjort noe. Kurslederne erkjenner også at det var et problem med utfyllingen.

Det er relativt stor spredning i vurdering av utbyttet av hjemmeoppgavene. Ikke alle er vant med denne arbeidsformen og ikke alle har sett nytteverdien for sin egen del eller de har ikke hatt overskudd til å gjøre øvelsene. Faktakunnskap blir ikke levende før den blir bearbeidet. Forståelsen kan være der, men likevel kan det av ulike årsaker være vanskelig å gjøre forståelsen om til praktisk handling. Tanken bak skriveøvelsene var at øvelse gir mestring, og da er det slik at de fleste trenger å gjøre det samme flere ganger for å beherske øvelsen.

Slik vi oppfatter det, har det for mange av deltakerne vært noen uklarheter omkring øvelsenes betydning. Noen har også hatt litt dårlig samvittighet for at de ikke har gjort «leksene». De som har fulgt opp og gjort hjemmeoppgavene, sier at det har vært svært nyttig og lærerikt. Men flere gir uttrykk for at de følte seg alene og kunne trengt mer hjelp med oppgavene. Det hadde også vært en hjelp at kurslederne hadde understreket betydningen av hjemmeoppgavene og fulgt opp med spørsmål om hvordan det hadde gått på neste samling.

En kan diskutere om spennet i deltakernes vurderinger avspeiler en uklarhet om hensikten med eller gjennomføring og oppfølging av oppgavene. Eller om spennet i vurderinger er et uttrykk for det mangfold av erfaringer og evner som deltakerne representerer?

6.6 Kursets betydning for deltakerne

Kursledelsen har understreket at den modellen de har bygget kurset over ikke er noen form for behandling eller en arbeidsform der gruppeprosesser tillegges særlig vekt.

Arbeidsformen med profesjonelt gruppearbeid legger tradisjonelt vekt på at gruppeprosessen skal hjelpe medlemmene gjennom formålstjenlige gruppeerfaringer og at gruppen derfor ikke bare er rammen for behandlingen, den er også hovedmidlet i behandlingen.

Kurset «Takk bare bra..» er derimot utarbeidet på grunnlag av en av kursledernes kunnskaper og erfaringer med det forskningsbaserte kurset «KID, kurs i mestring av depresjon». Tbb har sitt faglige utgangspunkt i at depresjonssymptomer arter seg annerledes hos eldre enn hos yngre. Hovedteorigrunnlaget er kognitiv atferdsteori med tillegg av mindfulness-basert kognitiv terapi. Intensjonen med kurset er at de eldre får motivasjon til å ta ansvar for egen læring og lærer hvordan de kan hjelpe seg selv i sitt daglige liv ved å bruke metodene de lærer på kurset. Å bidra til læring og utvikling er en viktig begrunnelse for den kognitive modellen som er valgt. I utgangspunktet kan en si at kursdeltakerne kun kan identifisere seg med de holdninger de selv har klargjort og løsninger og beslutninger de selv har kommet frem til. I denne læringsprosessen er både dialog og egentrening viktig.

Selv om Tbb er et kurs basert på et teorigrunnlag, oppstår relasjoner og situasjoner der mennesker møtes. Slike møter kan være lærerike, dersom kurslederne vet å bruke situasjonene. Det kommer tydelig frem i intervjuene at mange av deltakerne har hatt nytte av å dele erfaringskompetanse med hverandre fordi de er i ulike livssituasjoner og har forskjellige typer utfordringer. Flere gir uttrykk for at de har blitt bedre kjent med seg selv og egne behov. Det har blitt lettere å sette grenser og uttrykke misnøye på en akseptabel måte. Det betyr at deltakernes forhold til hverandre uansett opplegg vil ha en viss betydning. Vi mener det er dekning for å hevde at en i slike sammenhenger som dette trenger et fellesskap der erfaringer kan diskuteres og bearbeides for å kunne omformes til en anvendbar kunnskap. Flere legger vekt på at det har vært viktig å bli sett og hørt. Det betyr at måten egne og andres erfaringer og synspunkter blir behandlet på er viktig for å føle seg både verdifull og trygg. Deltagerne vektlegger særlig lederens betydning i å skape dette gode læringsmiljøet. Det var enighet om at gruppene var godt ledet. De to lederne evnet å skape tillit, hadde mye kunnskap og utfylte hverandre. De greide balansen med ikke å være for problemorienterte eller terapeutiske men ga samtidig tankevekkende, lune og utfyllende innspill. Samtidig evnet de å sette grenser når noen gikk langt i å fortelle om private problemer. At kurslederne greide å skape et godt gruppeklima for læring og utvikling er en suksessfaktor ved kurset.

