



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Fysisk aktivitet til pasienter med schizofreni

Physical Activity In Patients With Schizophrenia

Kandidatnummer: 306

Bachelor i sykepleie, SK152

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsfrist 13.12.21.

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose.

Bakgrunn for valg av tema: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni har forhøyet risiko for somatiske sykdommer som overvekt, diabetes samt hjerte- og karsykdommer. Denne pasientgruppen medisineres ofte med antipsykotika, et medikament med vektøkning som kjent bivirkning. Under min praksisperiode så jeg at denne pasientgruppen var svært lite fysisk aktiv, og ofte oppholdt seg på rommet eller i en stol. Personlig har jeg alltid hatt en interesse for trening, og kjent på hva det kan gjøre med den fysiske og mentale helsen. Jeg ville derfor se på hvordan fysisk aktivitet kunne fremmes hos pasienter med en schizofrenidiagnose som mottar helsehjelp.

Problemstilling: Hvordan fremme fysisk aktivitet til pasienter med en schizofreni diagnose?

Metode: En litteraturstudie der empirisk forskning blir brukt for å finne aktuell informasjon for å deretter å svare på problemstillingen.

Funn/konklusjon: Fysisk aktivitet til pasienter med schizofreni er vanskelig, men ikke umulig. Ved å bevisstgjøre helsepersonell og pasient om at resultat kan oppnås med kunnskap, motivasjon og enkle tiltak vil det være mulig å fremme fysisk aktivitet. Det å bruke den transteoretiske modellen i praksis kan være en metode for atferdsendring, og dermed få inn mer fysisk aktivitet i pasientens hverdag.

Nøkkelord: Schizofreni, fysisk aktivitet, sykepleier, fremme.

Summary

Title: Physical activity in patients with schizophrenia.

Background for choice of topic: Patients with severe mental disorders such as schizophrenia have an increased risk of somatic diseases such as obesity, diabetes and cardiovascular disease. This patient group is often medicated with antipsychotics, a drug which also has weight gain as a known side effect. During my internship, I experienced particularly little physical activity in these patients, they often stayed in their room or seated in a chair. I have always had an interest in exercise and known what it can do with physical and mental health. Therefore, I wanted to look at how physical activity could be promoted in patients with a diagnosis of schizophrenia who receive health care.

Issue: How to promote physical activity to patients with a schizophrenia diagnosis?

Method: A literature study where empirical research is used to find current information to answer the problem.

Findings / Conclusion: Physical activity in patients with schizophrenia is difficult, but not impossible. By making health professionals and patients aware that results can be achieved with knowledge, motivation, and simple measures, it is possible to promote physical activity. Using the transtheoretical model in practice and have a stepwise approach can be a method for behavioural changes, and thus bring more physical activity into the patient's everyday life.

Keywords: Schizophrenia, physical activity, nurse, promotion.

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning	4
1.1	Bakgrunn	4
1.2	Problemstilling	6
1.3	Avgrensing.....	6
1.4	Begrepsforklaring	7
1.5	Oppgavens disposisjon	7
2.	Teori	8
2.1	Fysisk aktivitet	8
2.2	Sykepleieteori.....	8
2.3	Salutogenese – det helhetlige synet	9
2.4	Motivasjon er avgjørende	11
3.	Metode	13
3.1	PICO-skjema og søkeord.....	13
3.2	Søkehistorikk	13
3.3	Kildekritikk.....	14
3.4	Etiske vurderinger	15
4.	Resultat	15
4.1	Funn i artiklene.....	16
4.1.1	Artikkel 1.....	16
4.1.2	Artikkel 2.....	17
4.1.3	Artikkel 3.....	18
4.1.4	Artikkel 4.....	19
4.2	Funnene kort oppsummert	20
5.	Drøfting	20
5.1	Kunnskap er helsefremmende	20
5.2	Er tid økonomi?	22
5.3	Motivasjon kan redde helsen	24
6.	Implikasjon for praksis ved bruk av den transteoretiske modellen	25
6.1	Føroverveielse	25
6.2	Overveiellesfasen	26
6.3	Forberedelsesfasen	26
6.4	Handlingsfasen	27
7.	Konklusjon.....	27
	Referanser	29
	Vedlegg.....	1
	Vedlegg 1.....	1
	Vedlegg 2.....	1
	Vedlegg 3.....	8

1. Innledning

Gjennom teori på studiet, ulike praksiser og egen erfaring har jeg opplevd hvor viktig fysisk aktivitet er for den mentale og fysiske helsen. Da jeg var i psykiatripraksis så jeg hvor vanskelig det kan være å engasjere pasienter med en psykisk lidelse til fysisk aktivitet. Jeg opplevde spesielt stor utfordring med pasienter som hadde en schizofrenidiagnose. Pasientgruppen oppholdt seg ofte i sengen på rommet, i en stol med en kopp kaffe eller på røykerommet.

Pasienter med en schizofrenidiagnose blir ofte behandlet med antipsykotika (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 119). Antipsykotika i kombinasjon med en inaktiv livsstil øker risiko for overvekt, diabetes, hjerte- og karsykdommer, samt luftveissykdommer og kreft (Heiberg et al., 2018). Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer, og det kan stabilisere blodsukker og vekt (Helsedirektoratet, 2018). Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan sykepleiere kan fremme fysisk aktivitet hos pasienter med schizofreni.

1.1 Bakgrunn

Schizofreni er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108). I Norge behandles det til enhver tid ca. 10.000 mennesker som fyller kriteriene for en schizofrenidiagnose (Kvam, 2021). Det er usikkert hvorfor noen utvikler schizofreni, men det antas å skyldes en kombinasjon av genetisk disposisjon og påkjenning i livet (Hartberg, 2020, s. 125; Aarre & Farshbaf, 2018, s. 113). Studier har også vist at personer med schizofrenidiagnose har en redusert levetid på 15-20 år sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen (Lien et al., 2015). Reduksjon i leveår utenom selvmord, skyldes primært hjerte- og karsykdommer. Hjerte- og karsykdommer er på tur ned i den generelle befolkningen, men øker hos pasienter som har fått diagnostisert schizofreni (Martinsen, 2020, s. 254).

Pasienter som lever med en schizofrenidiagnose har ofte dårlig kosthold og høyt forbruk av tobakk. De er generelt inaktive, og misbruk av rusmidler er ofte en del av sykdomsbildet (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 118). Mange som lever med en schizofrenidiagnose bruker

alkohol, cannabis eller amfetamin som selvmedisinering, for blant annet å forhindre angst og depresjon, og for å dempe hallusinasjoner (Wiig, 2014). Denne pasientgruppen sliter med å passe inn i samfunnet, og mange vil være avhengige av helsehjelp i form av tilrettelegging og medisinering (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108). Mange med en schizofrenidiagnose opplever stigma fra folk generelt, men også fra helsepersonell (Goplen, 2021). Det er derfor spesielt viktig at helsepersonell må være bevisst på egne holdninger og ordvalg i møte med denne pasientgruppen.

Personer med schizofreni veksler mellom positive og negative symptomer (Malt & Røssberg, 2020). Positive symptomer kan være hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger. Positive symptomer er ikke nødvendigvis positive for pasienten, men psykologiske fenomener som pasienter opplever i en større grad enn andre. Negative symptomer er mangelfenomener pasienten opplever, i form av vanskeligheter med å uttrykke seg og vise følelser, depresjon og lite motivasjon (Hartberg, 2020, s. 122–123).

For å unngå for store svingninger mellom positive og negative symptomer tilbys pasientene antipsykotika. Antipsykotika har ofte god virkning på positive symptomer, men kan forsterke de negative i form av at pasienten blir mer sløv og søvnig (Hartberg, 2020, s. 127; Legemiddelhandboka, 2017). Antipsykotika virker blokkerende på dopaminreseptorene i hjernen (Barse, 2016). Blokkeringen av dopaminreseptorene påvirker belønningssystemet som igjen påvirker lysten på mat. Dette fører til at brukeren ikke opplever metthetsfølelse, noe som resulterer i overspising og dermed rask vektøkning. I tillegg til dette, gir antipsykotika som nevnt over økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes, høy puls og ustabil blodtrykk (Hartberg, 2020, s. 126).

Fysisk aktivitet er spesielt viktig for denne pasientgruppen med forhøyet risiko for overvekt og hjerte- og karsykdommer. Ifølge Helsedirektoratet vil moderat fysisk aktivitet 150 minutter i uken kunne stabilisere vekt, og virke forebyggende for hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2019b). De 150 minuttene kan deles opp i bolker på 10 minutter sammenhengende fysisk aktivitet, noe som tilsier ca. 2 bolker om dagen. Det å øke aktivitetsnivået fra ingen, til litt fysisk aktivitet har også vist seg å ha en helsegevinst (Helsedirektoratet, 2018).

Det er ikke bare den fysiske kroppen som har nytte av fysisk aktivitet. Forskning viser at

fysisk aktivitet også har en positiv virkning på oppbygning av den grå hjernesubstansen (Stranden, 2021). Den grå hjernesubstansen inneholder kjerner og hjernebark, og er med på å styre personlig atferd (Sand et al., 2018, s. 134). Pasienter som lider av schizofreni har ofte en reduksjon i den grå hjernesubstansen, noe som er forbundet med økt hørselshallusinasjoner (Finset, 2006, s. 12).

Sykepleiere skal tilrettelegge og forebygge sykdom hos pasienter. Dette skal gjøres gjennom et holistisk syn, noe som vil si å se hele pasienten og ikke bare sykdommen (Odland, 2016, s. 29–30). Et helsefremmende ansvar i møte med pasienter med en schizofrenidiagnose innebærer blant annet å fremme fysisk aktivitet. Dette da det kan være med å redusere fremtidige somatiske sykdommer denne pasientgruppen er utsatt for å få.

1.2 Problemstilling

«Hvordan fremme fysisk aktivitet hos pasienter med en schizofrenidiagnose?»

Jeg vil med denne problemstillingen utforske hvordan sykepleiere, ut fra et holistisk ståsted, kan jobbe helsefremmende for å øke fysisk aktivitet hos pasienter med en schizofrenidiagnose.

