



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	20-11-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	01-12-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 S 2017 HØST		
Intern sensor:	Sara Terese Osland		

Deltakar

Namn:	Kent Are Johansson
Kandidatnr.:	23
HVL-id:	131467@hvl.no

Informasjon frå deltakar

Tal på ord *: 7087 **Tru- og loverklæring *:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Vi skal ikke gå en tur da?

Bachelor i sykepleie

SK-152

Avdeling for helsefag/Institutt for sjukepleiarutdanning

Dato for innlevering: 01.12.17

Antall ord: 7087

Navn: Kent A Johansson

Veileder: Sara Terese Osland

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*



Avtale om elektronisk publisering i **Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette HVL lov til å publisere oppgaven Vi skal ikke gå en tur da? i Brage-HiSF hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere.

Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: Navn: Kent A Johansson

JA X NEI ___

Sammendrag

Tittel: Vi skal ikke gå en tur da?

Bakgrunn for valg av tema: Problemstillingen er valgt på bakgrunn av mine erfaringer ved to ulike DPS-døgnposter. Ved disse opplevde jeg at tilbud om fysisk aktivitet ble tilbudt pasientene på ulik måte. Nå som jeg snart er sykepleier og har et ønske om å jobbe i psykiatrien ville jeg finne ut hvilken rolle sykepleier har med tanke på å tilby fysisk aktivitet til pasientene. Hva kreves for å tilby fysiskaktivitet i det daglige og hva bidrar til motivasjon i et samspillet mellom sykepleier og pasienten.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier integrere fysisk aktivitet som en del av hverdagen til pasienter med moderate psykiske lidelser?

Framgangsmåte: Denne oppgaven er en litteraturstudie, basert på skriftlige kilder som er relevant litteratur for min problemstilling. Jeg legger i denne oppgaven frem relevant teori knyttet til positiv virkning av fysisk aktivitet, innhold i miljøterapien og motivasjonsfaktorer. Teori er hentet både fra tre vitenskapelige forskningsartikler, litteraturen som er benyttet i pensum til psykisk helsevern, fagartikler og publikasjoner fra helsemyndighetene. I drøftingen supplerer jeg også med egenopplevelser fra praksis .

Funn og konklusjon: Konklusjonen er at fysisk aktivitet burde være integrert som en del av miljøterapien i alle institusjoner som bruker den i det daglige. Slik jeg ser det er sykepleiers viktigste funksjon å veilede, undervise og støtte pasientene i bedringsprosessen, samt å fremme helse slik at pasientene ikke forblir i en ond sirkel der inaktivitet fører til mer sykdom. Man må få pasienten til å se seg selv som en ressurs og hjelpe pasienten til å finne den indre motivasjonen. Den letteste og mest tilgjengelige måten å tilby fysisk aktivitet, er ved å gå en tur ut i nærmiljøet eller i naturen. Selvom det kan være noen utfordringer knyttet til det å ta turer i nærmiljøet må vi ikke avfeie det, men se det som en mulighet og en god måte å fremme helse til de som faller utenfor det vanlige treningsopplegget.

Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemstilling.....	5
1.3	Avgrensning.....	5
1.4	Begrepsavklaring	6
1.5	Hvordan oppgaven videre blir løst.....	6
2	Metode	6
2.1	Litteraturstudie.....	6
2.2	Søkeprosess etter forskningsartikler	6
2.3	Søkeord og databaser.....	6
2.4	Søk gjort 09.10.2017	7
2.5	Søk gjort 18.10.2017	7
2.6	Søkeprosess etter annen litteratur	7
2.7	Kildekritikk.....	8
3	Teori.....	9
3.1	Fag- og pensumlitteratur.....	9
3.1.1	Fysisk aktivitet	9
3.1.2	Fysisk aktivitet ved angst og depresjon.....	9
3.1.3	Aktiviteter i institusjon	10
3.1.4	Bedringsprosesser og brukerorientering.....	11
3.1.5	Arenaer for fysisk aktivitet	12
3.2	Forskning	13
3.2.1	An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities	13
3.2.2	Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression	15
3.2.3	Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment	16
4	Drøfting	18
5	Konklusjon.....	21
	Bibliografi	22
6	Vedlegg.....	24

1 Innledning

Det er en grunnleggende tanke innenfor psykiatrien at fysisk aktivitet er godt for kropp og sinn. Det har siden 90-tallet vært et økende fokus på å kunne tilby fysisk aktivitet som en del av behandlingen til inneliggende pasienter i psykiatriske institusjoner. Ved avdelingene er det da egne treningsavdelinger med treningsterapeuter, og pasientene har trening i timeplanen sin. Mine erfaringer er at da er man avhengig av de er på arbeid og at treningsavdelingen er åpen. Inaktivitet blandt pasientene i psykiatrien kan ha mange årsaker; noen pasienter har hverken erfaring med type fysisk aktivitet som tilbys, er friske nok, eller har motivasjon nok til å delta i slike aktiviteter. Ville det da vært bedre om man integrerte fysisk aktivitet i det daglige for noen av pasientene, slik at de ikke blir for passive og inaktive.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Problemstillingen er valgt på bakgrunn av mine erfaringer ved to ulike DPS-døgnposter. Ved disse opplevde jeg at tilbud om fysisk aktivitet ble tilbudt pasientene på ulik måte. Det kan virke som at det er utfordrende for det daglige personalet å ta initiativ til å ivareta den fysiske helsen til pasientene. Det kan da være tilfeldig hvem som blir tilbudt fysisk aktivitet i institusjon. Ved den ene døgnposten ble fysisk aktivitet utelukkende utført av treningsavdelingen. Pasientene var avhengig av at det var personal tilstede, at de hadde tilgang på gymsal/treningsrom eller at det var planlagt en fellestur til basseng. Ved den andre avdelingen var fysisk aktivitet en del av miljøterapien og ADL-treningen (Activities of daily living). Sykepleierne utførte "walk and talk" turer som en del av terapien i hverdagen, både fordi det fikk pasientene til å åpne seg mer i samtaler utenfor institusjonen, og fordi sykepleierne så det på som sin oppgave å bidra til at pasientene var mer aktive når de ikke hadde noe på timeplanen sin.

Nå som jeg snart er sykepleier og har et ønske om å jobbe i psykiatrien ville jeg finne ut hvilken rolle sykepleier har med tanke på å tilby fysisk aktivitet. Hva kreves for å tilby fysisk aktivitet i det daglige og hva bidrar til motivasjon i et samspillet mellom sykepleier og pasienten.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier integrere fysisk aktivitet som en del av hverdagen til pasienter med moderate psykiske lidelser?

1.3 Avgrensning

Jeg ønsker å fokusere på voksne innlagt på en avdeling for pasienter med psykiske lidelser, der sykepleier har en aktiv rolle i miljøterapi og ADL-treningen til pasientene.

