



UNIVERSITETET I AGDER

Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten

Vibeke Dehli

Veileder

Charlotte Kiland

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

Universitetet i Agder, 2014
Fakultet for Helse og idrettsfag
Institutt for Folkehelse, Idrett og Ernæring

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har både vært lærerikt og spennende. Jeg sitter igjen med dyrebare erfaringer som jeg tar med meg videre. Selv om prosessen har vært krevende og til tider ganske frustrerende, ville jeg aldri vært den foruten. Jeg er både stolt og glad over å ha kommet i mål.

Arbeidet med oppgaven er et resultat gjort av mange mennesker og jeg vil benytte denne anledningen til å takke de alle.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til min dyktige veileder, Charlotte Kiland, som gjennom hele prosessen har hatt tro på mine evner og veiledet meg på en konstruktiv og grundig måte. Du har backet opp og støttet meg når fortvilelsen var som størst. Du har betydd mye for meg.

Jeg vil jeg takke mine deltakere i studien og alle kontaktpersoner som har gjort datainnsamlingen mulig. Takk for at dere velvillig stilte opp og delte av deres erfaringer om fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke i spesialisthelsetjenesten på en utfyllende og ærlig måte. Jeg vil og takke min arbeidsgiver, Sørlandet sykehus HF Arendal, som har bidratt med økonomisk og faglig støtte.

Jeg vil deretter rette en enorm takk til min nærmeste familie og svigerfamilie. Både i forbindelse med barnepass, men også for å ha troen på meg og oppbacking når jeg har vært i behov av det. Jeg vil og gi en ekstra takk til min samboer Fredrik og vår datter Hedda, som har gitt meg all den tid jeg har trengt og tålmodig ventet på at jeg skal bli ferdig. Uten deres støtte ville dette vært umulig.

Sist, men ikke minst vil jeg takke min gode mamma som fullt ut støttet mitt ønske angående dette studievalget, men som dessverre døde før jeg begynte. Denne oppgaven er dedikert til deg mamma. Jeg håper og tror du ville vært stolt dersom du var her i dag.

Arendal 14. mai 2014

Vibeke Dehli

Sammendrag

Stadig flere blir behandlet for psykiske lidelser i Norge. Salg av legemidler, sykefravær og antall nye uførepensjoner på grunn av psykiske lidelser øker. Hensikten med studien er å sette søkelyset på viktigheten av å ta i bruk helsefremmende tiltak, som fysisk aktivitet, for å hindre en ytterligere negativ utvikling når det gjelder den enkelte pasient. Denne studien tar for seg hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud til alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten.

Det empiriske materialet er samlet inn ved kvalitative forskningsintervju. Det er til sammen utført 22 intervjuer av fagpersoner tilknyttet 4 akutt- og 2 langtidspsykiatriske avdelinger fordelt på 3 forskjellige helseforetak i Norge. Datamaterialet er analysert etter Kvale og Brinkmanns retningslinjer for meningsanalyse.

Funn viser at fysisk aktivitet er innlemmet som del av et helhetlig behandlingstilbud ved samtlige poster. Konklusjonen er at aktivitetene varierer fra individuelle gåturer til systematisk intervalltrening. Ingen av informantene oppgir å bruke etablerte motivasjonsteknikker for å fremme deltakelse i fysisk aktivitet. 17 av 22 informanter oppgir samtidig at motivasjonen blant pasientene er en utfordring i arbeidet med fysisk aktivitet og psykiske lidelser.

Selv om informanter nevner dårlig lokaliteter, tidspress og mangel på ressurspersoner som begrunnelser for hvorfor fysisk aktivitet i liten grad er innlemmet del av et helhetlig behandlingstilbud, kan funn i studien indikere at personalets vilje, holdninger og mangel på evidensbasert kunnskap om effektene av fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke, har en større forklaringskraft i forhold til et lite integrert tilbud av fysisk aktivitet.

Nøkkelord

Fysisk aktivitet, psykisk syke, motivasjon, mestring, fenomenologisk hermeneutisk, empowerment, salutogenese, sosial kognitiv teori.

Abstract

An increasing number of people are being treated for mental disorders in Norway. The sale of drugs, sick leave and the number of new disability pensions due to mental disorders increases. The aim of this study is to highlight the importance of adopting health measures, such as physical activity, to prevent a further negative development in terms of the individual patient. This study examines how physical activity is incorporated as a part of an overall treatment provided to mental health patients in Norwegian specialized health service. The study is analyzed by Kvale and Brinkmann's guidelines for meaning analysis.

The empirical material is conducted through several qualitative research interviews. Twenty-two different interviews are collected from professionals, connected to four division of mental emergencies, and two long-term mental divisions from three different health institutions in Norway.

Findings show that physical activity is incorporated as part of an overall treatment in all posts. The conclusion is that the activities vary from individual walks to systematically high intensity training. None of the informants reported that they use an existing motivation technique to encourage participation in physical activity. Seventeen of the twenty-two informants state simultaneously that inability of motivation is a challenge when it comes to physical activity and mental disease.

Even though informants emphasize both the lack of relevant locations, time and resources persons, may findings from this study indicate that the employees' will, attitudes and the missing evidence-based knowledge, have a stronger explanation than what was provided from the informants regarding the reasons for why there is a less integrated set of physical activity.

Keywords: physical activity, mental health, motivation, achievement, phenomenological hermeneutic, empowerment, salutogenesis, social cognitive theory.

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	9
1.1 Bakgrunn og hensikt med studien.....	11
1.2 Problemformulering.....	12
1.3 Folkehelsepolitisk dagsaktualitet.....	12
1.4 Eksisterende forskning på feltet.....	13
2 Teoretisk referanseramme	16
2.1 Teorimangfold.....	16
2.2 Brukermedvirkning og empowerment.....	16
2.3 Mestring.....	18
2.4 Økt individualisering i forebygging og helsefremmende arbeid.....	20
2.5 Motivasjon.....	21
2.5.1 Indre og ytre motivasjonsfaktorer.....	21
2.6 Motivasjon for fysisk aktivitet.....	22
2.7 Sosial Kognitiv Teori.....	23
2.7.1 Mestringsforventning.....	24
2.7.2 Facilitering.....	25
3 Metode	26
3.1 Kvalitativt forskningsdesign.....	26
3.2 Datainnsamling.....	28
3.3 Utvalg.....	28
3.4 Bearbeiding av data.....	30
3.5 Analyse av data.....	30
3.6 Reabilitet og validitet.....	32
3.7 Min rolle som forsker.....	33
3.8 Forskningsetiske overveielser.....	34
4 Bearbeiding og analyse av data	35
4.1 Brukerperspektivet.....	35
4.2 Tilbud om fysisk aktivitet.....	41
4.3 Motivasjon og mestring.....	45

4.4 Ressurser	48
4.5 Holdninger og kunnskap	52
5 Konklusjon	
5.1 Svar på problemstilling	57
5.1.1 Pasientens krav til brukermedvirkning i et helhetlig behandlingstilbud.....	57
5.1.2 Betydningen av personalets veiledning	58
5.1.3 Pasientens ansvar for egen helse.....	58
5.1.4 Betydningen av motivasjon.....	59
5.1.5 Betydningen av å øke pasientens mestringsforventninger.....	59
5.2 Teoriens forklaringsevne.....	60
5.2.1 Teorien om OAS	60
5.2.2 Sosial kognitiv teori	60
5.2.3 Motivasjon for fysisk aktivitet.....	61
5.3 Funn i forhold til tidligere forskning	62
5.4 Funn som fremkommer som overraskende.....	63
6 Veien videre	
6.1 Teoretiske implikasjoner.....	64
6.2 Praktiske implikasjoner.....	65
7 Litteraturliste.....	67
Vedlegg I	
Vedlegg II	
Vedlegg III	
Vedlegg IV	
Vedlegg V	
Vedlegg VI	
Vedlegg VII	
Vedlegg VIII	

” Vi har en forpliktelse for at pasientene ikke ruller ut av sykehuset ”

(Psykiatrisk sykepleier, langtidspost).

1 Introduksjon

Tematikken i denne studien omhandler hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud til psykisk syke pasienter.

Psykiske lidelser er folkehelsesykdommer (Martinsen, 2011 s. 15) og har i dag vokst frem som en av de store samfunnsmessige utfordringene. WHO har i sin rapport fra 2002 anslått at depresjon alene er ventet å være den største årsaken til sykdomsbelastning i den vestlige verden (Helsedirektoratet, 2004). Forskning viser at cirka halvparten av befolkningen vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, som oftest i form av depresjoner, angstlidelser og misbruk/avhengighet av rusmidler (Martinsen, 2011). Helsedirektoratet gav i 2004 ut et tipshefte om psykiske lidelser og fysisk aktivitet og her angir de at kostnadene og pasientomfanget er økende og stadige flere pasienter får ikke tilfredsstillende behandling. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at av de i gjennomsnitt 6,5 prosent sykemeldte arbeidstagerne i andre kvartal 2011, utgjorde psykiske lidelser 15,3 prosent av sykemeldingene og andelen er stigende. Uførepensjoner innvilges på sin side i gjennomsnitt ni år tidligere for psykiske lidelser enn for kroppslige lidelser (Folkehelseinstituttet, 2010).

I all hovedsak består behandlingen av psykiske lidelser av tradisjonell samtaleterapi og medikamentell behandling. Tradisjonelt har ikke fysisk aktivitet blitt definert inn som del av behandlingsopplegg i psykiatrien. Omfanget av psykiske lidelser har imidlertid ført til at behovet for samtaleterapi er større enn kapasiteten. Selv om Opptappingsplanen for psykisk helse satset stort på å bygge opp det psykiatriske behandlingstilbudet i Norge, vil behovet for hjelp i følge Martinsen (2011 s. 15), aldri kunne dekkes helt av norsk helsevesen. Martinsen og Taube (2008) skriver at fysisk aktivitet aldri kan erstatte tradisjonell behandling når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, men at fysisk aktivitet utgjør en viktig rolle som ledd i et helhetlig behandlingstilbud. Ved schizofreni ser ut til at fysisk aktivitet kan minske negative symptomer, mens det kan være en nyttig strategi for å mestre positive symptomer (ibid). Når det gjelder regelmessig fysisk aktivitet skriver Martinsen og Taube (2008) at det er en av de faktorene som har størst betydning for å ivareta helsen og forebygge sykdom. I Helsedirektoratets aktivitetshåndbok for fysisk aktivitet i forebygging og behandling av pasienter skriver Martinsen og Taube (2008) at alvorlig psykisk syke

pasienter, eksempelvis med schizofreni, bør få tilrettelagt 30 minutter daglig fysisk aktivitet hver dag. I mai i år lanserte Helsedirektoratet en ny kampanje kalt ”Dine30”. Målet med kampanjen skal være å inspirere til mer hverdagsaktivitet og for å vise folk hvor lite det er som skal til, før du merker effekten på kropp og sinn (Helsedirektoratet, 2014). Kampanjen kommer som følge av at for lite fysisk aktivitet er blitt en av våre største folkehelseutfordringer og den er utviklet i tett samarbeid mellom frivillige organisasjoner og bransjeforeninger (ibid). Disse anbefalingene kan også brukes for personer med schizofreni og i følge Martinsen og Taube (2008) kan størstedelen av helsegevinstene oppnås med 30 minutter fysisk aktivitet på de fleste av ukens dager. Toronto-charteret slår også fast at alle mennesker skal ha mulighet for å leve et mer fysisk aktivitet liv og det er samfunnets ansvar å tilrettelegge (Helsedirektoratet, 2011). Aktivitetsstatistikken for norske helseforetak viser at antall pasienter som fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne øker fra 2012-2013, en økning på 4,4% (Helsedirektoratet, 2014). Antall utskrivninger reduseres, samtidig som det er en stor reduksjon i døgnbehandling og fortsatt økning i poliklinisk behandling. I døgnopphold representerer schizofreni og affektive lidelser (stemningslidelser) de desidert største gruppene (ibid). Pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten øker, og samtidig legger Helsedirektoratet føringer for daglig fysisk aktivitet for denne aktivitetsgruppen. Dette indikerer betydningen av at fysisk aktivitet innlemmes som del av de daglige behandlingstilbudet.

Fysisk aktivitet brukes i økende grad som en nyttig metode for hjelp til selvhjelp i dag. I følge Borge og Hummelvoll (2008), viser allikevel pasientundersøkelser at det fremdeles er lite fokus på kroppen i psykiatrisk behandling. Pasienter ønsker økt kunnskap om kroppen og fysisk aktivitet, blant annet med fokus på personlig veiledning og egentrening. Flere av pasientene mener fysisk aktivitet er en betydelig del av terapien (ibid).

Det er en klar sammenheng mellom kroppslig helse og livsstil (Martinsen, 2011 s. 43). Sammenliknet med normalbefolkningen, har psykisk syke en gjennomgående usunn livsstil, økt dødelighet og betydelig forhøyet risiko for å utvikle livsstilsykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes og enkelte krefttyper (Mykletun og Knutsen, 2009). Det er kun en begrenset del av den reduserte levetiden

som kan forklares gjennom selvmord, mens det er hjerte- karsykdommer som viser seg å være hovedårsaken (Mykletun, et al., 2007). Når det gjelder økt risiko for kroppslige sykdommer og for tidlig død på grunn av hjerte- og karsykdommer, er det funnet mest oppsiktsvekkende funn for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni (Martinsen, 2011 s. 44). Funnene forklares ut i fra tre forhold:

- Gener
- Livsstil
- Antipsykotiske medisiner

Enkelte antipsykotiske medikamenter gjør at blodsukkeret stiger og at blodets innhold av fettstoffer endres i ugunstig retning (Helsedirektoratet, 2010).

Det foreligger evidens på at fysisk aktivitet som behandlingsmetode har effekt, særlig ved milde til moderate depresjoner og panikkangstlidelser (Martinsen, 2011, Bjørnstadjordet, 2004, Tordeurs m.fl., 2011). I mange tilfeller kan fysisk aktivitet langt på vei erstatte tradisjonelle behandlingsmetoder som antidepressive medikamenter og samtalerapi, ved milde til moderate depresjoner (Martinsen, 2011). Det foreligger i tillegg dokumentert evidens på fysisk aktivitet i behandlingen av mer alvorlige psykiske lidelser, som psykoselidelser og schizofreni (Martinsen, 2011, Heggelund, Nilsberg, Hoff, Morken og Helgerud, 2011). Her blir fysisk aktivitet sett på som et supplement til antipsykotisk medikasjon og andre former for terapi. Jeg ønsker at denne studien skal representere et bidrag inn i forskningsfeltet om fysisk aktivitet som behandlingsmetode for pasienter med psykiske lidelser.

1.1 Bakgrunn og hensikt med studien

Bakgrunnen for valg av tema er tosidig. For det første er denne tematikken blitt aktualisert den siste tiden gjennom et nytt fokus i folkehelsepolitikken ved å forbygge fremfor å reparere (Meld. St. nr. 34, 2012-13, St. Meld. nr. 47, 2008-2009), og betydningen av empowerment og brukermedvirkning vektlagt. For det andre har jeg en sterk faglig yrkeserfaring, samt egeninteresse i å studere mer systematisk hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbudet til alvorlig psykisk syke pasienter i spesialisthelsetjenesten.

1.2 Problemformulering

Hvordan innlemmes fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud til alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten?

- *Hvordan arbeider helsepersonell med å motivere pasienter til fysisk aktivitet som del av behandlingstilbudet?*
- *Hvilke begrunnelser ligger bak innlemmelser eller fravær av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet?*

Jeg har innskrenket oppgavens problemstilling til å gjelde akutt- og langtidspsykiatrisk post i spesialisthelsetjenesten. Pasientgruppene det i all hovedsak er snakk om, er affektive lidelser (stemningslidelser) og pasienter med schizofreni og paranoide lidelser. Disse pasientgruppene utgjør de hyppigste innleggelsene i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014).

1.3 Folkehelsepolitisk dagsaktualitet

I 2012 ble samhandlingsreformen innført og med den en sterkere vektlegging av forebyggende arbeid i helsepolitikken under slagordet ”*forebygge mer og reparere mindre*”. Blikket skal nå rettes mot tidlig fremfor sen intervensjon, man skal flytte tjenestene nærmere der folk bor slik at det skal bli bedre for pasientene. Målet er en sterkere brukermedvirkning. Oppfølging av kroniske lidelser skal bedres.

Ambisjonene er flere tilbud til dem som ønsker å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel legge om kostholdet og komme i gang med fysisk aktivitet. Det skal være mer fokus på helsefremmende arbeid generelt (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009). Som del av oppfølgingen til samhandlingsreformen trådte folkehelseloven i kraft 1.1. 2012 (Lov om folkehelsearbeid, 2011-06-24). Formålet med folkehelseloven er at den skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, deriblant ved å utjevne sosiale helseforskjeller. Ansvar for å fremme folkehelse blir i sterkere grad et tverrsektorielt kommunalt ansvar, der fylkeskommuner og statlige myndigheter skal bistå i arbeidet (ibid). Videre er formålet med loven ”*å bedre befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige tiltak og bidra til å forebygge psykisk eller somatisk sykdom, skade eller lidelse*” (ibid).

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for det helsefremmende arbeidet er påpekt i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og folkehelseloven. Her kommer det frem at tjenesten har ansvaret for blant annet helsekontroller, helseopplysning og livsstilsendring. Samt opplysning, råd og veiledning for å forebygge sosiale problemer (Meld. St. nr. 34, 2012-2013).

Denne tematikken er blitt aktualisert siste tiden gjennom nytt fokus i folkehelsepolitikken. Både som følge av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, og innføring av ny folkehelselov samme året, ble det rettet et nytt og sterkt fokus på forebygging og helsefremming. I ulike politiske dokument det siste tiåret fremheves betydningen av tidlig intervensjon, blant annet gjennom tilrettelegging og veiledning for økt fysisk aktivitet, kostholdsveiledning, røykesluttekurs m.m., både for pasienter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Eksempler på noen av tiltakene som er innført er ordningen "Grønn resept" i 2003 (St.meld. nr. 16, 2002-2003), opprettelsen av "frisklivssentraler" i kommunene fra 2004, samt opprettelsen av mestrings- og læringsstusentrene i helseforetakene i samme periode. I den nye folkehelsemeldingen som daværende helseminister Jonas Gahr Støre la frem 26 april i 2013, står det blant annet skrevet: *"folkehelsearbeidet skal i større grad enn tidligere bidra til å fremme psykisk helse. Videre skal fysisk aktivitet, stedsutvikling og sosiale nettverk få en mer sentral plass i framtidig arbeid"* (St. Meld. Nr. 34, 2012-2013).

1.4 Eksisterende forskning på feltet

En positiv sammenheng mellom fysisk og psykisk helse og fysisk aktivitet er også dokumentert i en studie fra 2009, hentet fra Sintef. Rapporten heter *"Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet"*. Her konkluderes det med at fysisk aktivitet har gunstig effekt på helsen for forebygging av hjerte- og karsykdommer og bedrer livskvaliteten (Kurtze, Eikemo og Hem, 2009).

Langeland undersøkte i 2007 effekten på salutogene terapiprinsipper i forhold til mestring blant pasienter med psykisk sykdom. Resultatene fra studien viser at salutogene terapiprinsipper kan brukes i samtalerapi og pasientene som deltok i studien viste økning i sin opplevelse av sammenheng til forskjell fra kontrollgruppen. Studien konkluderer med at tjenester for mennesker med psykiske lidelser bør fokusere på å styrke pasientenes opplevelse av sammenheng (Langeland, 2007).

Moe gjennomførte i 1988 en undersøkelse på pasienter innlagt i psykiatrisk institusjon. Felles for disse pasientene var at de var lite motiverte for fysisk aktivitet, men de var mer opptatt av hva de kunne få ut av trening i forhold til sosial kontakt og bedret helse. Flesteparten av pasientene mente at fysisk aktivitet hadde positiv effekt på dem og at det burde være en del av behandlingen (Moe, 1998).

I 2011 gjennomførte Heggelund, Nilsberg, Hoff, Morken og Helgerud en kontrollert studie hvor de målte effekten av høy intensitetstrening blant pasienter med schizofreni. Denne studien viste blant annet et signifikant forbedret surstoffopptak blant gruppen som var innlemmet enn kontrollgruppen. Studien konkluderer med at høy aerob intensitetstrening (kondisjonstrening) bør inkluderes i rehabilitering til pasienter med schizofreni for å bedre både den fysiske kapasiteten, øke gangeffektiviteten og for å bidra til risikoreduksjon på hjerte- og karsykdommer (Heggelund, Hoff, Morken og Helgerud, 2011).

Bjørnstadjordet gjennomførte i 2004 en systematisk litteraturstudie hvor hensikten var å besvare hvorvidt fysisk aktivitet kan bedre den mentale helsen til pasienter med schizofreni. Selv om forskeren angir at studiene var metodisk svake, indikerer resultatene fra samtlige av studiene en bedring av den mentale helsen. Dette gjelder både negative og positive schizofrenisymptomer og generell livskvalitet. Resultatene viste også at fysisk aktivitet var en godt likt mestringsstrategi. Studien konkluderer med at det kan se ut som fysisk aktivitet kan bedre den mentale helse for pasienter med schizofreni (Bjørnstadjordet, 2004).

I 2011 gjennomførte Tordeurs m.fl en studie hvor de så på effekten av fysisk trening i psykiatriske avdelinger. Hensikten med studien var å vise at fysisk trening i psykiatrisk avdeling bidrar til å forbedre den mentale helsen blant inneliggende pasienter på sykehus. Studien fant til sammenligning med psykotiske pasienter, narkotika- og alkoholavhengighet, at pasienter med depresjon viste større interesse for fysisk trening. Dette var også gjeldene for angstlidelser. Det ble observert betydelige forbedringer blant pasienter som lider av alvorlig depresjon takket være fysisk trening, at de brukte mer tid på å trene og gikk eller syklet større avstander. Det var sykling og intensitetstrening som var de fysiske øvelsene som optimaliserte resultatene. Studien konkluderte med at å praktisere fysisk trening ved innleggelse i

psykiatrisk avdeling, har en positiv påvirkning på symptomatologien og bidrar til å forbedre den mentale helsen (Tordeurs m.fl., 2011).