1.3 Avgrensning

Jeg vil ta utgangspunkt i pasienter som er innlagt på § 2-1 i psykisk helsevernloven, frivillig innleggelse på døgnpsykiatrisk avdeling (Lovdata, 2006), eller pasienter som får poliklinisk behandling. Jeg har valgt å se på voksne mennesker over 19 år, da sykdomsutviklingen ofte starter i denne alderen (Psykiskhelse, 2019). Utover dette har jeg ikke avgrenset noe på kjønn eller etnisitet hos pasientene, da det er symptomene på sykdommen og bivirkninger ved medisinen jeg har tenkt som et hinder for den fysiske aktiviteten. Jeg har valgt å se på forskning basert på intervju med sykepleier fra 2010 frem til november 2021. Jeg har ikke tatt med pasientsynet, da jeg ønsket å finne ut hvordan sykepleiere opplever det å fremme fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose. Vedlegg 1 viser oppsett av inkluderings- og ekskluderingskriterier jeg forholdt meg til i denne oppgaven.

1.4 Begrepsforklaring

Helsefremming: Innenfor sykepleie er helsefremming blant annet tilrettelegging og veiledning av pasientene slik at de opplever større kontroll over eget liv og helse (Mittelmark et al., 2018, s. 14). Det er denne definisjonen jeg har som bakgrunn når jeg snakker om å fremme fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet: Det finnes ulike måter å definere fysisk aktivitet på. I denne oppgaven betegnes fysisk aktivitet som all kroppslig bevegelse som gjøres av skjelettmuskulatur, og som utgjør økt energiforbruk i forhold til hviletilstand. Hviletilstand er når du sitter eller ligger i ro (Folkehelseinstituttet, 2017). Dette inkluderer all form for aktiv bevegelse og fritidsaktiviteter som f.eks. dans og svømming, samt all form for hus- og hagearbeid (Helsedirektoratet, 2014, 2018).

1.5 Oppgavens disposisjon

I de neste kapitlene ser jeg på sykepleieteori og salutogenese som grunnlag for hvordan sykepleiere kan bygge relasjoner i møte med pasientene. Deretter vil jeg se nærmere på hvordan man kan bruke motivasjon som metode for å fremme fysisk aktivitet hos pasienter med schizofreni.

I metode kapitlet viser jeg hvordan jeg gjennom litteratursøk kom fram til relevante forskningsartikler, samt bruk av kildekritikk og etiske vurderinger. I resultat kapitlet presenterer jeg hensikt, metode og resultat fra de fire forskningsartiklene jeg har bruk, samt deres relevans for oppgaven.

I diskusjonsdelen drøftes grunnmuren vi har fra sykepleieteori og salutogenese opp mot forskningsartiklenes funn, og hvordan vi kan motivere for å fremme aktiviteten hos pasientene. Til slutt viser jeg hvordan vi kan implementere dette i praksis, i form av den transteoretiske modellen.

2. Teori

Jeg vil se på teori som er relevant med tanke på hvordan sykepleiere kan fremme fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose. Jeg starter med å presentere fysisk aktivitet, samt beskrive noen utfordringer knyttet til pasientgruppen. Deretter vil jeg se på sykepleieteori, med hovedfokus på helsefremmende arbeid, og det holistiske perspektivet. Til slutt vil jeg se på motivasjon, og hvordan motivere til fysisk aktivitet. Teorien er hentet fra relevante fagbøker og artikler på nett.

2.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet gir mange fysiske og psykiske helsegevinster. Blant annet forebygges hjerte- og karsykdommer, blodsukker reguleres, vekt stabiliseres og blodtrykket senkes (Helsedirektoratet, 2019a). Fysisk aktivitet spiller også en viktig rolle for vår mentale helse i form av mindre angst og depresjon, reduksjon av stress, bedre selvbilde og selvtillit (Hauken, 2018, s. 189). Ved å være fysisk aktiv kan dette skape samhold, tilhørighet, velvære, økt søvnkvalitet, mestringsfølelse samt gi et bedre grunnlag for å takle ulike utfordringer i livet (Helsedirektoratet, 2021). Fysisk aktivitet er også med på å dempe psykosesymptomer, øke livskvalitet og redusere dødelighet hos pasienter med schizofreni (Danielsen, 2021).

Det kan være utfordrende med fysisk aktivitet til personer som lever med en schizofrenidiagnose da de ofte føler på initiativløshet og kjedsomhet, samt mangel på engasjement og mening i tilværelsen (Gonzalez, 2020a, s. 242). Dette er noe som må tas i betraktning når fysisk aktivitet skal tilbys denne pasientgruppen.

2.2 Sykepleieteori

Sykepleieryrket bygger blant annet på de fjorten punktene om menneskets grunnleggende behov, formulert av Virginia Henderson (Mathisen, 2015, s. 128). Relevant for denne oppgaven er punktene knyttet til det å kunne bevege seg og endre kroppens stilling, kunne delta i noe som er utenom det daglige, og holde kroppen velstelt og ren. Sykepleieryrket er også bygget på de yrkesetiske retningslinjene som sykepleiere er forpliktet til å følge (NSF,

2019). Retningslinjene går blant annet ut på at sykepleiere skal fremme helse. Dette kan gjøres både i form av tilrettelegging, og ved å gi tilstrekkelig informasjon til pasienten, samt andre som kan ha nytte av informasjonen for å gi pasienten best mulig helsehjelp. Sykepleiere skal også bygge opp håp og mestring gjennom å styrke pasientens egne ressurser (Hesook, 2015, s. 144).

Hos personer som utvikler psykisk sykdom kan egenomsorg svikte. Årsaken kan være manglende kunnskap, vilje eller motivasjon for å ta vare på grunnleggende behov. Sykepleieren kan hjelpe og legge til rette slik at de grunnleggende behovene blir ivaretatt på samme måte som pasienten selv ville ha gjort, dersom de hadde hatt ressurser til å gjennomføre det (Gonzalez, 2020d, s. 45).

Sykepleiere skal jobbe helsefremmende gjennom pleie, lindring og forebygging av sykdom (Larsen, 2018, s. 37). Ved å fremme ulike aktiviteter kan sykepleieren være med på å forebygge fremtidig sykdom for pasienten (Alsvåg, 2018, s. 51). Sykepleiere skal motivere, legge til rette for, og veilede pasienter slik at de kan ta kontrollen over eget liv og egen sykdom (Gammersvik, 2018a, s. 113).

2.3 Salutogenese – det helhetlige synet

Salutogenese er et begrep som brukes for å beskrive hva som kan fremme eller virke helsefremmende på mennesker (Mjøsund, 2020, s. 29). Aaron Antonovsky utviklet teorien i 1979 som et motsvar på patologien. Salutogenese vektlegger hva som fremmer god helse og gir individet økt mestring og velvære, fremfor å se på hva som er årsaken til sykdom, som er hovedfokus i patologien (Rannestad & Haugan, 2018, s. 137–138). Tidligere ble helse sett på som det motsatte av sykdom. Salutogenese teorien går bort fra dette, og legger vekt på at mennesker kan oppleve god helse uavhengig av underliggende sykdom (Mjøsund, 2020, s. 29,33). Salutogenese vektlegger ressursene og kapasiteten enkeltmennesket har til å forsterke eller vedlikeholde sin fysiske og psykiske helse (Larsen, 2018, s. 40).

Antonovsky vektlegger fire hovedområder som er viktig for helsemessig bedring. Områdene er indre følelser, sosiale relasjoner, psykisk stabilitet og involvering i givende aktiviteter (Rannestad & Haugan, 2018, s. 138). Disse fire elementene vil overlappe og integrere med

hverandre hele tiden, og dermed påvirke hverandre. Teorien legger til grunn at mennesket er mer enn deres eventuelle diagnose, og at helse er en helhet som må forstås ut fra et holistisk syn (Rannestad & Haugan, 2018, s. 138).

Det å ha et holistisk syn innebærer et helhetlig syn på mennesket, hvor man både ser på den fysiske og psykiske tilstanden til pasientene (Hesook, 2015, s. 150). Mennesket bak sykdommen skal vektlegges, ikke bare sykdommen i seg selv (Eriksen, 2015, s. 896–897). Alt ved mennesket henger sammen, og et menneske kan ikke forklares ut fra hvordan enkelte deler fungerer (Odland, 2016, s. 27).

Ut ifra et holistisk syn er det fire dimensjoner ved mennesket som danner grunnlaget for helhetlig omsorg. Det er den fysiske-, psykiske-, sosiale- og åndelige dimensjonen (Odland, 2016, s. 28–29). Dette er elementer vi kjenner igjen fra salutogenesen (Rannestad & Haugan, 2018, s. 138). For å kunne praktisere dette er det viktig at sykepleierne ser på pasienten som et medmenneske. Ved å likestille pasient og sykepleier vil det være mulig å forstå den enkelte pasientens psykiske og fysiske utfordringer, og utøve sykepleie som gjør at pasienten føler seg ivaretatt (Odland, 2016, s. 30,38). For å kunne utøve sykepleie gjennom et holistisk syn er det også viktig å bygge en relasjon til pasienten. Ved å bli kjent og samarbeide med pasienten skal sykepleieren bidra til at pasienten tar kontroll over eget liv, noe som gjør at de er med å ta beslutninger og bestemme over egen behandling (Mittelmark et al., 2018, s. 32–33).

Empowerment er en måte å ta tilbake kontrollen og bli bevisst egne ressurser for å oppleve mestring i eget liv og helse (Mittelmark et al., 2018, s. 33). Salutogenese og empowerment henger sammen ved at sykepleiere kan tilrettelegge for at den enkelte pasienten skal oppleve kontroll over eget liv og helse (Mittelmark et al., 2018, s. 14). Gjennom tilrettelegging sammen med pasienten lages en individuell plan. Den individuelle planen skal gjøre det enklere for pasienten å mestre egen sykdom, og styrke pasientens innvirkning på situasjonen og behandlingen (Juklestad & Aarre, 2018, s. 60). For at en individuell plan skal fungere er det viktig at pasienten benytter seg av pasientmedvirkning som gir pasienten mulighet til å bestemme og si sin mening i behandlingsforløpet (Finbråten, 2018, s. 99). I §3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasienter har rett til å være medvirkende til hvilke helseundersøkelser og behandlinger de mottar (Lovdata, 2017). For at pasienten skal

kunne ta denne avgjørelsen er de avhengig av god og riktig informasjon fra helsepersonell. Denne informasjonen skal gis på et nivå som gjør at mottaker har de grunnleggende ferdighetene som trengs for å forstå informasjonen og dens betydning (Finbråten, 2018, s. 92–93).