1.4 Begrepsavklaring

I denne oppgaven har jeg avgrenset psykisk lidelse til å gjelde moderat depresjon og angst. I denne oppgaven ønsker jeg å fokusere på aktivitet som kan utøves uten hjelpemidler, slik som gåtur, jogging og fjell/skogsturer. Begrepet psykiske lidelser omfatter alt fra alvorlige, kroniske psykiatriske tilstander som psykoselidelser, til lettere angstlidelser. Man regner med at omlag 250 000 har moderate lidelser med et tidvis stort behandlingsbehov (Skårderud, Haugsgjerd, & Stäicke, 2016 s. 5).

1.5 Hvordan oppgaven videre blir løst

Jeg vil legge frem relevant teori knyttet til positiv virkning av fysisk aktivitet, innhold i miljøterapien og motivasjonsfaktorer. Teori er hentet både fra de vitenskapelige forskningsartikkelene, litteraturen som er benyttet i pensum til psykisk helsevern, fagartikler og publikasjoner fra helsemyndighetene og i drøftingen supplerer jeg med egenopplevelser fra praksis .

2 Metode

Olav Dalland beskriver metoden som et redskap som brukes når vi ønsker å undersøke noe, hvordan en bør gå frem for å etterprøve eller tilegne seg ny kunnskap. Metoden vi velger hjelper til å finne informasjonen vi trenger. Metoden er fremgangsmåten vi bruker til å samle inn data (Dalland, 2012). Å kunne ta et kritisk standpunkt i forhold til forskning, vil være nyttig når man skal anvende forskning i praksis (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie, basert på skriftlige kilder som er relevant litteratur for min problemstilling. Litteraturstudie er en systematisering av kunnskap, der søkeprosessen vil være viktig for innhenting av kilder som kan bidra til å styrke oppgavens grunnlag og belyse den valgte problemstillingen. I følge Dalland skal kildene vurderes i form av kildekritikk, som er det metodiske redskapet, sammenfattes og drøftes. En litteraturstudie skal belyse problemstillingen på en faglig interessant måte sier Dalland (Dalland, 2012). Metoden for Bacheloroppgaven er allerede valgt fra skolen, gjennom deres retningslinjer.

2.2 Søkeprosess etter forskningsartikler

2.3 Søkeord og databaser

Jeg har brukt biblioteket sin søkemotor Oria, søkt i databasene i Cochrane Library og SveMed +.

2.4 Søk gjort 09.10.2017

Søkeordene jeg har brukt er: Fysisk aktivitet og psykisk helse i Svemed+. Hver for seg fikk jeg 2377 treff på fysisk aktivitet og 942 treff på psykisk helse. Kombinasjonen av disse ordene førte til 31 treff. Da fant jeg 2 artikler som er relevant for min oppgave. Den ene er en ikke vitenskapelig artikkel, men er likevel relevant, denne heter "Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv"(Vikene, 2012). Den andre er "Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression"(Martinsen, 2008).

Ved å koble søkeordene fysisk aktivitet og psykisk helse, med ordene Angst, Depresjon og voksne, endte jeg opp med 1 artikkel der temaet var unge voksne i videregående skole. Jeg tenker at det blir litt utenfor temaet, da jeg primært ønsker å skrive om de som er innlagt i en DPS døgnpost for voksne. I Cochrane library brukte jeg de samme søkeordene på engelsk. Physical activities ga 907 treff, mental health 1309 treff. Disse kombinerte jeg med depression og anxiety og fikk 78 treff. Blandt disse fant jeg en artikkel jeg ønsket å bruke "Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment"(Sørensen, 2006).

2.5 Søk gjort 18.10.2017

Etter et søk på sykepleien.no etter forskningsartikler om bedringsprosesser fant jeg 17 artikler, av disse fant jeg et sammendrag skrevet av Anners Lerdal som tok for seg samlingsartikkelen "An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities"(Salzmann-Erikson, 2013).

2.6 Søkeprosess etter annen litteratur

Søkene i Oria på skolens bibliotek er gjort primært for å finne nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet, der fant jeg Aktivitetshåndboken og ulike faktaark om fysisk aktivitet. Det er også gått gjennom forskningsartikler og rapporter lagt ut på Norsk friluftsliv.no, etter tips fra veileder. Her fant jeg 1 rapport fra Regjeringen "Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse: Rapport fra det nordiske miljøprosjektet «Friluftsliv og helse» som jeg vil bruke.

Dette er utvalget av annen litteratur jeg har brukt i oppgaven.

- Aktivitetshåndboken(Red. Bahr, 2015).
- Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge : oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger(Helsedirektoratet, 2014).
- Fysisk aktivitet og psykisk helse : Et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer (Helsedirektoratet, 2010).

- Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse: Rapport fra det nordiske miljøprosjektet Friluftsliv og helse(Regjeringen, 2009).

Videre har jeg benyttet pensumliteratur fra emne SK-165 og SK-166 Psykiskhelsearbeid og andre fagartikler.

2.7 Kildekritikk

De tre studiene som er valgt i denne litteraturstudien er hentet fra anerkjente Databaser. Alle tre forskningsartiklene er publisert på engelsk. Det kan by på problemer i oversettelse og det kan oppstå feiltolkninger fra min side, og poenger kan bli borte i oversettelsen. Den ene forskningsartikkelen "Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression"(Martinsen, 2008). Martinsen er et navn som jeg blandt annet også fant igjen i Aktivitetshandboken, gitt ut av Helsedirektoratet. Dette gjør at sammenligningene i drøftningen kan bli noe entydig. Det er har da vært viktig å supplere med andre kilder. På den andre siden viser dette at forfatteren er anerkjent innefor faget.

Av de tre forskningsartiklene er to av dem ikke eldre enn 10 år fordi jeg ønsket mest mulig oppdatert forskning innenfor temaet. Jeg har valgt å bruke den ene artikkelen "Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment" fra 2006, skrevet av Marit Sørensen på tross av at den er i grenselandet for hvor gamle en artikkel skal være. Grunnen for dette er at det er skrevet lite om motivasjon og fysisk aktivitet blandt pasienter i psykiatrien. Artiklene følger IMRAD strukturen. IMRAD er en norsk forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen er brukt som et hjelpemiddel ved oppbygningen av en vitenskapelig artikkel (Dalland, 2012).

To av forskningsartikkene er oversiktsartikler over annen forskning. Det er positive med dette er at man får en bredere oversikt over forskningen på emnet. På en annen side kan det være negativt å benytte en slik artikkel fordi det ikke er en primærkilde samt at funnene som er benyttet kommer fra eldre forskningsartikler(Dalland, 2012). Det å benytte seg av sekundærkilder kan være negativt, fordi forfatteren som har skrevet artikkelen har allerede en tolkning av forskningen som jeg videreformidler. Jeg har ingen kontroll over- og må stole på at forfatteren har tolket sine kilder rett.