En hensikt med kurset var å styrke deltakernes mestringsfølelse og problemløsningsevne. Dette ble gjennomført på flere måter. En måte var å styrke selvrespekten hos deltakerne gjennom likeverdighet, frivillighet i opplegget og en god gruppeform. Derfor var sammensetting av gruppene og plasseringen rundt bordet viktig. En annen måte var kursledernes vekt på å løfte problemer som den enkelte måtte ha til generelle problemstillinger som mange kjente seg igjen i.

Pausen på 30 minutter var viktig for at deltakerne kan bli bedre kjent med hverandre så kurslederne gikk ut. Tanken var at det sosiale samspillet foregår i pausen og sees isolert fra resten av kurset. Pausen har ikke vært et eget tema i denne evalueringen, så vi vet ikke hva som foregår der. Enkelte av deltakerne har sagt at den betyr mye, men ikke sagt noe om for hva. Å se kurset og pausen isolert fra hverandre, kan være problematisk fordi det er nærliggende å tro at samtalen fortsetter å kretse rundt de samme temaene som i kurstimene. Det er tross alt deltagelse på kurset som er fellesnevneren for dem også i pausen. Da er det mulig å tenke seg at tanker, ideer og erfaringer blir delt og sammenlignet. Derfor tenker vi at pausene også kan bidra til styrke mestring, problemløsning og sosialt fellesskap som igjen kan ha en positiv betydning i kurstimene. Denne kursmodellen legger i utgangspunktet mest vekt på en generell kunnskapsoverføring. Vårt inntrykk fra gruppeintervjuene er at, for å lykkes med kurset kreves kursledere med kompetanse både i kursets teoretiske grunnlag og generell kunnskapsoverføring samt en sterk erfaringskompetanse om relasjoner og gruppeforståelse.

7 Diskusjon om utvikling av kurset

Når vi sammenholder resultatene fra begge undersøkelsene er det liten tvil om den positive betydningen "Takk bare bra" har hatt for kursdeltakerne så lenge kurset varte og også hele perioden fra kursstart til oppfølgingen etter tre måneder. Kurset har vært nyttig, relevant og til hjelp for deltakerne. Dette gjelder både for dem som hadde definerte plager på forhånd og for dem som først og fremst ønsket å forebygge.

At den positive virkningen ikke var signifikant fra avslutningen av kurset og til oppfølgingen etter tre måneder er verdt å diskutere.

En forklaring kan være at flere av deltakerne kan ha blitt syke og kommet på sykehus eller sykehjem i løpet av disse tre månedene. De kan også ha fått større omsorgsbyrde eller opplevd sorg og tap i andre former. Dette er en naturlig konsekvens av høy alder som det bør tas høyde for.

En annen tolkning kan være at betydningen av kurset har avtatt for depressive plager, mestring, livskvalitet og sosial støtte når deltakerne ikke lenger har fått oppmerksomhet, nærvær, oppfølging og veiledning rundt eget liv. Selv om det ble lagt stor vekt på mestring, problemløsning og prinsippet om hjelp til selvhjelp, kan det hende at deltakerne ikke har fått øvd nok på egenhånd til å mestre metodene og teknikkene når de ble sittende med alt alene. Mye tyder på at de har falt litt tilbake i gamle mønstre, og at motivasjonen for å arbeide alene er svekket. Det kan tenkes at ved å legge større vekt på hjemmeoppgavene blir nye tankemønstrene lettere å omsette til praktisk handling som kan vare lenger. Siden resultatene er så gode er et viktig spørsmål, hvordan er det mulig å sikre en mer langvarig virkning hos deltakerne? En mulighet er kanskje at oppfølgingskurs og mer øvelse og samvær, kan bidra til å vedlikeholde kunnskapen for de eldre.

En tredje mulighet er også en kombinasjon av disse to forklaringene.

8 utfordringer og veien videre

I tillegg til å evaluere effekten av kurset har evalueringens bidrag i første rekke vært å trekke frem momenter som kan danne grunnlag for diskusjon og refleksjon når det gjelder videre arbeid med kursene. I og med at kursledelsen har lagt stor vekt på hjelp – til selvhjelp prinsippet, er et naturlig utgangspunkt for evalueringen brukernes egne erfaringer og opplevelser. Det som synes helt klart er at kurset har betydd mye for å forebygge og avhjelpe depressive plager, øke mestring, livskvalitet og sosial støtte. Alle deltakere er fornøyde med kurset og frafallet var lite etter at kurset var i gang. De refererer at kurslederne har hatt en god hånd med gruppene. De har formidlet kunnskap, sett og hørt den enkelte og knyttet utfordringer til kursets tematiske innhold.