2.4 Motivasjon er avgjørende

Motivasjon er med på å styre adferden til mennesker, og deles inn i indre- og ytre motivasjon (Teigen, 2020). Den indre motivasjonen bygger på noe vi faktisk har lyst til å gjøre, en indre drivkraft. Den ytre motivasjonen kommer utenfra, altså noe vi streber etter å oppnå eller unngå (Holm, 2015). Å hjelpe personer til å finne en indre motivasjon slik at det skapes mestringfølelse øker sannsynlighet for at personen som skal gjennomføre noe lykkes med det (Diseth, 2020).

En metode for å finne den indre motivasjonen til pasienter er ved motiverende intervju (Gonzalez, 2020c, s. 348). I et motiverende intervju kartlegges det hvordan pasienten selv opplever situasjonen de står i. Hvilke ressurser de selv anser de har tilgjengelig, og hvilken motivasjon de har for å kunne løse situasjonen (Larsen, 2018, s. 40–41). Dette kan gjøres gjennom et likeverdig samarbeid med pasienten, der pasientens autonomi respekteres. Målet er å fremme pasientens velferd og behov, samt sette søkelys på tankene, følelsene og erfaringene som pasienten har fra tidligere (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 262–263). Gjennom denne prosessen kan pasienten få tro på at situasjonen de befinner seg i er mulig å endre. Pasienten har mulighet til å oppnå mestringstro (Gonzalez, 2020d, s. 49).

Mestringstro kommer gjennom erfaringer der personen føler på mestring. Mestringstroen henger sammen med den indre motivasjonen, og vil påvirke hvordan pasienten handler i ulike situasjoner. En stor grad av mestringstro vil styrke engasjement og innsats for gjennomføring av aktiviteter (Gonzalez, 2020d, s. 49). Ved å lære pasienten å leve med den gitte sykdommen, vil det kunne styrke og bygge opp motstandsressurser, og samtidig gi mestringserfaringer for pasienten (Larsen, 2018, s. 40).

For å lære pasienten å leve med den gitte sykdommen er man avhengig av godt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Dette samarbeidet bør bygges på tillit og allianse.

Samarbeidet mellom sykepleier og pasient vil kunne gi pasienten forståelse og selvinnsikt rundt sine utfordringer, samt finne ut hva pasienten trenger hjelp og støtte til. Det vil også gi sykepleieren et innblikk i hvordan pasienten har det helsemessig, og hvilken mening pasienten opplever i livet. Denne samhandlingen vil gi et bedre grunnlag for å vurdere hvilken motivasjon pasienten har for endring (Gammersvik, 2018a, s. 116; Gonzalez, 2020b, s. 58–59).

For å bygge opp motivasjon til endring, er pasienten avhengig av riktig og tilpasset informasjon. Pasientene må få hjelp til å forstå hvorfor endringer bør gjøres, samt støtte og veiledning gjennom disse endringene (Gammersvik, 2018a, s. 125). Dette gjøres ved helsefremmende sykepleie, der fokuset er på pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Rannestad & Haugan, 2018, s. 144). Ved å ha fokus på dette vil pasienten bedre kunne utnytte egne ressurser, empowerment, i samspill med og med støtte fra sykepleiere (Langeland, 2018, s. 163).

En måte å bygge opp endringer hos pasienter er gjennom endringshjulet til Prochaska og DiClementes som er en del av den transteoretiske modellen (Gammersvik, 2018b, s. 215–216; Sætertrø & Haugan, 2018, s. 261). Den transteoretiske modellen er en generell prosess, og kan brukes for de fleste som vil endre atferd. Prosessen gjøres gjennom fem trinn, der siste trinn er vedlikehold av endret atferd. Målet er at ny atferd skal integreres, og uheldig atferden reduseres, slik at man får en atferdsendring som varer. Det å få tilbakefall blir sett på som en del av prosessen, og det er derfor viktig å informere pasienten om at tilbakefall ikke er et nederlag, men en erfaring (Gammersvik, 2018b, s. 216–217).

I første fase vil pasienten ikke se eller anerkjenne problemet. I andre fase blir pasienten mer oppmerksom på problemet, og vurderer derfor om det er nødvendig å sette inn endringstiltak. I tredje fase har pasienten bestemt seg for å gjøre endringer. Ressursene rundt må brukes til støtte og planlegging. I fase fire starter pasienten med å utføre endring i samspill med støtten de fant i fase tre. Dersom dette går bra vil det etter hvert gå over i fase fem, vedlikeholdsfasen, som resulterer i endring av adferd. Ved tilbakefall eller uendret adferd må prosessen startes på nytt (Gammersvik, 2018b, s. 216–217).

3. Metode

Denne oppgaven bygges opp som en litteraturstudie med kvalitativ forskning fra et sykepleieperspektiv. Jeg ønsker å se på sykepleierens erfaringer og meninger i forhold til fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose. Jeg vil her beskrive hvordan jeg gjorde systematisk litteratursøk for å finne frem til empirisk forskning som er relevant for min problemstilling (Dalland, 2020, s. 54,199).

3.1 PICO-skjema og søkeord.

Jeg har valgt å bruke PICO-skjema fra helsebiblioteket for å operasjonalisere problemstillingen min (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har valgt å fokusere på P, I og O, da C (comparison) ser på to ulike tiltak og sammenligner disse, noe som ikke var relevant for min oppgave.

Patient	Intervensjon	Outcome
Schizofreni, mentale sykdommer, alvorlige psykiske lidelser, sykepleier, psykiatrisk sykepleier	Motivasjon, fremme, erfaring, undervisning, tilleggsbehandling	Fysisk aktivitet, kunnskap, helsefremmende

De norske ordene i PICO tabellen ble oversatt til engelsk for å øke antall treff i databasene. Ut fra ordene og kriteriene i vedlegg 1, kom jeg frem til fire artikler som jeg valgte å ta med i oppgaven. Jeg vil nå gå nærmere inn på hvordan jeg kom frem til artiklene.

3.2 Søkehistorikk

Gjennom et systematisk søk via Academic Search Elite, Medline, CINAHL og Online Library Wiley, samt manuelle søk gjennom Google Scholar kom jeg frem til forskningsartiklene som er tatt med i oppgaven.

I første systematiske søk brukte jeg Academic Search Elite, Medline og CINHALL som søkemotor med ordkombinasjonen «Nurs* and physical activity and schizophrenia». Dette ga 165 treff. Jeg brukte inklusjonskriteriene fra vedlegg 1., satte årstall fra 2010 til 2021 og valgte at pasientene skulle være over 19 år. Dette ga 41 treff. Av disse 41 treffene fant jeg en artikkel som var relevant for denne oppgaven "Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia". Jeg valgte derfor å sette tittelen til artikkelen inn i Google Scholar for å se om det kom frem siterte eller beslektede artikler. Det var ingen relevante funn på siterte artikler, men 101 treff på beslektede. Fra disse 101 artiklene, fant jeg en artikkel som var aktuelt for mitt fokus på «nurse» og «experience», det var «Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness». Jeg søkte også opp denne artikkelen i Google Scholar, men fant ingen nye artikler som passet mitt tema.

Jeg gjorde et systematisk søk i tidsskiftet International Journal of Mental Health Nursing via Online Library Wiley. Her brukte jeg ordkombinasjonene «mental + health + nurses» og «physical health care» og «severe mental illness» og tok årstall fra 2010 til 2021. Dette ga 311 treff. Jeg begrenset søket til at «mental + health + nurses» var en del av tittelen, og fikk da 62 treff. Ett av treffene var «Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness». Denne artikkelen søkte jeg også opp i Google Scholar, og fant 16 refererte artikler, hvorav en var relevant for min oppgave, «Dilemmas in delivering health promotion activities: findings from a qualitative study of mental health nurse in Denmark».

3.3 Kildekritikk

For å finne ut om artiklene jeg fant gjennom ulike søk var gode nok til å ha med i oppgaven brukte jeg sjekklisten for kvalitative studier fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Denne sjekklisten er med på å kvalitetssikre forskningsartikler. Sjekklisten viste at det var noe ulikheter i gjennomføring av intervjuene og hvordan sykepleiere ble kontaktet, samt informasjonen om deltagerens bakgrunn. Det var ikke noen endringer som ble gjort i løpet av studien på noen av artiklene. Studien gjennomført av Happell var den eneste hvor det ikke ble spesifisert om studien var behandlet i etisk komite. I vedlegg 2 viser jeg en oversikt

over sjekklister for alle fire studiene.

Jeg har valgt å bruke artikler fra det siste tiåret for å få mest mulig oppdatert informasjon. Under søket etter forskningsartikler fokuserte jeg på artikler hvor forfatterne hadde brukt IMRaD format, da IMRaD er en kjent struktur for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2020, s. 157). Jeg var også opptatt av om artiklene var publisert i kjente tidsskrifter, da det kunne være med å underbygge artiklenes troverdighet (Dalland, 2020, s. 153).

Teorien jeg bruker fra fagbøkene er sekundærkilder, de er tolket og skrevet om av en annen forfatter (Dalland, 2020, s. 152). Jeg tolker denne teorien på min måte igjen, noe som fører til mye tolking av fagstoff og kan derfor avspore fra originalstoffet.

3.4 Ethiske vurderinger

Studiene jeg har brukt er deskriptiv etikk studier, der sykepleiere forteller om egne opplevelser (Brinchmann, 2016, s. 21). I en slik setting er det viktig at sykepleierne gir sitt samtykke til at informasjonen de deler kan registreres (Fossheim, 2015). Alle som var med i studiene hadde fått informasjon om hva studien handlet om, at det var frivillig, og at de kunne trekke seg når de ville uten konsekvenser. Det ble informert om at de ble anonymisert, slik at det ikke var mulig å kjenne igjen deltagerne. Dette var gjort korrekt i henhold til forskningsetikken (Slettebø, 2016, s. 243–244).