3 Teori

3.1 Fag- og pensumlitteratur

3.1.1 Fysisk aktivitet

Myndighetenes anbefaling for fysisk aktivitet, er for voksne og eldre minst 150 minutter i uken med moderat fysisk aktivitet. Ved høy intensitet kan man klare seg med 75 minutter i uken. Med moderat intensitet menes aktiviteter som medfører raskere pust enn vanlig, for eksempel rask gange. Høy intensitet er aktiviteter som fører til mye raskere pust, for eksempel ved løping.

I en undersøkelse gjort for Helsedirektoratet viser det seg at kun 31 prosent tilfredsstillende anbefalingene (Helsedirektoratet, 2014).

3.1.2 Fysisk aktivitet ved angst og depresjon

Den vitenskapelige dokumentasjonen av hvordan fysisk aktivitet påvirker angst begrenser seg, men at man vet blant annet at angstlidelser oftere forekommer blant fysisk inaktive enn blant aktive. Noen opplever at angstlidelser forverres når de begynner å trene. Dette er ubehagelig, men ikke farlig om ikke pasientene samtidig har somatiske lidelser som står i veien for fysisk aktivitet (Bahr, 2015 s. 214-222).

Angstlidelser er det vi kaller er en rekke tilstander hvor hovedsymptomet er engstelse eller redsel for bestemte objekter eller situasjoner som vi kaller fobiske angstlidelser (Folkehelseinstituttet, 2009). Angstlidelser opptrer ofte i forbindelse med andre typer psykiske lidelser, vanligvis depresjon men også ved rus. Angstlidelser medfører et subjektivt ubehag og atferd preget av unngåelse, og fører ofte til at pasienten fungerer dårligere. De mest brukt legemidlene er antidepressiva og beroligende legemidler av typen benzodiazepiner. Valium, Sobril og lignende virker raskt og har god angstdempende effekt. Fysisk aktivitet påvirker og er et hjelpemiddel i forebygging og behandling (Bahr, 2015 s. 214-222).

Det er dokumentert en midlertidig reduksjon av situasjonsangst etter fysisk aktivitet, mens virkningen på den mer personlighetsrelaterede og karakteravhengige angsten mer usikker. Fysisk aktivitet som alternativ eller supplement ved annen behandling er best dokumentert når det gjelder panikktilstander og agorafobi, men kan trolig også være nyttig ved generell angst. Forskjellige former for fysisk aktivitet ser ut til å ha samme effekt (Bahr, 2015 s. 214-222).

Det finnes forskjellige psykologiske, nevrobiologiske og fysiologiske hypoteser om hvordan fysisk aktivitet påvirker angst. En av hypotesene er at nivåene av signalstoffene noradrenalin, dopamin og

serotonin påvirkes. En annen hypotese er at det kan ha en beroligende effekt at man har en høyere utskillelse av betaendorfiner. Redusert aktivisering av hypothalamus-hypofyse-binyrebark-aksen, en viktig del av reguleringen av stressrespons er en hypotese. En tredje hypotese sier at ved hardt fysisk aktivitet økes temperaturen i kroppen med 1–2 grader. En slik temperatur økning kan være en årsak til en beroligende effekt av trening. Distraksjonshypotesen er en hypotese som går på at når man er aktiv med trening ledes tankene bort fra det som forårsaker bekymringer og angsten. Kognitiv restrukturering er en annen psykologisk hypotese. Ifølge den kognitive teorien om panikk lidelse utvikler og opprettholder pasientene panikkanfall fordi de fortolker de kroppslige angstsymptomene, ved fysisk aktivitet venner pasientene seg til de kroppslige reaksjonene som hjertebank og kan lære seg å fortolke dem på en mindre katastrofal måte (Bahr, 2015 s. 214-222).

Ved depresjon er de vanligste symptomene senket stemningsleie, mangel på energi, nedstemthet, følelse av verdiløshet og manglende mening med å leve, samt liten interesse for vanlige gjøremål. I tillegg kommer ofte skyldfølelse og svekket selvfølelse (Folkehelseinstituttet, 2009).

Fysisk aktivitet har positiv både for å forhindre og for å behandle depressive episoder både akutte og lang varige. Det er en fordel at treningen skjer samtidig med at pasienten får annen behandling, med medisiner og samtaleterapi. Fysisk aktivitet hjelper også for å redusere risikoen for tilbakefall. Fordi mennesker som har depresjon, ofte også har somatiske lidelser, ser man også at helseeffekter av fysisk aktivitet også er viktig. Fysisk aktivitet kan brukes som behandling av depresjon og kan brukes for forebygge faren for å bli syk av depresjon (Bahr, 2015 s. 275-282).

3.1.3 Aktiviteter i institusjon

Dette skriver Helse Førde om behandlingen de tilbyr ved sine DPS døgn avdelinger;

” Målet vårt er å hjelpe deg til bedre å mestre egen livssituasjon. Personalet er tverrfagleg samansett og består av psykiater, lege, psykolog, sjukepleiarar, hjelpepleiarar, assistentar, sosionom, aktivitør, helsesportspedagog og fysioterapeut. Behandlinga følgjer nasjonale faglege retningslinjer. Behandlingstilboda kan bestå av individuelle samtalar, medikament, ECT, trening og aktivitetar. Det vil bli gjort ei allmennpsykiatrisk utgreiing, vurdering og diagnostisering. Brukarmedverknad er sentralt. Det betyr at du er med å utarbeide og tilpasse din eigen plan for behandlinga. Vi legg vekt på struktur og døgnrytme, og brukar timeplan som hjelpemiddel. Ved behov får du tilbod om din eigen plan for kva som skal skje etter opphaldet her. Som ein del av behandlinga vert det lagt vekt på individuelt tilpassa fysisk aktivitet og trening. Du har tilgang til treningsutstyr og basseng, og det er fokus på allsidig

rørsleglede. Ta med treningstøy, badetøy, turklede og gode sko. Du har og tilbud om å vere med på ulike formingsaktivitetar både individuelt og i gruppe”(Helse Førde, 2017).

Oppgavene i miljøterapi kan samenfattes i at kontakt og relasjon er grunleggende, pasientene skal ha en Individuell behovstilpasset plan og personalet skal bidra til å opprettholde de terapeutiske rammene. (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2016 s. 208). Grunntanken er hva i samspillet mellom pasient og personal som gjør pasienten syk eller friskere. Denne skal være lik hos hele personalet, slik at den avspeiler seg i holdningene deres og kommer til uttrykk i hva de gjør og sier i ulike situasjoner. Miljøterapi krever en struktur på behandlingseenheten. Det innebærer faste, løpende behandlingsaktiviteter etter en oppsatt dagsplan og ukeplan(Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2016 s. 199).