Sørensen (2006) gjorde en kvantitativ studie som undersøkte motivasjonsvariabler, selvbestemmelse og selvtillit i forhold til fysisk aktivitet hos 109 pasienter med erfaring på fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegg. Data ble innsamlet gjennom spørreskjema. Flertallet av pasientene (57,4%) rapporterte at fysisk aktivitet reduserte deres sykdomssymptomer, mens 11,9% rapporterte negative effekter av fysisk aktivitet. Resten av pasientene rapporterte at de var uforandret. Funnene i studien viste også at psykiatriske pasienter ikke avviker fra resten av befolkningen for øvrig i forhold til motiverende mekanismer, selv om de kan oppleve flere barrierer for fysisk aktivitet på grunn av sin sykdom (Sørensen, 2006).

Meulen og Haan ønsket i 2012 å presentere hvilke treningsfremmende intervensjoner som kan brukes for å motivere pasienter med schizofreni til å engasjere seg i, samt fortsette med fysisk aktivitet. Studien viser at de intervensjonene som er mest vellykkede er de som setter et mål, involverer en grad av egenkontroll, stimuli og har en behavioristisk terapeutisk tilnærming. For å være mest effektive bør intervensjonene være av moderat til høy intensitet og være integrert i det daglige livet. Studien konkluderer med at trening har potensial til å utgjøre et viktig og positivt bidrag i rehabiliteringen av pasienter med schizofreni og bør besettes en fremtredende posisjon i terapeutisk sammenheng (Meulen og Haan, 2012).

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Teorimangfold

I denne studien blir det benyttet mer enn én teori. Jeg har tatt utgangspunkt i Roness (1997) for å forklare man kan håndtere teorimangfold.

Roness (1997), basert på Pettigrew (1985), skisserer fire forskjellige strategiske tilnærminger. Den første tilnæringsmåten tar utgangspunkt i én teori og videreutviklinger denne. Denne strategien kalles *avskjerming*. I en annen tilnærming benyttes flere teorier som sees under ett, fremfor en vurdering av teoriene opp mot hverandre. Denne strategien heter *utfylling*. Den tredje tilnæringsmåten, *konkurrering*, benyttes flere teorier samtidig og man vurderer disse opp mot hverandre. Den fjerde og siste tilnærmingen kalles *forening* og tar utgangspunkt i flere ulike teorier til å fremsette en ny og overordnet teori (Roness, 1997). Roness (1997) skriver videre at hvilken strategi som benyttes avhenger av målet for studien. Han uttrykker at det vil være mest hensiktsmessig å benytte seg av en konkurrerende strategi dersom målet for studien er å prøve ulike teorier, men ønsker man derimot innsikt i en konkret sak, mener Roness (1997) det vil være formålstjenlig med en utfyllende strategi.

I denne studien vil det være hensiktsmessig med en utfyllende tilnæringsmåte fordi en kan benytte seg av flere ulike teoretiske perspektiv og begreper samlet for å forstå hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig tilbud i behandlingen av psykisk syke i spesialisthelsetjenesten.

2.2 Brukermedvirkning og empowerment

Empowerment-tenkningen har hatt fotfeste innen forebyggende og helsefremmende arbeid siden WHO utarbeidet Ottawa-charteret i 1986 (Sørensen et al. 2002).

Empowerment innebærer å ”myndiggjøre og stimulere personen selv til å mobilisere egne krefter med tanke på å ta mer kontroll og ansvar for eget liv” (Sørensen og Graff-Iversen, 2001).

Brukermedvirkning er et sentralt begrep innen empowerment og handler om den innflytelse en pasient har i forhold til beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud som berører den enkelte (Meld. St. nr. 34, 2012-2013). Dette innebærer en relasjon mellom helsepersonell og pasient, der den hjelpetrengende ikke betraktes som en ensidig mottaker av tjenester, men som en aktiv deltaker i egen behandlingsprosess (Pasientrettighetsloven, 1999).

Sørensen og Graff-Iversen (2001) hevder at dårlig helse tidligere var forbundet med fattigdom og infeksjonssykdommer, mens dødelighet blant store deler av befolkningen nå kan forklares ut i fra levevaner. Sørensen og Graff-Iversen (2001) skriver også at opplysningsarbeid blir mindre vektlagt enn tidligere, til fordel for brukermedvirkning og tettere dialog.

Almvik og Borge (2006) mener at empowerment i likhet med normaliseringsbegrepet har vokst frem som kritikk til det medisinske paradigmet eller den naturvitenskapelige tenkningen. Askheim (2003) belyser også fremveksten av empowerment-begrepet på bakgrunn av et lite brukervennlig tjenesteapparatet som har vanskeligheter med å tilpasse den enkelte brukers behov. I følge Almvik og Borge (2006) tar ordet empowerment utgangspunkt i en tanke om at ethvert individ har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier og foreta valg basert på medbestemmelse og opplevd autonomi.

I følge Sørensen et al. (2002) rettes det også et kritisk søkelys mot empowerment-tenkningen i folkehelse. Noe av kritikken rettes mot at individualiseringen av enkelt individets ansvar kan gå for langt og fungere som velferdsstatens redningsplanke, ved at staten overfører stadig større fokus på egen helse til det enkelte individ. Det er i følge Tveiten (2007) to eksperter i empowermentprosessen, både bruker og tjenesteyter. For at man skal lykkes med empowerment hevder Tveiten (2007) at tjenesteyter må anerkjenne brukerens kompetanse.

Både Pasientrettighetsloven (1999) og Meld. St. nr. 34 (2012-2013) gir sterke føringer på at informasjon i forbindelse med brukermedvirkning skal tilpasses ulike behov blant pasienter. På bakgrunn av dette, er det grunn nok til å forvente at pasientens hensyn blir tatt til følge i et behandlingstilbud.

2.3 Mestring

Aron Antonovsky var en israelsk-amerikansk professor i sosiologi og han er mest kjent for sin salutogenese og teorien om SOC, oversatt som opplevelse av sammenheng (OAS). Teorien representerer et nytt perspektiv på fysisk og psykisk velvære ved å fokusere på å forstå og fremme menneskets aktive evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære (Antonovsky, 2000). Salutogenese fokuserer på menneskers livshistorie fremfor selve diagnosen og vektlegger mestringsevne i denne. I følge Langeland (2011) oppfattes pasienten som et åpent system i aktivt samspill med sitt indre og ytre miljø. Salutogenesen forstår stress og belastning som helsefremmende og vektlegger betydningen av motstandsressurser, fremfor å bare fokusere på risikoreduksjon (ibid).

Antonovsky (2000) kritiserer den biomedisinske modellen for at et ensidig biomedisinsk fokus på sykdom, fører til at man mister synet av en rekke helsefremmende faktorer. Han utviklet begrepet salutogenese som definerer helse på et kontinuum som går fra god til dårlig helse. Menneskets motstandskraft er i følge den salutogenetiske modell avhengig av hver enkeltes OAS. Alle mennesker har i følge Antonovsky (2000) en psykisk helse og vil befinne seg på ulike steder på dette kontinuumet i ulike deler av livet. OAS defineres som en elementær holdning som uttrykker i hvilken grad man har en grunnleggende, stabil, men dynamisk følelse eller tiltro til hvordan man opplever virkeligheten i form av forståelighet, begripelighet og mening Langeland, 2011). Antonovsky (2000) påstår at jo høyere en person befinner seg på kontinuumet, desto større er sannsynligheten for at livsopplevelsene fremmer en sterk OAS.

De tre dimensjonene er i et kontinuerlig samspill, men i følge Antonovsky (2000) er den viktigste meningsdimensjonen som representerer følelses- og motivasjonsfaktoren. Salutogenesen identifiserer personlige og kollektive motstandsressurser som kan fremme personens evne til å mestre spenning i krevende situasjoner. Jo større personlige og kollektive motstandsressurser en person potensielt opplever å ha tilgjengelig og kan anvende, desto bedre OAS og høyere grad av helse vil han/hun oppleve (ibid). Fordi samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring, er det ikke mulig å gi en fullendt liste over mulige

motstandsressurser. Han har imidlertid identifisert følgende motstandsressurser ment som eksempler på hovedområder:

1. Kultur
2. Sosial støtte
3. Religion
4. Fysiske og biokjemiske ressurser
5. Materielle verdier
6. Kontinuitet, oversikt og kontroll
7. Mestringsstrategier
8. Kunnskap og intelligens
9. Egoidentitet

Kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet sees på som spesielt viktige motstandsressurser (Antonovsky, 2000).

Antonovskys forståelse og tilnærming med fokus på helse og helsefremmende arbeid er relevant å se i lys av studiens tematikk hvor jeg fokuserer på hvordan fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk helse. Antonovsky (2000) omtaler motivasjon som drivkraften i livet. Hans tanker vedrørende mestring og motivasjon vil også belyse mine underspørsmål.

Tellnes (2007) sier å ha høy OAS er å ha kapasitet til å foreta seg helsefremmende handlinger. På bakgrunn av at Mykletun og Knutsen (2009) hevder psykiatriske pasienter har en gjennomgående usunn livsstil sammenliknet med normalbefolkningen, er det grunn til å anta at psykiatriske pasienter har en lav OAS. Det forventes derfor at psykiatriske pasienter vil ha et stort behov for veiledning i forhold til hvordan de kan øke sin OAS. Jeg antar at personalet i denne studien vektlegger betydningen av Antonovskys mestringsressurser for å stryke OAS og helsefremmende atferd.

2.4 Økt individualisering i forebygging og helsefremmende arbeid

Et tilbakeblikk på norske forebyggingspolitiske dokumenter viser at norsk forebyggingspolitikk stadig går i mer retning av økt individualisering (Stenvoll, Elvebakken og Malterud, 2005). I St. Meld. nr. 37 (1992-93), *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, understrekes det at det brukes mye plass på å diskutere en fordeling av ansvar mellom ulike politikksektorer og forvaltningsnivåer, samt mellom offentlige og private aktører. Det er et gjennomgående lavt fokus på den enkeltes ansvar og det tematiseres at man ikke bør legge for ensidig vekt på individorientert forebygging (Stenvoll, Elvebakken og Malterud, 2005).

Tar man imidlertid utgangspunkt i St. Meld. nr. 16 (2002-03), *Resept for et sunnere Norge*, og Meld. St. nr. 34 (2012-13), *God helse, felles ansvar*, ser vi at enkeltindividet tillegges et betydelig høyere ansvar ved de skal stimuleres til atferdsendringer innen kosthold, fysisk aktivitet og livsstil. Den tidligere helseministeren Jonas Gahr Støre uttalte når han la frem Folkehelsemeldingen våren 2013 blant annet at ”ansvaret for egen helse er det viktigste punktet for en bedre helse” (Dolonen, 2013). Det er problematisert i St. Meld. nr. 16 (2002-03) at det kan være en etisk utfordring å påvirke andre mennesker fordi det kan eksistere motsetninger mellom hva som er bra for individet og hva som er bra for samfunnet. Det oppfordres til respekt for usunne valg samtidig som det stilles krav til enkeltindivider om at de bør slutte å røyke, bli mer fysisk aktive samt passe på hva de spiser. Stenvoll, Elvebakken og Malterud (2005) refererer til dette som klassiske problemstillinger knyttet til spenningsforholdet mellom samfunnets og enkeltindividenes interesser.

Skal man forstå utviklingen betyr det at strukturelle virkemidler og institusjoners rolle svekkes til fordel for selvdisiplin og innsatsen du legger i selv (ibid). Stenvoll, Elvebakken og Malterud (2005) fremhever at den norske forebyggingspolitikken på lik linje med våre naboland går i retning av økt vektlegging av livsstil og individuelle valg, på tross av at det i dag eksisterer store sosiale ulikheter mellom grupper i samfunnet. Meld. St. nr. 34 (2012-2013) understreker i tillegg til livsstil og individuelle valg, også sterkere vekt på sosiale faktorer. Det skal jobbes mer

systematisk gjennom langsiktig planlegging og avklaring av folkehelse i alle sektorer og politikkområder. Befolkningens helse skal styrkes og det skal blant annet legges større vekt på et internasjonalt samarbeid som virkemiddel i folkehelsepolitikken (ibid).

I denne studien forventes det derfor at avdelingene har tilrettelagt strukturelt for større grad av pasientansvar for egen helse ved at det eksisterer et tilbud i postene om fysisk aktivitet. Jeg forventer også at personalet oppfordrer og støtter pasientene til bruk av fysisk aktivitet, samtidig som de respekterer de pasientene som ikke ønsker å benytte seg av fysisk aktivitet.

2.5 Motivasjon

Hein (2009) omtaler ordet motivasjon som et diffust begrep. Hun uttrykker at ordet motivasjon i dagligtalen både omtales i forbindelse med menneskelige drivkrefter, som positive og negative virkemidler brukt i organisasjoner og virksomheter, og i tillegg om en positiv eller negativ følelse eller psykologisk tilstand (Hein, 2009). Dersom begrepet skal forstås mer som et teoretisk begrep, viser Hein (2009, s. 16) til en definisjon av Franken, (2002):

”Motivation er de faktorer i et individ, som vækker, kanalisierer og vedligeholder adferd i retning mod et mål”.

Hein (2009) deler motivasjonsteorier opp i to kategorier. Den ene kategorien er *innholds teorier* som fokuserer på hva som motiverer mennesket. Her fokuseres det mest på de kreftene i et menneske som vedlikeholder en adferd (Hein, 2009). Den andre kategorien omtaler Hein (2009) som *prosessteorier*. De beskriver hvordan mennesket motiveres og teoriene forsøker å forklare hvorfor og på hvilken måte mennesket kan styres mot en bestemt adferd.

2.5.1 Indre og ytre motivasjonsfaktorer

I følge Hein (2009) finnes det en klassisk oppdeling av indre og ytre motivasjonsfaktorer. Den indre motivasjonsfaktoren skapes fra mennesker selv og Hein (2009) mener den er forbundet med et ønske om å utvikle seg selv. Mennesker handler som de gjør fordi det oppleves tilfredsstillende for den enkelte. Den ytre

motivasjonen arter seg derimot utenfra, det vil si, ingenting mennesker har kontroll over selv (ibid).

De fleste psykiatriske pasienter trenger i følge Moe (2011) støtte og oppfølging for å komme i gang med fysisk aktivitet. En antakelse som forventet er derfor at pasientene mangler en indre motivasjon og at personalet- og institusjonens betydning blir viktig som en form for ytre påvirkning, ved at de ser og stimulerer pasientenes ressurser.

2.6 Motivasjon for fysisk aktivitet

Moe (2011) skriver at det må skje en endring for at folk skal komme i gang i fysisk aktivitet. Starten på en endringsprosess er preget av ambivalens, det vil si at man har vanskeligheter med å bestemme seg, og det er hjelperens oppgave å finne frem til denne. Som Moe (2011 s. 202) skriver:

”Det gjelder å lytte aktivt og oppdage reaksjoner som kan synliggjøre at det er en diskrepans mellom det personen sier og det han gjør når det gjelder fysisk aktivitet”

Formålet er at endringen skal være basert på det personen selv sier, slik at endringen kan oppleves så selvstyrt som mulig (ibid). Moe (2011) skriver at det er av betydning å finne en motivasjonsstrategi som er egnet for å kartlegge. En motivasjonsstrategi kan være en motivasjonssamtale hvor man finner ut hva den enkelte kan ha interesse av (ibid).

Moe (2011) skriver at det er en krevende jobb også for personalet å skulle komme i gang med fysisk aktivitet på avdelingen. Hun trekker imidlertid frem enkelte rammebetingelser, både nødvendige og nyttige for at avdelingen skal komme i gang med fysisk aktivitet (ibid):

Nødvendige rammebetingelser

- Positiv ledelse
- Ildsjeler
- Fysisk aktivitet må anerkjennes som behandling

Nyttige rammebetingelser

- Spesialutdannet personal
- Gode treningstilbud
- Gode treningslokaler

Moe (2011) skriver at helsepersonell som skal legge til rette for fysisk aktivitet, bør ha kjennskap om motivasjonsstrategier. Hun skriver videre at helsepersonells lojalitet og kontinuitet er av stor betydning i motivasjonsarbeidet og hun er opptatt av holdninger hos helsepersonell. I følge Moe (2011) er det ikke alltid at personalet er motivert til å drive fysisk aktivitet og personalets holdninger vil igjen påvirke pasientene. Helsepersonell som derimot tilrettelegger og selv deltar på aktiviteter, vil på en lettere måte oppnå motiverte pasienter (Moe, 2011 s. 199).

Med bakgrunn i dette resonnementet kan det forventes at helsepersonell informerer om helsegevinster ved fysisk aktivitet, at helsepersonell arbeider systematisk med en definert motivasjonsstrategi, eksempelvis at det er nedfelt i en behandlingsplan.

Med fysisk aktivitet innlemmet som del av et ”helhetlig behandlingstilbud” forstås tilbud om fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig. Det innebærer en forventning om at det i postene arbeides systematisk med innlemmelse av tilbud om fysisk aktivitet i tråd med Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger om 30 minutter daglig. Det forventes også at helsepersonell eller institusjonen tilrettelegger og at helsepersonell selv deltar på aktivitetene. I tillegg er det forventet å finne at personal som skal jobbe med motivasjon for fysisk aktivitet, selv er motiverte.

2.7 Sosial Kognitiv Teori

Albert Bandura er sentral i utviklingen av sosial kognitiv teori. Basert på prinsippene fra sosial læringsteori, har Bandura (1986) videreutviklet teorien om personens mestringsforventninger, blant annet ved å innlemme kognitive faktorer. Sosial kognitiv læringsteori beskriver hvorfor og hvordan vi kan påvirke eller endre adferd og er en mye brukt teori innen helsefremmende arbeid (Mcalister, Perry og Parcel, 2008). Sentralt i teorien er i følge Hein (2009) menneskets dynamiske forhold til sine omgivelser. Teorien beskriver hvordan interaksjonen mellom miljø og individ gjensidig påvirker hverandre. Ved å forstå denne interaksjonen og hvordan innflytelse

på et sosialt og fysisk miljø, samt individuelle kognitive faktorer kan påvirke atferd, gir dette oss i følge Mcalister, Perry og Parcel (2008) et innblikk i hvordan vi kan endre adferd gjennom intervensjoner.

De teoretiske resonnementene i sosial kognitiv teori er omfattende. Med utgangspunkt i denne studiens problemstilling er det først og fremst to teoretiske begrep som er sentrale for å belyse problemstillingen. Det ene er mestringsforventning og det andre er facilitering. Resultatforventning er et annet sentralt begrep i teorien som sier noe om ens egen tro på at atferd vil gi ønsket effekt (Mcalister, Perry og Parcel, 2008), for eksempel at man har tro på at et treningsprogram vil bedre kondisjonen. Selv om resultatforventninger gir en tilleggsforklaring, er det i følge Bandura (1997) mestringsforventning som er den viktigste komponenten fra sosial kognitiv læringsteori.

2.7.1 Mestringsforventning

Bandura brukte betegnelsen ("self-efficacy") som i følge Imsen (2005) best forklares som mestringsforventninger. Self-efficacy sier noe om ens tro på egen kapasitet til å gjennomføre det som skal til for å nå resultatet (Bandura, 1986), for eksempel at man har tro på at man klarer å gjennomføre et treningsprogram. I følge Bandura (1997) er det fire kilder som medvirker til utviklingen av menneskers mestringsforventning:

- 1) Mestringserfaringer
- 2) Sosiale modeller
- 3) Redusere stress og engstelse
- 4) Verbal overtalelse

Skal man øke mestringsforventning i forhold til fysisk aktivitet, blir det først og fremst viktig å kartlegge hver enkeltes erfaringer med fysisk aktivitet. Tidligere erfaringer vil være med på å øke mestringsforventningene Bandura, 1997). Det vil være viktig å ha fokus på hva en person tidligere har mestret på en vellykket måte samt hjelpe pasientene med å se hvordan han eller hun klarte det. Erfaringer fra sosiale modeller er en annen måte å styrke mestringsforventninger på (ibid).

Virkingen vil i all hovedsak avhenge av hvilken grad man identifiserer seg med modellen på. Det å observere at noen som likner en selv er i stand til å mestre noe, vil

i følge Bandura (1997) styrke innsatsen og troen på at en kan mestre noe lignende selv. Bandura mente også at gjennom modellering kan man imitere atferd man ser hos andre, spesielt de man respekterer (ibid). Den tredje måten å utvikle menneskers mestringsforventning er å redusere stress og engstelse hos personen. Høy grad av stress og negative tanker kan virke hemmende på en persons endring (ibid). Verbal overtalelse er en fjerde måte å styrke mestringsforventning på, ved at noen sier til en person at han eller hun får det til. Sterk oppmuntring verbalt kan gi økt tillit til å frembringe atferdsendringer, men en urealistisk oppmuntring av hva en person er i stand til å mestre, vil i følge Bandura (1997) føre til skuffelser over mislykkede endringsforsøk.

Det forventes derfor at personal jobber aktivt for å øke pasienters mestringsforventning gjennom å kartlegge tidligere mestringserfaring, gjennom læring via sosiale modeller, ved å redusere stress og engstelse hos pasientene og ved verbal overtalelse.

2.7.2 Facilitering

Sosial kognitiv teori inkluderer begreper som beskriver hvordan påvirkning fra miljøet innvirker på atferd (Mcalister, Perry og Parcel, 2008). Ytre belønninger og restriksjoner beskriver en måte å modifisere adferd på (ibid). Facilitering er en annen tilnærming som Bandura (1998) mener kan forklares som hvordan ny struktur eller ressurser kan muliggjøre atferd eller gjøre ønsket atferd enklere å utføre. Facilitering kan i følge Mcalister, Perry og Parcel (2008), oversettes med tilrettelegging og beskriver hvordan ressurser og miljømessige endringer kan gjøre at ny atferd kan utføres på en lettere måte. For at fysisk aktivitet skal bli en naturlig del av et helhetlig behandlingstilbud, mener Sørensen (1998) at det må satses mer systematisk i forhold til motivasjon. Sørensen (1998) skriver at motivasjon må jobbes med på samtlige plan, alt fra individplan til samfunnsplan. Personal er ofte i behov av økt kunnskap blant annet om hvordan man kan tilrettelegge for fysisk aktivitet og hva som kan påvirke pasientene. Det er i følge Sørensen (1998) i tillegg viktig å være klar over hvordan avdelingene eller selve institusjonen kan påvirke for at praktiske tiltak skal bli mer effektive. På bakgrunn av dette er det interessant å studere facilitering opp mot min problemstilling, da sosial kognitiv teori fokuserer på et gjensidig avhengighetsforhold mellom individ og miljø.