Resultatene indikerer at flere synes å ha vanskeligheter med å nyttiggjøre seg hjemmeoppgavene. Resultater viser også at den gode virkningen synes å avta etter at kurset

er ferdig. Det kan være flere grunner til dette. Det mest sannsynlige for oss er at de ikke har fått trent nok og at det har vært vanskelig å nyttiggjøre seg de gode oppskriftene på sikt. Derfor peker vi på dette som en utfordring i det videre arbeidet og vi understreker også at en bør reflektere over muligheter for en type oppfølging.

Det vi vet lite om er hvordan kurslederne konkret har gått frem for å skape et godt gruppemiljø. Vi mener at dette er en utfordring i det videre arbeidet med å lære opp flere kursledere. Kvalitet i ytelsene forutsetter kvalitet i organisasjonen og dermed kan kvalitetsarbeid rette seg mot å følge opp kursledere. Selv om dette ligger utenfor evalueringens mandat kan en anbefaling være er å komme frem til gode retningslinjer for kursledelse for å sikre seg mot at en får for stort mangfold knyttet til denne oppgaven.

Bibliography

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Boen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E. (2010). Socio-demographic, psychosocial and health characteristics of Norwegian senior centre users: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Boen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BMC Geriatr*, 12(1), 20. doi: 10.1186/1471-2318-12-20
- Bottomly, C., Nazareth, I., Torrez-Gonzalez, F., & et.al. (2010). Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *Br J Psychiatry*, 196, 13-17.
- Cuijpers, P., Munoz, R., Clark, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression course" thirty years later. *Clinical Psychology Research and Behavior Management*, 39, 449-458.
- Dale, B., Söderhamn, U., & Söderhamn, O. (2012). Psychometric properties of the Norwegian version of the General Health Questionnaire (GHQ-30) among older people living at home. *Psychol Res Behav Manag*, 5, 151-157.
- Dalgard, O. S. (2006). A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin.Pract.Epidemol.Ment.Health*, 2, 15.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-34.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., . . . Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 41(6), 444-451.
- Ellison, J. E., Kyomen, H., & Verma, S. K. (2008). *Mood disorders in later life*: Informa Healthcare.
- Elvemo, O., & Nævra, A. (2012). "Takk bare bra" Prosjektsøknad Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering.
- Engstad, T. (2011). Geriatri. In S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Eds.), *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engvig, A., Fjell, A. M., Westlye, L. T., Moberget, T., Sundseth, Ø., Larsen, V. A., & Walhovd, K. B. (2012). Memory training impacts short-term changes in aging white matter: A Longitudinal Diffusion Tensor Imaging Study. *Human Brain Mapping*, 33(10), 2390-2406.
- 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. doi: 10.1177/0898264310378041
- Haringsma, R., Engels, G. I., Cuijpers, P., & Spinhoven, P. (2005). Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *International Psychogeriatrics*, 18(02), 307-325.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011:1). Bedre føre var...Psykisk helse Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. In N. Folkehelseinstitutt (Ed.).
- Morgan, D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research* (2nd edition ed.): New-bury Park: Sage
- NOU, S.-o. h. (1998:18). *Det er bruk for alle*. Oslo.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. New York: The MCGraw-Hill companies.
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1083. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993

- Riedel Heller, S. G., Busse, A., & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old age across the old European Union systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 388-401.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston.
- Smedslund, G., Zangi, H. A., Mowinckel, P., & Hagen, K. B. (2013). Two to five repeated measurements per patient reduced the required sample size considerably in a randomized clinical trial for patients with inflammatory rheumatic diseases. *BMC research notes*, 6(1), 37.
- Victora, C. G., Habicht, J. P., & Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 94(3), 400.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Evaluering av kurs i forebygging og mestring av depressive plager”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å finne ut om du har nytte av kurset «Takk, bare bra...». Kurset er ment å hjelpe deg til å endre på uhensiktsmessige tanke- og handlingsmønstre og slik forebygge og mestre depressive plager og øke din trivsel. Diakonhjemmet høgskole er ansvarlig for forskningsopplegget.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du gjennomfører kurset «Takk bare bra...» og at kurslederne spør deg 4 ganger om en rekke spørsmål om din trivsel, helse, depressive plager og om du mener du har nytte av kurset. Kurslederne vil spørre deg før oppstart av kurset, i løpet av kurset, etter at kurset er avsluttet og siste gang etter tre måneder etter avslutning av kurset.