Et strukturert og ordnet miljø hjelper pasienten til å føle seg trygg og gjør det mulig å delta i aktiviteter som er tilgjengelige. Avdelingsmiljøer som er strukturerte (fast døgnrytme) skaper forutsigbarhet. Mange psykiatriske pasienter har en uregelmessig døgnrytme, noe som kan begrense deres mulighet for samhandling. Det å gjenopprette normal døgnrytme er avgjørende for å gjøre det lettere å delta i det sosiale liv utenfor avdelingen(Hummelvoll, 2014 s.493-494).

3.1.4 Bedringsprosesser og brukerorientering

Å komme tilbake på riktig spor i livet igjen etter et brudd i livssituasjonen forutsetter at relasjonen mellom pasienten og hjelper, gir en opplevelse av felleskap og likeverd. Det er viktig at man er enig om et felles mål og metoder slik at man er friere til å skape og styre sitt eget liv (Hummelvoll, 2014 s.78).

Wiliam A Anthony definerte Recovery på denne måten i 1993;

”Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og hensikt med ens liv mens man vokser på tross av de katastrofale virkninger av psykisk lidelse.” (Hummelvoll, 2014 s.58).

Erfaring og forskning støtter at mangel på meningsfulle aktiviteter oppleves som negativt. Tiltak som styrker opplevelse av myndiggjøring og mobilisering av egne krefter, bidrar til sosial integrasjon(Hummelvoll, 2014 s.71).

Brukerorientering handler om å være nysgjerrig og åpen for livets mangfold og hverdagens uforutsigbarhet. Brukerorientert hjelp handler om fleksibilitet i forhold til planlegging og tilbakemeldinger fra brukerne bidrar til å klargjøre hva som hjelper. Fagfolk må forsøke å se situasjonene fra brukers ståsted og legge merke til den innsatsen som blir lagt i bedringsprosessen. Mennesker med psykiske problemer ønsker å bli respektert for den de er. Et menneske med svakheter, styrker og ulike roller, ikke bare pasientrollen. Hverdagen fortsetter tross de psykiske problemene. Det å fortsette å leve livet sitt er viktig og brukerne er opptatt av å håndtere konsekvensene av vanskene sine (Borg, 2009).

”En god arena var et sted der det var meningsfullt å være, og der informantene følte seg velkomne. Et særpreg ved en god arena var at noen hadde bruk for dem, det ga mulighet for samvær med andre mennesker, trening og fysisk aktivitet eller naturopplevelse. Vanlige samfunnsarenaer ble fremhevet som positive. Hvorfor de ordinære arenaer ble foretrukket framfor profesjonelle, handlet kanskje om at her var det muligheter til å være «vanlig». I stedet for å bli plassert i en pasient- eller brukerrolle var du trimkollega, busspassasjer, et medlem av menigheten, student eller en hundeeier som gikk tur. Informantene minner her om betydningen av at hverdagslivet ikke bagatelliseres” (Borg, 2009).

I en brukerundersøkelse fra 2007 og 2010 i Århus Kommune i Danmark, viser det seg at brukerne opplever at de trenger struktur og støtte til å kunne delta i aktiviteter i hverdagen.

” Brukerne ble spurt om, hvilken form for støtte de har brug for. Ni ud af 10 oplever at have brug for støtte til at få struktur på hverdagen, og tre ud af fire har behov for støtte til at sætte grænser. To ud af tre har brug for støtte til at få bedre relationer til venner, familie og børn, til at knytte nye sociale kontakter, til at deltage i aktiviteter uden for psykiatriens regi og til at frigøre sig fra det psykiatriske system.” (Aarhus Kommune, 2011).

3.1.5 Arenaer for fysisk aktivitet

” Tilgjengelighet til utstyr kan være avgjørende for å komme i gang dersom det iverksettes aktivitetstilbud som krever dette. Samtidig bør ikke fysisk aktivitet begrenses av mangel på utstyr. Aktivitet i uteområder i nærmiljøet kan være et godt alternativ til innendørstrening” (Helsedirektoratet, 2010).

Det ble i 2010 gjort en undersøkelse blant brukere og tidligere brukere ved Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering på Sanderud. Man har der tilstrebet å kunne tilby pasientene gode aktivitetsmuligheter. De har blant annet tilbudt organisert treningstilbud på treningssenter to

dager i uken. Fysisk aktivitet kan samtidig som det er helsefremmende for den enkelte, også være et verktøy i rehabilitering og behandling som hjelper til med fysisk, psykisk og sosial fungering(Libak, 2010).

Fysisk aktivitet har også en egenverdi i seg selv, som meningsfullt innhold i hverdagen og som en fritidssysse. Evalueringen viste at en stor andel av deltagerne opplevde bedring både fysisk og psykisk, og ingen opplever at de har blitt verre. Treningscenteret viser seg også å ha stor betydning positiv effekt for mange av deltageres livskvalitet. Libak konkluderer blandt annet med det er godt at man opplever arenaen som tilgjengelig og at man føler seg ivaretatt,verdsett og føler en sosial tilhørighet(Libak, 2010).

Friluftsliv er en lavterskelaktivitet som appellerer til de brede lag i folket. Friluftsliv kan drives i nærmiljøet og i skog og mark, men også på fjell og vidde, til alle årstider og i alle deler av landet. Dette skaper en tilgjengelighet andre treningsarenaer kanskje ikke har(Breivik, 2012).

Å gå er den mest enkleste og naturlige formen for aktivitet. Det er lett å starte opp med og krever ikke mer enn at man kjenner til fine tursteder. Det viktig at man finner aktivitet som faller i smak hos deltagerne og som gjør mestringfølelsen stor for deltakerene. Synliggjøring av personlige ressurser og behov, samt brukerinvolvering er viktig både i planleggingsarbeidet og ved gjennomføring av aktivitet. Det at deltakerene har innflytelse gir økt interesse, styrker troen på egenmestring å kan være med på å gi bedre og mer varig effekt (Helsedirektoratet, 2010).

3.2 Forskning

3.2.1 An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities

En gjennomgang av en rekke fagfelleverderte engelskspråklige forskningsartikler publisert etter år 2000 som tar for seg hva som bidrar til bedring hos pasienter som er inneliggende i en institusjon. Forskningsartikkelen er publisert i Mental Health Nursing i 2013. Forskningsartiklene hadde kvalitative design og omhandlet bedringsprosesser(recovery). I undersøkelsene har man spurt pasienter som er hemmet av sine psykiske lidelser. Funnene er kategorisert i tre hovedgrupper; bedring med hjelp av en indre prosesser, med hjelp av andre og med hjelp av meningsfulle aktiviteter.