Det forventes å finne eksempler på hvordan miljøet strukturelt kan legge til rette for å gjøre atferdsendring lettere for pasientene.

3 Metode

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. I følge Thagaard (2009 s. 38) bygger fenomenologi på en subjekt opplevelse og søker etter en dypere mening i enkeltmenneskers erfaringer. Fenomenologien har sitt utspring fra hermeneutikken. Thagaard (2009) legger vekt på at fenomener kan tolkes på ulike måter gjennom en hermeneutisk tilnærming og at det ikke eksisterer en gitt sannhet. Det hermeneutiske aspektet i min tilnærming er basert på at jeg har valgt tematiske kategorier med utgangspunkt i teori. Det vil med andre ord si at det ikke bare er mine intervjudata som styrer valg av tema, men at jeg på forhånd har tatt utgangspunkt i teori ved f. eks å ha basert intervjuguiden på teori samt at jeg har noen teoretiske antakelser i teorikapittelet.

I følge Thagaard (2009) er kvalitative metoder foretrukket på temaer som er mindre forsket på og hvorpå det kreves større grad av både åpenhet og fleksibilitet. I motsetning til kvantitative metoder som studerer mengde og utbredelse, søker kvalitative metoder på å gå i dybden av et sosialt fenomen (ibid). Grunnen til at jeg har valgt en kvalitativ tilnærming i denne studien, er fordi jeg ønsker en dypere innsikt og forståelse for hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten.

3.2 Datainnsamling

Empiri ble samlet inn ved kvalitative forskningsintervju. Formålet med forskningsintervjuet er å samle inn beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, spesielt med henblikk på tolkninger av meningen med det beskrevne fenomen (Kvale og Brinkmann 2009).

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervju. Denne intervjuformen innebærer i følge Thagaard (2009) at spørsmålsformuleringen ikke er nøyaktig nedtegnet. Den kan best beskrives som en samtale mellom forsker og respondent, der gangen i samtalen er styrt av forskeren (Thagaard, 2009). Jeg hadde på forhånd utviklet en intervjuguide (vedlegg I) for hvilke temaer jeg ønsket å snakke med intervjupersonene om. Fordelen ved dette er at man har en viss fleksibilitet i intervjuene slik at data som produseres underveis kan være styrende for de spørsmål som etter hvert kommer til å bli stilt (ibid). Studiens problemstilling fokuserer på erfaringer og opplevelser fra ulike fagpersoner i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse. Utgangspunktet mitt for valg av informanter har vært knyttet til de ulike profesjonene innen psykiske sykehusavdelinger. Dette for å belyse ulik erfaring og forståelse på tvers av yrkeskompetanse. Jeg har valgt å ikke innlemme erfaringskompetanse fra pasientene da jeg ikke mener det har betydning for oppgavens problemstilling.

Intervjuene ble gjennomført ute i de forskjellige helseforetakene, og hadde en varighet på 20 til 40 minutter. Jeg innledet alle intervjuene med å snakke litt om meg selv og oppgaven min. Alle informantene fikk utdelt en samtykkeerklæring (se vedlegg II) som de leste gjennom og signerte. Jeg åpnet for spørsmål før jeg satt i gang med intervjuguiden. Jeg hadde 12 spørsmål nedfelt, men det varierte på spørsmålene om jeg stilte de til alle. Grunnen til dette var at informantene både kunne svare på et spørsmål under et annet, i tillegg til at enkelte spørsmål gikk på struktur og fasiliteter som omhandlet posten. Det vil si, det holdt at de første informantene på hver post svarte på disse spørsmålene. Jeg tilstrebet å benytte meg av åpne spørsmål og opplevde hovedvekten av intervjuene fungerte mer som en samtale. Noen svar åpnet opp for oppfølgingsspørsmål, noen svar var utfyllende, mens enkelte spørsmål måtte omformuleres eller grundigere forklart før de kunne besvares.

En ulempe ved semistrukturert intervju er at det kan føre til en uheldig vinkling som Bourdieu (1992) kaller for *prekonstruksjoner*, det vil si; at forskeren på forhånd har fastlagte oppfatninger om hvordan den virkeligheten som informanten beskriver er. Jeg velger allikevel å se på min posisjon som en fordel for innhenting av data da Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det er en viktig forutsetning å ha kunnskap om temaet i intervjuet slik at en kan sikre gode oppfølgingsspørsmål.

Ved flere intervjuer kan det kanskje være formålstjenlig å benytte seg av fokusgrupper som i følge Kvale og Brinkmann (2009) nå benyttes i økende grad. I en fokusgruppe kan eksempelvis 4-6 informanter intervjues samtidig og hensikten er å få frem ulike perspektiver på saken (Kvale og Brinkmann, 2009). Thagaard (2009) presiserer imidlertid at denne intervjumetoden forutsetter at informantene er noenlunde samkjørte. Dette er følgelig vanskelig å vite på forhånd hva angår mitt tema, men erfaringen min tilsier at det ofte er svært sprikende meninger i personalgruppen og ulik praksis blir utøvd. Jeg ville ikke risikere at informanter med avvikende synspunkter vegret seg for å uttrykke sine synspunkter, som i følge Thagaard (2009) kan være tilfelle ved bruk av fokusgruppeintervju.

3.3 Utvalg

Studien er basert på et strategisk utvalg når det gjelder innhenting av datamateriale. Undersøkelser av kvalitative sjanger baserer seg i følge Thagaard (2009 s. 55) på strategiske utvalg. At informantene er valgt ut fra en strategisk tilnærming betyr at informantene blir valgt på grunn av deres kvalifikasjoner eller kjennskap som strategisk retter seg mot problemstillingen og oppgavens teoretiske synsvinkel (ibid).

Jeg har gjennomført intervjuer ved tre helseforetak i Norge. De tre er Sørlandets Sykehus HF, St. Olavs Hospital HF og Oslo Universitetssykehus HF. Utvalget inkluderer to langtidsposter og fire akuttposter. Begrunnelsen for å innlemme både langtids- og akuttpsykiatriske poster i denne studien, er relatert til en forventning om at hvordan fysisk aktivitet er innlemmet i behandlingstilbudet kan variere. Det som kjennetegner en langtidspost er at pasientene i all hovedsak har en kronisk psykoselidelse i form av schizofreni og behandlingen retter seg mot rehabilitering. Pasientene ved akuttpostene representerer både kroniske psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser samt angst- og depresjonsproblematikk. I tillegg kan pasienter ved akuttposter være innlagt på grunn av akutte kriser som plutselig tap av nære relasjoner, samlivsbrudd eller mennesker med lettere psykiske lidelser. Behandlingen retter seg hovedsakelig mot den akutte tilstanden som pasientene befinner seg i.

Jeg har intervjuet både overleger, enhetsledere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, spesialsykepleiere og miljøterapeuter. Det er til sammen 22 intervjuer

bestående av fem enhetsledere, tre fysioterapeuter, fire overleger, tre psykiatriske sykepleiere, to ergoterapeuter, to miljøterapeuter, 1 hjelpepleier, 1 sykepleier og 1 vernepleier. Av disse er 10 informanter fra langtidspost, mens 11 informanter er fra akuttpost. Den siste informanten er ansatt i egen treningsklinikk, som har pasienter både fra langtids- og akuttpsykiatriske poster. Jeg har valgt å intervjuere flere forskjellige profesjoner fordi jeg ønsker et bredt perspektiv i besvarelsen på hvordan og i hvilken grad fysisk aktivitet innlemmes som del av behandlingstilbudet. Jeg søker i tillegg kunnskap om hvordan helsepersonell motiverer til bruk av fysisk aktivitet samt hvilke begrunnelser som ligger bak enten fraværet eller innlemmelse av fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Alle informanter er valgt ut fra spesialisthelsetjenesten da det er den linjen jeg har valgt å fokusere oppgaven min på. Grunnen til dette er at pasientomfanget i spesialisthelsetjenesten er økende og fordi schizofreni og affektive lidelser utgjør de hyppigste innleggelsene i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse.

I utvelgelsesprosessen kontaktet jeg først det helseforetaket hvor jeg selv er ansatt, deretter et helseforetak jeg fikk kjennskap til gjennom medieoppmerksomhet. *Treningsklinikken* ved St. Olavs Hospital i Trondheim representerer et "flaggskip" for treningstilbud til mennesker med psykiske lidelser og klinikken er lokalisert på Østmarka sykehus. Her tilbys systematisert trening som ledd i et behandlingstilbud basert på 4x4 intervaller og styrketrening. Treningsklinikken er en poliklinikk som driftes og drives av helseforetaket og den ligger vegg i vegg med de andre psykiatriske postene. Treningsklinikken er i følge Moe (2011 s. 211) et kompetansesenter og de satser på at forskning ved klinikken vil bidra til å øke forståelsen og kompetansen for trening som behandling.

Jeg tok kontakt med avdelingsleder ved begge helseforetakene per mail hvor jeg kort forklarte hvem jeg var, hva jeg holdt på med, bakgrunn og hensikten med oppgaven, samt hvilke profesjoner jeg ønsket som informanter. Jeg fikk klarsignal etter kort tid ved begge helseforetak. Lederne ved samtlige avdelinger var positive og tok meg i mot samt bistod med å finne både lokaler og informanter til intervjuene.

Gjennom mine intervjuer på de første avdelingene, dukket det imidlertid opp informasjon om andre psykiatriske poster ved andre helseforetak med gode rutiner i

forhold til fysisk aktivitet som jeg ønsket å undersøke nærmere. Dette er i følge Thagaard (2009) en metode for innhenting av data som kalles snøballmetoden. Tanken bak snøballmetoden er at utvalget til å begynne med er lite, men vokser etter hvert i prosessen akkurat som en rullende snøball som stadig blir større (ibid). Metoden kan i følge Thagaard (2009) være problematisk fordi en kan risikere å ende opp med informanter innenfor det samme miljøet. Dette har snarere vært en ressurs enn begrensning for meg da det var hensiktsmessig for oppgaven min å innlemme informanter med tilsvarende lik bakgrunn. For å ivareta de forskningsetiske overveielserne søkte jeg på nytt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og begrunnet søknaden med at den nye informasjonen antakelig ville ha betydning for oppgavens utfall.

3.4 Bearbeiding av data

Datamaterialet ble klargjort for analysen gjennom å transkribere data fra muntlig fremstilling til skiftelig tekst. Intervjuene blir på denne måten mer strukturert og gir et bedre utgangspunkt for analysearbeidet (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte alle intervjuene selv og jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å transkribere kontinuerlig gjennom datainnsamlingsprosessen. Dette gjorde jeg både på grunn av det omfattende datamaterialet, men også fordi jeg lærte mye av min egen kommunikasjon ved å lytte på lydbåndene underveis. Transkripsjonsarbeidet var tidkrevende og jeg valgte å omforme de til en mer skriftlig stil, ved å utelukke en del "eh" og liknende, så sant jeg ikke vurderte det som nødvendig for besvarelsen. I følge Kvale og Brinkmann (2009) finnes det imidlertid ingen fasitsvar på hvordan man transkriberer og svarene vil avhenge av hvordan analyse transkripsjonen skal brukes til.

3.5 Analyse av data

Jeg begynte analyseprosessen med utgangspunkt i Malterud (2013) sin analytiske tekstkondenseringsmodell. Jeg jobbet meg først gjennom trinn 1, **helhetsinntrykk**. I følge Malterud (2013) gjelder det å jobbe reflektert med "bracketing" i dette trinnet. Å legge all forforståelse til side var en utfordring da jeg selv har yrkeserfaring innenfor tilsvarende avdelinger som jeg har forsket på. Jeg leste gjennom intervjuene mine en rekke ganger, satte stikkord og jobbet reflektert med å finne fellesnevnerne ved de ulike intervjuene. Jeg fant 10 temaer som gikk igjen hos informantene, se

vedlegg III. Deretter startet jeg en systematisk gjennomgang av alle intervjuene i den hensikt å **identifisere meningsbærende enheter**. Jeg søkte etter kategoriene i søkefeltet på hvert av transkriberingsdokumentene på dataen og valgte ut alle sitatene som omhandlet de spesifikke søkeordene. Dette er i tråd med hva Malterud (2013) skriver om sortering av meningsbærende enheter. Samtlige av tekstene ble skrevet ut og jeg systematiserte de meningsbærende enhetene både ut i fra de forskjellige kategoriene og i henhold til hvilke informanter som sa hva. Jeg klippet ut sitatene og limte de inn under kategoriene. Arbeidet spant seg over 4 A1 plakater. Etter hvert fant jeg at ett eller flere temaer omhandlet ulike sider av samme sak. Jeg kunne derfor slå sammen flere av temaene fra trinn 1 og fikk da 5 temaer istedenfor 10. Jeg lagde analysetabeller for å vise hvordan inndelingen ble gjort knyttet til et tema og en kode, (se vedlegg IV). I følge Malterud (2013) gir dette en mer oversiktlig måte å se hvor de forskjellige tekstbitene er hentet fra, samtidig som det styrker analysens slutfase. I analysens tredje trinn ble kunnskapen som ble etablert i andre trinn abstrahert. Det innebærer i STK å systematisk hente ut mening ved å **kondensere innholdet** i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2013). I følge Malteruds STK metode er det subgruppene, (se vedlegg V), som er analyseenheten fremover i analyseprosessen og på dette trinnet lages det et kunstig sitat, et kondensat (ibid).

Når jeg derimot skulle gå i gang med utarbeidelsen av kondensatene, opplevde jeg at tekstene ble så dekonstruert at de mistet sin sammenheng. Det ble derfor vanskelig å finne en mening i tekstene. Jeg besluttet å gå vekk fra Malterud sin STK til fordel for en klassisk tematisk analyse. Jeg rettet analysen mer mot meningsanalyse som Kvale og Brinkmann (2009) presenterer med meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning. Meningskoding gir struktur og kan være med på å gi god oversikt på omfattende intervjutekster (ibid). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at koding og kategorisering brukes om hverandre, men i min analyse har jeg tatt utgangspunkt i kategorisering. Dette mente jeg var hensiktsmessig i mitt tilfelle da transkriberingen fordelte seg over 127 sider. Kategorisering innebærer en datareduksjon og data som har særlig relevans blir identifisert og presentert i analysetabeller. I følge Kvale og Brinkmann (2009) skal kategoriens hensikt være å gi en komplett skildring av de erfaringer og handlinger som betraktes. Mine kategorier var forhåndsbestemt ut i fra teorien som belyser problemstillingen og jeg hadde fem forskjellige temaer; *brukerperspektiv, tilbud om fysisk aktivitet, motivasjon*

og mestring, ressurser samt holdninger og kunnskap. Jeg analyserte intervjuetekstene innunder kategoriene og valgte ut fem, seks sitater fra hver kategori som ga et overblikk over temaene som var gjeldene. Meningsfortetning innebærer i følge Kvale og Brinkmann (2009) en datareduksjon hvor lange setninger reduseres og meningen blir gjengitt med få ord. Jeg brukte analysetabellene jeg allerede hadde utviklet fra STK analysen, fordi jeg ville benytte de samme sitatene og kodene (se vedlegg VI). Ved meningsfortolkning leter man frem til meningsstrukturer og betydningsrelasjoner som ikke kommer til syne med en gang (ibid) Jeg benyttet meg av veiledning for å validere hovedfunn.

3.6 Reabilitet og validitet

Reabilitet har med troverdighet og oppriktighet å gjøre. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er spørsmålet om intervjuerens reabilitet sentral gjennom hele forskningsprosessen, men som oftest har reabilitet sammenheng med spørsmålet om resultatene i studien på et senere tidspunkt kan reproduseres av en annen forsker (ibid). For å hindre det Kvale og Brinkmann (2009 s. 250) omtaler som *vilkårlig subjektivitet*, bør intervjufunnene ha en høy grad av reabilitet. Funnene må med andre ord være troverdige. En forsker må imidlertid være reflektert da Kvale og Brinkmann (2009) hevder at for stort fokus på reabilitet forhindrer kreativitet og variasjon i forskningsprosessen.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) sier validitet noe om hvor gyldig intervjufunnene i forskningen er. Å validere kan bety de samme som å kontrollere og spørsmålet om validitet er gjennomgående i hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2009). En skal som forsker være kritisk i sine egne fortolkninger og Kvale og Brinkmann (2009 s. 254) hevder at man fungerer som en "djevelens advokat" ovenfor egne forskningsresultater. Dette for å hindre skjevheter i oppfatninger og fortolkninger. Jeg har vært nøye med kontinuerlig veiledning gjennom hele prosessen for å motvirke eventuelle forvridninger. Det har vært en fordel for meg å bruke en utenforstående part som "djevelens advokat" grunnet mitt store omfang av forforståelse. Dette mener jeg har bidratt til høy grad av validitet gjennom hele studien.

3.7 Min rolle som forsker

Mitt engasjement for forskningsfeltet var helt avgjørende for valg av tema og problemstilling. Selv er jeg sykepleier og ansatt i akutt psykiatrisk post og min forforståelse bygger på teori og egen erfaring. Jeg ønsket tidlig en kvalitativ undersøkelse for å få frem omfanget av fysisk aktivitet innenfor spesialisthelsetjenesten i psykisk helsearbeid, da dette er et område jeg brenner sterkt for. Jeg har ikke forsket i den avdelingen hvor jeg selv er tilknyttet, men blant annet to av nabopostene i samme helseforetak. Det har vært viktig for meg med tydelig veiledning for å hindre fallgruver ved å forske blant mine egne. Spesielt har det som Kvale og Brinkmann (2009) skriver om forholdet til intervjupersonene vært av betydning. I enkelte tilfeller har jeg direkte kjennskap til intervjupersonene, mens i andre tilfeller har jeg kjennskap gjennom faget og deler mange av de samme erfaringene som informantene. Det er klart at tilknytning til intervjupersonene kan få meg som forsker til å ignorere enkelte resultater og vektlegge andre, noe som kan påpeker kan gå på bekostning av en optimal og nøytral studie (ibid). For å unngå dette har jeg vært bevisst på refleksjon og kritisk veiledning.

I følge Repstad (2009) bygger alltid forskning på tillit. Han uttrykker at det til en hver tid finnes en frykt hos forskeren for å publisere data på en måte som gjør at informantene kan føle seg uthengt (ibid). Dette har følgelig vært et tema også for meg da det er klart at jeg ikke ønsker å såre verken yrkeskollegaer eller andre intervjuobjekter. Det har kanskje preget oppgaven min, men jeg har gjennom hele prosessen prøvd å tilstrebe et korrekt bilde av virkeligheten for å ivareta det Kvale og Brinkmann (2009) skriver om et etisk og vitenskapelig ansvar. Jeg har et ansvar ovenfor faget mitt og mine deltakere, at denne studien produser kunnskap av verdi som forhåpentlig kan benyttes av andre tilsvarende psykiatriske sykehusavdelinger.

Balsnes (2009) vektlegger betydningen av overidentifisering og sier dette er et kjent problem ved å forske i egen kultur. Overidentifisering sier noe om at intervjurespondentene ikke ønsker å til å stille kritiske spørsmål fordi de har et ønske om at prosjektet skal gå bra, samt at de ønsker alt godt for arbeidsplassen sin (ibid). Selv om det er vanskelig å finne fasitsvar på slike spørsmål, kan jeg ikke si jeg opplevde dette som tilfelle. Flere av respondentene har i tillegg til å fremsnakke

arbeidsplassen sin også rettet et kritisk blikk både mot seg selv, sine kollegaer og sin arbeidsgiver.

Det er allikevel ikke utelukkende negativt å forske blant sine egne. Lofland og Lofland (1995) vektlegger betydningen av kjennskap og engasjementet til feltet sitt og oppmuntrer forskere med kvalitativ tilnærming til å bruke sitt allerede eksisterende engasjement til forskningsmessig formål. De hevder en har fordeler en kan dra nytte av, som for eksempel data, tilgang til feltet og en allerede etablert rolle (ibid).

Det som er viktig er å redegjøre for egen rolle i kunnskapsproduksjon, noe som Balsnes (2009) sier ikke kan tydeliggjøres nok for.

3.8 Forskningsetiske overveielser

Studien ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (se vedlegg VII) samt Forskningsetiske Komite ved UiA. Deretter sendte jeg et formelt skriv vedrørende studien med forespørsel om å gjennomføre intervjuene og hvordan undersøkelsen rent praktisk skulle gjennomføres til avdelingsledere ved samtlige sykehus. Informantene ble dessuten gitt tilstrekkelig informasjon om undersøkelsens overordnede formål og hovedtrekk, slik at jeg sikret meg om at informantene gav informert samtykke (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette innebærer også at man sikrer frivillig deltakelse av alle de involverte og informasjon om deres rett til å trekke seg ut av undersøkelsen når som helst (ibid).

Søknaden og informasjonsbrevet vedrørende informert samtykke er lagt ved som vedlegg, (se vedlegg VIII). Jeg har benyttet føringene fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste i utarbeidelsen av informasjonsskriv til de ulike postene.

I forhold til anonymisering, har jeg valgt i denne studien ikke å anonymisere postene selv om informantene vil bli anonymisert når sitatene skal benyttes i presentasjon av empiri og analyse. Tanken er at det vil være organisatoriske trekk ved begge postene som kan være av relevans i en kontekstuell beskrivelse for å forstå prosesser i postene, og for å forstå bakgrunn og begrunnelser for bestemte vedtak. Dermed velger jeg bort hensynet til anonymisering. Sitater fra informanter er derimot blitt

anonymisert i den grad at de er blitt koblet til rolle i posten, ikke navn, eksempelvis sykepleier, lege, fysioterapeut, leder. Jeg mener også det vil være vanskelig å kunne anonymisere Treningsklinikken på Østmarka da de har hatt status som ”flaggskip” på dette feltet. Dalland (2000) understreker også at det vil være hensiktsmessig å formulere seg slik at en ikke behøver å skjule virksomheten/institusjonens navn, dersom oppgaven tar sikte på å bidra til en faglig utvikling.

De fleste av informantene pekte på at oppgavens tematikk var et viktig tema å rette søkelyset på og min opplevelse var at informantene uttrykte en god opplevelse av å være med å bidra med noe andre kan ha nytte av.