Mulige fordeler og ulemper

Dette kurset er spesielt tilpasset eldre og en pilotstudie gjennomført høsten 2012 viste at opplegget fungerte godt og er verdt å videreføre. Kurset har også hjulpet flere med depressive plager hos yngre voksne. Vi kjenner ikke til ulemper ved kurset.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

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

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

GDS

Geriatrisk depresjonsskala

Yesavage J A, 1983 - Norsk versjon ved Knut Engedal

Pasientens navn: _____

Fødselsår/dato: _____ Dato utfylt: _____

Utfylt av: _____ Stilling: _____

Nedenfor finner du 30 spørsmål om hvorledes du har følt deg den siste uken.
Vær vennlig å krysse av for det svaralternativ som passer for deg.

1. Føler du deg jevnt over tilfreds med livet _____ Ja Nei
2. Har du oppgitt eller sluttet med mange interesser _____ Ja Nei
3. Føler du at livet er tomt _____ Ja Nei
4. Synes du ofte at tilværelsen er kjedelig _____ Ja Nei
5. Ser du lyst på fremtiden _____ Ja Nei
6. Er du plaget med tanker som du ikke får ut av hodet _____ Ja Nei
7. Er du vanligvis i godt humør _____ Ja Nei
8. Er du engstelig for at det skal hende deg noe alvorlig _____ Ja Nei
9. Føler du deg vanligvis lykkelig _____ Ja Nei
10. Føler du deg ofte hjelpeløs _____ Ja Nei
11. Føler du deg ofte urolig og rastløs _____ Ja Nei
12. Foretrekker du å være hjemme fremfor å gå ut å oppleve nye ting _____ Ja Nei
13. Er du bekymret for din egen fremtid _____ Ja Nei
14. Føler du at du har større problem med hukommelsen enn
mange andre (jevngaldrende) _____ Ja Nei
15. Føler du i øyeblikket at det er godt å leve _____ Ja Nei
16. Føler du deg ofte nedtrykt og ensom _____ Ja Nei
17. Føler du deg verdiløs slik du nå er _____ Ja Nei
18. Bekymrer du deg ofte over fortiden _____ Ja Nei

19. Synes du livet er spennende _____ Ja Nei
20. Er det et tiltak å ta fatt på noe nytt _____ Ja Nei
21. Føler du deg opplagt _____ Ja Nei
22. Synes du at din egen situasjon er håpløs _____ Ja Nei
23. Synes du at folk flest har det bedre enn deg _____ Ja Nei
24. Blir du ofte forstyrret av bagateller _____ Ja Nei
25. Føler du ofte trang til å gråte _____ Ja Nei
26. Har du vansker med konsentrasjonen _____ Ja Nei
27. Liker du å stå opp om morgenen _____ Ja Nei
28. Forsøker du å unngå sosiale sammenkomster _____ Ja Nei
29. Faller det deg lett å ta bestemmelser _____ Ja Nei
30. Er du like lys til sinns som tidligere _____ Ja Nei

SPØRSMÅL OM PSYKISK HELSE

Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det de 2 siste ukene. Sett kryss foran det svaret du vurderer som den beste beskrivelsen av deg selv i løpet av de siste to ukene

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 1. Vært i stand til å konsentrere deg fullt ut om alt du har gjort? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 2. Ligget våken på grunn av bekymringer? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 3. Vært i stand til å holde deg selv engasjert og i virksomhet? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 4. Vært ute blant andre så mye som du pleier? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 5. Følt at du i det store og det hele greier deg bra? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 6. Vært fornøyd med måten du fungerer på? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 7. Følt at du tar del i ting på en nyttig måte? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 8. Følt at du er i stand til å ta bestemmelser? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 9. Følt deg stadig utsatt for press? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 10. Følt deg ute av stand til å mestre dine vanskeligheter? | <u>Ikke i det hele tatt</u> <input type="checkbox"/> | <u>Ikke mer enn vanlig</u> <input type="checkbox"/> | <u>Heller mer enn vanlig</u> <input type="checkbox"/> | <u>Mye mer enn vanlig</u> <input type="checkbox"/> |

Vi vil gjerne vite hvordan du har hatt det de 2 siste ukene. Sett kryss foran det svaret du vurderer som den beste beskrivelsen av deg selv i løpet av de siste to ukene