Studien konkluderer med at det er harmonien og samspillet mellom indre faktorer og ytre påvirkning som vil bidra best til bedring. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter, deltakelse i sosiale aktiviteter og hjelp fra andre, er faktorer som likevel er viktige for bedringsprosessen(Salzman-Erikson, 2013).

Recovery som en indre prosess forklares med prosesser som foregår i personen selv og handler om å akseptere seg selv, på tross av de forholdene man er under. Det å ha troen på og viljen til å forandre seg for å bli bedre. Den indre prosessen for å nå bedring er avhengig av at man har en gnist, et håp og en tro på fremtiden. Å akseptere blir beskrevet som det vanskeligste stadiet av recoveryprosessen, men også det stadiet som er viktigst. Evnen til å akseptere lidelsen som en del av seg selv i tillegg til betydningen av å bli akseptert av andre er viktig. Kampen kan fortsette så lenge man har styrke og motivasjon, ved å finne nye referansepunkter i livet og gjenoppdage en personlighet som inkluderer lidelsen og symptomer. I en slik prosess kan livet ta nye vendinger og føre til utvikling og bedring. Relasjoner er viktig for å vinne kampen. Hvorvidt kampen gjennomføres eller gis opp, er et personlig valg(Salzman-Erikson, 2013).

Kategorien recovery med hjelp fra andre betyr hva hjelpeapparat, familiemedlemmer, venner eller tro kan bidra med, og at de kan være en viktig del av bedringsprosessen. Andre kan gi støtte og bidra med sin tilstedeværelse. Deltakerene i en undersøkelse uttalte at terapi var positivt for deres bedring og beskrev det å være i terapi som et vendepunkt. Terapien ga mulighet til å snakke med en profesjonell i trygge omgivelser, noe som gjorde det mulig å snakke om sine innerste følelser og tanker, samtidig fikk de hjelp til tiltak som bidrar til bedring. Terapi ga en følelse av å få omsorg og sosial tilhørighet. Brukere av støttegrupper føler de kan være seg selv uten å bli redusert til symptomer eller sykdommer. Fagpersoner som har kunnskap kan hjelpe å skille mellom hva som er virkelighet og hallusinasjon og er i stand til å vise empati og respekt, lytter og viser interesse for andres problemer. Religion kan motivere og inspirere til å leve sine liv med større aksept. Tro og bønn kan for noen gi ro i sjelen og ånden. troen og åndelighet bidrar til deres personlige bedring og at det er et supplement til behandlingen og medisiner. Kirken kan noen ganger fungere som et sosialt knutepunkt og sosial samhörighet(Salzman-Erikson, 2013).

Deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter som hjelp til bedring, er den siste kategorien. Meningsfulle aktiviteter kan være det å ta utdanning eller det å delta i fritidsaktiviteter. Ved å delta i slike aktiviteter har man en struktur i hverdagen som hjelper den personlige bedringen. Det å være aktiv i daglige aktiviteter og det å være i kontakt med omverdenen er viktig i og med at isolasjon kan føre til blandt annet depresjon. Som supplement til tradisjonelle fritidsaktiviteter trekkes også støttegrupper inn her som en meningsfull aktivitet, men det påpekes at støttegrupper i denne sammenhengen er der man kombinerer det med sosiale og fritidsrelaterte aktiviteter, som å gå turer, fiske, rideturer, se på film eller gjør annen aktivitet enn det å bare sitte i en gruppe å dele erfaringer og problemer. En deltaker i en av studiene utalte; "Bare det å være aktiv og ha noe å gjøre,

gjør at man hjelper kroppen, sinnet eller tankeprosessen i en annen retning, det gir en avstand fra symptomene(Salzman-Erikson, 2013).

Blandt funnene legges det vekt på at det er viktig å ha en jobb. Hvilken type jobb er mindre viktig; det er heller det faktum at du har en arena å forholde seg til i hverdagen. Å ha en jobb er forbundet med positive følelser og evnen til å føle seg kompetent, verdsatt og nyttig. I tillegg gir det å ha et arbeid følelsen av å kunne gi noe tilbake til samfunnet. Slike positive følelser kan være vanskelige å oppnå på andre måter. En annen fordel med å være i arbeid er at det gir mulighet til å etablere relasjoner med andre mennesker kommer frem i undersøkelsen(Salzman-Erikson, 2013).

Deltakelse i fritidsaktiviteter er sentralt for bedringsprosessen. I en undersøkelse nevnes fritidsaktiviteter som å delta i klubber, aktiviteter i kirken eller det å gå på kino. Ved å delta i sosiale aktiviteter andre steder enn i behandlingsstedet, blir det mulig å møte mennesker og snakke om andre emner enn de som er relatert til symptomer og sykdom.Når man er i skifter man fokus fra å være pasient til å være en person er sosial og som eksisterer i en sosial kontekst. Det å være i arbeid setter også pasientene i en bedre økonomisk stilling som kan gjøre dem i stand til å engasjere seg fritidsaktiviteter som ellers ikke ville være mulig(Salzman-Erikson, 2013).

3.2.2 Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression

Forskningsartikkelen presenteres en oversikt over forskning som involverer effekten av trening, mengde trening for effekt, både for å forebygge, men også behandle psykiske lidelser som angst og depresjon. Artikkelen er publisert i Nordic Journal of Psychiatry, Juli 2009.

Flere randomiserte kontrollerte studier som er gjennomgått bekreftet at trening har en antidepressiv effekt. Blandt funnene er det en undersøkelse der man sammenlignet en gruppe som har et treningsopplegg enten med løping eller med styrketrening, med en gruppe pasienter som ikke har startet behandling ennå. I en annen undersøkelse sammenlignet man virkningen av trening på to grupper inneliggende pasienter. Begge gruppene hadde en depresiv lidelse. Den ene gruppen hadde et treningsprogram og den andre gruppen deltok i andre meningsfulle aktiviteter, såkaldt ADL-trening. I denne sammenhengen var ADL-treningen yrkesterapi på arbeidstuen i institusjonen. Her kommer det frem i begge undersøkelsene at trening har overlegen virkning på den psykiske helsen(Martinsen, 2008).

I en studie sammenlignet man virkningen av gruppetrening tre ganger i uken opp mot bare bruk av antidepressiva, og virkningen av det å kombinere trening og antidepressiva. Pasientene i denne undersøkelsen hadde alvorlig depresiv lidelse. De som fikk antidepressiva ble bedre raskere, men

etter 12 uker ble alle grupper bedre og det var ingen signifikante forskjeller blant dem. I oppfølgingsstudien der de hadde fulgt opp pasientene ti måneder etter, viste det seg at de som trente hadde fortsatt holdt seg bedre i større grad. I en annen studie ble behandling med antidepressiva sammenlignet med placebo og overvåket gruppe trening og individuell trening hjemme, begge tre ganger i uken. Etter fire måneder hadde 42% oppnådd bedring. Pasientene som motok aktiv behandling hadde en tendens til å ha høyere remisjon, men det var ingen signifikante forskjeller mellom de to former for trening og antidepressiv medisinerings(Martinsen, 2008).