4. Resultat

I dette kapittelet vil jeg ta for meg hver av forskningsartiklene individuelt. Jeg vil se på hensikten med artikkelen, metoden som er brukt, hvilke resultater de kom frem til, og hvorfor jeg mener artikkelen er relevant for min oppgave. Deretter følger en oppsummering av hovedfunnene i alle artiklene til slutt. En systematisk oversikt over alle artiklene finnes i Vedlegg 3.

4.1 Funn i artiklene

4.1.1 Artikkel 1

“Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia” (Carlbo et al., 2018).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å se på sykepleierens erfaringer og personlig motivasjon for å bruke fysisk aktivitet til pasienter med schizofreni.

Metode: Artikkelen beskriver en kvalitativ studie basert på intervjuer. Deltagerne var både sykepleiere og helsepersonell. To av gruppene var fra en psykiatrisk avdeling, og en gruppe kom fra poliklinikk. Intervjuene ble gjennomført nær sykepleiernes arbeidssted, og varte ca. 50 minutter. Alle gruppene fikk de samme åpne spørsmålene, med rom for diskusjon.

Resultat: Studien viste at det tema som gikk igjen var usikkerhet rundt nytten av fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni. Dette ble basert på tre kategorier med underkategorier. Første hovedkategori var; «et tvilsomt inngrep» med underkategoriene «usikkerhet om bevis» og «mangel på kunnskap». Andre hovedkategori var; «mangel på enighet om effekten» med underkategoriene «helsefremmende effekt» og «mulige negative effekter». Siste hovedkategori var: «verdifulle forutsetninger», med underkategoriene «sykepleieengasjement», «tid for aktivitet», «fleksibilitet og individualisering» og «motivasjon over tid».

Relevans: Studien belyser mangel på kunnskap rundt nytten av fysisk aktivitet for pasienter med en schizofrenidiagnose hos sykepleiere, men også hos pasientene selv. Den ser på viktigheten av å bygge relasjoner med pasienten, og at dette kan gjøres gjennom fysisk aktivitet. Den ser også på tidsklemma som sykepleierne følte på. Studien er gjennomført i Sverige, og jeg mener denne er relevant da jeg antar dette er problematikk vi finner igjen i det norske helsevesenet.

4.1.2 Artikkel 2

“Mental health nurses’ experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness” (Lundström et al., 2019)

Hensikt: Hensikten med studien var å se hvordan psykiatriske sykepleiere kunne tilrettelegge for fysisk aktivitet og fremme en sunn livsstil hos pasientene. Utgangspunktet var et salutogent og holistisk syn på pasientene.

Metode: Kvalitativ studie hvor 15 sykepleiere ved 7 forskjellige psykiatriske poliklinikker i Sverige intervjues. Alle sykepleierne skulle ha erfaring med å fremme en sunn livsstil, for og med pasienten. Sykepleierne ble kontaktet via poliklinikken de jobbet på, og fikk informasjon om studien. Intervjuene ble gjennomført mellom mai og oktober 2018, og fant sted på sykepleierens arbeidssted. Det ble brukt et semi-strukturert intervju, der oppfølgingsspørsmål kunne stilles ved behov.

Resultat: Resultatet ble kategorisert i tre hovedtemaer med undergrupper som var definert av forfatterne, med bakgrunn i tematikken som ble tatt opp i intervjuene. Første tema var «å ha et helsefremmende fokus i hvert møte», med underkategoriene: «oppmerksomhet rundt fysisk aktivitet», «fremme en sunn livsstil», «følge opp kort- og langsiktig» og «ha og dele kunnskap». Andre tema var: «å støtte hver person med deres unike forutsetning i tankene», med underkategoriene: «støtte sunne rutiner på riktig nivå», «fremme og tro på pasientens muligheter» og «støtte i og mot samhold». Tredje tema var: «å ta ansvar for helsefremmende arbeid i hvert ledd av organisasjonen», med underkategoriene: «ha et personlig engasjement», «føle på frihet og ansvar i den profesjonelle rollen» og «samarbeid for å ta ansvar for den generelle helsen».

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den tar opp viktigheten av et holistisk syn i møte med pasientene. Den vektlegger hvordan man kan legge til rette for fysisk aktivitet, og viser viktigheten av samarbeid med hele organisasjonen på tvers av faggrupper, for å skape et best mulig tilbud til pasientene. Artikkelen beskriver et poliklinisk perspektiv, og gir innblikk i hvordan sykepleierne jobber for å motivere pasienter som er skrevet ut fra en psykiatrisk avdeling.

4.1.3 Artikkel 3

“Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness” (Happell et al., 2012).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å se hvordan fysisk aktivitet passer inn i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser på en psykiatrisk avdeling. Forfatterne ville se hvordan sykepleierne opplevde pasientens fysiske aktivitet i sammenheng med pasientens generelle behov for helsehjelp.

Metode: Dette er en kvalitativ studie som blir gjort på 38 sykepleiere, delt inn i 6 ulike fokusgrupper. Tema var fysisk aktivitet til pasienter med alvorlige mentale lidelser, og sykepleierne kunne dele sine erfaringer og tanker med hverandre i disse gruppene. Studien ble gjort i et regionalt distrikt i Australia. Sykepleierne ble kontaktet med informasjon om studien, samt en invitasjon til å være med i en fokusgruppe. Sykepleierne ble ikke spurt direkte om fysisk aktivitet, men spurt om psykisk sykdom og helse for å se om fysisk aktivitet ble nevnt.

Resultat: Resultatet av denne studien var holisme, fragmentering og integrering. Sykepleierne var enige om at fysisk aktivitet var en del av den holistiske pleien til pasientene, og at de måtte støtte pasientene i å ha en sunnere livsstil i form av fysisk aktivitet. Fragmenteringen kunne gjøre dette utfordrende i form av ulike barrierer pasientene opplevde, blant annet økonomi, stigma og pasientenes mentale helsestatus. Sykepleierne brukte undervisning for å integrere og forklare viktigheten av fysisk aktivitet til pasientene.

Relevans: Jeg mener denne artikkelen er relevant, til tross for at artikkelen er fra Australia, da det er generelle temaer som jeg antar kan kobles til det norske helsevesenet. Studien ser på viktigheten av et holistisk syn i utøvelse av sykepleien, på økonomiske utfordringer og stigma pasienten opplever. Studien belyser også viktigheten av undervisning og motivasjon til pasienter med mentale lidelser.

4.1.4 Artikkel 4

“Dilemmas in delivering health promotion activities; finding from a qualitative study of mental health nurses in Denmark” (Møller et al., 2020).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å se hvordan psykiatriske sykepleiere i Danmark kunne integrere helsefremmende tiltak på et høyere nivå innenfor den psykiske helsetjenesten. I dette inkluderes fysisk, mentalt og sosialt velvære blant pasientene. Et sekundærmål var å se hvordan sykepleierne jobbet med et bestemt screening-skjema som ble innført i 2011. Sykepleierne skulle intervju pasienten om blant annet ulike risikofaktorer for pasientgruppen som diett, røykevaner, alkohol og fysisk aktivitet.

Metode: Det ble brukt en kvalitativ metode gjennom fokusgruppe intervju der deltagerne kunne diskutere erfaringer fra arbeidet sitt. Før intervjuene startet, fikk alle mulighet til å skrive ned en eller to caser som omhandlet utfordringer de hadde opplevd i praksis. Forfatterne brukte casene for å lage spørsmålene til intervjuene. Intervjuene skjedde i februar og august 2018, de varte om lag halvannen time, og ble gjennomført av første og tredje artikkelforfatter.

Resultat: Resultatet av studien var dilemma og strategier som sykepleierne opplevde i forhold til fysisk aktivitet hos pasienter innenfor psykiatrien. Et dilemma var at ved å fremme fysisk helse ble pasientens autonomi redusert. Et annet dilemma var at det var vanskelig å prioritere fysisk aktivitet samtidig som andre mer akutte tiltak skulle fremmes. Det tredje dilemma var at screening-skjema de skulle følge, ikke var tilpasset praksis. Sykepleierne utviklet forskjellige strategier, blant annet ved å tilpasse skjema slik at de fikk en mer naturlig måte å snakke med pasientene på når de skulle bygge relasjon i første møte. Sykepleierne tøyde også reglene, i form av oppfølging av pasienten etter de ble utskrevet, for å kunne vedlikeholde og følge opp tiltakene som var iverksatt. En annen strategi sykepleierne brukte for å motivere pasienten var et ikke helsefremmende tiltak, som å gi pasienten en røyk for å komme opp av senga.

Relevans: Denne studien er relevant da den ser på hvordan sykepleierne jobber for å aktivisere pasienter som er innlagt i en psykiatrisk avdeling. Studien ser på hvilke utfordringer sykepleierne møter på, og viktigheten av å kunne tilpasse seg og tenke nytt i

møte med pasientene. Studien kartlegger den generelle helsen til pasienten, og ser på utfordringer sykepleiere møter når de skal aktivisere pasienter med psykiske lidelser.

4.2 Funnene kort oppsummert

Artiklene fokuserte på utfordringene knyttet til fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose, slik de oppfattes fra et sykepleieperspektiv. Alle fire artiklene belyser ett eller flere tema knyttet til utfordringer rundt kunnskap, tidsklemme og motivasjon. Det er objektive meninger og oppfatninger som 72 sykepleiere og 5 helsefagarbeidere med ulik erfaring og kompetanse innen psykiatrien har observert.

5. Drøfting

Schizofreni en alvorlig psykisk lidelse som ca. 10.000 mennesker behandles for årlig i Norge (Kvam, 2021). Pasientenes livsstil i form av mye inaktivitet, dårlige matvaner og høyt røykeforbruk gjør aktivisering vanskelig (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 118). Livsstilen og bivirkningene fra antipsykotika, i form av risiko for overvekt, hjerte- og karsykdommer og diabetes, gjør det desto viktigere å prøve å aktivisere pasientene. Forskning viser at fysisk aktivitet har en positiv effekt på forebygging av disse sykdommene (Helsedirektoratet, 2019a; Legemiddelhandboka, 2017). Jeg vil nå drøfte hvordan vi kan bruke sykepleierteorien, salutogenese og motivasjon, i samspill med funnene i artiklene for å fremme fysisk aktivitet for pasienter med en schizofrenidiagnose.