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| 11. Vært i stand til å glede deg over dine daglige gjøremål? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 12. Tatt tingene tungt? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 13. Vært i stand til å møte dine problemer? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 14. Syntes at alt vokser over hodet på deg? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 15. Følt deg ulykkelig og nedtrykt (deprimert)? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 16. Mistet selvtilliten? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 17. Tenkt på deg selv som en verdiløs person? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 18. Stort sett vært fornøyd når alt tas i betraktning? | Mye mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mindre enn vanlig <input type="checkbox"/> | Samme som vanlig <input type="checkbox"/> | Bedre enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 19. Stadig følt deg nervøs og anspent? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |
| 20. Følt at du til tider ikke var i stand til å gjøre det minste fordi nervene var i ulage? | Ikke i det hele tatt <input type="checkbox"/> | Ikke mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Heller mer enn vanlig <input type="checkbox"/> | Mye mer enn vanlig <input type="checkbox"/> |

General Health Questionnaire 20, Goldberg & Williams 1988

12. Sosial kontakt

12.1. Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

Ingen 1 1 til 2 2 3 til 5 3 Flere enn 5 4

12.2. Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?

Stor deltakelse og interesse 5 Noe deltakelse og interesse 4 Usikker 3

Liten deltakelse og interesse 2 Ingen deltakelse og interesse 1

12.3. Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?

Meget lett 5 Lett 4 Mulig 3 Vanskelig 2 Meget vanskelig 1



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO-5

5 spørsmål om trivsel og velvære

Ved å svare på spørsmålene nedenfor kan du gi oss et bilde av hvor bra eller dårlig du føler deg for tiden.

Vennligst sett **en sirkel rundt det svaret som passer best** for hver uttalelse om hvordan du for det meste har følt deg gjennom de siste to ukene.

Legg merke til at høyere tall betyr bedre trivsel og velvære.

Eksempel: Hvis du det meste av tiden i de siste to ukene har følt deg glad og i godt humør, setter du en sirkel rundt tallet 4 på linjen ved siden av dette spørsmålet.

| I de siste to ukene har jeg ... | Hele tiden | Det meste av tiden | Mere enn halve tiden | Mindre enn halve tiden | Av og til | Aldrig |
|---|------------|--------------------|----------------------|------------------------|-----------|--------|
| følt meg glad og i godt humør | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| følt meg rolig og avslappet | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| følt meg aktiv og sterk | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| følt meg opplagt og utkvilt når jeg våkner | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| følt at mitt daglige liv har vært fylt av ting som interesserer meg | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Generell informasjon om opplegg, struktur, taushetsplikt:

Hva denne samtalen vil dreie seg om: Hvilke erfaringer dere har med «Takk bare bra...» kurset når det gjelder rekruttering, motivasjon eventuelle endringer i livet ditt, hvordan du har benyttet kursboken, praktiske råd og tips når en skal sette i gang nye kurs.

Hvordan vi vil finne svar på spørsmålene: Ved å komme sammen på denne måten har vi forventninger om at dere inspirer hverandre til samtale, slik at det ikke blir seks enkeltintervjuer. Dette gruppemøtet vil forhåpentligvis genere viktig informasjon om kurset og deltakernes utvikling.

Hvorfor dere ble spurt om å delta: Dere er deltakere i kurset. En viktig hensikt med samtalen er å få mest mulig innsikt og forståelse av hvordan dere har opplevd kurset, hvilken nytte dere har hatt av det og å bringe videre nyttige råd og tips til endringer fra dere. Samtalen er tenkt som et viktig bidrag til å dokumentere betydningen av kurset så bredt som mulig.

1 Rekruttering

Hvordan fikk dere høre om kurset?

Hva synes dere om brosjyren?

Hva tenkte dere om foramtalen (hva var viktig med den)?

2 Motivasjon til å starte og fortsette

Hva fikk dere til å melde dere på? Fortsette på kurset:

Forventninger til kurset? Ble det slik som dere hadde trodd/tenkt?

3 Innhold i kurset, kursmateriell

Hva mener dere om kursboken? Hjemmeoppgaver, ulike emner

4 Kvalitativ vurdering/betydning av kurset for den enkelte

Har kurset vært nyttig? Kan dere gi noen eksempler på det: Hvilke endringer har skjedd i livet ditt underveis og etter kurset? (eks. fysisk, sos nettverk, tristhet, bekymring etc.)

5 Endringer i kursopplegget

Er det noe dere savner i opplegget? Er det noe dere ville gjort annerledes? Har dere noen gode råd?

6 Ved ny kursstart hva ville du fortelle til nye medlemmer

7 Andre ting dere tenker det er viktig å formidle?

Takk for fremmøte og bidrag



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhjem. Høgskolen har 2500 studenter og 200 ansatte, fordelt på studiesteder i Oslo og Rogaland.

Høgskolens faglige fokus er diakoni, verdier og profesjonell praksis.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Publikasjonene fra høgskolen skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen være med på å omsette FoU-resultater i praksis.