4 Analyse og diskusjon

I denne studien presenteres empiriske funn og drøftingen av disse i samme kapittel. Begrunnelsen for dette er at jeg har basert meg på Kvale og Brinkmann (2009) sine tre analysenivåer; meningskoding, meningsfortetning og meningsmeningsfortolkning. Det innebærer at analysen og drøftingen er koblet tett sammen i denne fremgangsmåten.

4.1 Brukerperspektivet

Sentralt i Samhandlingsreformen er kravet om empowerment og økt brukermedvirkning (St.meld.nr. 47, 2008-2009). For at pasientene lettere skal kunne ta del i behandlingen er intensjonen at kommunikasjonen mellom pasient og pleier i større grad skal basere seg på dialog. Dette innebærer, som det presiseres i St. Meld. Nr. 47 (2008-2009), at den enkelte tjenestemottakerens behov settes i sentrum. Brukermedvirkning krever blant annet at tjenestene er helhetlige og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov og evner (ibid). I følge samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009) er pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, i bedre stand til å mobilisere egne krefter. Empowerment betyr ikke at tjenesteyter skal være passiv i behandlingsforløp, men som Askheim (2003) forklarer, blir deres rolle å kartlegge og bistå tjenestemottaker med bevissthet over egen situasjon og hva som kan og bør gjøres med den. Tjenesteyter må gi brukeren anledning til å delta i behandlingsprosessen (Askheim, 2003).

Når det gjelder motivasjon til å drive fysisk aktivitet, svarte 5 av 10 informanter ved langtidspostene at de jobbet med å kartlegge pasientens historie i forhold til en fysisk

aktivitet. Dette ble sett på som en metode som rettet seg mot hvert enkelt individ, i den hensikt å finne frem til hvilke ”ressurser” pasientene satt inne med.

”Mange pasienter har kanskje skjult talent, men det krever at noen tar initiativ for å hente det fram. Men jeg syntes det er veldig gøy når pasienter overrasker med et eller annet for mange av de er veldig flinke til noe” (Miljøterapeut, langtidspost).

”Der har vi blant annet et par ergoterapeuter som er flinke til å grave i pasientens historikk. Hva er det de har drevet med? Hva synes de er interessant? Også prøve å tilrettelegge” (Psykiatrisk sykepleier, langtidspost).

Askheim (2003) skriver at empowerment handler om de ressursene som enhver bruker sitter inne med og at tjenesteyter skal bistå med å synliggjøre disse på en positiv måte. Den enkeltes historie og livskunnskaper danner i følge Askheim (2003) alltid utgangspunktet for tjenesteyters tilnærming. Empowerment fokuserer derfor i likhet med salutogenese på pasienters livshistorie fremfor selve diagnosen. I ergoterapeut tilknyttet en av langtidspostene kunne fortelle at hun søkte etter pasientens historie ved å aktivt benytte seg av interessekartlegging. Slikt fant hun frem til hva pasientene tidligere har drevet med av aktiviteter.

”Interessekartlegging, det har jeg brukt da. Og da går det masse på aktivitet generelt. Hva er det du har holdt på med de siste ti årene, for da får du historien. Hva har du holdt på med det siste året. Har det blitt mer eller mindre? Og hva kunne du tenke deg å gjøre fremover?” (Ergoterapeut, langtidspost).

På denne måten gir hun pasientene en mulighet til å delta i utformingen av et helhetlig tjenestetilbud og fremmer derfor brukermedvirkning i et behandlingsforløp. Ved å kartlegge på en slik måte, kan man også samle inn informasjon i forhold til hvilke aktiviteter som finnes i pasientens nærmiljø, som han eller hun kan ha interesse av etter utskrivelse. Eksemplene nedenfor illustrerer akkurat dette.

”Vi hadde for eksempel ei nå som akkurat ble utskrevet til et annet DPS enn det som ligger her. Og da har jeg ordnet gjennom oppfølgingstjenesten at hun får følge av de slik at hun kan fortsette å trene ved Treningsklinikken selv etter utskrivelse” (Ergoterapeut, langtidspost).

”Selv om pasienter er innlagt så skal de jo rehabiliteres ut i kommunen, så det er jo nødt til å være et felles prosjekt. Og da synes vi at kommunen kan bidra

med midler til det. Og noen kommuner er mer innstilt enn andre. Så sist gang vi fikk det til, så var det i NN kommune. Og da var det spesielt i forhold til en aktivitet som vi ville igangsette her som skulle videreføres når pasienten kom hjem. Det var bowling. For de hadde bowlinghall der oppe og det var en aktivitet som pasienten likte å gjøre og hadde gjort noe der oppe før. Så da gjorde vi det faktisk, i hvert fall én gang i uken tror jeg. Det koster jo litt, da er jo personalet med så det blir dyrt. Men da bidro kommunen med midler sånn at vi en gang i uken kunne reise med pasienten dit, så overtok kommunen etter utskrivelse” (Enhetsleder, langtidspost).

Walseth og Malterud (2004) presiserer at det kan bidra til en forståelse av situasjonen å sette inn tiltak tidlig i et behandlingsforløp. Dette krever blant annet kunnskap om lokalsamfunnet og pasientens ressurser (ibid). Antonovskys (2000) definisjon av håndterbarhet handler om å ha ressurser tilgjengelig. Eksemplene belyser hvordan tilgjengelige ressurser i lokalmiljøet kan bidra til å fremme SOC, ved å tilrettelegge for å håndtere utfordringer som den fysiske aktiviteten kan medføre.

Den ene langtidsposten i studien hadde gode og etablerte rutiner for å ivareta brukerperspektivet. Hver fredag hadde posten en ukes-slutt samling hvor alle ansatte og pasienter på posten var samlet.

”Hver fredag har vi sånn ukesslutt-kos-møte hvor pasientene leder an møtene. Her planlegger vi neste ukes aktiviteter og pasientene kommer selv med forslag om hvor turen skal gå, slik at de kanskje kan få litt mer eierskap i opplegget” (Ergoterapeut, langtidspost).

Ergoterapeuten ved denne posten fortalte at de også kunne invitere ulike hjelpeinstanser fra kommunene til å komme og presentere seg, slik at pasientene ble sikret informasjon om hvilke tilbud kommune kunne tilby etter utskrivelse. Tilbudene som da ble presentert kunne gjelde alt fra fysisk aktivitet til sosiale møteplasser og andre lavterskeltilbud.

Både eksemplet med oppfølgingstjenesten, ukesslutt og bowlingen representerer gode eksempler på brukermedvirkning i praksis. Eksemplene viser hvordan ulike ledd i helsetjenesten samhandler og hvordan helseforetakene kan bidra med informasjon til både pasienter og kommuner i forbindelse med pasientbehandling. Tettere samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten er også et av målene i samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009). Eksemplene illustrerer derfor

gode tilfeller på samhandlingsreformen i praksis. I samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009) står det også at spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten skal bli mer sidestilte beslutningstakere. Kommunen får et større ansvar for forebygging og behandling, mens spesialisthelsetjenesten skal forbedres i ytterligere spesialisert retning, med fokus på blant annet pasientenes behov for koordinerte tjenester (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009).

8 informanter ved akuttpostene fortalte at de forsøkte å etterkomme ønsker i forbindelse med fysisk aktivitet så langt det lot seg gjennomføre, men at de ikke hadde faste rutiner på å sikre brukermedvirkning i tilbud om fysisk aktivitet.

”Vi hører på ønskene i den grad det er mulig. For eksempel å fortsette på et helsestudio. Legge til rette for det. Vi ordnet med taxi for en pasient til og fra treningsstudio. Det var begrunnet som ledd i behandlingen. Opprettholde både treningsnivået og kontakt med samfunnet på en måte som lar seg gjøre i en akutfase” (Psykiatrisk sykepleier, akuttpost).

2 informanter ved akuttpostene kunne imidlertid fortelle om utstrakt bruk av ”Aktiv På Dagtid” som er et lavterskeltilbud som mange kommuner tilbyr i dag. Aktiv På Dagtid er et folkehelseiltak for mennesker mellom 18 og 67 år som mottar trygd eller sosial støtte (Norges idrettskrets, 2013). Aktiv På Dagtid driftes av lokale idrettslag og idrettskrets, men finansieres av kommuner, fylkeskommuner og Norges Idrettsforbund. Alle aktivitetene har lavterskelprofil og man bestemmer selv tempo og intensitet i treningen. Mestring og trivsel er viktige stikkord og instruktørene er opptatt av å møte deltakerne ”der de er” (ibid). Aktiv På Dagtid ønsker i tillegg til trening å tilrettelegge for et sosialt miljø for deltakerne. Ved flere av tilbudene er det for eksempel tilknyttet en kafé (ibid).

2 av informantene fra disse postene kunne fortelle at flere av pasientene deres enten er en del av Aktiv På Dagtid fra tidligere av og ønsker å opprettholde treningen under innleggelse, mens andre blir presentert for tilbudet under innleggelse og begynner å trene der etterpå. De samme 2 informantene fortalte at ergoterapeut eller fysioterapeut la til rette og fulgte pasientene til Aktiv på Dagtid.

Antonovsky mente at sosial støtte var en av de mest betydningsfulle mestringsressursene i forhold til å fremme OAS. Langeland undersøkte i 2009 blant annet hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidro mest til en positiv utvikling av OAS. Hun fant at sosial støtte og spesielt det å kunne gi omsorg og få oppleve en sosial integrasjon, bidro til en gunstig utvikling av OAS (Langeland, 2009). Aktiv På Dagtid og Treningsklinikken (se kap. 3.3) kan bidra til å fremme SOC ved at man kan finne motivasjon til å trene ved å se andre i lignende situasjoner også gjøre det samme. Mens Treningsklinikken fokuserer på individuelle konsultasjoner, fokuserer Aktiv På Dagtid på grupper. Det er likevel sosialt og man kan eventuelt slå av en prat med de andre deltakerne etterpå. Bandura (1997) fremhever også betydningen av sosiale modeller som ett av forutsetningene for å fremme self-efficacy. Det å observere at andre som er ligner en selv, eller har de samme forutsetningene utfører en fysisk aktivitet, kan være med på å styrke en persons tro på at også han eller hun kan gjøre det samme.

Langelands studier peker i retning av et behov for salutogenetiske terapiprinsipper i bedringsprosesser i behandlingen av psykiske lidelser (ibid). Betydningen av sosial støtte og sosiale møteplasser fremheves også i folkehelsemeldingen (Meld. St. Nr. 34, 2012-2013).

Salutogenetiske terapiprinsipper kan forstås i lys av empowermentbegrepet og sammenliknes med brukermedvirkning, ved at man henter frem styrker og ressurser i pasientens historier med hensikt å utvikle helsefremmende atferd. Ved langtidspostene kan det virke som om kartlegging og brukermedvirkning tas til følge etter samhandlingsreformens krav. På bakgrunn av at kun 3 av informantene på akuttpostene oppgir å kartlegge pasienthistorikk, kan det tyde på et behov for å utarbeide kartleggingssamtaler basert på en salutogenetisk tilnærming under en innleggelse i akuttpsykiatrisk sykehusavdeling.

”I forhold til kartlegging har vi en stor jobb å gjøre. Både i post og det som skal skje når de kommer hjem” (Enhetsleder, akuttpost).

I følge psykisk helsevernlov (lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 1999) §4-2 *vern om personlig integritet*, står det blant annet at pasienter skal ha anledning til å opprettholde sine private interesser og hobbyer, ha mulighet til

aktivitetstilbud innenfor rammen av husreglene, samt anledning til uteaktiviteter daglig. 1 av 22 informanter refererte til dette lovverket i intervjuet når hun beskrev og forklarte avdelingens omfangsrike tilbud om fysisk aktivitet.

På spørsmål om pasientene selv etterspør fysisk aktivitet i behandlingen, var det bare 5 av 22 informanter som hadde erfaring med det. Ønskene ble, så langt det var mulig, tatt til følge og informantene kunne fortelle at avdelingene la til rette så godt de kunne.

”Vi har en pasient som er dømt til tvunget psykisk helsevern for ganske alvorlig forhold og står på medisiner som er potensielt veldig vekststimulerende og han passer på dette selv ved å trene regelmessig. Han trener hver dag etter eget initiativ sammen med fysioterapeuten. Han har selv vært en pådriver, hatt et ønske om det, men vi har tilrettelagt” (Overlege, langtidspost).

At det bare er 5 informanter som har erfaring med at pasientene selv etterspør mer fysisk aktivitet på langtidsposter, kan styrke antakelsen om at psykiatriske pasienter har lav OAS som igjen kan bety at de ikke har kapasitet til å foreta ta seg helsefremmende valg uten støtte og veiledning. Brukermedvirkning, deltakelse og mestring er blant temaer som sterkt vektlegges i opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). I april 2014 ga Nasjonalt kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) ut en rapport der de presenterer en kunnskapsoppsummering over hvordan salutogene tilnærminger blir forstått og hva det medfører i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. (Steffensen, 2014) beskriver hvordan et helsefokus kan implementeres i behandling og forebygging av psykiske helseproblemer. Resultatet viser at det å skape gode relasjoner er av betydning, enten det gjelder i individuell samtaleterapi eller ved gruppebasert samtaleterapi. Målet er å skape tillit til vekst for pasientene, ved å vektlegge mestring og ressurser (Langeland, 2014). Rapporten er utformet med tanke på å gi psykisk helsearbeid bedre utgangspunkt for å virkeliggjøre mestring, økt velvære og helse (Steffensen, 2014). Empowermentprosessen forestiller i følge Tveiten (2007 s. 29) et slags kontinuum hvor det ene enden er representert av bevissthet og den andre enden av en opplevelse av at noe er korrigert. Tveiten (2007 s. 29) mener at veiledning kan bidra til bevissthet i forhold til blant annet egne opplevelser, ressurser, muligheter og hindringer.

4.2 Tilbud om fysisk aktivitet

På alle avdelinger innlemmet i denne studien eksisterte det tilbud om fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud. Samtlige avdelinger kunne tilby individuelle gåturer og 5 av 6 poster hadde tilbud om faste fellesaktiviteter i form av ballspill, fellestur og/eller svømmetrening og 2 poster hadde ukentlig tilbud om individuell systematisert intervalltrening. Derimot var det kun 2 poster som kunne tilby daglig strukturert fysisk aktivitet, i form av felles gåturer, som stemmer overens med Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger. Ett av helseforetakene kan også som eneste i Norge, tilby strukturert trening i form av 4x4 intervaller og styrketrening på en egen treningsklinikk tilknyttet psykiatrisk avdeling og bistår både langtids- og akuttpsykiatriske poster. Fysioterapeuten som til daglig jobber der kan fortelle at Treningsklinikken, som den heter, er en poliklinikk og hadde bare i fjor 6000 konsultasjoner. Han forteller videre at pasientene enten kan være inneliggende på sykehuset eller i distriktpsykiatrien, men de kan også trene på Treningsklinikken om de bor hjemme. Kriteriene som stilles er at pasientene må ha en psykiatrisk diagnose, i tillegg til å være somatisk klarert for trening av en lege. Treningsklinikken, som i tillegg er den eneste som driftes av et offentlig sykehus i Norge, er et resultat av et prosjekt drever frem av ildsjeler.

”Bakgrunnen for prosjektet var at mennesker med psykiske lidelser lever kortere enn andre, faktisk opp mot 20 år kortere. Og det er ikke på grunn av selvmordsraten, men det største hinderet i levelengde, 2/3 deler har jeg forstått, er gjort av hjerte og sirkulasjonsforstyrrelser som kommer av blant annet inaktivitet og dårlig kost. Det er ikke en sjokkerende opplysning, men det er sjokkerende fakta” (Fysioterapeut, Treningsklinikken).

Treningsklinikken gir pasientene en mulighet til å komme tidlig i gang med fysisk aktivitet ved innleggelse i psykiatrisk avdeling. I følge Moe (2011) er det vesentlig at fysisk aktivitet er innlemmet i pasientenes behandlingstilbud og man bør komme i gang så tidlig som mulig. Selv om Treningsklinikken hadde pasienter både fra akuttpost og langtidspost, kunne fysioterapeuten fortelle at i de fleste tilfeller var det pasienter med alvorlig psykiske lidelser som benyttet seg av tilbudet. Enhetsleder ved langtidsposten kunne informere at de var tidlig ute med å tenke Treningsklinikk for deres pasienter.

”Vi er veldig tidlig på å presentere Treningsklinikken for pasientene dersom de ikke har vært i kontakt med den tidligere eksempelvis på akuttpost”
(Enhetsleder, langtidspost).

Den ene langtidsposten kunne også informere om at de også benyttet seg av et kommersielt treningstilbud. Avdelingen hadde et abonnement i en lokal treningskjede og ergoterapeut eller personal fulgte pasientene til nærmeste treningssenter. Treningssenteret var lokalisert i gåavstand til psykiatrisk avdeling. Ergoterapeuten ved denne langtidsposten forteller at pasientene deres som regel holder til på Treningsklinikken, men at det innimellom er pasienter som vil gjøre seg fortrolig på et ordentlig treningsstudio og benytter seg av dette tilbudet i en utskrivelsesfase. Eksemplet belyser et samarbeid på tvers av offentlig og privat sektor, som er fremhevet i både samhandlingsreformen (St. Meld. Nr. 47, 2008-2009) og folkehelsemeldingen (Meld. St. Nr. 34, 2012-2013).

Ikke alle pasienter ønsker å trene på treningsstudio. Aktiv På Dagtid (som nevnt i kap. 4.1) er et tilbud i kommunen hvor pasientene kan trene med gunstige betingelser. Treningskontaktordningen er et annet tilbud som Moe (2011) beskriver. Dette er en ordning som ble utviklet på bakgrunn av at psykiatriske pasienter hadde problemer med å videreføre aktiviteter når de kom hjem fra institusjon (ibid). I følge Moe (2011) lønnes treningskontaktene av NAV og deres oppgaver er å motivere, planlegge og aktivt delta sammen med pasienten i forskjellige treningsopplegg. Frisklivssentraler er et annet lavterskeltilbud for mennesker som trenger veiledning og oppfølging til å komme i gang med livsstilsendring. Frisklivssentraler er et kommunalt tilbud som tilbyr veiledning i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt (Helsedirektoratet, 2011). Sentralt er også en helsesamtale med tanke på å fremme pasientenes helseatferd (ibid). Moe (2011) skriver at frisklivssentraler er et satsingsområdet i folkehelsearbeidet og at det i Norge i dag finnes 170 kommuner som har frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2014). Imidlertid er det ingen av informantene som sier at postene benytter treningskontakter eller informerer om frisklivssentraler.

Funn i denne studien viser at det er forskjeller i hvordan tilbud om fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud, samt hvor forankret det er i behandlingstilbudet. I 2 av 4 akuttposter beskriver informantene system, kontinuitet

og faste rutiner for fysisk aktivitet. Det fokuseres her enten på fellesaktiviteter i form av daglige gåturer, ukentlig ballaktiviteter eller ukentlig styrketrening, eller individuelle konsultasjoner med avspenningsøvelser eller oppfølging til Aktiv På Dagtid. Treningsapparatene er enten synlige i miljøet eller tilgjengelig på posten. Pasientene oppfordres til å ta del i de fysiske aktivitetene og det tilrettelegges dersom fellesaktivitetene er problematiske å delta på for pasientene.

”Vi stiller vel rett og slett litt krav til fysisk aktivitet tenker jeg. Og prøver å forklare de hvorfor vi gjør det. Vi forsøker å møte de der de er. Finne alternativer til fellesaktivitetene dersom de er problematiske. Vi forsøker å tilrettelegge, men vi er veldig tydelig på at vi tror for de fleste av våre pasienter, at det er sunt og godt å komme seg ut. Ja vi er ganske strukturerte på det. Jeg tror på at med empati og med kunnskap å gå inn å si at du kan ikke trekke dyna over hodet. Vi skal hjelpe deg, dette kan vi noe om, nå gjør vi det på vår måte” (Enhetsleder, akuttpost).

Begge langtidspostene har også strukturerte tilbud om fellestur og svømmetrening. Imidlertid eksisterer det ikke daglig strukturerte tilbud om fysisk aktivitet og 2 av informantene ved den ene langtidsposten etterlyste mer bruk av kondisjonstrening i behandlingstilbudet.

”Det er vel få som etterlyser kondisjonstrening. Det blir mer gåturer. Jeg synes vi skulle hatt noe kondisjonstrening også, det synes jeg” (Overlege, langtidspost).

Moe (2011) skriver at den fysiske aktiviteten vil være vanskeligere å gjennomføre dersom den ikke er forankret i behandlingsopplegget. I denne studien hadde 4 av 6 poster innlemmet del av fysisk aktivitet i de faste rutineene. Enten det var strukturerte gåturer på morgen eller ettermiddagen, eller om det var tur, ballspill og svømming. De fysiske aktivitetene var et tilbud til samtlige pasienter og ble utført til samme tid enten hver dag eller hver uke. Aktivitetene var nedfelt i en plan som hang synlig oppe i fellesmiljøet. Flere av pasientene hadde ukeplan og aktivitetene var nedfelt i denne. 3 avdelinger la også tydelig vekt på at fysisk aktivitet var en del av behandlingen og at ingen andre tilbud ble gitt mens fellesaktivitetene pågikk den eller de gjeldene dagene.

”Fysisk aktivitet og fellesaktiviteter er jo frivillig, men hvis de ikke vil så blir det snakket mye om og lagt vekt på at det er en del av behandlingen. Slik at man får det på en ukeplan og man blir minnet på den ukeplanen hvis ikke de blir med og forklart at det er veldig viktig at den blir holdt” (Ergoterapeut, langtidspost).

Moe (2011) fremhever nettopp betydningen av nødvendige rammebetingelser for å komme i gang med fysisk aktivitet i post. En av de er en anerkjennelse av fysisk aktivitet som behandling og ikke en fritidssysse (ibid). Selv om det foreligger utfordringer med motivasjon også for pasientene tilknyttet disse 4 avdelingene, er det 1 informant ved den ene langtidsposten som sier at pasientene lettere lar seg motivere av at fysisk aktivitet er behandling og noe ”alle” må gjøre. Selv om fysisk aktivitet er nedfelt i behandlingstilbudet til 4 av de 6 avdelingene, legges det allikevel vekt på at fysisk aktivitet er et frivillig tilbud og selv om pasienter oppfordres sterkt til å ta del, er det ingen som tvinges med dersom de ikke ønsker. 1 akuttpost og 1 langtidspost understreker at det ikke legges samtaler og andre aktiviteter på samme tid som fellesaktivitetene foregår. Det settes av tid til fysisk aktivitet på dagtid, i likhet med andre behandlingsformer.