5.1 Kunnskap er helsefremmende

Fysisk aktivitet er all form for bevegelse som gir økt energiforbruk (Folkehelseinstituttet, 2017). Forskning viser at selv korte økter ned mot 10 minutter sammenhengende bevegelse flere ganger i uken vil gi en helsegevinst (Helsedirektoratet, 2018). Carlbo fant i sin studie at noen sykepleiere tvilte på hvilken effekt fysisk aktivitet har for pasienter med en schizofrenidiagnose (Carlbo et al., 2018). Bevisstgjøring av sykepleiere i forhold til hvor lite

innsats som kreves for å oppnå en helsemessig gevinst, kan øke motivasjonen for å fremme fysisk aktivitet til pasientene.

Kunnskap om schizofrenidiagnosen og utfordringer knyttet til denne vil gjøre det lettere for sykepleiere å tilpasse seg hver enkelt pasient og deres dagsform. Humørsvingninger er vanlige hos denne pasientgruppen, og dagsformen vil dermed variere. Dette kan gjøre det vanskelig å motivere, planlegge og gjennomføre fysisk aktivitet (Hartberg, 2020, s. 122–123). Lundström fant i sin studie at det å prate med kollegaer var verdifullt i møte med denne pasientgruppen (Lundström et al., 2019). Kollegasamtalene ga oppmerksomhet rundt egne og andres holdninger, og bidro til at man kunne jobbe samkjørt i møte med pasienten. Det ga også mulighet for å jobbe som en enhet, der ledelse og avdeling jobbet sammen for å fremme fysisk aktivitet til pasientene. Kollegasamtalene bevisstgjorde også hvordan informasjonen til pasientene ble formidlet, og at tilbudet til fysisk aktivitet ikke ble avhengig av den enkelte sykepleier, men ble tilpasset pasientens behov og situasjon (Gammersvik, 2018a, s. 113; Lundström et al., 2019; Malt & Røssberg, 2020).

Gjennom god kommunikasjon, og riktig informasjon gitt på en forståelig måte, bygges det opp gode og solide team rundt pasienten (NSF, 2019). Et godt team vil være en støtte og trygghet for pasienten, og dermed gi en bedre forutsetning for mer fysisk aktivitet i hverdagen, da det å endre livsstil kan være både utfordrende og vanskelig (Møller et al., 2020). Teamet rundt pasienten består gjerne av sykepleiere som kjenner pasienten godt, andre vesentlige helsepersonell og eventuelle pårørende som pasienten ønsker å ha med (Hauken, 2018, s. 184). Sykepleieren vil ha en sentral rolle i å bygge opp, koordinere og få teamet til å fungere. Ved å bygge opp et godt team rundt pasienten øker sannsynligheten for at pasienten lykkes med ulike utfordringer (Finbråten, 2018, s. 99).

Et godt team gir grunnlag for en god individuell plan for pasienten. I studien til Møller om «dilemma i gjennomføring av helsefremmende aktiviteter» fant de ut hvor viktig relasjonsbygging med pasienten var for å få til et godt samarbeid (Møller et al., 2020). Pasienter med en psykisk lidelse kan føle på stigmatisering i form av kommentarer fra helsepersonell eller andre utenforstående (Goplen, 2021; Happell et al., 2012). Gode relasjoner vil være med å minske stigmatiseringen og øke pasientens empowerment. Ved å øke pasientens empowerment og et holistisk syn fra sykepleiere, legges det til rette for en

god relasjon mellom pasient og sykepleier. Det er viktig å være klar over at denne relasjonsbyggingen tar tid, men det vil være et godt grunnlag for videre jobbing av helsefremmende tiltak og utviklingen av en god individuell plan (Juklestad & Aarre, 2018, s. 60; Odland, 2016, s. 30).

Medisinsk stabile pasienter er lettere å samarbeide med, og motivere til fysisk aktivitet. Dette kom frem i Lundström's studie om «psykiatriske sykepleieres erfaringer knyttet til fysisk helse og helsefremmende initiativer» (Lundström et al., 2019). Carlbo konstaterer i sin studie at pasientene må være medisinsk stabile før de starter å implementere fysisk aktivitet (Carlbo et al., 2018). For å stabilisere pasienten medisinsk, er sykepleiernes observasjoner viktig. Sykepleiere har kontakt med pasienten på en daglig basis, og deres observasjoner rundt virkning, eventuell mangel på virkning av medisinen vil være viktig for at legen skal kunne gjøre medisinjustering. Når pasienten er medisinsk stabil, vil de ha mindre svingninger mellom positive og negative symptomer (Hartberg, 2020, s. 127). Det er viktig å bli godt kjent med pasienten og være bevist på at hver pasient også er sitt eget individ. I tillegg til å respektere pasienten, vil dette også gjøre det lettere for sykepleieren å oppdage om pasienten har en dårlig dag, eller om det ikke er ønsket effekt fra medisinen (Gammersvik, 2018a, s. 113). Sykepleieren vil også ha en bedre forutsetning for å vite hvordan pasienten vil reagere på skjema om helsetilstand eller kliniske undersøkelser som vekt, puls og blodtrykk (Lundström et al., 2019; Møller et al., 2020).

5.2 Er tid økonomi?

Tid og ressursmangel er ikke et argument for å droppe fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose. Mangelen på tid og ressurser til å prioritere fysisk aktivitet i løpet av en vakt kom frem som et hovedtema i alle fire artiklene. I Happell sin artikkel om «sykepleierens syn på fysisk aktivitet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser» peker sykepleierne på at de gjerne skulle hatt et holistisk syn, og mulighet til å prioritere aktivitet til pasientene, men at mangelen på tid gjorde at symptom-, krise- og medisinbehandling ble prioritert (Happell et al., 2012). I min praksisperiode ble manglende fysisk aktivitet begrunnet med mangel på personal. Dette kom også frem i Møller i sin studie (Møller et al., 2020). Det er utfordrende å skulle prioritere fysisk aktivitet, når det er andre oppgaver som

føles mer akutte. Lundström peker på at manglende ressurser og for lite folk, øker presset på sykepleierne som allerede er på jobb. Sykepleierne må derfor endre forventningene de har til seg selv og til pasienten angående fysisk aktivitet (Lundström et al., 2019). Helsedirektoratet peker på at det å få inn litt aktivitet ofte er godt nok, og at alt er bedre enn ingenting (Helsedirektoratet, 2018).

Det trengs marginale ressurser for å gjennomføre fysisk aktivitet til pasientene. Dette viste Carlbo sin artikkel om «sykepleierens erfaring med å bruke fysisk aktivitet som en komplementær behandling til pasienter med schizofreni» (Carlbo et al., 2018). Det å ta med pasienten på en luftetur utenfor avdelingen, legge opp til en sosial gåtur eller treningsøkt ute trenger ikke koste penger. En gåtur ute, spesielt i grønne omgivelser kan gjøre en forskjell for den mentale helsen (Bratman et al., 2015; Sturm et al., 2012).

Det å komme seg ut av avdelingen i frisk luft, gir dobbel vinning i form av både fysisk og psykisk velvære. Ved å få med seg flere pasienter, eller at sykepleieren selv er med pasienten på tur, kan det sosiale fellesskapet rundt trening styrkes. Det å trene med andre som er i samme situasjon bygger relasjonen mellom individene, og kan øke mestringsfølelse, støtte og sosial tilhørighet. Det er vist at pasienter som er mer fysisk aktive og medisinsk stabile, har færre reinnleggelser, de blir skrevet ut fortere og har ofte kortere opphold enn de som ikke er fysisk aktive (Carlbo et al., 2018; Happell et al., 2012; Helsedirektoratet, 2021).

For å fremme fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose, er det viktig å ivareta deres empowerment og autonomi (Finbråten, 2018, s. 99). For å ivareta pasientens følelse av empowerment og autonomi er det viktig å ikke gå for fort frem i endring. Sykepleierne i Møllers studie pekte på at pasientene kunne oppleve at både det å være mer fysisk aktiv og slutte å røyke ikke ville gjøre livet deres bedre (Møller et al., 2020). Sykepleierne fant ut at ved å fokusere på et tiltak av gangen kunne det bli enklere å motivere pasienten til endring. De fant ut at ved å tilby pasienten en røyk kom pasienten seg opp fra sengen. Dermed var pasienten mer mottakelig for andre helsefremmende tiltak, som fysisk aktivitet. Her understrekes viktigheten av at «alt eller ingenting» ikke kan dominere helsefremmende tiltak. Det å skulle endre alle dårlige vaner samtidig kan bli for mye. Ved å tilby pasienten en luftetur der de får lov til å røyke, kan fremme pasientens følelse av autonomi og selvbestemmelse, noe som kan føre til at pasienten får lyst til å gjenta lufteturen (Eriksen,

2015, s. 896–897). Fra et faglig perspektiv kan også sykepleiere bruke denne tiden til å finne ut hva som motiverer pasienten, og bruke dette videre i behandlingen for å fremme fysisk aktivitet (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 259).

5.3 Motivasjon kan redde helsen

God relasjon, kunnskap og teori gir et godt utgangspunkt for å finne pasientens motivasjon til endring. Ved å kartlegge motivasjonen, og helst den indre motivasjonen, øker sannsynligheten for at pasienten blir delaktig i en livsstilsendring (Holm, 2015).

En måte å finne pasientens indre motivasjon på, kan være å ta en tur ut fra avdelingen. Pasienter har lettere for å åpne seg når de får miljøforandringer og kommer ut av avdelingen (Odland, 2016, s. 30). Ved å ta en tur sammen med pasienten, vil både sykepleier og pasient få et mer likestilt syn på hverandre, og bli kjent på en annen måte (Happell et al., 2012). Jeg har selv opplevd at det var lettere for pasienter å snakke om livet generelt, familie og hvilke interesser de hadde når vi kom ut og bort fra avdelingen.