Pasienter med depresjon som respondere dårlig på antidepressiva ble i en studie tilfeldig fordelt i grupper for trening og psykoedukasjon. I denne undersøkelsen viste det seg at trening var betydelig mer effektiv for pasientene. I to av undersøkelsene ville man finne ut om intensitet var med på å gi bedre virkning. I den ene undersøkelsen rapporterte pasientene at det ikke var store forskjeller i virkningen. Denne undersøkelsen sammenlignet inneliggende pasienter med depresjon og angstlidelser som jogget opp mot pasienter som gikk(Martinsen, 2008).

Et av problemene med trening som behandling, er å finne det som er et minimum som trengs av trening for å gi bedring til pasienter med depresjon. I en undersøkelse fant man hva responsen var på ulike dose trening og reduksjon av depressive symptomer hos pasienter med alvorlig depresjon. De fant at de som utøvde Helsedirektoratets anbefalinger om trening, hadde betydelig større reduksjoner i depressive symptomer enn de som trente mindre og med lav intensitet. Målet med et treningsprogram for mental helse bør være å fokusere på vanlig aktivitet av enhver type som er hyggelig og gir følelsen av å oppnå noe.

Det endelige målet bør være å etablere regelmessig trening som en livslang vane(Martinsen, 2008).

3.2.3 Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment

Forskningsartikkelen er publisert i Scandinavian journal of medicine & science in sports, Desember 2006 . Undersøkelsen er gjort blant pasienter som har fysisk aktivitet som en del av behandlingsforløpet, ved 15 psykiatriske sykehus, døgnposter og dagavdelinger. For å rekrutere deltakere kontaktet de institusjoner som hadde deltatt i Gaustad løpet som er en av de store idrettsarrangementene for psykiatriske pasienter i Norge(Sørensen, 2006).

Man har prøvd å finne ut hva som motiverer pasientene til aktivitet og om selvbestemmelse øker motivasjonen til fysisk aktivitet. Er det positive erfaringer og opplevelsen pasientene selv har med

aktivitet som motiverer de? Har følelsen av reduksjon av symptomer noe å si for hvor positive de er til fysisk aktivitet? Har påvirkning fra omgivelsene og andre en negativ virkning på motivasjonen? Har graden av å kunne velge selv en positiv virkning på motivasjonen(Sørensen, 2006).

Teorier gir oss forståelse av hva som motiverer og ikke, til å gjennomføre fysisk aktivitet. Slike teorier kan gi oss kunnskap for å utarbeide retningslinjer for praktiske tilnærminger for å øke motivasjonen til pasientene . En slik teori er Deci og Ryan sin selvbestemmelsesteori. De sa at motivasjon er basert på tilfredsstillelse av behov. Behov for kompetanse, autonomi og tilknytning. Disse behovene danner en kontinuitet og bestemmes av en indre motivasjon eller motivasjon som er påvirket av ytre faktorer, for eksempel bli fortalt av andre at man må trene, fortelle seg selv at jeg burde trene eller det å identifisere behovet for trening og fortelle seg selv at jeg vil ha godt av å trene. Sistnevnte er for eksempel når individet deltar for opplevelsen(Sørensen, 2006).

For å finne ut aktivitetsnivå ble det stilt to spørsmål. Første spørsmål var en egenvurdering av egen fysisk aktivitet i forhold til hva man tror de fleste i samme alder utøver av fysisk aktivitet. Resultatene viste at i tillegg til selvbestemmelsesvariablene, viste undersøkelsen at kun indre motivasjon hadde en sammenheng med aktivitetsnivå. Det betyr at hvis egen motivasjon var tilstede, var sansynligheten for å være aktiv veldig høy. At pasientene hadde treningsplan eller ikke, viste ikke noen forskjell i aktivitetsnivået, men hadde man et treningsopplegg var det høyere sansynlighet for at pasientene ville være fysisk aktive(Sørensen, 2006).

Det er en myte at psykiatriske pasienter generelt ikke er motivert for fysisk aktivitet. Sammenlignet med en befolkningsundersøkelse i to fylker i Norge i 2000 viste denne undersøkelsen at aktivitetsnivået hos psykiatriske pasienter er lik aktivitetsnivået hos den generelle befolkningen. Det må sies at aktivitetsnivået hos dette utvalget ikke er nødvendigvis representativt for alle psykiatri pasienter, da disse hadde erfaring med fysisk aktivitet fra tidligere. Ytre motivasjon som å bli bedt om å trene av lege ga ikke mer motivasjon til å trene, Det betyr ikke at legene ikke skal motivere sine pasienter til å trene, men at for å gjennomføre fysisk aktivitet må indre motivasjon være tilstede (Sørensen, 2006).

57,4% av pasientene rapporterte at fysisk aktivitet har vært med å bidra til å redusere symptomer på sykdom, mens 11,9% rapporterte negative effekter. Typen endring i symptomer var ikke relatert til aktivitetsnivået, noe som kan være en indikasjon på at effekten av fysisk aktivitet mest sannsynlig virker gjennom andre mekanismer, enn direkte symptomlindring. Dette indikerer betydningen av individuell oppfølging og tilpasning av aktivitetene(Sørensen, 2006).

4 Drøfting

Myndighetene ønsker at vi skal være fysisk aktive minst 150 minutter i uken med moderat fysisk aktivitet. De har imidlertid funnet ut at det kun er 31 prosent av befolkningen som tilfredstiller deres anbefaling. Aktivitetshåndboken fra Helsedirektoratet sier at fysisk inaktivitet kan føre til økt risiko for somatiske sykdommer og legger vekt på at Inaktivitet kan føre til angst og depresjon og at angst og depresjon kan føre til Inaktivitet(Bahr, 2015).

I Følge Martinsen er fysisk aktivitet et godt bidrag til bedring av pasienter med psykiske problemer(Martinsen, 2008). Jeg tenker at om bare 31 prosent av den generelle befolkningen gjennomfører kravene til myndighetene, vil det være enda vanskeligere for pasienter innlagt i en DPS-døgnpost. Det kan være mange årsaker til at enkelte blir inaktive i en institusjon. I undersøkelsen til Libak konkluderer hun blandt annet med at det å få støtte og bistand av ledsager er av betydning for halvparten av deltagerene i deres prosjekt. Det å bli kontaktet før trening og det å ha transport til og fra er avgjørende for deltagelse(Libak, 2010). Salzmann Eriksom fant også at det er samspillet mellom indre faktorer og ytrepåvirkning som vil bidra best til bedring. I hans undersøkelse er det da med hjelp fra blandt annet helsepersonell(Salzmann-Erikson, 2013).

Treningen i institusjon blir ofte lagt til egne arenaer, der egne ansatte tar seg av treningen og ofte i større grupper. Borg sier det er tilbakemeldingene fra brukerne, som bidrar til å klargjøre hva som hjelper til å oppnå bedring. Hun mener vi skal høre på pasientene, være nysgjerrig og ta brukerorientering på alvor(Borg, 2009). I Libak sin evaluering sa en av deltagerene dette om tilbudet; "Det er viktig at vi bruker en arena som er for alle. Det er godt å være der det er normalt, vanlig, ordinært tilbud. Og der har du alle muligheter også. En vil jo liksom være normal"(Libak, 2010). Dette kan tyde på at det å delta i aktiviteter blandt mennesker som ikke er syke kan bidra til bedring for noen. Andre vil kanskje synes skammen og stigmaet er for vanskelig til at de ønsker å møte på noen de kjenner. Det å lytte til brukernes ønsker kan si oss noe om vårt beskyttelsesbehov som hjelpere er så nødvendig som vi tenker det bør være.

Det å kunne tilby alternativer til den tradisjonelle treningen med treningsavdelingen i gymsal eller styrkerommet og på tidspunkter som passer pasienten bedre kan nok få med fler, men da må tilbudet som finnes idag også opprettholdes for de som ønsker det. På den andre siden kan det være vanskelig å lytte til og tilfredstille alles behov. Borg skriver at en utfordring i hverdagen på institusjon kan være bemanning og planlegging av ansatte sine andre arbeidsoppgaver. Borg understreker at å tilfredstille brukernes behov, såkalt brukerorientert hjelp, forutsetter fleksibilitet i forhold til

planlegging(Borg, 2009).I en institusjon er man avhengig av både økonomiske rammer og personale og da må det som tilbys gjøres på en måte som ikke går utover de rammene man har til rådighet.

Det å gå er den enkleste og mest naturlige formen for aktivitet. Rapporten "Fysisk aktivitet : omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet : en oppdatering og revisjon" sier noe om at jo mer utstyr som trengs jo vanskeligere er det å sette igang. De fleste har tilgang på naturen og nærmiljøet og jeg vil tro at de fleste er kjent med å gå turer. En av fordelene med å gå er at det skaper mer flyt og åpenhet i samtalen(Sinding & Øverland, 2017).

Meningsfulle aktiviteter kan være det å ta utdanning og delta i fritidsaktiviteter. Både miljøterapi og fysisk aktivitet står sterkt i institusjonene, men som oftest hver for seg. Treningsavdelingen fungerer som et sted å gjøre noe meningsfullt iløpet av en dag, men også som avledning fra tankekjør og middel for å føle at man gjør noe. Ved å delta i slike aktiviteter har man en struktur i hverdagen som hjelper den personlige bedringen skriver Salzmänn-Erikson om sine funn(Salzmänn-Erikson, 2013).

Om man legger til grunn at i en DPS-døgnpost er miljøterapien en del av hverdagen, tenker jeg at trening er vel så mye en del av de meningsfulle aktivitetene som det å dra på handletur, være på arbeidsstuen eller trene på hverdagslige aktiviteter (ADL-trening). Det kan virke helt unaturlig å skille ut trening som en helt annen hverdagslig aktivitet. Det å delta i samfunnet, arbeid, fritidsaktiviteter og gå tur vil jo like mye være meningsfulle aktiviteter for et menneske utenfor institusjon.

En innsigelse mot å ikke ta med pasientene ut i nærmiljøet kan ofte være at man vil beskytte pasientene fordi man er redd for at taushetsplikten blir brutt. Man kan både være redd for at noen man kjenner pasienten ser de, eller kanskje overhører noe som blir sagt. Ved den ene posten jeg var i praksis ville man ikke gå men pasientene i nærmiljøet for da folk ville se hvem som var ute å gikk i institusjonens regi. Paradoksalt nok var det likevel felles turer til nærbutikken.

Psykologene Sinding og Øverland har gjennomført et prosjekt der de hadde med seg klienter ut på vandring i nærmiljøet. En av utfordringene de trodde de ville møte var nettopp hva de skulle gjøre om de møtte noen underveis. De skriver i sin artikkel at det oppstod få utfordringer knyttet til dette underveis. De skriver at det var generelt få mennesker i områdene de gikk og at det bidro til at samtalen som regel fløt uavbrutt. Psykologene og klientene hadde alltid avtalt på forhånd hvordan man skulle opptre om de møtte mennesker når det ble snakket om noe sensitivt. De hadde også en plan for hva som skulle gjøres om man møtte på kjente. Instruksjonen var da å sakke tempo, kun hilse raskt og ikke starte noe videre samtale. Dette ble det aldri behov for ifølge dem(Sinding & Øverland, 2017). Dette understreker viktigheten av at man må planlegge litt i forkant av en tur.

Undersøkelsen til Sørensen sier at å ha en plan er et godt hjelpemiddel for å gjennomføre aktivitet (Sørensen, 2006).

I artikkelen "Hva gjør miljøterapi til terapi?" skriver Landmark & Olkowska at man kan se miljøterapien i det store terapilandskapet og at miljøterapi åpner for å la seg inspirere av forskjellige terapeutiske retninger. De mener at miljøterapi fremstår som noe som ikke er definert, og som ikke har egne terapeutiske prinsipper, men at man har et stort felt hvor vi blant annet møter mange terapiformer. Miljøterapi og andre retninger er likestilt med hverandre (Landmark & Olkowska, 2009). Avdelingsmiljøer som har fast døgnrytme slik som i miljøterapiens struktur krever, skaper forutsigbarhet. Mange pasienter trenger denne strukturen og forutsigbarhet (Hummelvoll, 2014). Det er sykepleier som står for den største delen av interaksjon mellom hjelper og pasient i løpet av et døgn og det burde være naturlig for en sykepleier å tilby og gjennomføre gåturer i nærmiljøet med pasientene i løpet av denne tiden.

For mennesker med angstlidelser kan det være en barriere å trene i treningsrom eller gymsal, der man må forholde seg til mange mennesker og ofte mennesker man ikke er helt fortrolig med og trygge på. For en deprimert pasient kan det være vanskelig nok å stå opp om morgenen. Det å starte opp med trening etter en lang periode med innaktivitet kan også være tøff. En annen barriere kan være at den fysiske aktivitet som tilbys er noe man ikke er vant med. Pasientene i undersøkelsen til Sørensen rapporterer at de ikke trener mer eller har et hardere aktivitetsnivå når noen maser på dem om trening. Pasientene sier at det må være en indre motivasjon tilstede for at de skal gjennomføre fysisk aktivitet, ikke bare den ytre påvirkningen (Sørensen, 2006). I følge Salzman-Erikson avhengiger den indre prosessen for å nå bedring at man har en gnist, et håp og en tro på fremtiden (Salzman-Erikson, 2013). Det sier oss noe om hvordan tilnærming vi bør ha til pasientene, det vil ikke si at alle pasientene er like og at noen pasienter ikke trenger påvirkning fra helsepersonell for å gjennomføre fysisk aktivitet. Det vil si at helsepersonell ikke må mase om trening, men prøve å vekke den indre motivasjonen hos pasienten på et vis (Sørensen, 2006).

Min erfaring viser at en god del av pasienten innlagt på en døgnpost blir passive om det kun er treningsavdelingen som tar seg av fysisk aktivitet. Tidspunktene for trening passer ikke alle, noen ønsker ikke det som tilbys, noen orker ikke intensiteten og andre er for syke for å trene sammen med andre. Funnene til Sørensen viste imidlertid at pasientene ikke er ulik den generelle befolkningen med tanke på motivasjonsfaktorene, selv om pasientene i psykiatrien har en større barriere for å gjennomføre fysiske aktiviteter. Derfor er det viktig å forsøke å motivere pasientene, slik at fysisk aktivitet er motivasjon i seg selv, ved å fokusere på pasientens positive erfaringer (Sørensen, 2006).

Rapporten "Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse: Rapport fra det nordiske miljøprosjektet «Friluftsliv og helse» viser at naturen appellerer til noe grunnleggende i mennesket. Den gir livsglede, og hjelp til å gjenskape mental balanse når det moderne livet sliter på oss. Friluftsliv er mer enn en form for fysisk aktivitet. Naturens gode helseeffekt kan ikke forklares bare med mosjon. Det handler også om stressreduksjon og avslapping, naturlig lys, frisk luft, og bruk av alle sanser. Dette er noe som ikke kan oppveies av mange timers innendørs trening. En del forskere mener friluftslivets positive virkninger på psykisk og fysiske helse ligger nettopp i det at vi nærmer oss vår opprinnelige livsform (Regjeringen, 2009).

Resultatene fra undersøkelsen til Vikene tyder på at pasientene i hans prosjekt opplevde det å delta i friluftsliv både som givende, lærerik og beroligende. Noe som jeg også tenker kan være motiverende. I hans prosjekt har seks pasienter deltatt på tre til seks varierte turer over tre uker og hensikten med studien var å finne ut hvordan pasienter med psykiske lidelser opplevde det å delta i friluftsliv (Vikene, 2012). Jeg tenker at om pasienten ikke er vant med lengre turer kan det være abisøst å ta med pasienter på slike turer. Alt til sin tid.

5 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg vært innom virkningen av fysisk aktivitet til pasienter i psykiatrien, at det er en rekke faktorer påvirker pasientens motivasjon for bedring, brukerorientering og flere måter å tilby fysisk aktivitet til pasienten på. Miljøterapien er en av disse faktorene. Forholdet mellom pasient og hjelper, samt at den retter seg mot å bedre pasienten ved å trene på sosiale og praktiske ferdigheter er gode faktorer i bedringsprosessen. Fysisk aktivitet har også god effekt på den psykiske helsen til pasienter med moderate psykiske lidelser, og det betyr lite hvor høy intensiteten er. Konklusjonen er at fysisk aktivitet burde være integrert som en del av miljøterapien i alle institusjoner som bruker den i det daglige. Slik jeg ser det er sykepleiers viktigste funksjon å veilede, undervise og støtte pasientene i bedringsprosessen, samt å fremme helse slik at pasientene ikke forblir i en ond sirkel der inaktivitet fører til mer sykdom. Man må få pasienten til å se seg selv som en ressurs og hjelpe pasienten til å finne den indre motivasjonen. Den letteste og mest tilgjengelige måten å tilby fysisk aktivitet, er ved å gå en tur ut i nærmiljøet eller i naturen. Selvom det kan være noen utfordringer knyttet til det å ta turer i nærmiljøet må vi ikke avfeie det, men se det som en mulighet og en god måte å fremme helse til de som faller utenfor det vanlige treningsopplegget.

Bibliografi

- Sinding, A I & Øverland, S. (2017). Vandrepyskologene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(11), 1066–1070.
- Bahr, R. (Red.). (2015). *Aktivitetshåndboken : fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (3. utg.). Oslo: Helsedirektoratet.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet ; brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(5), 452–459.
- Breivik, G. (2012). *Fysisk aktivitet : omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet : en oppdatering og revisjon*. Oslo: Norges idrettshøgskole Høgskolen i Finnmark.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Psykiske lidelser i Norge : Et folkehelseperspektiv* (Bd. 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse Førde. (2017). Les meir om psykiatrisk klinikk i Helse Førde. Hentet fra <https://helse-forde.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykiatrisk-klinikk/psykiatrisk-klinikk-dps-dogn#les-meir-om-psykiatrisk-klinikk---dps-dogn>
- 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.
- Helsedirektoratet. (2014). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge : oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark, B., & Olkowska, A. (2009). Hva gjør miljøterapi til terapi? *Fontene*, 9.
- Libak, L. M. (2010). Treningscenter som arena for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. *Ergoterapeuten*, 53(6), 34–42.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 25–29.

- Regjeringen. (2009). *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse : rapport fra det nordiske miljøprosjektet «Friluftsliv og psykisk helse»* (Bd. 2009:545). Oslo: Miljøverndepartementet Nordisk ministerråd.
- Salzmann-Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Mental Health Nursing, 2013, Vol.34(3), p.185-191, 34(3), 185–191.*
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stäicke, E. (2016). *Psykiatriboken: sinn, kropp, samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian journal of medicine & science in sports, 16(6), 391–398.*
- Vikene, O. L. (2012). Psykisk helse og opplevelsen av deltakelse i friluftsliv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 9(04), 345–354.*
- Aarhus Kommune. (2011). *Hovedresultater fra evalueringsprogrammet i forbindelse med implementering af styrket recovery-orientering i socialpsykiatrien i Aarhus Kommune*. Århus Kommune, Socialforvaltningen.

6 Vedlegg

6.1 Skjema systematiskere treff i databaser:

Søk nr:	Dato:	Database(r):	Søkeord:	Antall treff:	Antall artiklar som blir brukt i oppgåva:
1	09.10.2017	Svemed+	Fysisk aktivitet	2377	0
2	09.10.2017	Svemed+	Psykisk helse	942	0
3	09.10.2017	Svemed+	1+2	31	1
4	09.10.2017	Svemed+	3+Angst+Depresjon+Voksne	1	0
1	09.10.2017	Cochrane Library	Physical activities	907	0
2	09.10.2017	Cochrane Library	Mental health	1309	0
3	09.10.2017	Cochrane Library	1+2+Anxiety+Depression	78	1
3	18.10.2017	Sykepleien.no	Bedringsprosesser	17	1