Moe (2011) presiserer at det er en vanskelig balansegang mellom å aktivt motivere og presse. Skal man i tillegg ta høyde for empowerment-tenkningen kan det bety at helsepersonell bare skal godta og respektere et nei i forbindelse med deltakelse i fysisk aktivitet. Det er allikevel grunn til å sette et spørsmålstegn om alvorlig psykisk syke er i stand til å vurdere hvorvidt fysisk aktivitet er nødvendig eller ikke?

Martinsen og Taube (2008) påpeker at gjennomsnittsalderen til pasienter med schizofreni er minst ti år lavere enn hos normalbefolkningen. Dette skyldes i all hovedsak hjerte-og karsykdommer og diabetes som begge representerer livsstilsykdommer (ibid). Fysisk aktivitet kan ikke alene erstatte tradisjonelle behandlingsmetoder ved schizofreni, men det bør i følge Martinsen (2011) ha en definert plass i et helhetlig behandlingsopplegg. I følge Helsedirektoratet (2014) avhenger effekten av økt aktivitetsnivå av den fysiske helsen til hver enkelt individ. Birkenæs (2008) fant i sin doktoravhandling at pasienter med alvorlige psykiske lidelser er dobbelt så utsatt for hjerte og karsykdommer som normalbefolkningen. Det kan derfor bety at psykiatriske pasienter kan forvente en betydelig helseeffekt kun ved

30 minutter fysisk aktivitet daglig, slik også helsedirektoratet fremhever i aktiviteshåndboken og ”dine30” kampanjen. Moe (2011, s. 203) skriver om fysisk aktivitet;

”Obligatorisk fysisk aktivitet, som i utgangspunktet er forankret i en behandlingskultur og tilrettelagt av fagpersoner, vil gjøre det lettere for mange”.

Sørensen (1998) skriver at grunnen til at fysisk aktivitet ikke blir fullstendig akseptert i et behandlingsopplegg, er fordi kulturen i psykiatriske sykehus ikke har fokusert på det og at det heller ikke tradisjonelt har blitt jobbet systematisk med å få det til. Sørensen (1998) skriver videre at det er mange faktorer som spiller inn på motivasjon. Pasientenes holdninger avhenger av innstillingene i institusjonen, som igjen påvirkes og avhenger av hva samfunnet legger vekt på (ibid). Hvordan motivasjon og personalets holdninger påvirker til fysisk aktivitet, drøftes imidlertid nærmere i de følgende kapitlene.

4.3 Motivasjon og mestring

Motivasjon og mestring er sentrale temaer som informantene er opptatt av i intervjuene. 17 av 22 informanter nevnte at lite motiverte pasienter er den største utfordringen i forhold til fysisk aktivitet og psykisk lidelser. Funn i de studerte postene, kan tolkes i retning av et behov for å utarbeide gode motivasjonsstrategier, slik Moe (2011) fremhever. 5 av 22 informanter kunne vise til motivasjonsteknikker som blant annet bygger på å gi pasientene en opplevelse av mestring og 9 av 22 informanter viste til informasjon om helsemessige gevinster.

”Jeg viser til de positive effektene fysisk aktivitet gir, saklig og enkel info om helsegevinster. Spør om de tidlige har vært fysisk aktive, og prøver å få de til å huske hvordan det kjentes ut –i alle fall etter at man har vært aktiv. Sier at fysisk aktivitet kan være så mangt, og prøver å finne ut av hva hver enkelt kan ha glede av” (Fysioterapeut, akuttpost).

Alle informantene peker på en sammenheng mellom fysisk aktivitet, motivasjon og mestring. 7 av 22 informanter fortalte at personalet i stor grad deltok i fysisk aktivitet sammen med pas. om god deltakelse i aktivitetene blant personalet. Moe (2011) vektlegger betydningen av sosial støtte og skriver at helsepersonell som selv er

motivert, lettere vil kunne oppnå respons hos pasientene. Hun hevder også at fellesskap og tilhørighet har stor betydning i forhold til motivasjon (ibid). Antonovsky (2000) og Bandura (1997) definerer også sosial støtte som en avgjørende mestringsressurs og mener den vil kunne bidra til en mobilisering av egne ressurser. Helsepersonell kan fungere som sosial støtte for å tilrettelegge, veilede, styrke pasientenes tro på egne ressurser og skape mulighet for mestring av fysisk aktivitet.

”Jeg tenker alltid på han gymlæreren du hadde når du var liten som stod på sidelinjen og ba oss løpe i ring. Det er det jeg vil kalle verdens minst motiverende person. Så tenker jeg hva er det som motiverer meg, det er jo ofte når noen leder an. At man ikke er passiv selv da, det tror jeg er det dummeste man kan gjøre. Man må være den som hiver seg uti det først for å vise at dette her er ok og gøy da” (Vernepleier, langtidspost).

Det var ingen av informantene som informerte om systematisk bruk av motivasjonsstrategier, men til sammen 11 av 22 informanter hadde imidlertid gode erfaringer med en form for kartlegging av både pasientens tidligere erfaringer og følelser knyttet til fysisk aktivitet. En informant nevnte at det som hadde betydning for fysisk aktivitet, var om pasientene ”eide” motivasjonen eller ikke. Moe (2011) skriver at utfordringene med fysisk aktivitet i forhold til psykiske lidelser er å få i gang endringsprosesser. Hun anbefaler en utarbeidet motivasjonsstrategi, eksempelvis en motivasjonssamtale (Moe, 2011). Funn i studien indikerer at det kan være et stort behov for å finne egnede motivasjonsstrategier i forbindelse med motivasjonsarbeid. For at pasienter skal finne en indre motivasjon, synes det å være av betydning at aktivitetene vokser ut av noe de har vært med på å bestemme selv. På denne måten oppleves aktiviteten både meningsfull, håndterbar og forståelig.

”Vi har jo pasienter som stort sett er her i 3 måneder, men noen kan jo være opptil ett år og veldig mange kommer jo igjen og igjen. Men vi ser at det er viktig at pasientene eier motivasjonen for at de skal fortsette med fysisk aktivitet da” (Ergoterapeut, langtidspost).

Mestringsforventninger sier noe om ens egen tro på å utføre en spesifikk oppgave og det påvirker selvbilde. Det vil si, jo sterkere tro på at du får til en oppgave, desto sterkere sannsynlighet for at du får det til. Mestringsforventning kan sammenliknes med motivasjon ved at det gir energi og vil da kunne påvirke innsatsen man legger i aktiviteten og hvordan man vil møte motgang. 5 informanter gav uttrykk for at de var

opptatt av at pasientene skulle oppleve mestring og la stor vekt på at personalets forventninger måtte stå i forhold til pasientenes forutsetninger. På denne måten tilstreber man at den fysiske aktiviteten utløser positive følelser hos pasientene som i følge Bandura (1997) igjen vil øke deres mestringsforventning. 2 informant var opptatt av å gi tilbakemeldinger, mens 3 av informantene var opptatt av å tilrettelegge for pasienter som eksempelvis opplevde fellesaktiviteter vanskelig og i stedet finne individuelle alternativer til fysisk aktivitet.

”Vi forsøker å finne alternativer til fellesaktivitetene dersom de er problematiske” (Enhetsleder, akuttpost).

1 informant pekte på hvordan Treningsklinikken var et sosialt tilbud hvor likesinnede trente sammen på tilsvarende like måter. 3 informanter uttrykte viktigheten av å dempe angst hos pasientene i forkant av trening, eksempelvis ved å informere om hvordan kroppen reagerer på trening og at høy puls nødvendigvis ikke trenger å være farlig, men kun et resultat av at kroppen jobber. Dette er alle forutsetninger som kan stemme overens med forutsetningene som Bandura (1997) også gav.

Forståelighet er én av dimensjonene i teorien om OAS. Forståelighet sier noe om stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser er strukturerte, forutsigbare og forklarlige (Langeland, 2011). Det vil derfor være av betydning for en pasients OAS at personalets forventninger samsvarer med pasientens funksjonsnivå.

For at endring skal skje, holder det i følge sosial kognitiv teori ikke bare med personlige faktorer. Det må være en interaksjon med sosiale faktorer. En av informantene nevnte at mange pasienter fant motivasjon ved at trening var organisert i et ”ordentlig tilbud” i forbindelse med Treningsklinikken.

”Vi trener ikke med pasientene på treningsklinikken for det er litt mer sånn proft opplegg. Det er jo noe bra med det, en fysioterapeut som legger til rette og det er jo litt status over det som er motiverende. En ordentlig ”trener” som legger et opplegg. De er jo flinke til å se hvor man skal starte. Det er få som backer ut. Vi er nå heldige som har den treningsklinikken, det må jeg jo si. Det er jo med på å motivere oss i post også, det at vi har et seriøst tilbud som virkelig er seriøst. Det er det. Flinker folk som brenner for det de gjør, det er med på å farge oss også”.

Dette eksemplet illustrerer også det Sørensen (1998) skriver om hvordan institusjoner kan legge til rette for motivasjon, både i forhold til pasienter og personal. Kanskje ikke alle avdelinger har midler og anledning til å starte treningsklinikker, men alle avdelinger burde kunne innhente kunnskap på området, blant annet i form av konsulenthjelp som Sørensen (1998) påpeker, slik at man kan undervise og veilede personal i hvordan man kan påvirke motivasjonen til pasientene gjennom tilrettelegging. Eksemplet belyser også den viktigste komponenten i OAS, meningskomponenten, ved at den fysiske treningen kjennes utfordrende og verdt investering og engasjement (Antonovsky, 2000).

”Spesielt på Treningsklinikken så ser de fremgangen ved at de dokumenterer resultatene for hver gang. Og ser kanskje at det blir enda bedre til å være med på fellesaktiviteter for hver gang når kondisjonen går opp” (Ergoterapeut, langtidspost).

Dette kan igjen forklare hvorfor flere pasienter ønsker å opprettholde treningen på treningsklinikken etter utskrivelse, ved at en pasients mestringsforventning vil øke som følge av gode erfaringer knyttet til en fysisk aktivitet. Det samme gjelder Aktiv På Dagtid. 2 av akuttpostene som aktivt benyttet seg av dette lavterskeltilbudet, fortalte at pasientene opprettholdt treningen der selv etter utskrivelse fra akuttpost.

4.4 Ressurser

Ett sentralt funn denne studien handler om ressurser og da spesielt betydningen av *ildsjeler*. En av informantene kunne fortelle om lange tradisjoner med fysisk aktivitet på akuttpost og nevnte at det i sin tid var en overlege som aktivt gikk inn for dette. I tillegg kunne informanter ved ytterligere to helseforetak informere om tilbud av fysisk aktivitet som hadde vokst frem som et resultat av *ildsjeler*.

”Treningsklinikken startet tilbake i 2005, 2006. Det startet med at en overlege og en fysiolog ønsket et prosjekt om fysisk trening/kondisjonstrening og styrketrening med schizofrene pasienter. Det foregikk i et kjellerlokale på en post, så ville de gjerne flytte på det og prøve å få det mer i permanente former. Jeg traff disse tilfeldigvis ut i parken her og da spurte de meg om hva jeg tenkte om å overføre dette prosjektet til fysioterapeutlokalet. De lokalene stod ledige på grunn av omorganisering, så på bakgrunn av tomme lokaler, et positivt og spennende prosjekt, så sa jeg ja!” (Fysioterapeut, Treningsklinikken).

”For tre år siden tok en av våre hjelpepleiere en videreutdanning og gjorde et prosjekt som het (betydningen av fysisk aktivitet for psykisk syke) og da fikk vi mye mer fokus på det og vi har tilrettelagt for flere treningsapparater i posten som blir brukt mye. Og vi har fått etablert et treningsrom i underetasjen som både er for pasienter og for personalet” (Enhetsleder, akuttpost).

I en av akuttpostene fortalte en av intervjupersonene om et prosjekt de hadde for 2 år siden. Dette var et prosjekt som handlet om å innlemme ulike former for aktivitet, deriblant fysisk aktivitet i en akuttpost. Prosjektet vokste frem som et resultat av ildsjeler mente aktivitetsnivået var blitt redusert og delvis lagt ned og at det derfor var behov for å sette i gang nye tiltak. Fokuset på aktivitet ble mindre som følge av dette. Prosjektet pågikk i tidsrommet mellom 2009-2012. Det ble satt sammen en prosjektgruppe. Personalet var kreative i prosjektprosessen ved å søke om pengestøtte hos mange ulike aktører. Prosjektet innebar fellestur, ballaktiviteter, maling, trommekurs og diverse uteaktiviteter og i motiveringsarbeidet ble det lagt vekt på planlegging og kartlegging. Personalet ved denne akuttposten kunne fortelle at prosjektet opplevdes positivt blant pasienter og personal. Selv om de aktivitetene som pågikk under prosjektet ikke lenger tilbys i dag, forteller 2 informanter fra posten om økt fokus på fysisk aktivitet i behandlingstilbudet, som følge av erfaringene fra dette prosjektet.

”Nå er det alltid et tema i hvert fall på pasienter som blir inneliggende noen dager hos oss også. Gjennomsnitt liggetid er veldig lav, så de som kun er to-tre dager der rekker vi sjelden å sette i gang noe sånt, men for den gruppa som er litt lenger, så tenker vi treningsklinikk og ukeplaner brukes for å systematisere det med trening og aktivitet” (Enhetsleder, akuttpost).

Enhetsleder ved denne posten forklarer at prosjektet vanskelig lot seg implementere i den daglige driften etter prosjektets avslutning. Dette begrunnet han med at midlene til igangsetting og drift av prosjektet etter en tid opphørte. Disse midlene var viktige for å få leid inn ekstra personal. I tillegg trakk han at en av ildsjelene fra prosjektet sluttet. Dermed var det få ansatte som hadde motivasjon til å drive arbeidet videre.

”Så trenger man to-tre som er der, ildsjeler, folk som er opptatt av det. Sånn er det jo med andre ting man holder på med og.. Hvis man ikke har noen der som pusher litt på, så har det en tendens til å falle bort” (Enhetsleder, akuttpost).

Disse funnene støtter Moe (2011) sitt argument om betydningen av ildsjeler. Hun har gjennom flere år erfart viktigheten av deres tilstedeværelse og anser dette i likhet med positiv ledelse og gode treningsopplegg, som en nødvendig rammebetingelse (ibid).

En positiv ledelse blir også definert av Moe (2011) som en nødvendig rammebetingelse for at fysisk aktivitet skal forankres i et behandlingstilbud. En av akuttpostene kunne vise til et eksempel hvor positiv ledelse synliggjorde seg gjennom tilrettelegging og økonomisk støtte.

”En av våre hjelpepleiere tok en videreutdanning og gjorde et prosjekt som het betydningen av fysisk aktivitet for psykisk syke. Da fikk vi mye mer fokus på det og vi har tilrettelagt for flere treningsapparater i posten som blir brukt mye. Studiet gikk på deltid og avdelingen betalte” (Enhetsleder, akuttpost).

Alle de tre dimensjonene som til sammen utgjør SOC (begripelighet, håndterbarhet og mening) er i følge Langeland (2011) i et gjensidig samspill. Dette ”spenningsforholdet” kan sammenliknes med interaksjonen i sosial kognitiv teori, der individet og miljøet gjensidig påvirker hverandre, i hensikt å fremme atferd.

Eksemplet med økonomisk støtte, kan tolkes som facilitering. Avdelingen bidrar med ressurser som gjør det mulig for personal å ta videreutdanning innen området fysisk aktivitet og psykisk helse. Dette resulterer i økt kunnskap blant personal som kan tolkes som en miljømessig endring. I følge sosial kognitiv læringsteori, kan miljømessige endringer underlette atferdsendring (Mcalister, Perry og Parcel, 2008).

Ved siden av ildsjeler og positiv ledelse, er det også i følge Moe (2011) nyttig med gode treningslokaler og enkle treningsopplegg for å kunne få flest pasienter i fysisk aktivitet. Ett av helseforetakene skiller seg ut på dette området. Treningsklinikken på Østmarka, St Olavs Hospital, i Trondheim tilbyr som eneste i Norge systematisert trening i form av 4x4 intervaller. Fysioterapeuten, som til daglig jobber der, legger vekt på at opplegget ved Treningsklinikken er bygd opp av enkle prinsipper.

” Når pasientene kommer hit får de først informasjon om våre behandlingsmetoder, intervaller. Det er veldig enkelt det vi holder på med her, sånn at det er sikkert mange som ikke tenker at det kan kalles behandling engang” (Fysioterapeut, Treningsklinikken).

Gode treningslokaler er et annet eksempel på hvordan miljøet, gjennom facilitering, kan gjøre det lettere for psykiatriske pasienter å komme i gang med fysisk aktivitet. Alle helseforetakene i min studie hadde rom for fysisk aktivitet, ikke alle hadde det i selve posten, men andre steder på huset. Én av avdelingene hadde også treningsapparater, blant annet ergometersykel, ellipsemaskin og lignende stående synlig i posten, slik at det skulle være lett for pasientene å benytte seg av de. En annen avdeling kunne fortelle om hvordan de fant muligheter til trening også for pasienter som var i behov av skjerming, det vil si når pasienter av behandlingsmessige årsaker er isolert fra resten av pasientene.

”De dårligste pasientene får også tilbud om fysisk aktivitet. Hvis de har skjermingsstatus kommer jeg inn og tilbyr styrkeøvelser og lignende. Vi har også en ergometersykel vi kan ta med inn, i tillegg til ulikt utstyr som balanseputer og baller. For de som ikke er skjermingstrengende, men som har innskrenket utgang, så har vi et lite treningsrom med tredemølle og sykkel og noen vekter” (Fysioterapeut, akuttpost).

Sistnevnte eksempel belyser en av rammebetingelsene Moe (2011) fremhever som viktig. Hun vektlegger en betydning av spesialutdannet personal. 4 av 6 avdelinger har ansatt ergoterapeuter og fysioterapeuter til å drive fysisk aktivitet blant pasientene. Den ene langtidsposten har én fysioterapeut i 60% prosent stilling i tillegg til to ergoterapeuter i 100% stilling. Den andre langtidsposten har tre ergoterapeuter i 2x80% og 1x50% stilling. Den ene akuttposten har både ergoterapeut og fysioterapeut ansatt i 100% stilling, mens den andre akuttposten har 1 ergoterapeut i full stilling i tillegg til et personal med videreutdanning innen fysisk aktivitet for psykisk syke. Den tredje akuttposten har ingen ressurspersoner innad i personalgruppen, men har tilgang på fysioterapeut i forbindelse med svømming x2 i uken. Den siste akuttposten kun har tilgang på fysioterapeut gjennom tilbudene på Treningsklinikken.

Informanter ved to av akuttpostene synliggjør utfordringer med ressurser i forhold til fysisk aktivitet på grunn av voldsrisiko blant pasientene og sikkerhetshensyn.

”Men, det handler litt om prioriteringer i en akuttpost og alt vi skal gjøre, samme hva det er, tar ressurser. Og da har vi den utfordringen at vi sliter med å planlegge.. For i dag kan det være veldig romslig også i morgen kan det være 2-3 nye pasienter. Og hvis de utfordrer oss i forhold til sikkerhet og voldsrisiko og sånt.. da tar det voldsomt med ressurser. I forrige uke så hadde vi 1 pasient på skjermet med 5 mann rundt seg. Da blir det vanskelig å få gjort

alle de andre tingene, og da er det mye mer enn trening og tur ut som blir nødt til å vike” (Enhetsleder, akuttpost).

”Utfordringene er jo og at mange av pasientene må ha med seg personalet, at det blir en sånn ressurs-ting.. Og det er ikke alltid det fungerer å gjøre ting i gruppe, fordi pasientene er for dårlige og har spesielle behov. Noen er nødt til å gjøre ting alene eller sammen med et personal. Det kan være sikkerhetsmessige årsaker, det kan være vanskelig å gå utenfor avdelingen. Tenker på at dem er veldig syke, at det kan være fare for blamering og rømming eller at de skader seg selv eller andre. Ja og ressurser i forhold til personal og da, det tar jo opp et personalet.. med tanke på oppfølging og at man skal bli med” (Sykepleier, akuttpost).

1 av 10 informanter ved langtidspostene begrunnet lite organisert fysisk aktivitet med utfordringer i forhold til lokaliteter.

”Rent konkrete utfordringer her på huset er rett og slett lokaliteter. Jeg har dypt savnet en gymsal i de årene jeg har vært her. Fungerende gymsal. Som man hadde hatt tilgang til å spille ballspill og den type aktiviteter. Så det skulle jeg gjerne sett at man hadde satset litt på” (Psykiatrisk sykepleier, langtidspost).

Personellet i postene legger stor vekt på betydningen av ressurser som; spesialutdannet personal, eksempelvis fysioterapeut og ergoterapeut, ildsjeler, gymsal, større treningsrom med flere treningsapparater. Imidlertid er det interessant å merke seg hvordan Treningsklinikken beskriver ressurs-situasjonen i oppstarten av dette behandlingstilbudet.

”Vi startet i det små med tre apparater og et lite kjellerlokale og det fungerte utmerket” (Fysioterapeut, Treningsklinikken).

Dette illustrerer ressurser ikke er avgjørende for å utvikle og innlemme et omfattende og strukturert tilbud til fysisk aktivitet som del av et integrert behandlingstilbud.

4.5 Holdninger og kunnskap

Når det gjelder personalets holdninger til fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke, tyder funn i studien på en at fysisk aktivitet er personavhengig og tilbys i ulik grad.

”Jeg gjorde et fremstøt ved post NN etter jeg tok videreutdanning og hadde hatt praksis på en døgnpost der de hadde morgentrim. Og det fikk jeg da til å innføres på morgen her og det varte vel et halvt års tid før det ble borte. Det var ikke alle kollegaer som synes det var like ok å prioritere tid til det. Også var det litt utfordrende i forhold til pasientgruppa vi hadde og. At de som absolutt hadde lyst til å være med på dette ikke fikk lov og de som fikk være med på dette, de holdt senga” (Miljøterapeut, akuttpost).

9 av 22 informanter pekte på utfordringer i forhold til holdninger i personalgruppen angående fysisk aktivitet. På 1 av akuttpostene ble det nevnt at enkelte i personalgruppen ikke anså fysisk aktivitet som sin oppgave og rettet det mer mot fysioterapeuter og ergoterapeuter. Funn i studien indikerer at fysisk aktivitet også var personavhengig ved langtidspostene.

”Vi har morgentrim hver dag. Et sånt 5-15 minutters opplegg hvor alle som er med gjør en øvelse hver, som stort sett består av personalet. Men det hender vi får engasjert en pasient eller to. Det skal i prinsippet gjennomføres hver morgen, men det er ikke alltid det blir gjennomført, kanskje 3 av 5 ukedager. Det kommer veldig an på hvem som har ansvar” (Psykiatrisk sykepleier, langtidspost).

”Jeg tror at det er litt sånn at de folkene som er opptatt av fysisk aktivitet selv, de er også opptatt av de på pasientenes vegne. Men klart, alle må gjøre jobben sin hvis man sier at det er en pasient som skal sånn og sånn. Men, jeg tror nok at det er en sånn ekstra drive hos de som er opptatt av trening kanskje. Litt sånn er det” (Overlege, langtidspost).

Moe (2011 s. 199) skriver at motivasjon smitter og praktiseres best av de som selv er motivert og at personalets holdninger påvirker pasientene. Hun sammenlikner fysisk aktivitet i psykiatrien som en ”grasrotbevegelse”, fordi det er enkeltpersoner rundt pasientene som gjerne har ansvaret for de fysiske aktivitetene (Moe, 1998). Hun hevder og at ildsjeler, eller personell som er opptatt av fysisk aktivitet og ser nytten av fysisk aktivitet, er en nødvendig rammebetingelse for å komme i gang med fysisk aktivitet i post (Moe, 2011).

Funn i denne studien viser at holdninger til fysisk aktivitet er knyttet sammen med kunnskap, og det er også derfor jeg har valgt å la begge disse begrepene representere samme kategori. Det var spesielt rundt spørsmål om motivasjonsarbeid at sammenhengen mellom kunnskap og holdninger var stor. 6 av 22 informanter fortalte at de holdt seg oppdatert på evidensbasert kunnskap i forhold til fysisk aktivitet og

psykiske lidelser, noe som kan gi grunn til å anta at personalets kunnskap om fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke er lite utbredt. Fysisk aktivitet representerer i følge Martinsen (2004) en hjelp til selvhjelp og det er viktig at personal støtter, oppmuntrer og oppfordrer til at pasientene kan ta gode valg i forhold til fysisk aktivitet.

1 av akuttpostene skiller seg noe fra de andre postene med tanke på holdninger i forhold til fysisk aktivitet. 3 informanter ved denne posten oppgir at en av grunnene bak et lite utbygd tilbud om fysisk aktivitet, er mangel på motivasjon hos personalet.

”Den største utfordringen er som regel personalet. Motivasjonen til faktisk å bidra og å være med på det” (Enhetsleder, akuttpost).

Dette viser at personalets motivasjon er en utfordring i innlemmelse av fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud. Teorien om OAS og sosial kognitiv teori fokuserer begge på at sosiale faktorer har innvirkning på atferdsendring. Personal kan tolkes som sosiale faktorer. Personal kan støtte, veilede og bidra til mestring gjennom fysisk aktivitet. Enhetsleder ved en av akuttpostene så seg imidlertid nødt til å skrinlegge et tilbud om gåturer på grunn av manglende samarbeidsvilje hos personalet. Hun forklarte at det ofte ble diskusjon rundt hvem som skulle ha ansvaret for gåturene.

”Og det ble en sånn kamp som jeg bare la på is rett og slett. Hvis ikke så tror jeg det ville vært en diskusjon hver tirsdag og hver torsdag og en ugrei stemning på en måte. Så da har jeg valgt noen andre kamper i stedet for” (Enhetsleder, akuttpost).

Enhetslederen fortalte videre at hun ikke trodde motforestillingene gikk på at personalet ikke trodde fysisk aktivitet hadde noe for seg, men mer at pasientene ble ansett som *for* syke eller at de ikke kom seg opp om morgenen. Med andre ord forklarer enhetslederen at personalets manglende vilje til å motivere pasienter til fysisk aktivitet ble begrunnet med pasientens helsetilstand. Samtidig viser denne empirien at kunnskap er tett koblet til holdninger hos personalet og at motivasjonsarbeid både må baseres på kunnskap, holdninger og vilje.

1 av akuttpostene hadde et tilbud til pasientene om svømming to ganger i uken i en svømmehall lokalisert i nabobygget. I samtalene med fire av informantene i denne

posten, var det ingen som nevnte dette tilbudet når de skulle beskrive tilbud og omfang av fysiske aktiviteter i posten. Det kan tolkes som at personalet som ble intervjuet ikke hadde kjennskap til at et slikt tilbud om fysisk aktivitet eksisterte. Informasjonen om dette tilbudet kom frem i samtale med en informant på ledernivå. Det viser hvor viktig det er at personalet i postene kjenner til og er informert om hvilke behandlingstilbud knyttet til fysisk aktivitet som eksisterer i postene. Funn i studien viser også at til tross for evidensbasert kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk syke pasienter, er likevel deltakelse til fysisk aktivitet blant pasientene en utfordring. Begge overlegene på to av akuttpostene sier de er kjent med at fysisk aktivitet har positiv effekt på blant annet angst og depresjonsproblematikk. Den ene overlegen forteller også at han tror mange av pasientene ville hatt godt av fysisk aktivitet. Derimot fremhever begge overlegene utfordringer i forhold til å innlemme fysisk aktivitet i akuttpsykiatrien og sier det ofte blir nedprioritert i forhold til andre behandlingsformer. Begge overlegene er også opptatt av personalets rolle i forhold til å motivere til fysisk aktivitet, uten at de selv har så mye fokus på det i pasientsamtaler. Dette viser at behandlerne har kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet, samtidig som de erkjenner å nedprioritere dette i pasientsamtaler eller i forhold til andre behandlingsformer.

”Det er vel en tendens at, det tror jeg generelt behandlerne her på hele huset, at det er sykepleierne som er driverne i forhold til mer aktivitet da.. Vi glemmer det for vi er opptatt av andre ting.. Diagnostikk, medisiner, skjemaer og sånt da” (Overlege, akuttpost).

”Ja, jeg tror med litt mer fokus så og litt mer innsats fra personalet så hadde nok ikke vært så vanskelig å få til mer enn vi gjør i dag. Men, det å få personalet til å ta på seg joggesko å løpe... Det burde jo vært mulig, men det blir sånn terskel igjen; skal vi drive med det?” (Overlege, akuttpost).

Sitatene illustrerer at kunnskap alene ikke nok, men at dette også henger sammen med holdninger. Moe (1998 s. 82) skriver at fysisk aktivitet blir ansett som fritidsaktiviteter og at det er lite integrert i den øvrige behandlingen. Dette fører til en lite faglig og systematisk tankegang (ibid). Moe (2011) argumenterer også for at det er vanskeligere å motivere pasientene dersom personalgruppen ikke klarer å ha en felles holdning. Skal helsepersonell samarbeide på tvers av profesjonene, kan det være viktig at alle støtter opp under de tiltakene en mener er riktig i forhold til

behandling. Det kan bety at det er like viktig at en overlege vektlegger betydningen av fysisk aktivitet, som miljøpersonalet. 3 av 22 informanter nevnte betydningen av observasjoner i forhold til fysisk aktivitet. De eksemplifiserte både hvordan pasientene oppleves i samspill med andre og om de klarer de å konsentrere seg om aktiviteten. Dette er viktige observasjoner som kan være av betydning diagnostisk sett. Moe (1998) hevder at en forutsetning for å lykkes med fysisk aktivitet over tid, er at behandlingsapparatet jobber ut i fra en helhetlig tilnærming, der fysisk aktivitet også inngår.

For at daglig fysisk aktivitet i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger, skal innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud, kan eksempelvis obligatorisk undervisning om temaet i postene være en løsning. På avdelingsnivå innebærer dette å legge til rette for kunnskapsløft enten i form av intern- eller eksternundervisning på selve institusjonene. 5 av informantene fra 2 poster, henholdsvis 1 langtids- og 1 akuttpsykiatrisk post, informerte at arbeidsgiver tilbød internundervisning i forhold til fysisk aktivitet og psykisk helse jevnlig. 1 av informantene på akuttpost tilknyttet et annet helseforetak etterlyser nettopp internundervisning om betydningen av fysisk aktivitet for psykiske lidelser. Obligatorisk undervisning kan kanskje gi et signal om at temaet er et viktig satsingspunkt fra avdelingsnivå.

Moe (2011 s.) mener at ildsjeler er undervurdert og en nødvendig ressurs for å komme i gang med fysisk aktivitet i post. Funn i studien viser at ildsjeler er av stor betydning, (se kap. 4.4). Det man imidlertid kan stille et spørsmålstegn ved, er om ildsjeler er tilstrekkelig for å ivareta og tilrettelegge for fysisk aktivitet som del av et integrert behandlingstilbud. Dersom behandlingen i psykiatriske poster ikke innlemmer tilbud om fysisk aktivitet som del av strukturert behandling, men baserer seg på at en eller to ildsjeler som tilfeldigvis jobber i posten skal drive frem dette tilbudet kan det tenkes at tilbud om fysisk blir tilfeldig, sårbart og i liten grad innlemmet som del av behandlingsprosedyrer og behandlingskultur. Funn i denne studien indikerer at i de postene hvor tilbudet om fysisk aktivitet er strukturelt innlemmet som del av behandlingen, eksisterer det en større bevissthet og behandlingskultur i forhold til betydningen av fysisk aktivitet. Det kan tyde på at ildsjeler ikke er tilstrekkelig som nødvendige rammebetingelser, men at omfang av

tilbud om fysisk aktivitet i stedet kan forklares ut i fra personalets kunnskap, holdninger og vilje.

5 Konklusjon

5.1 Svar på problemstilling

Fysisk aktivitet er innlemmet som del av et helhetlig behandlingstilbud på samtlige poster i denne studien. Imidlertid er det stor variasjon i hvilke aktiviteter det tilrettelegges for, hvor mye tid som settes av til fysisk aktivitet og hvordan personalet arbeider med å støtte og motivere pasienter til å delta i ulike aktiviteter. Aktivitetene som tilbys varierer fra individuelle gåturer, fellestur, svømmetrening, ballaktiviteter, styrketrening, individuelle konsultasjoner med fysioterapeut eller ergoterapeut, til systematisk intervalltrening i en treningsklinikk tilknyttet psykiatriske poster. I 3 av 6 poster stilles det et krav til pasientene om at de skal delta på de fysiske aktivitetene som postene tilbyr og 4 av postene sier de har innlemmet fysisk aktivitet som eget punkt i behandlingsplanene. I 3 poster fremstår tilbudet om fysisk aktivitet allikevel som personavhengig, avhengig av hvem som er på vakt. Det er imidlertid bare 2 av 6 poster som har innlemmet fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet om 30 minutter fysisk aktivitet daglig. Studien viser at personalet ikke jobber systematisk med å motivere pasienter til deltakelse i fysisk aktivitet. 5 av 22 informanter oppgir allikevel å kartlegge pasientens tidligere erfaring og følelser i forbindelse med fysisk aktivitet, mens 9 av 22 informanter er opptatt av å formidle informasjon om positive helseeffekter til pasientene. Selv om funnene viser atomfanget av fysisk aktivitet varierer mellom de ulike postene, tilbyr samtlige av postene fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud for alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten.

5.1.1 Brukermedvirkning i et helhetlig behandlingstilbud

Funn rundt brukerperspektivet viser at det er grunn til å anta at pasientenes krav til medvirkning blir tatt til hensyn til av avdelingene. 4 av 6 poster i studien viser til gode eksempler på hvordan brukermedvirkning blir tatt til følge og hvordan spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommune for å sikre pasientene et lokalt tilbud i forhold til fysisk aktivitet også etter utskrivelse. 2 av akuttpostene jobber i

utstrakt grad med Aktiv På Dagtid, mens begge langtidspostene jobber aktivt med kartlegging i forhold til ressurser i lokalsamfunnet som pasientene kan finne av interesse. Den ene langtidsposten har ukesamlinger hver fredag sammen med behandler-team og personal, hvor pasientene leder an møtene. På disse møtene fremmes blant annet forslag om hvor neste ukes fellestur skal gå, samt hvilke ballspill som skal prioriteres i kommende uke. Ulike hjelpeinstanser fra kommunene kan også komme å presentere seg, slik at pasientene blir sikret informasjon om hvilke tilbud kommune kan tilby etter utskrivelse. Tilbudene som da blir presentert kan gjelde alt fra fysisk aktivitet til sosiale møteplasser og andre lavterskeltilbud.

5.1.2 Betydningen av personalets veiledning

Funn indikerer at personalet ikke benytter en salutogen tilnærming for å øke pasientens opplevelse av mestring med den hensikt å fremme motivasjon til fysisk aktivitet. Til sammen 12 av 22 informanter vektlegger imidlertid betydningen av sosial støtte fra personalets side, både i form av verbal oppfølging, tilrettelegging og fysisk tilstedeværelse og deltagelse sammen med pasientene i fysiske aktiviteter.

5.1.3 Pasientens ansvar for egen helse

Med utgangspunkt i empowerment-tenkningen og helsepolitiske føringer fra myndighetene, har enkeltindividene et betydelig ansvar i forhold til egen helse. Funn i studien viser imidlertid at tilbud om fysisk aktivitet i liten grad blir etterspurt av pasientene selv. Personalet må derfor i stor grad både oppfordre og motivere pasientene til å delta i fysiske aktiviteter. Dette indikerer at empowermentteoriens forklaringskraft i forhold til forventningen om bemyndiggjørelse og ansvar for egen helse har sin begrensning i denne studien. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser innlagt i spesialisthelsetjenesten vil prinsippet om ansvar for egen helse være mindre aktuelt noen faser av sykdomsperioden og i deler av behandlingen.

Informantene beskriver en form for «vennlig dulting» hvor pasientene dultes i riktig retning, en mellom ting mellom ytterpunktene av individuelt eget ansvar gjennom bemyndiggjørelse eller det å tvinge dem til fysisk aktivitet. Det handler om å legge til rette for gode valg, selv om det skulle innebære en viss manipulasjon, men at dette er bedre enn å fatte et tvangsvedtak som umyndiggjør pasientene. Funn i studien viser også at de er i behov for veiledning og tilretteleggelse fra personal for å få det til.

Samtlige informanter understreker at det er snakk om et tilbud om fysisk aktivitet, og at de til tross for sterke oppfordringer presiserer at tilbudet er frivillig.

5.1.4 Betydningen av motivasjon

17 av 22 informanter oppgir at motivasjon er det den største utfordringen ved arbeidet med fysisk aktivitet og psykiske lidelser. 9 informanter viste til informasjon om helsemessige gevinster, men ingen informanter oppgir å systematisk bruke motivasjonsstrategier med tanke på å motivere pasientene til deltakelse i fysisk aktivitet, som Moe (2011) hevder er viktig. Informanter ved 4 ulike avdelinger bruker imidlertid en form for kartlegging av pasientens ressurser og 11 informanter er opptatt av å fange opp pasientens forhold og erfaring knyttet til fysisk aktivitet, uten at det foreligger noen videre strategisystematikk. Kun 6 informanter oppgir til å holde seg oppdatert på evidensbasert kunnskap. 3 informanter er opptatt av å tilrettelegge dersom fellesaktivitetene er problematiske, mens 5 informanter oppgir at de deltar på den fysiske aktiviteten sammen med pasientene. Motivasjon til å drive fysisk aktivitet er varierende. Motivasjonsarbeidet for å få pasienter motivert til å drive fysisk aktivitet er varierende. I forhold til motivasjonsarbeid viser funnene i denne studien betydningen av sammenhengen mellom kunnskap og holdninger. I 1 av postene påpeker informantene at personalets holdninger til fysisk aktivitet er veldig varierende og er hovedårsak for at et tilbud om strukturerte gåturer nå er borte. 2 informanter forklarer at personal som er opptatt av å være i fysisk aktivitet, også er opptatt av det på pasientens vegne.

5.1.5 Betydningen av å øke pasientens mestringsforventninger

Funn i studien viser at det ikke benyttes mestringsstrategier systematisk. 5 av 22 informanter vektlegger allikevel mestringsbegrepet og mener det er av betydning at personalets forventninger ikke overgår pasientenes forutsetninger. Det vil med andre ord si at listen må ligge lavt i forhold til hvilke ambisjoner det vil være naturlig for personal å ha i ulike fysiske aktiviteter. Sosial støtte i form av personalets tilstedeværelse under den fysiske aktiviteten trekkes frem av 7 informanter.

5.2 Teoriens forklaringskraft

5.2.1 Teorien om OAS

Antonovskys teorier om OAS gav delvis forklaring til mine funn. Antonovsky setter i likhet med myndighetene et stort krav til individet om å ta vare på egen helse. Selv om det står skrevet i folkehelseloven at ett av dens formål er å utjevne sosiale ulikheter, skal individet imidlertid tillegges mer ansvar. Det samme gjelder kravet om brukermedvirkning. I likhet med salutogenesen søker brukermedvirkning etter historien fremfor diagnosen. Det innebærer at brukermedvirkning baserer seg i retning av mer dialog og pasientene skal selv finne frem til hvilke behandlingsalternativer som er best for den. Skal man imidlertid ta utgangspunkt i teorien om OAS, vil det si at pasientene selv skal finne sine frem til sine motstandsressurser slik at de kan bevege seg i styrket retning på kontinuumet. Et slikt ansvar stiller et høyt krav til enkeltindividet, uavhengig av utdanningsnivå og sosial posisjon. Det var 5 av 22 informanter som hadde erfaring med at pasientene slev etterspurte mer fysisk aktivitet i behandlingen av sin psykiske lidelse. Kanskje er kravet uoverkommelig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser fordi sykdommen gjør at det kan være vanskelig å vite hva som er det beste for en selv? Derimot kan personalet jobbe etter salutogene tilnærminger som Langeland (2007, 2009) anbefaler, i hensikt å støtte og veilede pasienter til å styrke sin opplevelse av sammenheng. Gjennom kartleggingssamtaler basert på salutogene prinsipper, kan de kanskje på en systematisk måte hjelpe pasientene på vei mot en opplevelse av mestring, helse og velvære.

5.2.2 Sosial kognitiv teori

Sosial kognitiv teori med fokus på mestringsforventning og facilitering, gir også delvis forklaring til mine funn. Sosial kognitiv teori fokuserer på en gjensidig interaksjon mellom individ og miljø. Troen på ens egen kapasitet til å utføre en spesifikk aktivitet er antatt å påvirke hvilke aktiviteter vi velger. Det blir viktig at helsepersonell kan kartlegge, dempe engstelse, verbalt overtale og legge til rette for mestring via sosiale modeller for hver enkelt individ, i den hensikt å øke mestringsforventningene. Mestringsforventning kan sammenliknes med motivasjon og det kan derfor tenkes at det vil virke inn på deltakelse til fysisk aktivitet dersom personal aktivt jobber med å øke hver enkeltes mestringsforventning. Selv om 5

informanter var opptatt av en opplevelse av mestring, er det imidlertid ingen av informantene som oppgir å jobbe systematisk med dette. Facilitering kan forklares ut i fra både ressurspersoner som finnes i 4 av 6 avdelinger samt lokalitetene til samtlige poster. Selv om det er forskjell i kvaliteten på de ulike lokalitetene, eksisterer det rom for fysisk aktivitet i samtlige poster.

5.2.3 Motivasjon for fysisk aktivitet

Moe sine motivasjonsteorier gav god forklaringskraft i forhold til motivasjonsaspektet. Hennes teori om nødvendige og nyttige rammebetingelser støttes i stor grad av funnene i denne studien. For at fysisk aktivitet skal være forankret i et behandlingstilbud ser det ut til å være avhengig av både en positiv ledelse ildsjeler, og at fysisk aktivitet må anerkjennes som behandling. I tillegg er det av betydning at postene har spesialutdannet personal til å drive aktiviteten, i tillegg til gode og enkle treningsopplegg. Moe (2011) hevder også at personalets holdninger påvirker pasientene. Av 22 informanter er det bare 6 som informerer om at de holder seg oppdatert på temaet gjennom evidensbasert kunnskap og ingen informanter oppgir systematisk bruk av motivasjonsstrategier.

Tilgang på ressurser ses på som viktig i forhold til innlemmelse av fysisk aktivitet. En sentral ressurs som har pekt seg frem i studien, som Moe (2011) også hevder er undervurdert, er betydningen av ildsjeler. 2 av 3 helseforetak kan informere at tilbud om fysisk aktivitet har vokst frem av engasjerte personal. Et eksempel som belyser dette best er Treningsklinikken. Treningsklinikken belyser også Moe (2011) sine erfaringer om nyttige rammebetingelser; enkle og gode treningsopplegg. På Treningsklinikken foregår det systematisert intervalltrening i form av 4x4 intervaller og Treningsklinikken er lokalisert vegg i vegg med de psykiatriske avdelingene på Østmarka i Trondheim. Selv om ingen av helseforetakene hadde fravær av fysisk aktivitet, kom det allikevel frem at 4 av 6 poster etterlyste enten kondisjonstrening, internundervisning, ressursperson eller bedre lokaliteter, i hensikt å bedre det allerede eksisterende tilbudet. Det er allikevel interessant å se at ressurser i form av lokaliteter, dog med varierende kvalitet, eksisterer i alle postene innlemmet i denne studien. 9 av 22 informanter peker på utfordringer i forhold til holdninger i personalgruppen angående fysisk aktivitet og 1 avdeling oppgir å ha diskusjoner i forhold til fordeling av ansvar for tilbudet om fysisk aktivitet. Det er og et paradoks at overleger i

akuttpost vedkjenner seg at fysisk aktivitet har positiv effekt på enkelte psykiske lidelser, i tillegg til å innrømme at de prioriterer det bort i forhold til andre behandlingsformer. Disse funnene kan forklare at hverken ressurser, personalets holdninger eller kunnskap alene kan forklare hvordan fysisk aktivitet er innlemmet som del av et helhetlig behandlingstilbud til alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten, ei heller hvordan personal jobber for å motivere. Funn i denne studien viser imidlertid at tilbud om fysisk aktivitet er et resultat både av personalets holdninger, kunnskap og vilje, noe ingen av de valgte teoriene i denne studien fullt ut kan bidra til å forklare.

5.3 Funn i forhold til tidligere forskning

Studien viser at det i de studerte postene ikke er utarbeidet motivasjonsstrategier i forbindelse med å fremme pasientdeltakelse til fysisk aktivitet i psykiatriske sykehusavdelinger. Dette kan tyde på at det kan være et hensiktsmessig tiltak å inkludere motivasjonsstrategi basert på kartlegging fordi informanter peker i retning av at kartlegging kan være en effektiv måte å drive motivasjon på. Denne formen for ”skreddersyng”, kan sammenliknes både med brukermedvirkning og OAS. Langeland undersøkte i 2007 effekten på salutogene terapiprinsipper. Hun fant at behandling i forbindelse med psykiske lidelser bør fokusere på å styrke individenes SOC. Meulen og Haan undersøkte i 2012 hvilke treningsfremmende intervensjoner som kan brukes for å motivere pasienter med schizofreni for å engasjere seg i og videreføre fysisk aktivitet. Studien viser at de intervensjonene som er mest vellykkede er de som setter et mål, involverer en grad av egenkontroll, stimuli og har en behavioristisk terapeutisk tilnærming. For å være mest effektive bør intervensjonene være av moderat til høy intensitet og være integrert i det daglige livet (Meulen og Haan, 2012). Langeland (2007) konkluderte med at helseapparatet innen psykisk helsearbeid bør fokusere på å styrke pasientens opplevelse av sammenheng. Det vil si at man må finne en aktivitet som både oppfattes meningsfull, håndterbar og forståelig for pasientene. For at dette skal være mulig, kan pasientene inkluderes i utarbeidelsen av en eventuell treningsintervensjon. Funn i studien peker i retning av at kartlegging kan være en effektiv måte å drive motivasjonsarbeid på. Da får man historien bak hver pasient og det vil antakelig være lettere å finne en aktivitet som passer den enkelte og som forhåpentligvis vil påvirke motivasjonen i positiv retning. Meulen og Haan (2012) fant at treningsintervensjoner rettet mot pasienter med psykiske lidelser

blant annet måtte inneha en grad av egenkontroll samt å ha et mål. Dagens folkehelsearbeid retter seg i stor mot individet og dets omgivelser. Det vil si at ved å drive kartlegging av pasientene kan man hente informasjon både om interesser og om pasientens nærmiljø. Man kan finne ut hvor man skal sette inn tiltak samt definere mål for den fysiske aktiviteten, som for eksempel at man kan finne en aktivitet man kan videreføre i sitt lokalmiljø etter utskrivelse, eksempelvis Aktiv På Dagtid, Treningsklinikk, Treningskontaktordning eller Frisklivsentral. Det viser seg at det er av betydning at en motivasjonsstrategi tar et oppgjør med en passiv pasientrolle i den hensikt å finne en indre motivasjon for fysisk aktivitet.

5.4 Funn som fremkommer som overraskende

Det fremkommer i studien at personalet har varierende holdninger til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke. Intervjuene viser at omfang av fysisk aktivitet er personavhengig i to langtidsposter og 1 akuttpost. 1 akuttavdeling oppgir diskusjoner i forbindelse med ansvarsfordeling i forhold til å drive fysisk aktivitet. Kun 6 av informantene oppgir at de holdt seg oppdatert på evidensbasert kunnskap om effektene av fysisk aktivitet og psykiske lidelser. Et paradoks er at overleger i akuttpost, til tross for kunnskap om effekter av fysisk aktivitet, erkjenner at de ikke fokuserer på dets betydning i sine samtaler med pasientene, men heller legger ansvaret over på miljøpersonalet i post. Fysisk aktivitet kan gi viktige observasjoner i forhold til diagnostisering og for at fysisk aktivitet skal bli ansett som en akseptert behandlingsform, kan det være av betydning i forhold til behandling at hele personalgruppen innehar en felles holdning til fysisk aktivitet.

Konklusjonen viser at fysisk aktivitet er innlemmet som del av et helhetlig behandlingstilbud i alle postene. Det eksisterer imidlertid forskjeller mellom postene i forhold til hvordan fysisk aktivitet innlemmes. Forskjellene er størst ved akuttpostene. Mens to akuttposter tilbyr ukentlig ballspill, styrketrening, samt daglige felles og strukturerte gåturer, har de to andre akuttpostene færre strukturerte tilbud å skille med. Begge disse postene tilbyr individuelle gåturer og trening i en treningsrom tilknyttet institusjonen dersom pasientene ønsker det, men har ingen daglig felles aktivitet i tråd med Helsedirektoratets nasjonale anbefalinger. Ved den ene akuttposten viser det seg å være tilbud om svømmetrening to ganger i uken uten at personalet er tilstrekkelig informert om dette. Det kan tyde på et behov for å utarbeide

bedre rutiner i forbindelse med informasjonsflyt i institusjonen. Begge langtidspostene har ukentlig felles og strukturerte tilbud, men tilbyr heller ikke daglig fysisk aktivitet etter nasjonale anbefalinger. Funn viser derfor at det er akuttposter og ikke langtidsposter som oppfyller kravene om minimum 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Dette kan være et resultat av at pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, kan være vanskeligere å mobilisere enn pasienter ved akuttpsykiatriske poster. 17 av 22 informanter sier at mangelen på motivasjon hos pasientene er den største utfordringen ved fysisk aktivitet og psykisk sykdom. Ingen av informantene oppgir imidlertid å bruke etablerte motivasjonsteknikker for å fremme deltakelse i fysisk aktivitet, noe som viser at det kan være behov for opplæring og utarbeidelse av gode motivasjonsstrategier blant helsepersonell i psykiatriske sykehusavdelinger. Selv om informanter peker på dårlig lokaliteter, mangel på tid og mangel på ressurspersoner, kan funn i studien peke i retning av at det ikke er ressurser i form av lokaliteter og treningsutstyr som er avgjørende for hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av et helhetlig behandlingstilbud i postene, men personalets holdninger og mangel på evidensbasert kunnskap om effektene av fysisk aktivitet i forhold til psykiske lidelser.

6.0 Veien videre

6.1 Teoretiske implikasjoner

Funn i studien viser at pasientens motivasjon til å drive fysisk aktivitet er utfordrende for personalet og indikerer et behov for å utarbeide gode motivasjonsstrategier. Det kan derfor være interessant for videre studier å undersøke om poster som har innlemmet etablerte motivasjonsstrategier i behandlingstilbudet har tilrettelagt for fysisk aktivitet på en bedre måte, samt om de har en høyere pasientdeltakelse i fysisk aktivitet, enn poster som ikke har innlemmet etablerte motivasjonsstrategier i behandlingstilbudet.

En interessant studie ville derfor vært å undersøkt aktivitetstallene på antall liggedøgn og sett dette i forhold til omfang av fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud.

6.2 Praktiske implikasjoner

Funn i studien indikerer et behov for økt kunnskap blant personalet i forhold til betydningen av fysisk aktivitet. For det første kan det være behov for å bedre informasjonsrutiner i henhold til hva som finnes av tilbud om fysisk aktivitet både på selve institusjonen, men også hjemme i pasientenes nærmiljø. En mulig løsning kan være en mer helhetlig kartlegging av hver pasient ved innleggelse i psykiatriske sykehusavdelinger. Målet kan være å finne frem til aktiviteter som passer den enkelte pasient. Å opprette en stilling i helseforetakene som sikrer at denne informasjonen kan være en mulig løsning for å ivareta pasientens brukerperspektiv og tilrettelegge for utvikling av selvhjelpsstrategier. En koordinator som til en hver tid har ansvaret for å formidle kunnskap og informasjon til personalet i takt med samfunnets krav og anbefalinger i forhold til forebygging og helsefremmende arbeid. En investering som kanskje på sikt vil kunne redusere innleggelser i psykiatriske sykehusavdelinger, eller bidra til lengere opphold mellom hver innleggelse for pasienter med kroniske og alvorlige psykiske lidelser.

Skal man imidlertid sikre alle pasienter lik tilnærming i forhold til motivasjon, burde det være faste rutiner på motivasjonsarbeid gjennom en godt utarbeidet strategi. Motivasjonsstrategiene bør aktivt jobbe med å kartlegge pasientenes historie når det gjelder fysisk aktivitet, slik at man kan finne frem til en aktivitet som pasienten er med på å bestemme selv. På denne måten kan pasientens mestringsforventning øke som igjen kan virke inn på motivasjon. En egnet motivasjonsstrategi kan eksempelvis være motiverende intervju, som i økende grad nå benyttes i rehabiliteringsarbeid og helsearbeid.

Selv om studien viser at det er av betydning at det finnes ildsjeler innad i personalgruppen, er det likevel grunn til å stille spørsmål ved om enkeltpersoners engasjement og motivasjon skal være avgjørende for å motivere pasienter til fysisk aktivitet. Ved at postene baserer seg på enkelte ildsjeler eller drivkrefter i dette arbeidet blir fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud svært sårbart og kan i noen tilfeller bli tilfeldig, avhengig av hvem som er på vakt. Helsepersonell bør

inneha kunnskap om samtlige faktorer som spiller inn på pasienters motivasjon og benytte dette til å fremme fysisk aktivitet i et helhetlig behandlingstilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Etterutdanning av helsepersonell i avdelingene kan å bidra til kunnskapsløft på temaet. Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus tilbyr eksempelvis videreutdanning fysisk aktivitet som integrert behandling i psykisk helsearbeid. Studiet går på deltid og retter seg mot alle som jobber i rus- og psykiatri sektoren. Ved å innlemme betydningen av fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke ved institusjonenes internundervisningsprogram, eller på fagdager og seminarer, kan ledelsen muligens bidra til et kunnskapsløft og interesse rundt temaet.

Sist, men ikke minst er det kanskje av størst betydning at utdanningsinstitusjonene som utdanner helsepersonell, vektlegger betydningen og omfanget av fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke. Skal fysisk aktivitet sidestilles med andre behandlingsformer i et helhetlig behandlingstilbud kan det ikke bare være opp til motivert personal og ildsjeler. Det krever grunnleggende kunnskap om alt fra helsegevinster, symptomreduksjon, motivasjonsarbeid og mestringsfølelser fra et felles behandlingsperspektiv.

7 Litteraturliste

Almvik, A. & Borge, L. (2006) *Psykisk helsearbeid i nye sko*.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*.

København: Hans Reizels Forlag

Askheim, O. P (2003). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldensdal Akademisk

Bahr, R. (2008). *Aktivitetshåndboken- Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Oslo: Helsedirektoratet

Balsnes, A. H (2009). Koret Belcanto – en gullgruve av empiri i min hule hånd. I

Garman Johnsen, H.C., Halvorsen, A., & Repstad, P. (2009) *Å forske blant sine egne*.

Kristiansand: Høyskoleforlaget

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. A social Cognitive

Theory. N.J.: Prentice Hall i Marks, D. F. (red.) (2002), *The Health Psychology*

Reader hentet fra:

http://www.google.no/books?hl=en&lr=&id=PdY9o3l5vpYC&oi=fnd&pg=PA94&dq=bandura+1986&ots=uEaSoQ-jfM&sig=pTtX5ut5fYiPtvyAI6LCZTVGM-E&redir_esc=y#v=onepage&q=bandura%201986&f=false

Bandura, A. (1998). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive

Theory. *Psychology & Health*, 13:4 s. 623-649. California: Stanford University,

hentet fra:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08870449808407422>

Birkenæs, A. B. (2008). Cardiovascular risk factors in patients with severe mental

illness. (Doktorgradsavhandling). Oslo: DIO (Digitale utgivelser ved Universitet I

Oslo)

Bjørnstadjordet, K. (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni. *Fysioterapeuten* nr. 5 s. 19-25, hentet fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Fysisk-aktivitet-som-behandling-av-mental-helse-ved-schizofreni>

Borg, M. & Topor, A. (2007) *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget

Bourdieu, P. (1992). Understanding, i *Theory, Culture & Society*. Vol. 13, s. 17-38.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dolonen, K. A. (2013) Du har ansvar for egen helse. *Sykepleien.no* 26.04.2013, hentet fra:

<http://www.sykepleien.no/nyhet/1204206/--du-har-ansvar-for-egen-helse>

Folkehelseinstituttet. (2010). *Konsekvenser av psykiske lidelser: sykefravær og uførhet*, hentet fra:

<http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/sykefravaer-og-uforhet>

Folkehelseloven (2012). Lov om folkehelsearbeid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Franken, Robert E. (2002) *Human motivation*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning

Hedegaard Hein, H. (2009). *Motivasjon. Motivasjonsteori og praktisk anvendelse*. København: Hans Reitzels Forlag

Heggelund, J., Hoff, J., Helgerud, J., Nilsberg, G. E & Morken, G. (2011). Reduced peak oxygen uptake and implications for cardiovascular health and quality of in patients with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* September 2011, Vol. 65, Nr. 4, s. 269-275 (doi: 10.3109/08039488.2011.560278). Trondheim: St. Olav's Hospital HF

Helsedirektoratet (2004) *Psykisk helsearbeid i kommunen, Fysisk aktivitet*. IS-1202, Håndbok. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet 15-1670

Helsedirektoratet (2011). *Toronto-charteret*, hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/tall-og-undersokelser/Sider/toronto-charteret.aspx>

Helsedirektoratet (2011). *Frisklivssentraler*, hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2013). *Frisklivssentraler*. Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og Organisering. IS-1896, hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2014). *Norsk pasientlister (NPR), ventelister og aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten*. IS – 2171, Rapport, hentet fra:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-av-rusmiddelmissbruk-2013/Sider/default.aspx>

Hummelvoll, J.K & Borge, L. (2008) Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, s. 365-373. Elverum: Høyskolen i Hedmark

Imsen, G. (2005). *Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. 4 utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Johansen, H-C., Halvorsen, A. & Repstad, P. (2009) *Å forske blant sine egne*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Johannessen, B. (2011) Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser, i Martinsen, E. (red.) (2011) *Kropp og sinn*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kurtze, N., Eikemo, T. & Hem, K-G (2009). *Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet*. SINTEF: Friluftslivets fellesorganisasjon

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utgave, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. (Doktorgradavhandling). Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap. Universitetet i Bergen

Langeland, E. (2009). Betydningen av salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning* nr. 4 s. 288-294.

Langeland, E. (2011). *Salutogenese – teori og praksis*, hentet fra:
<http://psykiskhelsearbeid.no/helse/>

Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – kunnskapsoppsummering fra NAPHA*. Rapport nr. 1/2014, hentet fra:
<http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/7288/NY-RAPPORT-Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>

Lofland J. & Lofland, L. H (1995) *Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis* (3 . utg.) Belmont, Calif.: Wadsworth

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, E. (2000) Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for den norske legeförening* (nr. 25). 120:3054-6, hentet fra:
<http://tidsskriftet.no/article/198276>

Martinsen, E. & Taube, J. (2008). Schizofreni. i Bahr, R. (red.) (2008) *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 561-570)

Martinsen, E. (2011) *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Mcalister, A. L., Perry, C. L & Parcel, G. S (2008) i Glanz, K., Rimer, B. K & Viswanath, K. (2008) *Health Behavior and Health Education*. Theory, research, and practice s. 169-185. Fourth edition. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint

Meld. St. Nr. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Meulen Ter W.G. & de Haan, L. (2011) Exercise - promoting interventions for encouraging with schizophrenina to take physical exercise. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(8): 741-746, hentet fra:
<http://europepmc.org/abstract/MED/22893539>

Moe, T. (1988). *Organisert fysisk ved psykiatriske institusjoner*. Hovedfagsoppgave, NIH. T. Moe: Oslo

Moe, T. (1998) Fysisk aktivitet i psykiatrisk behandling. Muligheter og begrensninger, i Moe, T., Retterstøl, N., & Sørensen, M. (red.) (1998) *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Moe, T (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. i Martinsen, E. (red) (2011) *Kropp og sinn* (s. 197-215). Bergen: Fagbokforlaget

Moe, T., Retterstøl, N. & Sørensen, M. (red.) (1998) *Fysisk aktivitet – en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Masteroppgave ME-516 Vår 2014 Vibeke Dehli

Mykletun, A. & Knutsen, A. K (red) (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet, Rapport 8

Mykletun, A., Bjerkeset, O., Dewey, M., Prince, M., Overland, S. & Stewart, R. (2007). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195(2), 118-125

Norges Idrettsforbund, Aust Agder Idrettskrets (2013). *Aktiv På Dagtid*, hentet fra: <http://aktivpadagtid.no/>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Psykisk helsevernloven (1999), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Oslo: Helse –og omsorgsdepartementet

Repstad, P. (2009) Mellom nærhet og distanse – enda en gang. I Garman Johnsen, H.C., Halvorsen, A. & Repstad, P. (2009) *Å forske blant sine egne*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Roness, Paul G. (1997). *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget AS

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenester m.m. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Steffensen, S. E. (2014). *Ny rapport! Salutogenese og psykiske helseproblemer – kunnskapsoppsummering fra NAPHA*, hentet fra: <http://www.psykiskhelsearbeid.no/content/7288/NY-RAPPORT-Salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-NAPHA>

Stenvoll, D., Elvebakken, K. T & Malterud, K. (2005). Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr.5 125:603-5, hentet fra:

<http://tidsskriftet.no/article/1158212/>

St. Meld. Nr. 37 (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Helse- og Sosialdepartementet

St. Meld. Nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Sørensen, L. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. Vol. 16 s. 391-398

Sørensen, M. (1998) Hvordan kommer vi videre? Erfaringer og motivasjonsstrategier. I Moe, T., Retterstøl, N. & Sørensen, M. (red) (1998) *Fysisk aktivitet- en ressurs i psykiatrisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget

Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for den norske legeforening*. (nr. 06). 121:720-4

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002) "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for den norske legeforening*. (nr. 24). 122-2379-83.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Tellnes, G. (2007) Salutogenese – hva er det? *Michael Quarterly The Norwegian medical society*. 4:144–9, hentet fra

http://www.dnms.no/index.php?seks_id=84169&a=1

Tordeurs, D., Janne, P., Appart, A., Zdanowicz, N. & Reynaert, C. (2011)
Effectiveness of physical exercise in psychiatry: a therapeutic approach? *L'Encéphale*
vol. 37 (nr. 5) s. 345-352, hentet fra:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370061100039X>

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i
empowermentprosessen*. Fagbokforlaget: Vigmostad & Bjørke AS

Walseth, L. T & Malterud, K. (2004) Salutogense og empowerment i et
allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (nr. 1) 124:65 – 6,
hentet fra:

<http://tidsskriftet.no/article/953695>

Vedlegg I

Intervjuguide til fagpersoner

- Hva er din forståelse av begrepet fysisk aktivitet
- Kan du si noe om dine erfaringer med å bruke fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke?
- Hvilke utfordringer møter du i arbeidet med fysisk aktivitet i forhold til psykisk syke?
- Kan du si noe om hvordan du ser på fysisk aktivitet som behandling for psykiske lidelser i forhold til mer tradisjonelle former som medikamentell behandling og samtaleterapi?
- Hvor stor del av behandlingen i post er tillagt fysisk aktivitet?
- Holder du deg oppdatert på evidensbasert kunnskap? Evt hvordan?
- Hvordan motiverer du til fysisk aktivitet? Evt komme med et eksempel.
- Opplever du at pasientene får ta del i utformingen av tjenestetilbudet? Og hvilken innflytelse har pasientene på tilbudet i det daglige?
- Hvordan opplever du pasientenes forhold til fysisk aktivitet?
- I hvilken grad opplever du at pasienter og eller pårørende etterspør fysisk aktivitet i behandlingen?
- Hvilke tilbud av fysisk aktivitet finnes der du jobber? Har posten eksempelvis tilgang på fysioterapeut?
- Hvilke begrunnelser tror du ligger bak innlemmelser eller fravær av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet?

Intervjuguide til fysioterapeut Treningsklinikken

- Hvordan og hvem startet Treningsklinikken?
- Hvem trener her?
- Hvordan legger dere opp treningen?
- Hvordan motiverer dere pasientene til å opprettholde avtalene?
- Hvem/hvordan finansierer/s Treningsklinikken?
- Hvem jobber her?

- Hvilke erfaringer har dere med bruk av Treningsklinikken i behandlingen av psykisk syke?
- Hva finnes av tilbud i Treningsklinikken?
- Har pasientene faste avtaler eller kommer de når de måtte ønske?
- Hvordan følger dere pasientene opp? Har de med seg miljøpersonell på trening?
- Hvordan er oppslutningen fra akuttpostene?
- Hvordan er oppslutningen fra langtidspostene?

Vedlegg II

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

1) Tittel på studien:

”Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke pasienter i spesialisthelsetjenesten”

Jeg skal undersøke i hvilken grad og på hvilken måte fysisk aktivitet innlemmes som del av behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, hvilke begrunnelser som ligger bak innlemmelse eller fravær av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet og hvordan helsepersonell arbeider med å motivere pasienter til systematisk fysisk aktivitet.

2) Bakgrunn og hensikt:

Sammenhengen er klar mellom livsstil og kroppslig helse. Fysisk inaktivitet omtales sammen med røyking, kosthold og forbruk av rusmidler som de viktigste livsstilsfaktorene. Psykiatriske pasienter har til sammenlikning med normalbefolkningen, en gjennomgående usunn livsstil. De har i tillegg en betydelig forhøyet forekomst av kroppslige sykdommer, samt at de har forhøyet dødelighet. Forebygging og helsefremmende arbeid er blitt aktualisert siste tiden gjennom nytt fokus i folkehelsepolitikken. Både som følge av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, og innføring av ny folkehelselov samme året, ble det rettet et nytt og sterkt fokus på hva som fremmer helse. I ulike politiske dokument det siste tiåret fremheves betydningen av tidlig intervensjon, blant annet gjennom tilrettelegging og veiledning for økt fysisk aktivitet, kostholdsveiledning, røykesluttekurs m.m., både for pasienter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hjerte- og karsykdommer, som omfavner noen verdens mest utbredte livsstilsykdommer, er eksempelvis forhøyet ved schizofreni og depresjon.

Stadig flere blir behandlet for psykiske lidelser i Norge. Salg av legemidler, sykefravær og antall nye uførepensjoner på grunn av psykiske lidelser øker. Hensikten med oppgaven er å sette søkelyset på viktigheten av å ta i bruk helsefremmende tiltak, som fysisk aktivitet, for å hindre en ytterligere negativ

utvikling både når det gjelder den enkelte pasient/bruker og i samfunnet generelt.

3) Hva innebærer studien:

Studien innebærer en kvalitativ undersøkelse av tre ulike helseforetak i Norge. Studien ønsker å sammenlikne akuttavdelinger med rehabiliteringsavdelinger i forhold til bruke av fysisk aktivitet i behandlingen. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og meninger knyttet til integrering av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet til alvorlige psykisk syke, samt beskrivelser av konkrete behandlingsopplegg ved postene.

4) Mulige fordeler og ulemper:

Fordelen er at du kan bidra til å berike min oppgave med dine meninger og erfaringer. Ulempen er at det er tidkrevende. Et intervju regner jeg med vil ta mellom 45-60 minutter

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

Alle informantene blir intervjuet etter en intervjuguide på 12 spørsmål. Alle intervjuene blir tatt opp med lydbånd. Etter intervjuene er ferdig gjennomført, blir intervjuene transkribert og deretter presentert i min studie.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre:

I forhold til anonymisering, velger jeg i denne studien ikke å anonymisere postene selv om informantene vil bli anonymisert når sitatene skal benyttes i presentasjon av empiri og analyse. Tanken er at det vil være organisatoriske trekk ved begge postene som kan være av relevans i en kontekstuell beskrivelse for å forstå prosesser i postene, og for å forstå bakgrunn og begrunnelser for bestemte vedtak. Dermed velger jeg bort hensynet til anonymisering. Sitater fra informanter vil derimot bli anonymisert i den grad at de vil kobles til rolle i posten, ikke navn, eksempelvis sykepleier, lege, fysioterapeut, leder.

6) Oppbevaring og dato for sletting av data:

Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon og datamaterialet blir slettet ved prosjektets slutt, i mai 2014. All datamateriale vil samles inn ved hjelp av notater og lydband, men blir oppbevart på en fysisk isolert privat datamaskin med passord.

7) Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:

Brukes i min studie.

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

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

9) Frivillig deltakelse:

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

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

Leder: Vibeke Dehli

Email: vibekedehli@gmail.com

Telefon: 99359296

Veileder: Charlotte Kiland

Email: charlotte.kiland@uia.no

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen :

(Signert av prosjektdeltaker evt foresatt, dato)

NB! Av hensyn til anonymiteten har jeg valgt å ikke legge ved de signerte skjemaene i selve studien.

Vedlegg III

Trinn 1: Helhetsinntrykk og temaer:

1. muligheter
2. begrensninger
3. holdninger hos personal
4. kunnskap hos personal
5. omfang av fysisk aktivitet
6. økonomi
7. motivasjon
8. mestring
9. pasientinnflytelse
10. lokaliteter
11. ildsjeler

Vedlegg IV

Trinn 2: Identifisere meningsbærende enheter

Analysetabell I: Brukerperspektivet

Tema: Bruker perspek- tiv	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D
Kode: Betydning av enkeltin- divider	<i>"Mange pasienter har kanskje skjult talent, men det krever at noen tar initiativ for å hente det fram. Men jeg syntes det er veldig gøy når pasienter overrasker med et eller annet for mange av de er veldig flinke til noe".</i>	<i>"Der har vi blant annet et par ergoterapeuter som er flinke til å grave i pasientens historikk. Hva er det de har drevet med? Hva synes de er interessant? Også prøve å tilrettelegge".</i>	<i>"Interessekartlegging, det har jeg brukt da. Og da går det masse på aktivitet generelt. Hva er det du har holdt på med de siste ti årene, for da får du historien. Hva har du holdt på med det siste året. Har det blitt mer eller mindre? Og hva kunne du tenke deg å gjøre fremover?"</i>	<i>"Vi hadde for eksempel ei nå som akkurat ble utskrevet til et annet DPS enn det som ligger her. Og da har jeg ordnet gjennom oppfølgingstjenesten at hun får følge av de s. at hun kan fortsette å trene ved Treningsklinikken selv etter utskrivelse".</i> <i>"Hver fredag har vi sånn ukeslutt-kos-møte hvor pasientene leder an møtene. Her planlegger vi neste ukes aktiviteter og pasientene kommer selv med forslag om hvor turen skal gå, slik at de kanskje kan få litt meierskap i opplegget"</i>

Brukerper- spektiv orts.	Informant E	Informant F	Informant G	Informant H
	<i>"Selv om pasienter er innlagt så skal de jo rehabiliteres ut i kommunen, så det er jo nødt til å være et felles prosjekt. Og da synes vi at kommunen kan bidra med midler til det. Og noen kommuner er mer innstilt enn andre. Så sist gang vi fikk det til, så var det i NN kommune. Og da var det spesielt i forhold til en aktivitet som vi ville igangsette her som skulle videreføres når pasienten kom hjem. Det var bowling. For de hadde bowlinghall der oppe og det var en aktivitet som pasienten likte å gjøre og hadde gjort noe der oppe før. Så da gjorde vi det faktisk, i hvert fall én gang i uken tror jeg. Det koster jo litt, da er</i>	<i>"Vi hører på ønskene i den grad det er mulig. For eksempel å fortsette på et helsestudio. Legge til rette for det. Vi ordnet med taxi for en pasient til og fra treningsstudio. Det var begrunnet som ledd i behandlingen. Opprettholde både treningsnivået og kontakt med</i>	<i>"I forhold til kartlegging har vi en stor jobb å gjøre. Både i post og det som skal skje når de kommer hjem".</i>	<i>"Vi har en pasient som er det til tvunget psykisk helsevern ganske alvorlig forhold og s på medisiner som er potensielt veldig vekststimulerende og han passer på dette selv ved trene regelmessig. Han trener hver dag etter eget initiativ sammen med fysioterapeuter. Han har selv vært en pådriver hatt et ønske om det, men vi har tilrettelagt".</i>

<i>jo personalet med så det blir dyrt. Men da bidro kommunen med midler sånn at vi en gang i uken kunne reise med pasienten dit, så overtok kommunen etter utskrivelse”.</i>	<i>samfunnet på en måte som lar seg gjøre i en akutfase”.</i>
--	---

Analysetablell II: Fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud

Tema: Fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D
Kode: Fysisk aktivitet som behandling	<i>”Bakgrunnen for prosjektet var at mennesker med psykiske lidelser lever kortere enn andre, faktisk opp mot 20 år kortere. Og det er ikke på grunn av selvmordsraten, men det største hinderet i levelengde, 2/3 deler har jeg forstått, er gjort av hjerte og sirkulasjonsforstyrrelser som kommer av blant annet inaktivitet og dårlig kost. Det er ikke en sjokkerende opplysning, men det er sjokkerende fakta”.</i>	<i>”Vi er veldig tidlig på å presentere Treningsklinikken for pasientene dersom de ikke har vært i kontakt med den tidligere eksempelvis på akuttpost”.</i>	<i>”Vi stiller vel rett og slett litt krav til fysisk aktivitet tenker jeg. Og prøver å forklare de hvorfor vi gjør det. Vi forsøker å møte de der de er. Finne alternativer til fellesaktivitetene dersom de er problematiske. Vi forsøker å tilrettelegge, men vi er veldig tydelig på at vi tror for de fleste av våre pasienter, at det er sunt og godt å komme seg ut. Ja vi er ganske strukturerte på det. Jeg tror på at med empati og med kunnskap å gå inn å si at du kan ikke trekke dyna over hodet. Vi skal hjelpe deg, dette kan vi noe om, nå gjør vi det på vår måte”.</i>	<i>”Det er vel få som etterlyser kondisjonstrening. Det blir mer gåturer. Jeg synes vi skulle hatt noe kondisjonstrening også, det synes jeg”.</i>
Fysisk akt. forts.	Informant E			
	<i>”Fysisk aktivitet og fellesaktiviteter er jo frivillig, men hvis de ikke vil så blir det snakket mye om og lagt vekt på at det er en del av behandlingen. Slik at man får det på en ukeplan og man blir minnet på den ukeplanen hvis ikke de blir med og forklart at det er veldig viktig at den blir holdt”</i>			

Analysetablell III: Motivasjon og mestring

Tema: Motivasjon og mestring	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D
Kode: Sosial støtte Mestringsfo rventning Progresjon	<p>”Jeg viser til de positive effektene fysisk aktivitet gir, saklig og enkel info om helsegevinster. Spør om de tidligere har vært fysisk aktive, og prøver å få de til å huske hvordan det kjentes ut – i alle fall etter at man har vært aktiv. Sier at fysisk aktivitet kan være så mangt, og prøver å finne ut av hva hver enkelt kan ha glede av”.</p>	<p>”Jeg tenker alltid på han gymlæreren du hadde når du var liten som stod på sidelinjen og ba oss løpe i ring. Det er det jeg vil kalle verdens minst motiverende person. Så tenker jeg hva er det som motiverer meg, det er jo ofte når noen leder an. At man ikke er passiv selv da, det tror jeg er det dummeste man kan gjøre. Man må være den som hiver seg uti det først for å vise at dette her er ok og gøy da”.</p>	<p>”Vi har jo pasienter som stort sett er her i 3 måneder, men noen kan jo være opptil ett år og veldig mange kommer jo igjen og igjen. Men vi ser at det er viktig at pasientene eier motivasjonen for at de skal fortsette med fysisk aktivitet da”.</p>	<p>”Vi forsøker å finne alternativer til fellesaktivitetene dersom de er problematiske”.</p>
Motivasjon og mestring forts,	Informant E	Informant F		
	<p>”Vi trener ikke med pasientene på treningsklinikken for det er litt mer sånn profft opplegg. Det er jo noe bra med det, en fysioterapeut som legger til rette og det er jo litt status over det som er motiverende. En ordentlig ”trener” som legger et opplegg. De er jo flinke til å se hvor man skal starte. Det er få som backer ut. Vi er nå heldige som har den treningsklinikken, det må jeg jo si. Det er jo med på å motivere oss i post også, det at vi har et seriøst tilbud som virkelig er seriøst. Det er det. Flinke folk som brenner for det de gjør, det er med på å farge oss også”.</p>	<p>”Spesielt på Treningsklinikken så ser de fremgangen ved at de dokumenterer resultatene for hver gang. Og ser kanskje at det blir enda bedre til å være med på fellesaktiviteter for hver gang når kondisjonen går opp”.</p>		

Analysetablell IV: Ressurser

Tema: Ressurser	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D
Kode: Ildsjeler Enkle treningsopplegg	<p><i>”Treningsklinikken startet tilbake i 2005, 2006. Det startet med at en overlege og en fysiolog ønsket et prosjekt om fysisk trening/kondisjonstrening og styrketrening med schizofrene pasienter. Det foregikk i et kjellerlokale på en post, så ville de gjerne flytte på det og prøve å få det mer i permanente former. Jeg traff disse tilfeldigvis ut i parken her og da spurte de meg om hva jeg tenkte om å overføre dette prosjektet til fysioterapeutlokalet. De lokalene stod ledige på grunn av omorganisering, så på bakgrunn av tomme lokaler, et positivt og spennende prosjekt, så sa jeg ja!”.</i></p> <p><i>”Vi startet i det små med tre apparater og et lite kjellerlokale og det fungerte utmerket”.</i></p> <p><i>” Når pasientene kommer hit får de først informasjon om våre behandlingsmetoder, intervaller. Det er veldig enkelt det vi holder på med her, sånn at det er sikkert mange som ikke tenker at det kan kalles behandling engang”.</i></p>	<p><i>”For tre år siden tok en av våre hjelpepleiere en videreutdanning og gjorde et prosjekt som het (betydningen av fysisk aktivitet for psykisk syke) og da fikk vi mye mer fokus på det og vi har tilrettelagt for flere treningsapparater i posten som blir brukt mye. Og vi har fått etablert et treningsrom i underetasjen som både er for pasienter og for personalet”.</i></p> <p><i>”En av våre hjelpepleiere tok en videreutdanning og gjorde et prosjekt som het betydningen av fysisk aktivitet for psykisk syke. Da fikk vi mye mer fokus på det og vi har tilrettelagt for flere treningsapparater i posten som blir brukt mye. Studiet gikk på deltid og avdelingen betalte”.</i></p>	<p><i>”Nå er det alltid et tema i hvert fall på pasienter som blir inneliggende noen dager hos oss også. Gjennomsnitt liggetid er veldig lav, så de som kun er to-tre dager der rekker vi sjelden å sette i gang noe sånt, men for den gruppa som er litt lenger, så tenker vi treningsklinikkk og ukeplaner brukes for å systematisere det med trening og aktivitet”.</i></p> <p><i>”Så trenger man to-tre som er der, ildsjeler, folk som er opptatt av det. Sånn er det jo med andre ting man holder på med og.. Hvis man ikke har noen der som pusher litt på, så har det en tendens til å falle bort”.</i></p> <p><i>”Men, det handler litt om prioriteringer i en akuttpost og alt vi skal gjøre, samme hva det er, tar ressurser. Og da har vi den utfordringen at vi sliter med å planlegge.. For i dag kan det være veldig romslig også i morgen kan det være 2-3 nye pasienter. Og hvis de utfordrer oss i forhold til sikkerhet og voldsrisiko og sånt.. da tar det voldsomt</i></p>	<p><i>”De dårligste pasientene får også tilbud om fysisk aktivitet. Hvis de har skjermingsstatus kommer jeg inn og tilbyr styrkeøvelser o lignende. Vi har også en ergometersykel v kan ta med inn, i tillegg til ulikt utstyr som balanseputer og baller. For de som ikke er skjermingstrengende men som har innskrenket utgang, s har vi et lite treningsrom med tredemølle og sykkel og noen vekter”.</i></p>

			<p><i>med ressurser. I forrige uke så hadde vi 1 pasient på skjermet med 5 mann rundt seg. Da blir det vanskelig å få gjort alle de andre tingene, og da er det mye mer enn trening og tur ut som blir nødt til å vike”.</i></p>	
--	--	--	--	--

Ressurser forts.	Informant E	Informant F
	<p><i>”Utfordringene er jo og at mange av pasientene må ha med seg personalet, at det blir en sånn ressurs-ting.. Og det er ikke alltid det fungerer å gjøre ting i gruppe, fordi pasientene er for dårlige og har spesielle behov. Noen er nødt til å gjøre ting alene eller sammen med et personal. Det kan være sikkerhetsmessige årsaker, det kan være vanskelig å gå utenfor avdelingen. Tenker på at dem er veldig syke, at det kan være fare for blamering og rømming eller at de skader seg selv eller andre. Ja og ressurser i forhold til personal og da, det tar jo opp et personalet.. med tanke på oppfølging og at man skal bli med”.</i></p>	<p><i>”Rent konkrete utfordringer her på huset er rett og slett lokaliteter. Jeg har dypt savnet en gymsal i de årene jeg har vært her. Fungerende gymsal. Som man hadde hatt tilgang til å spille ballspill og den type aktiviteter. Så det skulle jeg gjerne sett at man hadde satset litt på”.</i></p>

Analysetablell VI: Holdninger og kunnskap

Tema: Holdninger og kunnskap	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D
<p>Kode: Personalets kunnskap om fysisk aktivitet i behandlingen av psykisk syke</p>	<p><i>”Jeg gjorde et fremstøt ved post NN etter jeg tok videreutdanning og hadde hatt praksis på en døgnpost der de hadde morgentrim. Og det fikk jeg da til å innføres på morgen her og det varte vel et halvt års tid før det ble borte. Det var ikke alle kollegaer som synes det var like ok å prioritere tid til det. Også var det litt utfordrende i forhold til pasientgruppa vi hadde og. At de som absolutt hadde lyst til å være med på dette ikke fikk lov og de som fikk være med på dette, de holdt senga”</i></p>	<p><i>”Ja, jeg tror med litt mer fokus så og litt mer innsats fra personalet så hadde nok ikke vært så vanskelig å fått til mer enn vi gjør i dag. Men, det å få personalet til å ta på seg joggesko å løpe... Det burde jo vært mulig, men det blir sånn terskel igjen; skal vi drive med det?”</i></p>	<p><i>”Vi har morgentrim hver dag. Et sånt 5-15 minutters opplegg hvor alle som er med gjør en øvelse hver, som stort sett består av personalet. Men det hender vi får engasjert en pasient eller to. Det skal i prinsippet gjennomføres hver morgen, men det er ikke alltid det blir gjennomført, kanskje 3 av 5 ukedager. Det kommer veldig an på hvem som har ansvar”</i></p>	<p><i>”Den største utfordringen er som regel personalet. Motivasjonen til faktisk å bidra og å være med på det”</i></p> <p><i>”Og det ble en sånn kamp som jeg bare la på is rett og slett. Hvis ikke så tror jeg det ville vært en diskusjon hver tirsdag og hver torsdag og en ugrei stemning på en måte. Så da har jeg valgt noen andre kamper i stedet for”</i></p>

Vedlegg V

Trinn 3: Subgrupper

Brukerperspektiv

- Samarbeid mellom pasienter og personalet
- Tilrettelegging innenfor gitte rammer
- Kartlegging av pasienters interesser

Holdninger og kunnskap hos personal

- Grad av fysisk aktivitet er personavhengig
- Mangel på kunnskap
- Motvilje i personalgruppen

Motivasjon og mestring

- Betydningen av sosial støtte
- Fokuserer på muligheter
- Pasientene må oppleve eierskap
- At personalets krav møter pasientens forutsetninger
- Pasientene følger egen progresjon

Betydningen av fysisk aktivitet

- Pasientgruppen er i risikozonen for HKS
- Helhetlig behandling
- Fysisk aktivitet i stort perspektiv
- Viktigheten av informasjon

Ressurser

- Betydningen av ildsjeler
- Tverrfaglig samarbeid
- Kreativ tenkning
- Gode og enkle treningsmuligheter

Vedlegg VI

Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Charlotte Kiland
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring
Universitetet i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 08.08.2013

Vår ref:34991 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.07.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34991	<i>Fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Charlotte Kiland</i>
Student	<i>Vibeke Dehli</i>

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


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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen



Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Vibeke Dehli, Meyergt 14, 4636 KRISTIANSAND S

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrsvarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svtuit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34991

Personvernombudet legger til grunn at tillatelse innhentes fra de to enhetenes ledelser.

Det er videre lagt til grunn at det ikke innhentes opplysninger om pasienter og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Data innhentes gjennom intervju.

Prosjektsslutt er 15.06.14. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydfiler og navneliste slettes. Indirekte personidentifiserbare opplysninger som navn på stilling og arbeidssted fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Vedlegg VII

Informasjonsskriv

Mitt navn er Vibeke Dehli og jeg er masterstudent i folkehelsevitenskap på institutt for folkehelse, idrett og ernæring ved Universitetet i Agder. Jeg holder nå på med en avsluttende masteroppgave.

Temaet er ”fysisk aktivitet i behandlingen av alvorlig psykisk syke pasienter i spesialisthelsetjenesten”. Jeg skal undersøke i hvilken grad og på hvilken måte fysisk aktivitet innlemmes som del av behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, hvilke begrunnelser ligger bak innlemmelse eller fravær av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet og hvordan helsepersonell arbeider med å motivere pasienter til systematisk fysisk aktivitet.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervjuer ansatte ved to psykiatriske akuttposter samt to rehabiliteringsposter ved to ulike helseforetak i Norge. På post NN ønsker jeg å intervjuer 5 ansatte. Fortrinnsvis ønsker jeg å snakke med enhetsleder, overlege og ansatte på post NN. Av hensyn til undersøkelsen er det ønskelig at informantene representerer ulike faggrupper, eksempelvis fysioterapeut, sykepleier, vernepleier, ect. Jeg ønsker også å foreta intervjuer under på Post X, slik at jeg kan sammenlikne en akuttpost med en rehabiliteringspost. På Post X ønsker jeg også å intervjuer 5 ansatte. Fortrinnsvis enhetsleder, overlege, fysioterapeut, sykepleier og vernepleier.

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og meninger knyttet til integrering av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet til denne pasientgruppen, beskrivelser av det konkrete behandlingsopplegget ved post X og X. Jeg sender med vedlagt intervjuguide.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlende data om deg bli anonymisert. Opplysningene blir behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og slettes når oppgaven er ferdig, innen 10.06.14.

Masteroppgave ME-516 Vår 2014 Vibeke Dehli

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 993 59 296 eller sende meg en mail på vibekedehli@gmail.com.

Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), samt Forskningsetiske komité (FEK).

Med vennlig hilsen

Vibeke Dehli

Meyergaten 14

4836 Arendal

Vedlegg VIII

Kort presentasjon av prosjektet

Min problemstilling lyder:

Hvordan innlemmes fysisk aktivitet som del av et helhetlig behandlingstilbud til alvorlig psykisk syke i spesialisthelsetjenesten?

Jeg har også med to underspørsmål som jeg ønsker å finne svar på:

Hvilke begrunnelser ligger bak innlemmelser eller fravær av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet?

Hvordan arbeider helsepersonell med å motivere pasienter til systematisk fysisk aktivitet som del av behandlingsopplegget?

Bakgrunnen for valg og tema er tosidig. For det første er denne tematikken blitt aktualisert den siste tiden gjennom et nytt fokus i folkehelsepolitikken. Både som følge av innføringen av Samhandlingsreformen i 2012, og innføring av ny folkehelselov samme året, ble det rettet et nytt og sterkt fokus på forebygging og helsefremming. I ulike politiske dokument det siste tiåret fremheves betydningen av tidlig intervensjon, blant annet gjennom tilrettelegging og veiledning for økt fysisk aktivitet, kostholdsveiledning, røykesluttekurs m.m., både for pasienter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

I tillegg til den helsepolitiske dagsaktualiteten knyttet til denne tematikken jobber jeg på en akutt psykiatrisk post der systematisk fysisk aktivitet forekommer i liten grad. Jeg har derfor også en faglig egeninteresse og yrkesinteresse i å studere mer systematisk i hvilken grad og hvordan fysisk aktivitet innlemmes som del av behandlingstilbudet til psykisk syke pasienter i spesialisthelsetjenesten.

I denne studien har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign, hvor jeg vil gjennomføre, kvalitativt forskningsintervju. Jeg tenker å gjennomføre semistrukturerte intervju på om lag 20 informanter.