Motiverende intervju utenfor avdelingen er med på å kartlegge pasientens interesser og motivasjon. En bredere kartlegging vil gjøre det enklere for sykepleieren å lage en individuell plan som er tilpasset den enkelte, og jobbe helsefremmende rundt dette (Diseth, 2020; Møller et al., 2020). Motiverende intervju er også en måte å finne motivasjonen som ligger til grunn for pasientens handlinger (Sætertrø & Haugan, 2018, s. 260). Ved å få tak i den indre motivasjonen til pasienten, øker muligheten for å lykkes med tiltakene som blir iverksatt, noe som fører til mestringsfølelse. Det igjen gir et bedre grunnlag for fortsettelse (Larsen, 2018, s. 40).

Å lykkes i form av å komme seg ut og være fysisk aktiv, gir mestringsfølelse hos pasientene. For å kunne lykkes er pasientene avhengige av å bli møtt med et holistisk syn og støtte fra helsepersonell (Hesook, 2015, s. 144). Vedlikehold av endringene krever at gode rutiner implementeres i praksis (Lien & Stensrud, 2020, s. 183). Dette kan gjøres ved blant annet den transteoretiske modellen.

6. Implikasjon for praksis ved bruk av den transteoretiske modellen

Det finnes ulike modeller og meninger om hvordan fysisk aktivitet bør implementeres i praksis. Carlbo never blant annet stressmestringsmodellen og Physical activity on prescription (PaP) som mulige fremgangsmåter (Carlbo et al., 2018).

Stressmestringsmodellen baserer seg hovedsakelig på å bruke individets tidligere erfaring (Harris & Ursin, 2018, s. 223). En slik modell kan være vanskelig å bruke på personer som ikke har tidligere erfaring med fysisk aktivitet, noe som kan være tilfelle for personer med alvorlige psykiske lidelser (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 118).

PaP modellen baserer seg på fysisk aktivitet på resept. Fysisk aktivitet vil altså være noe som er forskrevet av en lege eller psykolog med et ønske om at pasienten skal bli mer fysisk aktiv utenfor avdelingen (Rödger et al., 2016; UKK Institute, 2021).

En annen modell er den transteoretiske modellen. Modellen baserer seg på en analyse av fem stadier mennesker går igjennom for å endre adferd, endringshjulet (Gammersvik, 2018b, s. 216–217). Modellen passer godt for pasienter som er innlagt på avdelinger eller får helsehjelp gjennom poliklinikker. Disse pasientene får støtte og hjelp fra helsepersonell, noe den transteoretiske modellen vektlegger for å oppnå ønsket effekt (Gammersvik, 2018b, s. 216–217).

6.1 Føroverveielse

I den første fasen av den transteoretiske modellen anser ikke pasienten sin livsstil som et problem. Pasienten opplever selv at måten de lever på passer dem fint, og de har ingen ønsker eller intensjoner om å endre dette (Møller et al., 2020). Pasienten må informeres om viktigheten og helsegevinsten av fysisk aktivitet. Sykepleiere må her gi informasjon på en slik måte at pasienten forstår, kan bearbeide og ta stilling til den informasjonen blir gitt.

Ved at sykepleierne selv har god kunnskap om pasientgruppen, bivirkningen av antipsykotika, og risikoen ved å ikke være fysisk aktiv vil de kunne tilpasse og tilrettelegge informasjonen som gis til pasienten (NSF, 2019). Målet er at pasienten over tid selv innser at

det er behov for atferdsendring.

6.2 Overveiellesfasen

Pasienten starter å innse at det er behov for en atferdsendring. For at pasienten skal kunne ha mulighet til å endre atferd er det viktig med informasjon, repetisjon, engasjement og god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Happell et al., 2012). Det er imidlertid noe uenighet om hvem som bør gi denne informasjonen til pasientene. Carlbo oppdaget i sin studie at sykepleierne mente det kunne veie tyngre dersom informasjon kom fra leger. Møller derimot fant ut at relasjonen og tillitten mellom sykepleiere og pasient kunne være fordelaktig når informasjon skulle gis (Carlbo et al., 2018; Møller et al., 2020).

I overveiellesfasen vil pasientene ha et ønske om å vite hvilke muligheter de har for å gjennomføre livsstil endringen, og hvilken hensikt det har for dem. Dersom leger og sykepleiere gir samme informasjon vil det kunne styrke innflytelsen, og dermed øke motivasjonen til pasienten. Det vil da være viktig at denne informasjonen blir gitt på et nivå som gjør at pasienten skjønner den, kan ta det innover seg og bearbeide den (Lovdata, 2006).

6.3 Forberedelsesfasen

Pasienten har bestemt seg for at en endring skal skje og hvem de vil ha med i teamet sitt. Ved å lage en individuell plan, med et holistisk syn fra sykepleierens side, og empowerment fra pasientens side legges det til rette for at pasienten skal klare å gjennomføre endringen (Juklestad & Aarre, 2018, s. 60). Den individuelle planen bygger på funn fra motiverende intervju og samtaler mellom pasient og sykepleier (Happell et al., 2012; Sætertrø & Haugan, 2018). For å ta vare på deres autonomi og selvbestemmelse i planleggingen vil det være viktig å kartlegge hva det er med livsstilen de har nå som de selv ser på som viktig (Møller et al., 2020). Ved å fokusere på pasientens interesser vil det øke den indre motivasjonen og gi et bedre grunnlag for vedlikehold av aktiviteten.

6.4 Handlingsfasen

I handlingsfasen vil det som er kommet frem i den individuelle planen bli iverksatt. Det kan være alt fra gåturer, hagearbeid, husarbeid og treningsøkter. Selv om pasienten har bestemt seg for å prøve på endring, er det viktig at sykepleiere fortsetter å følge opp med undervisning og motivasjon. Det å vise seg som en støttespiller og heiagjeng for pasienten vil kunne hjelpe pasienten til å føle på mestring, og dermed gi økt motivasjon for å fortsette. Ved å hjelpe pasienten med å sette seg små mål underveis sikres vedlikehold fremfor tilbakefall, noe som øker sjansen for at pasienten lykkes med livsstilsendringen. Det er også viktig å informere pasienten om at et eventuelt tilbakefall ikke er et nederlag, men en ny læring (Gammersvik, 2018a, s. 126)..

Dersom pasienten lykkes vil det gå over i vedlikeholdsfasen, som resulterer i endring av adferd. Ved tilbakefall eller uendret adferd må prosessen startes på nytt (Gammersvik, 2018b, s. 216–217).

7. Konklusjon

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni har forhøyet risiko for somatiske sykdommer som overvekt, diabetes, samt hjerte- og karsykdommer. Pasientgruppen har også redusert levetid sammenlignet med befolkningen generelt. Livsstil, diagnose og bivirkninger av medisiner reduserer pasients evne til å ivareta egen helse. Denne pasientgruppen har derfor et spesielt behov for forebyggende og helsefremmende sykepleie.

Fysisk aktivitet er et viktig helsefremmende tiltak. Denne oppgaven har sett på hvordan sykepleiere kan jobbe helsefremmende for å øke fysisk aktivitet hos pasienter som lever med en schizofrenidiagnose.

Studier viser at fysisk aktivitet for pasientgruppen ofte blir nedprioritert. For å øke fokus er det viktig at helsepersonell har kunnskap om pasientens diagnose og økte helsesisiko. Motivasjon for å prioritere fysisk aktivitet hos pasienter med schizofrenidiagnose kan

fremmes ved å bevisstgjøre sykepleiere om at endringer oppnås med enkle tiltak som krever lite ressurser og lite tid.

For å skape endring i adferd er det viktig at også pasienten blir motivert til fysisk aktivitet. Dette kan gjøres ved god og riktig informasjon om den helsefremmende gevinsten. Gode relasjoner mellom sykepleier og pasient vil styrke troverdigheten av informasjon, og dermed øke sannsynligheten for at pasienten ønsker en atferdsendring. En god relasjon mellom sykepleier og pasient vil danne grunnlag for å bygge opp en individuell plan til pasienten med hovedfokus på fysisk aktivitet.

For å gjennomføre den individuelle planen i praksis, er det viktig med bevisstgjøring og en strukturert metodikk i avdelingen. Oppgaven viser at kjente modeller for atferdsendring, som endringshjulet i den transteoretiske modellen, kan benyttes for å fremme fysisk aktivitet til pasienter med en schizofrenidiagnose på en enkel og økonomisk måte.

Referanser

Alsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 50–70). Fagbokforlaget.

Barse, M. (2016, januar 18). *Derfor legger man på seg av antipsykotiske medisiner*.
<https://forskning.no/hjernen/derfor-legger-man-pa-seg-av-antipsykotiske-medisiner/445022>

Bratman, G. N., Hamilton, J. P., Hahn, K. S., Daily, G. C., & Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *112*(28), 8567–8572.

<https://doi.org/10.1073/pnas.1510459112>

Brinchmann, B. S. (2016). Innledning. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 17–23). Gyldendal akademisk.

Carlbo, A., Claesson, H. P., & Åström, S. (2018). Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, *39*(7), 600–607. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Danielsen, K. K. (2021). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid*. omsorgsbiblioteket.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2771773/Fysisk%20aktivitet%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1>

Diseth, Å. (2020, oktober 1). *Indre og ytre motivasjon for læring er ikke nødvendigvis motsetninger*. <https://forskersonen.no/a/1749373>

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887–904). Cappelen Damm Akademisk.

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 86–110). Fagbokforlaget.

Finset, A. (2006). Ny viten om menneskesinnet. *Norges forskningsråd*, 4–41.

Folkehelseinstituttet. (2017, september 27). *Fysisk aktivitet—Folkehelse rapporten*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>

Fossheim, Hallvard. J. (2015, juni 17). *Samtykke*. Forskningsetikk.no.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/samtykke/>

Gammersvik, Å. (2018a). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B.

Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 112–134).

Fagbokforlaget.

Gammersvik, Å. (2018b). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å.

Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s.

202–220). Fagbokforlaget.

Gonzalez, M. T. (2020a). Aktivitet og rekreasjon. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske*

lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming (s. 242–249). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid—Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I

M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57–

66). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2020c). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—*

Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming (s. 342–349). Gyldendal.

Gonzalez, M. T. (2020d). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T.

Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 44–54).

Gyldendal.

Goplen, M. (2021, september 17). *Godt ordvalg kan bidra til å redusere stigma*. rop.no.

<https://rop.no/aktuelt/godt-ordvalg-kan-bidra-til-a-reducere-stigma/>

Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical

activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 4–

12. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.02.005>

Harris, A., & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å.

Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 221–236). Fagbokforlaget.

Hartberg, C. B. (2020). Psykoselidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 121–129). Gyldendal.

Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 179–197).

Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., Ystrom, E., Hultman, C. M., & Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLOS ONE*, *13*(8), e0202028. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>

Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *PICO*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. (IS-2167). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk-aktivitet-innspill-til-departementet/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf/_attachment/inline/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf

Helsedirektoratet. (2018, mars 5). *Fysisk aktivitet ved primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/fysisk-aktivitet-ved-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer>

Helsedirektoratet. (2019a, februar 1). *Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen*. <https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen/>

Helsedirektoratet. (2019b, april 29). *Voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre/voksne-og-eldre-bor-vaere-fysisk-aktive-i-minst-150-minutter-med-moderat-intensitet-eller-75-minutter-med-hoy-intensitet-per-uke>

Helsedirektoratet. (2021, januar 29). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. helsedirektoratet.no. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>

Hesook, S. K. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn—Det kunnskapsfilosofiske grunnlaget. I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 142–155). Cappelen Damm Akademisk.

Holm, S. F. (2015, oktober 9). *Nøkkelen til god motivasjon*. Psykologisk.no. <https://psykologisk.no/2015/10/nokkelen-til-god-motivasjon/>

Juklestad, S. I., & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiatriske helsearbeidet. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 55–66). Fagbokforlaget.

Kvam, M. (2021, april 20). *Schizofreni*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>

Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 157–178). Fagbokforlaget.

Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 37–49). Fagbokforlaget.

Legemiddelhandboka. (2017, september 11). *L5.2 Antipsykotika | Legemiddelhandboka*. legemiddelhandboka.no. <https://www.legemiddelhandboka.no/L5.2/Antipsykotika>

Lien, L., Huus, G., & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0831>

Lien, L., & Stensrud, B. (2020). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 177–181). Gyldendal.

- Lovdata. (2006, desember 15). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*—Lovdata. lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Lovdata. (2017, desember 8). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*—Lovdata. lovdata.no. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Lundström, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlström, B., & Skärsäter, I. (2019). Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 244–253. <https://doi.org/10.1111/inm.12669>
- Malt, U., & Røssberg, J. I. (2020). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/schizofreni>
- Martinsen, E. W. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykisk lidelse. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 253–255). Gyldendal.
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 119–140). Cappelen Damm Akademisk.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid—Ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 14–36). Fagbokforlaget.
- Mjøsund, N. H. (2020). Psykisk helse—Et salutogent perspektiv. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 29–33). Gyldendal.
- Møller, J. E., Møller, A., & Ledderer, L. (2020). Dilemmas in delivering health promotion activities: Findings from a qualitative study of mental health nurses in Denmark. *BMJ Open*, 10(12), e036403. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036403>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Odland, L.-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 25–42). Gyldendal akademisk.

Psykiskhelse. (2019, februar 18). *Schizofreni—Rådet for psykisk helse*.

<https://psykiskhelse.no>. <https://psykiskhelse.no/schizofreni>

Rannestad, T., & Haugan, G. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist—Og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 135–156). Fagbokforlaget.

Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP): Self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 443–452.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820>

Sand, O., V.Sjaastad, Ø., Haug, E., & G.Bjålie, J. (2018). *Menneskekroppen* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å. (2016). Forskninsetikk. I *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.

Stranden, A. L. (2021, juli 24). *Selv korte spaserturer kan forandre hjernen til det bedre*. forskning.no. <https://forskning.no/a/1893252>

Sturm, J., Plöderl, M., Fartacek, C., Kralovec, K., Neunhäuserer, D., Niederseer, D., Hitzl, W., Niebauer, J., Schiepek, G., & Fartacek, R. (2012). Physical exercise through mountain hiking in high-risk suicide patients. A randomized crossover trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 467–475. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01860.x>

Sætertrø, O., & Haugan, P. S. (2018). Motiverende intervju—Helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie—I teori og praksis* (2. utg., s. 259–276). Fagbokforlaget.

Teigen, K. H. (2020). Motivasjon. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/motivasjon>

UKK Institute. (2021, mai 5). Physical Activity Prescription (PAP). *UKK Institute*. <https://ukkinstituutti.fi/en/products-services/physical-activity-prescription-pap/>

Wiig, F. L. (2014, januar 30). *Ruser seg for å mestre sykdom*. <https://forskning.no/a/583581>

Aarre, T. F., & Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykologi for helsefag* (2. utg., s. 107–132). Fagbokforlaget.

Vedlegg.

Vedlegg 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter som er i aktiv behandling av schizofreni, enten på døgnhet eller poliklinikk.	Pasienter med schizofreni som ikke er i aktiv behandling.
Pasienter over 19 år, voksne.	Pasienter under 19 år, barn.
Sykepleiesynet	Pasientsynet
Både menn og kvinner med en schizofrenidiagnose.	
Artikler publisert etter 2010	Artikler før 2010
Artikler på Engelsk eller skandinavisk språk.	Artikler på alle andre språk.
Artikler fra Europa, Australia	Artikler fra andre steder i verden.
Kvalitative studier	Kvantitative studier

Vedlegg 2.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

«Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia» (Carlbo et al., 2018).

«Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness» (Lundström et al., 2019).

«Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness» (Happell et al., 2012).

«Dilemmas in delivering health promotion activities: findings from a qualitative study of mental health nurses in Denmark» (Møller et al., 2020).

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert? Ja

Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Sykepleierens egne erfaringer inkludert personlig motivasjon for å bruke fysisk aktivitet som en tilleggsbehandling til pasienter med schizofreni (Carlbo et al., 2018)

Hvordan sykepleiere opplevde fysisk aktivitet og helsefremmende arbeid for personer med alvorlig mentale lidelser (Lundström et al., 2019)

Sykepleierens syn på fysisk aktivitet til pasienter med alvorlige mentale lidelser (Happell et al., 2012).

De ville finne ut hvordan dilemma psykiatri sykepleiere oppfattet det å fremme fysisk aktivitet for psykiatriske pasienter (Møller et al., 2020).

Hvorfor ville de finne svar på det?

De ville finne svar på dette for å se hva som motiverer til fysisk aktivitet og hvilken rolle sykepleierne selv tenker de har (Carlbo et al., 2018).

De ville finne svar på dette for å se hva man kan gjøre for å fremme den generelle helsen til personer med mentale lidelser. (Lundström et al., 2019)

De ville se på dette fordi det fysisk aktivitet er viktig som helsefremmede arbeid (Happell et al., 2012)

De vil finne hvilke dilemma sykepleiere møter med tanke på å fremme fysisk aktivitet til pasienter (Møller et al., 2020)

Er problemstillingen relevant?

Ja. (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012) og (Møller et al., 2020).

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja

Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Studien ser på erfaringer sykepleiere i Sverige, på en psykiatrisk avdeling med tilhørende poliklinikk, har ved å bruke fysisk aktivitet som tilleggsbehandling til pasienter med schizofreni (Carlbo et al., 2018).

Studien skal se på erfaringer og opplevelser med fysisk aktivitet sykepleiere har gjort seg gjennom å jobbe på ulike poliklinikker i Sverige (Lundström et al., 2019).

Skal belyse sykepleierens syn på fysisk aktivitet til pasienter med alvorlige mentale lidelser (Happell et al., 2012).

Den har som formål å se på dilemma rundt det å fremme aktivitet til pasienter (Møller et al., 2020).

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? Ja

Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Forskningen er begrunnet ved at dette var den beste måten å få innblikk i hvordan sykepleierens egen erfaring var (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018).

Denne måten var den beste for å få et bredt innblikk i synspunkt til sykepleiere (Happell et al., 2012).

Dette var den beste måten for å finne sykepleierens erfaringer rundt problemstillingen (Møller et al., 2020).

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja

Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

Det er gjort rede for, sykepleiere og helsefagarbeidere som jobber med pasienter med schizofreni (Carlbo et al., 2018).

Det er gjort rede for sykepleierne som er valgt ut, samt alder og at de har videreutdanning innen relevant tema (Lundström et al., 2019).

Sykepleiere som jobber med pasienten innen psykiatrien (Happell et al., 2012).

Sykepleiere som er i utdanningsløp for å bli psykiatriske sykepleiere, som tidligere har jobbet innen psykiatriske poliklinikker eller avdelinger (Møller et al., 2020).

Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Ja de ble kontaktet gjennom jobb (Carlbo et al., 2018).

Ja, dette ble gjort gjennom enhetsleder for så å kontakte poliklinikkene (Lundström et al., 2019).

De ble kontaktet via mail med informasjon om studien (Happell et al., 2012).

De ble kontaktet gjennom utdanningen personlig fra forfatterne av studien til å være med (Møller et al., 2020).

Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Nei (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Møller et al., 2020).

Ja det kommer frem at de var nysgjerrige på hvorfor ikke alle som ble kontaktet deltok, men at de ikke kunne finne dette ut pga. anonymiteten til deltagerne (Happell et al., 2012).

Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Da disse kunne ha erfaringer rundt fysisk aktivitet til denne pasientgruppen og derfor var deres erfaringer knyttet til dette relevant for studien (Carlbo et al., 2018).

Det er begrunnet med deres erfaring og kunnskap innen feltet. Det var gitte kriterier som måtte oppfylles for at sykepleierne kunne være med. (Lundström et al., 2019).

Disse ble valgt ut da de jobbet innenfor psykisk helsevern (Happell et al., 2012).

De ble valgt fordi de var under opplæring til å bli psykiatriske sykepleiere (Møller et al., 2020).

Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kjønn og stilling er beskrevet (Carlbo et al., 2018).

Kjønn, alder og erfaring er beskrevet (Lundström et al., 2019).

Hvor de jobbet og hvor lenge de hadde jobbet er nevnt (Happell et al., 2012)

Kjønn, hvor lenge og hvilken avdeling ble nevnt (Møller et al., 2020).

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? Ja

Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

Intervjuene ble gjort i fasiliteter i nærheten av deltagerens arbeidsplass (Carlbo et al., 2018).

Intervjuene fant sted på sykepleierens arbeidsplasser. Dette fordi deltagerne etterspurte det (Lundström et al., 2019)

Intervjuene ble gjort via gruppesamling av deltagerne, med mulighet for å være med på videokonferanse (Happell et al., 2012).

Intervjuene ble gjennomført i februar og august 2018 (Møller et al., 2020)

Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Det ble brukt fokusgruppe intervjuer hvor 9 spørsmål ble stilt og diskutert, samt eventuelle oppfølgingsspørsmål (Carlbo et al., 2018),

Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide bestående av åpne spørsmål med tilleggsspørsmål dersom det var behov for det (Lundström et al., 2019).

Det er brukt semi-strukturerte gruppeintervju med samme utgangspunkt i form av et utsagn (Happell et al., 2012).

Det er brukt fokus gruppeintervju med samme utgangspunkt i alle gruppene (Møller et al., 2020).

Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?

Intervjuene ble tatt opp også transkribert av hovedforfatterne (Carlbo et al., 2018).

Måten dataen ble samlet inn på var gjennom intervjuer som ble tatt opp for så å bli transkribert ordrett av førsteforfatter som også var den som gjennomføre intervjuene (Lundström et al., 2019).

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd for så å transkribert av en tredjepart (Happell et al., 2012).

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert av andre forfatter (Møller et al., 2020).

Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Den er ikke endret (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020).

Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

Det gjør det. Lydopptak ble gjort og transkribert (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020).

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? Ja

Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:

utforming av problemstilling, datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

Forfatterne diskuterte funnene fra intervjuene, det er ikke påvist noe som skal være av betydning for resultatet av datainnsamlingen (Carlbo et al., 2018)

Alle forfatterne har vært med i diskusjonen på om studien svarer på problemstillingen. Datainnsamlingen kan ha blitt påvirket av at alle som gikk gjennom den var psykiatriske sykepleiere (Lundström et al., 2019).

Hver analytiker fant tema ut fra lydopptakene og transkriberingen, som ble tatt opp og godkjent av hovedforfatterne (Happell et al., 2012).

Dataen ble analysert og kodet for å få en sammenheng (Møller et al., 2020).

Analyse og hvilke funn som presenteres

Det kommer frem at funnene er gjort ved å markere hovedtema som kunne være relevante for problemstillingen (Carlbo et al., 2018).

Det kommer frem at det var noe utfordringer med å finne tekstmære beskrivelser uten å tolke for dypt i det som blir sagt (Lundström et al., 2019)

Funnene er gjort ved å lese transkripsjonen og høre på lydopptakene (Happell et al., 2012).

Funnene er gjort ved å lese transkripsjonen og lage koder for å forstå variasjonen innen materialet (Møller et al., 2020).

Er etiske forhold vurdert? Ja**Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?**

Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon og at dette var frivilling, samt at de kunne trekke seg når de ville (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Møller et al., 2020)

U.t kan ikke se at det er beskrevet i detalj (Happell et al., 2012)

Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

Alle deltagerne ble informert om at det var frivillig og at de kunne trekke seg når og om de ønsket (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018).

Deltagerne fikk skriftlig informasjon om studien (Happell et al., 2012)

Alle som deltok skrev under på at det kunne bli gjort lydopptak og at forskerne kunne bruke deres caser som var levert inne tidligere (Møller et al., 2020).

Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Ble godkjent av "University West, Institution of Health Science" (Carlbo et al., 2018).

Var oppe i etisk komite på Lund universitet, Sverige og ble godkjent (Lundström et al., 2019).

U.t fant ikke noe funn på dette (Happell et al., 2012)

Ble godkjent av «Danish Data Protection Agency» (Møller et al., 2020)

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja

Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

Kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim and Lundman (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018).

Tematisk analyse fra Braum og Clark (Happell et al., 2012)

“Qualitative content analysis” ble brukt (Møller et al., 2020).

Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

Det er gjort rede for under «analysis» i artikkelen (Carlbo et al., 2018).

Laget tabeller på hvordan de har analysert teksten (Lundström et al., 2019).

Analysen er beskrevet under data analysis (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Ja. De har brukt sitater fra deltagerne gjennom artikkelen for å understreke poenger (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Data er tatt med for å understreke det sykepleierne sier i intervjuene og får en sammenheng i teksten, samt annen relevant forskning (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? Ja

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert? Ja

Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?

Andre kilder er tatt med for å understreke funnene (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

Ja (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering,

at flere enn en har gjort analysen)?

Alle forfatterne var med å gjennomgå resultatene (Carlbo et al., 2018)

Alle forfatterne var med på å gjennomgå transkriberingen av intervjuene for å få en helhetlig forståelse (Lundström et al., 2019).

To analyserte transkriberingen, for så å gå godkjenning av to andre som hadde gjennomført intervjuene (Happell et al., 2012)

Det er gjort en firesteg grundig analyse av funnene (Møller et al., 2020).

Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Ja (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018), (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**Hvor nyttige er funnene fra denne studien?****Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?**

En ny oppmerksomhet rundt bevisene av hva fysisk aktivitet gjør kan være nyttig, samt hvordan fysisk aktivitet skal fremmes på et organisasjonsnivå (Carlbo et al., 2018).

De fant ut at det trengs mer kunnskap og undervisning på hvordan man kan fremme den fysiske aktiviteten (Lundström et al., 2019).

Vurderer opp mot et holistisk syn fra sykepleiere (Happell et al., 2012)

Fant ut at nye helsefremmende aktiviteter må være med som eksisterende helsefremmende praktisering (Møller et al., 2020).

Har studien avdekket behov for ny forskning?

Avdekket behov for å se mer på forskning for å implementere det i praksis (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018)

Ingen klare funn for ny forskning (Happell et al., 2012), (Møller et al., 2020)

Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Denne studien så på at det ikke bare var sykepleiere, men hele organisasjonen som måtte jobbe sammen for å prøve å få gjennomført endringer (Lundström et al., 2019), (Carlbo et al., 2018).

Dette kan brukes til alle pasienter med alvorlige mentale lidelser (Happell et al., 2012).

Kan brukes innen for psykiatrien og at det bør være en del av eksisterende mental helse undervisning (Møller et al., 2020).

Vedlegg 3.

Forfatter og tittel	Setting	Metode	Utvalg	Hensikt	Funn
<p>Carlbo, A, Claesson, HP og Åström, S.</p> <p>Nurses' Experiences in using Physical Activity as Complementary Treatment in Patients with Schizophrenia (2018)</p>	Døgnetenhet og poliklinikk I Vest-Sverige	Kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju der hvert spørsmål ble diskutert og analysert. Det var like spørsmål til alle gruppene, men med rom for å stille tilleggsspørsmål dersom det var indikasjon for det. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert etterpå.	12 sykepleiere eller hjelpepleiere, 7 sykepleiere, der en var psykiatrisk sykepleier og 5 hjelpepleiere.	Undersøke sykepleierens erfaring, inkludert personlig motivasjon, i å bruke fysisk aktivitet som en komplementær behandling til pasienter med schizofreni	Usikkerhet rundt nytten av fysisk aktivitet. Samt manglende kunnskap hos både sykepleiere og pasienter, motivasjon over tid, sykepleierengasjement og tidsklemma.
<p>Sofie Lundström, Henrika Jormfeldt, Britt Hedman Ahlström, Ingela Skärsäter.</p> <p>Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness (2019)</p>	Poiliklinikk I Sør-Sverige.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju av sykepleiere som jobber i psykiatrien. Hvert intervju startet med samme åpningsspørsmål, og sykepleierne skulle reflektere rundt dette. Intervjuene ble tatt opp og senere transkribert.	15 sykepleiere, 10 kvinner og 5 menn. Alle skulle ha erfaring med å fremme en sunn livsstil for og sammen med pasienten med en alvorlig psykisk lidelse. Alle sykepleierne som deltok hadde eller holdt på med en master.	Undersøke hvordan sykepleiere kan fremme fysisk aktivitet og en sunnere livsstil til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse.	Tre hovedtemaer. Å ha et helsefremmende fokus i hvert møte. Å støtte med hver persons unike forutsetninger i tankene og ta ansvar for helsefremmende arbeid på alle nivåer i organisasjonen. Disse ble så delt i undertemaer.
<p>Brenda Happell, David Scott, Chris Platania-Phung og Janette Nankivell G.</p> <p>Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness (2012)</p>	Psykiatrisk avdeling I et regionalt område I Australia	Kvalitativ studie. Blir gjennomført som fokusgruppeintervju. Det var de samme to som intervjuet alle gruppene. Intervjuene med gruppene blir tatt opp på lydband og transkribert og det ble gjennomført en tematisk analyse.	38 sykepleiere, 11 sykepleiere var med via videokonferanse. 20 av de 38 hadde spesialistkompetanse innen psykiatrien.	Ser på sykepleierens syn på hvordan fysisk aktivitet passer inn i omsorgen for pasienter innen psykiatrien.	Hovedtema var holisme. Fysisk aktivitet ble sett på som et aspekt av holisme på person og miljønivå. Undertemaene de fant var fragmentering og integrering.
<p>Jane Ege Møller, Anne Møller og Loni Ledderer</p> <p>Dilemmas in delivering health promotion activities: findings from a qualitative study of mental health nurses in Denmark (2020).</p>	Psykiatrisk poliklinikk eller avdeling I Danmark.	Kvalitativ metode og fokusgruppe intervju. Intervjuene ble tatt opp på lydband og gjennomgått av forfattere i ettertid.	12 sykepleiere som gikk på videreutdanning innen psykiatri.	Hensikten var å se hvordan sykepleiere jobbet med helsefremmende tiltak og med et gitt screening skjema i Danmark.	Dilemma og strategier for å jobbe rundt screeningsskjema og bevare autonomien til pasientene.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2021 09:00	Termin:	2021 HØST
Sluttdato:	13-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 HØST		
Intern sensor:	Katarzyna van Damme-Ostapowicz		

Deltaker

Kandidatnr.:	306
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 20
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei