



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sykepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: **Prosjektoppgave**

Leveringsfrist: **26.02.16 kl. 14.00**

Kandidatnr.: **1022**

Antall ord: **8592**



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Hvordan motivere mennesker med depresjon til fysisk aktivitet i naturen som behandlingsmetode?

Bacheloroppgave i sykepleien

Haugesund 2016

Kull 2013

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	IV
ABSTRACT	V
1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN AV VALG	1
1.2 HENSIKT	2
1.3 PROBLEMSTILLING	2
1.4 AVGRENSNING	2
2.0 TEORI	3
2.1 JOYCE TRAVELBEE	3
2.2 DEPRESJON	4
2.3 MOTIVASJON	4
2.4 FYSISK AKTIVITET.....	5
2.5 NATUREN.....	6
3.0 METODE	7
3.1 HVA ER METODE?	7
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	7
3.3 FREMGANGSMÅTE.....	8
3.4. KILDEKRITIKK	10
3.5. METODEKRITIKK.....	12
3.6. ETISK VURDERING	12
4.0 RESULTAT	13
4.1 VITENSKAPELIG ARTIKKEL 1	13
4.2 VITENSKAPELIG ARTIKKEL 2	13
4.3 VITENSKAPELIG ARTIKKEL 3	14
4.4 VITENSKAPELIG ARTIKKEL 4	15
4.5 FAGARTIKKEL 1.....	15
5.0 DRØFTING	16
5.1 FORHOLDET MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT, TRAVELBEE'S MODELL	16
5.2 ANSATTES MULIGHETER TIL INNVIRKNING.....	18
5.3 MOTIVASJONSTEKNIKKER	20
5.4 EMPOWERMENT.....	22
5.5 HVORFOR FYSISK AKTIVITET I NATUREN?.....	24
6.0 KONKLUSJON	26
7.0 REFERANSELISTE	27

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Vitenskapelig artikkel 1	20
Tabell 2: Vitenskapelig artikkel 2	20
Tabell 3: Vitenskapelig artikkel 3	21
Tabell 4: Vitenskapelig artikkel 4	21
Tabell 5: Fagartikkel 1	22
Tabell 6: Kritisk vurdering av artikler	22

Sammendrag

Tittel: Hvordan motivere mennesker med en depresjon til fysisk aktivitet i naturen?

Bakgrunn for valg av tema: Bakgrunn for valg av tema kommer fra både privaterfaring og praksiserfaring. Jeg har selv erfart hvordan fysisk aktivitet i naturen kan påvirke meg. I praksis observerte jeg hvordan naturen kunne påvirke mennesker med en depresjon. Jeg visste fra før at manglende motivasjon kunne være en utfordring hos mennesker med en depresjon. Dette ble bekreftet da jeg så utfordringene de ansatte møtte på da de organiserte felles aktiviteter. Derfor vil jeg undersøke hvordan man kan motivere mennesker med en depresjon til å bruke fysisk aktivitet.

Problemstilling: Hvordan motivere mennesker med en depresjon til å bruke fysisk aktivitet i naturen som en behandlingsmetode?

Hensikt: Hensikten med studiet var å svare på problemstillingen.

Metode: Oppgaven er bygget opp som litteraturstudie og har hovedvekt på sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, lege og psykiatrispesialist Egil W. Martinsen, i tillegg til 4 forskningsartikler og en fagartikkel.

Resultat: Å motivere mennesker med en depresjon til fysisk aktiviteten i naturen krever tid, empati, evne til å lytte og til å skape en relasjon. Sykepleier må selv være engasjert i arbeidet og ha kunnskap. Kunnskapen bør formidles slik at pasienten forstår viktigheten av bevegelse, og empowermentprosessen bør vektlegges. Sykepleier bør kartlegge hvilken fase pasienten befinner seg i, og deretter sette realistiske mål. Det bør legges opp til progresjon, og hele tiden være fokus på at pasienten skal klare seg mest mulig selv.

Oppsummering: For å motivere mennesker med en depresjon til fysisk aktivitet stilles det ulike krav fra ledelsen, sykepleier og pasienten selv. Prosessen i seg selv består av flere faser hvor alle er et samarbeid mellom sykepleier og pasient.

Nøkkelord: Motivasjon, depresjon, fysisk aktivitet og naturen.

Abstract

Title: How to motivate people with a depression towards physical activity in the nature?

Background: Background for the choice of topic comes from both private experiences and practice experiences. In private, I've experienced how nature affects me. In practice, I saw how nature affected patients with depression. I already knew that motivation could be absent for people with depression. And I saw how the employees had some difficulties to motivate them towards arranged group activity. I will therefore examine how we can motivate people with a depression towards physical activity in the nature.

Research question: How to motivate people with a depression towards physical activity in the nature as a way of treatment?

Purpose: The thesis aim is to answer the research question.

Method: The thesis is structured as a literature study, and has an emphasis on nursing theorist Joyce Travelbee, doctor and psychiatry specialist Egil W. Martinsen, in addition to four research papers and an academic article.

Result: To motivate people with depression towards physical activity in nature, the nurse needs to spend time, show empathy, ability to listen and to create a relationship with the patient. The nurse must also be engaged in the work and have good knowledge. Through good knowledge, the nurse must teach the patient why physical activity in nature is so important. The nurse must also use the knowledge to identify which phase the patient is in, so they together can set realistic goals. The activity should be up to progression, and be constantly focused on the patient ability to manage on his own.

Summary: To motivate people with depression towards physical activity, there come demands from the management, the nurse and the patient itself. The process consists of several phases, and every phase should be collaboration between the nurse and the patient.

Keywords: Motivation, depression, physical activity and nature.

1.0 Innledning

Fokuset i denne oppgaven omhandler mennesker med en depresjon, og hvordan man kan motivere til fysisk aktivitet i naturen, som del av en ikke-medikamentell behandling. Ved en depresjon vil det være vanskelig å finne motivasjon til å sette i gang, eller gjennomføre, oppgaver (Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 30). Derfor vil jeg undersøke hvordan sykepleiere bør arbeide for å motivere mennesker med en depresjon.

Det har de siste årene blitt skrevet en del om forholdet mellom kropp og sinn, og hvordan fysisk aktivitet kan bidra i behandlingen av depresjon. Fagutviklingen har ikke kommet like langt innen fysisk aktivitet i naturen. Jeg har selv erfart hvordan naturen kan påvirke oss. Jeg er glad i å løpe, og prøver å utnytte områder i nærheten. Etersom jeg bor sentralt, starter løpeturen midt i sentrum. Der opplever jeg at ingen legger merke til meg. Jeg er bare en av alle, og alle er opptatt med sitt. Når jeg nærmer meg et turområde, ser jeg at folk starter å møte blikket mitt. Plutselig er jeg ikke anonym lenger. Når jeg er kommet meg inn i skogen, sier plutselig de jeg møter "hei" og smiler. Helt til jeg snur og er på vei tilbake. Da føler jeg meg anonym igjen. Hva kommer dette av? Forandrer vi oss når vi oppholder oss i naturen? Vil dette ha noe å si for behandlingen v depresjon? Dette har jeg lyst til å undersøke.

1.1 Bakgrunn av valg

Interessen for dette området har jeg hatt lenge, og den ble forsterket under praksisperioden i psykisk helsevern. Martinsen (2011, s. 66) sier at hele 20 % av alle mennesker rammes av en depresjon i løpet av livet, og i praksis møtte jeg flere som ble behandlet for dette. Som en konsekvens av depresjonen hadde flere isolert seg hjemme over lengre tid, og var i svært dårlig fysisk form. Strømme (2002, s. 14) skriver at fysisk inaktivitet svekker kroppens mulighet for å utføre livets daglige oppgaver, men fører også til økt sykkelighet og dødelighet. Dette hadde praksisstedet mitt mye kunnskap om, og hver onsdag ble det organisert felles tur for alle pasientene. Jeg observerte at de ansatte synes det var vanskelig å motivere enkelte av pasientene til å delta. Men av de pasientene som deltok, kunne jeg se en effekt. Jeg la også merke til at det ble lettere for noen pasienter å åpne seg. Det var som om rollene vi representerte ble mindre betydelige, og fokuset gikk

over på å bare være i hverandre samvær som to mennesker. Disse observasjonene og tankene er grunnen til at jeg ønsker å fordype meg i feltet.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan man kan motivere mennesker med en depresjon til å bruke fysisk aktivitet i naturen som en ikke-medikamentell behandlingsmetode. Jeg vil også undersøke behovet for fagutvikling innen valgt område.

1.3 Problemstilling

Hvordan motivere mennesker med en depresjon til å bruke fysisk aktivitet i naturen som en behandlingsmetode?

1.4 Avgrensning

Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter over 18 år som behandles mot depresjon, av typen ren depresjonslidelse. Oppgaven tar også utgangspunkt i pasienter som mottar helsehjelp i en psykiatrisk avdeling. Med psykiatri menes det et praksisfelt innenfor det psykiske helsevesenet (Lemvik, 2006, s. 121). Med helsehjelp mener jeg behandlings- og omsorgstiltak på lokalsykehusnivå. Deriblant distriktskykiatriske senter som kan tilby døgnenheter, dagavdelinger og psykiatrisk poliklinikk for å nevne noen (Ingeborg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 60-70). Pårørende er naturligvis en sentral del av pasientens støtteapparat, men jeg vil ikke utdype dette i oppgaven. Jeg vil ha fokus på hvordan sykepleier arbeider, og forholdet mellom pasient og sykepleier.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres relevant sykepleieteori og annet fagstoff som skal underbygge problemstillingen i oppgaven.

2.1 Joyce Travelbee

Hovedgrunnen til at jeg vil bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker er hennes holdning rundt forholdet mellom "pasient" og "sykepleier". Hun mener at vi ikke skal bruke disse ordene, og dette må overskride før en kan nå inn til hverandre som individer. Hun snakker mer om menneske-til-menneske forhold, og hvordan dette forholdet er et virkemiddel som må til for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et menneske å mestre eller forebygge en lidelse eller sykdom (Travelbee, 2001, s. 140)

Travelbee har også et stort fokus på dette med kommunikasjon. Hun mener at kommunikasjon er en del av prosessen mot å skape et menneske-til-menneske forhold, som igjen er en del av sykepleiens hensikt og mål (Travelbee, 2001, s. 137). En av hensiktene, og målene, med sykepleie er å utøve omsorg. Omsorg utøves og formidles gjennom kommunikasjon, og dette legger Travelbee stor vekt på. Kommunikasjon kan skape et godt og hjelpende forhold, men det kan også bli brukt til å støte bort eller såre et menneske. Den profesjonelle sykepleieren vil derfor bruke kommunikasjon på en profesjonell og bevisst måte til å påvirke mennesker han eller hun møter. Etersom jeg skal skrive om motivasjon til pasienter med depresjon, så vil kommunikasjon være veldig sentralt, og jeg vil bruke mye av Travelbee sin tenkemåte.

Travelbee skriver også en del om begrepet lidelse, og hva det innebærer for den som opplever det og den som skal behandle. Lidelse kan oppleves både fysisk og psykisk, hvor depressiv lidelse går innenfor kategorien psykisk. Man kan trekke tråder mellom lidelse og engasjement. Lidelse er vanligvis betinget av evnen til å engasjere seg, og bry seg om noe. Å bry seg er å oppleve tilknytning til det eller den en bryr seg om (Travelbee, 2001, s. 100). Dette glir inn i utfordringen mennesker med depressiv lidelse har til å motivere seg. Jeg vil derfor bruke Travelbee sine tanker om det å ha en lidelse, når jeg blant annet skriver om motivasjonsteknikker.

2.2 Depresjon

Det finnes flere definisjoner og beskrivelser av depresjon. I denne oppgaven er det ikke adjektivet deppa eller depressiv jeg vil frem til, men depresjonssykdom som en psykiske lidelse. Depresjonssykdommen, kan også bli kalt for stemningslidelse og affektiv lidelse, blir delt inn i to kategorier: bipolar lidelse og unipolar depresjonslidelse. Unipolar depresjonslidelse er en ren depresjonslidelse, og er den formen jeg skal fokusere på i oppgaven. Denne formen for depresjon rammer om lag 20 % av befolkningen (Martinsen, 2011, s. 65).

Travelbee (1999, s. 105) definerer depresjon som et sinn som vendes innover mot en selv. Hun skriver videre at det finnes varierende grader av tristhet, nedtrykthet og depresjon. Skåderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010, s. 30) forklarer dette med at man skiller mellom en depresjon, og det å føle seg deppa eller trist. Det er normalt å reagere med sorg dersom man for eksempel mister noen man er glad i eller kjæresten gjør det slutt, men en depresjon har flere kriterier. Det er først når denne sorgen fryser seg fast at det går utenfor det normale. Skåderud, Haugsgjerd & Sänicke (2010, s. 31) skriver videre at man bygger opp negative tanker om både fremtiden og selv, kroppen oppleves som tung og ubrukelig, og han eller hun faller vekk fra det sosiale liv, arbeid eller skole. Det er altså en sykdom som rammer hele selvet. Likt beskriver Klepp & Aarø (2009, s. 65) det å være deprimert. De skriver at depressive lidelser er som noen tyver som stjeler lykken fra menneskene. Tyvene tar fra deg livslyst, energi og selvtillit.

2.3 Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra det latinske ordet "movere" og betyr "å bevege" (Renolen, 2008, s. 41). Kaufmann og Kaufmann (2003, s. 43) definerer motivasjon som en prosess som setter i gang, gir retning til, opprettholder og bestemmer intensitet i atferd. Det sier altså noe om bakgrunnen for handlingene vi mennesker gjør. Både bevisste og ubevisste og indre og ytre tilstander driver oss til handling (Renolen, 2008, s. 41).

Kristoffersen, Nortveit og Skaug (2011, s. 350) skriver videre at motivasjon er en veldig viktig faktor for å kunne klare å endre levevaner og livsstil. For å kunne mestre en oppgave, utfordring eller motgang, vil motivasjonen være et grunnelement. Selve begrepet består av to faktorer: indre og ytre. Tenk deg a du skal gå tur i skogen. Den *ytre motivasjonen* til dette

kan være bedre psykisk helse eller bedre kondisjon. Selv når du ikke ønsker å gå tur vil den ytre motivasjonen drive deg til å sette i gang. *Indre motivasjon* derimot oppstår inni deg selv og motivasjonen er selve arbeidet. Da går du tur fordi du har lyst og synes det er gøy (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, s. 350).

Denne forskjellen er veldig viktig i arbeidet som sykepleier. En sykepleier vil ofte jobbe, sammen med en pasient, om å forandre ytre motivasjon til en indre motivasjon. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, s. 350) Indre motivasjon har en teori som heter selvbestemmelsesteorien. Denne teorien vektlegger menneskets opplevelse av selvbestemmelse (Renolen, 2008, s. 49). Renolen viser videre til forskning gjort av Deci og Ryan (2000, s. 54) som understreker viktigheten av denne opplevelsen. De skriver at mennesket er født med tre psykologiske behov: kompetanse, autonomi og tilhørighet. Når disse tre behovene blir dekket vil vi oppleve velvære og styrket selvmotivering. Dersom behovene ikke blir dekket, kan det ha omvendt effekt. Dette tar utgangspunkt i begrepet Empowerment, eller myndiggjøring. Forskning viser at ved å myndiggjøre pasienter eller påvirke dem til å ta egne valg, vil effekten av behandlingen vare lenger. Å legge til rette for denne formen for selvbestemmelse er dermed en sentral faktor i behandling av depresjon (Renolen, 2008, s. 54).

Det finnes også samtalemetoder som kan påvirke motivasjonen. Deriblant har vi motivasjonssamtalen og motiverende intervju. Dette er metoder som blir mye brukt innen helsevesenet for å fremme økt fysisk aktivitet. Motiverende intervju er en pasientsentrert, empatisk samtalemetode som ser ut til å kunne motivere mindre motiverte pasienter (Ivarson, 2007, s. 103).

2.4 Fysisk aktivitet

Det kan være vanskelig å skille mellom fysisk trening og fysisk aktivitet. Martinsen (2011, s. 35) definerer fysisk aktivitet som enhver kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk. Fysisk trening er planlagte og gjentatte kroppslige bevegelser som utføres for å forbedre eller vedlikeholde en eller flere komponenter av fysisk form eller helse. I Norge bruker vi fysisk aktivitet som en bevisst del i behandling og rehabilitering, og da kalles det tilpasset fysisk aktivitet, idrettsterapi og idrettspsykoterapi.

Fysisk aktivitet vil gi raske psykologiske virkninger, men dersom man skal forebygge fysiske sykdommer vil prosessen vare over lengre tid. Derfor er det vanligst å bruke fysisk aktivitet for å oppleve glede og mindre psykisk ubehag, enn å forebygge fremtidige fysiske plager (Martinsen, 2011, s. 40).

Som konsekvens av blant annet industrialiseringen, er vi i dag mindre fysisk aktive enn tidligere. Menneskekroppen er skapt for å brukes, og inaktivitet kan føre til svekket skjelett- og hjertemuskulatur. Man kan også bli mer sårbar for skader og overbelastning. Det er ikke bare den fysiske delen som blir påvirket av inaktivitet, men også den psykiske delen av oss. Mennesker med psykiske lidelser har økt forekomst av kroppslige sykdommer på grunn av gjennomgående usunn livsstil sammenlignet med normalbefolkningen (Martinsen, 2011, s. 36)

2.5 Naturen

Når vi snakker om fysisk aktivitet i naturen, kan man trekke tråder til det vi kaller for friluftsliv. I definisjonen av friluftsliv, står nemlig naturopplevelsen meget sentralt (Nerland & Vikander, 2002, s. 166). Selv om det ikke er gjort mye forskning på fysisk aktivitet i naturen, er det allikevel mange grunner til å tro at naturopplevelser kan være en viktig kilde til glede. Innen miljøpsykologien er det gjort studier som viser at naturen kan ha større restorativ virkning enn innendørs trening. Planter, dyr, ulike lukter, syns- og hørselsinntrykk kan altså være viktige elementer (Martinsen, 2011, s. 38).

Tidligere ble friluftsliv forbundet med enkle gåturer i skog og mark. I dag forbinder vi fremdeles friluftsliv med disse turopplevelsene, men samtidig har nye aktiviteter kommet til, og noen har endret form. Den moderne formen for friluftsliv ivaretar tradisjoner, men samtidig gir det rom for nye aktiviteter, nytt format, og gir oss mulighet til å skape egen identitet (Nerland & Vikander, 2002, s. 167). Friluftsliv kan altså være gåturer, sykkelturner, padleturer og klatring i naturen. Dahle (2002, s. 118) skriver at friluftsliv gir oss bevegelsesglede. Ved å ta oss frem i naturen så opplever vi mestring og føler at kroppen lever.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å komme frem til ny kunnskap og et middel til å løse et problem. En metode forteller hvordan vi bør gå frem for å skaffe, eller etterprøve, kunnskap. Metoden kan også kalles for et redskap, og redskaper velges på bakgrunn av ønske om best mulig resultat. Valget bak en bestemt metode bør derfor begrunnes med at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig måte. Kvantitative og kvalitative metoder er de vanligste metodene som er brukt innenfor undersøkelser (Dalland, 2012, s. 111-112).

Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter som regnestykker, tabeller osv. I min oppgave vil kvantitativ metode kunne gi svar på hvor stor prosent av en behandlingsgruppe som har gode resultat av fysisk aktivitet i naturen. Denne metoden skiller seg fra den *kvalitative*, da den tar mer sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke kan la seg tallfeste. Kvalitativ metode vil ikke ha intervju preget av faste svaralternativer, men være mer fleksible for å nå inn i dybden. I denne oppgaven bruker jeg tre kvalitative studier. Disse studiene gir meg pasientenes og ansattes opplevelser av å være fysisk aktiv i naturen. I tillegg gir studiene konkrete svar på hva som motiverer de ansatte og pasienter (Dalland, 2012, s. 112-113). Slike opplysninger vil bygge opp kunnskap rundt problemstillingen min, og lettere gi meg et resultat som kan bidra i fagutviklingen til psykisk helse og fysisk aktivitet i naturen.

3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie kan også kalles litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt (Forsberg & Wengstrom, 2012, s. 25). Materialet i en litteraturstudie består av eksisterende kunnskap presentert i artikler og bøker. Det vil si at litteraturstudien ikke skaper ny kunnskap, selv om nye forskninger kan komme med, ved å sammenligne og analysere kunnskap fra flere kilder.

Artiklene finner man gjennom databaser. En forutsetning for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie, vil være avhengig av kvaliteten og mengden av studiet man finner (Støren, 2013, s. 17). Et systematisk litteraturstudie skal ha en tydelig formulert problemstilling, som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant

forskning (Forsberg & Wengstrom, 2012, s. 25-27). Antallet vitenskapelige artikler med god kvalitet og relevans bør være på 5-6 artikler (Olson og Sørensen, 2003, s. 91). Dette skal jeg forholde meg til når jeg presenterer artiklene mine i resultatet.

3.3 Fremgangsmåte

Tema var bestemt da jeg begynte søkeprosessen. Problemstillingen var ikke helt bestemt, men tok form etter hvert som søkeprosessen fortsatte. Jeg valgte Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker med det grunnlag at hun fokuserer mye på menneske-til-menneske forhold, og ikke sykepleier-pasient forhold. Dette tror jeg er viktig i det området jeg skal undersøke (Travelbee, 2001, s. 141). Jeg valgte også å bruke en del litteratur fra Egil W. Martinsen, da han har forsket mye på området og er forfatter av mye relevant litteratur for min problemstilling.

I søkeprosessen brukte jeg høyskolens helsefaglige database CINAHL, og Idunn, for å finne relevante vitenskapelige artikler. Jeg opplevde at CINAHL gav mange resultater, men allikevel var lett å bruke. Idunn gav ikke like mange resultater, men de var av høy relevans for oppgaven. Jeg har presentert søkehistorien i tabeller.

Søk i Cinahl database: 07.01.16

Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis.

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limit	Resultat
S1	Depression	- Depresjon som alene diagnose.	89 862
S2	Physical activity	- Mennesker uten fysiske funksjonshemminger i den grad at fysisk aktivitet måtte tilrettelegges.	4 921
S3	Treatment	- Artikkel mindre en 10 år	872
S4	Nursing		83

Tabell 1: Vitenskapelig artikkel 1

Søk i Cinahl: 07.01.16

Easier said than done: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals perspective.

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limit	Resultat
S1	Empowering	- Artikkel mindre en 10 år	2 870
S2	Patients		1 130
S3	Nursing		422
S4	Treatment		48

Tabell 2: Vitenskapelig artikkel 2

Søk i Idunn: 20.01.16

Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie.

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limit	Resultat
S1	Relasjon	- Artikkel mindre en 10 år	2 599
S2	Psykisk helsearbeid		129

Tabell 3: Vitenskapelig artikkel 3

Søk i Cinahl: 07.01.16

How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation.

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limit	Resultat
S1	Depression	- Sorterer ikke vekk på grunn av geografi.	89 862
S2	Outdoor adventure	- Artikkel mindre en 10 år	4

Tabell 4: Vitenskapelig artikkel 4

Søk i Idunn: 20.01.16:

Psykisk helsearbeid i naturen – friluftsliv inspirert av vår historie og identitet

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limit	Resultat
S1	Depresjon	- Sorterer ikke vekk på grunn av geografi.	2 599
S2	Friluftsliv	- Artikkel mindre en 10 år	9

Tabell 5: Vitenskapelig artikkel 5

3.4. Kildekritikk

I følge Dalland (2012, s. 67) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det innebærer å vurdere, og karakterisere, de kildene som er brukt. Det handler om å finne frem til den litteraturen som på best mulig måte belyser problemstillingen, det vil si det vi kaller for kildesøking eller litteratursøking. Den handler også om å gjøre rede for litteraturen en har valgt å bruke i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68).

Kritisk vurdering av egne artikler

Da jeg gjorde en kritisk vurdering av valgte vitenskapelige artikler, tok jeg utgangspunkt i sjekklisten for vurdering av forskning hentet fra kunnskapssenteret (2015) og presenterte resultatet i en egen tabell. Begrunnelse medfølger.

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4
Problemstilling				
Fremgangsmåte				
Publisert i tidsskrift				
Etiske hensyn	?			
Klinisk relevans				

Tabell 6: Kritisk vurdering av artikler

1. *Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis* (2012) er publisert gjennom: Mental Health Foundation (u.å.) som beskriver seg av høy kvalitet med streng forskningsbasert studie. De skriver også at de har som mål å fremme tverrfaglig utvikling og forståelse mellom psykisk helse og fysisk aktivitet, som er veldig relevant for min problemstilling. Fremgangsmåten er tydelig og oversiktlig. Jeg finner ingen konkret bekreftelse på at den er godkjent av en etisk komité.

2. *Easier said than done: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health and professionals perspective* (2009) er en studie publisert gjennom Nursing Management (u.å.). De beskriver seg som ledende i månedlig utgivelse til praktisk pedagogisk informasjon for sykepleiereledere. Studien er godkjent av Regionale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, avdeling øst (Tveiten & Meyer, 2008).

3. *Relasjonens betydning i psyksik helsearbeid – en kvalitativ studie* (2014) er publisert gjennom Idunn (u.å.), tidsskriftet for psykisk helsearbeid. Tidsskriftet er Nordens eneste tidsskrift innen sitt felt og utgir uttelling på nivå 1. Studien ble godtkjent av personvernombudet i Helseforetaket (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014). Inneholdet er av høy relevans for min problemstilling, i tillegg til å være oversiktlig og lett å lese.

4. *How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A quality evaluation* (2011), er publisert gjennom British Association for Counselling and Psychotherapy (u.a.). De ivaretar verdien av menneskelige relasjoner gjennom å være ledende innen terapi, og med kjerneverdier og etiske rammeverk i alt de gjør. Studiet ble godtkjent av School of Social Science & Law Ethics Committee (Kyriakopoulos, 2011).

5. *Psyksik helsearbeid i nature – friluftsliv inspirert av vår historie og identitet* (2014) er også publisert gjennom Idunn (u.å.), den nordiske tidsskrift for psykisk helsearbeid. Dette er en fagartikkel, men ut i fra den høye kvaliteten på artikkelen, velger jeg å ta den med i min oppgave.

3.5. Metodekritikk

Denne oppgaven er bygget som en litteraturstudie, og i følge Forsberg og Wengström (2008, s. 60) kan en litteraturstudie ha eventuelle svakheter og begrensninger. En svakhet i denne oppgaven kan være at jeg drøfter fem ulike punkter. Ettersom jeg har en ordramme å forholde meg til, kan dette føre til at jeg ikke kommer like langt i dybden som om jeg skulle drøftet færre punkter. Allikevel har jeg valgt å drøfte fem, da jeg mener det er nødvendig for å belyse problemstillingen tilstrekkelig.

3.6. Etisk vurdering

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i blant annet tre ulike kvalitative studier. En kvalitativ studie brukes når man ønsker å gå i dybden, og vil fange opp meninger og opplevelser som ikke kan la seg tallfeste. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) skriver at når man gjennomfører en slik studie er det viktig å ta ekstra hensyn til etiske prinsipper som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektenes integritet. Konfidensialitet går ut på at informasjonen må begrenses til dem som er autorisert til å ha tilgang til den (Fossheim, 2015). Informert samtykke går ut på at ingen individer eller grupper ikke skal forskes på uten at kandidatene tillater det (Fossheim, 2015). Alver (2015) skriver til slutt at å ivareta forskningssubjektenes integritet går ut på å ta ansvar for å gi vern mot objektiv og subjektiv skade eller belastning som forskningen kan påføre den enkelte.

Min etiske vurdering av valgte kvalitative studier kommer tydelig frem på side 10 og 11 under kritisk vurdering av egne artikler, da jeg viser til hvilken komité de ulike studiene har blitt godkjent for gjennomførelse og publisering

4.0 Resultat

4.1 Vitenskapelig artikkel 1

Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis er en kantiativ studie gjennomført av forfatterne: Roma Robertson, Ann Robertson, Ruth Jepson og Margaret Maxwell, publisert gjennom Mental Health and Physical activity.

Hensikten med studiet var å bruke kunnskapen om fysisk aktivitet sin effekt mot depresjon. Med denne kunnskapen skulle det undersøkes om det å gå var en form for fysisk aktivitet som kunne brukes som en potensiell trygg og akseptabel intervensjon.

Metoden var søking i databaser som gav 14 672 artikler. Åtte av disse tilfredstilte kravene for studiet. Studiene ble delt opp i innendørs-, utendørs- og gruppegåtur.

Resultatet viste at det å gå gir stor effekt på symptomene av depresjon. På grunn av noe begrenset studie, skriver de at mer undersøkelse og forskning må til verks for å finne ut hva som gir best resultater. Med det mener de frekvens, intensitet, varighet og sted det blir gjennomført.

4.2 Vitenskapelig artikkel 2

Easier said than done: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals perspective er en kvalitativ studie gjennomført av forfatterne Sidsel Tveiten og Ingrid Meyer, publisert gjennom the Journal of Nursing Management.

Hensikten med studiet var å utvikle kunnskap om dialogen mellom helsepersonell og pasienter i empowermentprosessen gjennom å spørre seg selv: hva er målet med en dialog? Hva karakteriserer en god dialog mellom sykepleier og pasient? Og hvordan la pasienten være eksperten på seg selv i dialogen?

Metoden de brukte var basert på kvalitativ innholdsanalyse for å få frem meningen til fem helsearbeideres refleksjon gjennom tre ulike fokusgruppeintervjuer. Helsearbeiderne presenterte leger, sykepleier og fysioterapeuter, og intervjuene varte i halvannen time og ble tatt opptak av.

Resultatet viste at dialogen mellom helsepersonell og pasient har en veldig stor betydning, og kan brukes på forskjellige måter og med forskjellige formål. Resultatet viste at selv om det gav god effekt, var det lettere sagt enn gjort å gjennomføre og kunne by på utfordringer.

De skriver at videre forskning bør fokusere på pasientens synspunkter og refleksjoner angående dialogen med helsepersonell. Ingstad (2013, s.

4.3 Vitenskapelig artikkel 3

Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – kvalitativ studie, er en kvalitativ studie gjennomført av Anne Berit Eie Torbjørnsen, Jon Vidar Strømstad, Anne Margrethe Kinn Aasland og Kristine Rørtveit, publisert gjennom tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Hensikten med studiet var å belyse faktorer som påvirker helsepersonalets holdninger til pasienten. Målet var å få en dypere forståelse for betydningen av å se pasientens symptomer som mestring.

Metoden var fokusgruppeintervjuer med åtte helsepersonell, syv sykepleiere og en hjelpepleier, alle fra samme sengepost i et distriktpspsykiatris senter (DPS) i Helse Vest. To timer ble satt av til en tverrfaglig refleksjon. Først gikk de over en pasients historie: livshendelser, opplevelse av sykdom, problemer og mestring. Deretter så de på hvilke tap pasienten har hatt som følge av sin sykdom, eksempelvis kroppslige eller sosiale tap. Ut i fra dette ble det valgt to diagnoser som dannet grunnlag for diskusjon rundt pasientens håndtering av hverdagen, slik personalgrupper ser at pasienten mestrer og håndterer den. Alle ansatte kommer frem med sine observasjoner. Etter brainstormingen reflekterer personalgruppen over hva de har oppdaget, og hvordan de kan bruke dette videre sammen med pasienten.

Resultatet viste at å flytte fokuset fra symptom til mestring gav flere endringer. Personalet ble mer opptatt av å reflektere over at mennesket har en verdi fordi vi er. Personalet anerkjente pasientene og var nysgjerrige på hva pasienten prøvde å fortelle. Når pasientene fortalte om sitt liv, erfaringer, symptomer og mestringsstrategier ble empatien blant personalet styrket.

4.4 Vitenskapelig artikkel 4

How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation er et studie gjennomført av forfatteren *Alex Kyriakopoulos*, publisert gjennom *Counselling and Psychotherapy Research*.

Målet med studiet var å undersøke hvordan mennesker med depresjon opplevde å delta i en intervensjon som kombinerte individuell terapi med utendørs opplevelser.

Metoden som ble brukt var en fortolkende, fenomenologisk analyse for å analysere opplevelsen av tre menns og tre kvinners opplevelse. Studiet startet med at deltakerne møttes og ble kjent. Sammen så de en kort film om hvor utendørsopplevelsen skulle foregå. Selve opplevelsen ble å bestige en fjelltopp og dette foregikk over en hel dag.

Avslutningsvis hadde alle en individuell sesjon på 35-45 minutt.

Resultatet viste at utendørs opplevelser gav en mulighet for å oppnå personlig forandring, som igjen øker den terapeutiske prosessens som ble gitt i individuell terapi. Flere gav uttrykk for at de følte seg mer verdt i etterkant, og fikk troen på seg selv.

4.5 Fagartikkel 1

Psykisk helsearbeid i naturen – friluftsliv inspirert av vår historie og identitet, er en fagartikkel skrevet av *Leiv Inar Gabrielsen* og *Carina Ribe Fernee*, publisert gjennom tidsskrift for psykisk helsearbeid.

Artikkelen er en bred, men samtidig selektert introduksjon til fagfeltet natur og helse med utgangspunkt i vår særnorske historie og tradisjoner. Mer spesifikt, rettet mot friluftslivsorientert helsearbeid. Artikkelen bygger på en kombinasjon av historikere, norske eventyrere, folkehelter og kjente teoretikere innen økopsykologi og friluftsliv. Artikkelen presenterer også et nytt klinisk behandlingstilbud som kalles Friluftsterapi.

5.0 Drøfting

5.1 Forholdet mellom sykepleier og pasient, Travelbees modell

Hva ser du når du møter et menneske med psykiske lidelser? Ser du symptomer? Ser du en pasient? Ser du en stakkar? Eller ser du et menneske, likt deg selv, med muligheter og med uendelig verdi? (Lemvik, 2006, s. 17). Joyce Travelbee mener at å se hele mennesket er en sykepleiers oppgave, og er første fase på veien mot å utvikle et forhold mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2006, s. 135). Jeg vil se nærmere på hva de tre første fasene i denne modellen har å si for motivasjonen for fysisk aktivitet.

Travelbee (2001, s. 171) skriver at første fase mot å se hele mennesket, vil være å erstatte ordene *sykepleier* og *pasient*, med *menneske* og *menneske*. Dette forholdet karakteriseres ved en spesiell atferd, en måte å føle, tenke, oppfatte og handle på. "Pasienten" skal oppfattes og behandles som et unikt individ, og ikke som en "sykdom" eller "et romnummer". Ingstad (2013, s. 25) deler Travelbee sine tanker om dette, og skriver at i stedet for å betrakte en person som "kolspasienten på rom 2011", må vi se et menneske som er rammet av KOLS. Når man behandler mennesker med en depresjon, må man altså se mennesket bak depresjonen. Bobby Baker, leder av kunst- og psykisk- helseveldigdom i Statford (Daily Life Ltf, u.å.), opplevde det motsatte da hun var innlagt som pasient. Hun uttalte i ettertid at hun ble satt i en bås av helsepersonellet på bakgrunn av symptomene hennes (Karlsen, 2015). Dette høres veldig negativt ut, men Strømstad, Aasland og Rørtveit (2014) skriver at symptomer kan være med på å skape et helhetlig bilde av pasienten. Det betyr allikevel ikke at Bobby Baker ble behandlet rett, og Strømstad, Aasland og Rørtveit (2014) understreker at feil fokus på symptomer kan skape avstand til hvem personen er.

Travelbees andre fase handler om relasjonsbygging. En ønsket relasjon er den hvor de representerer to unike mennesker, hvor de anerkjenner hverandre for den personen de er. Evnen til å skape en god relasjon er viktig i hvert forhold til pasienter, uansett alder.

Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet, og vises gjennom både nye og eldre studier, internasjonalt og i Norge (Eide & Eide, 2006, s. 137). Dette bekrefter Renolen (2008, s. 57) da hun skriver at hvilke relasjoner vi har til dem vi lever sammen med, er sannsynligvis det som påvirker oss mest hele livet gjennom (Renolen, 2008, s. 57).

Martinsen (2011, s. 203) skriver at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er et nyttig hjelpemiddel på veien mot fysisk aktivitet, selv om manglende motivasjon er en utfordring i psykisk helsearbeid.

I fase tre, beskriver Travelbee sykepleierens utfordring om å forholde seg empatisk til pasienten. Hun definerer empati som evnen til å ta del i og forstå et annet individs aktuelle psykologiske tilstand (Eide & Eide, 2006, s. 137). Kvaal (2008, s. 390) har like tanker rundt dette. Hun skriver at pasienter som lider av depresjon er sensitive overfor holdninger hos personer de møter, og at empati sammen med sensitivitet og sanseskarphet, er en viktig egenskap hos sykepleieren. Videre skriver hun at det innebærer blant annet å forstå pasientens opplevelser og følelser, å respondere gjennom respekt og varme. Studien gjennomført av Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit (2014) støtter opp Kvaal sine tanker rundt dette, da de kom frem til at måten man ordlegger seg om pasientens opplevelser vil være avgjørende for hvordan man viser empati. De mener det er viktig å eliminere ord som kan være negativt ladd, slik som for eksempel paranoid. I stedet for å referere at pasienten som var paranoid, kan man referere til personen som hadde opplevd mange tillitsbrudd i livet. Da kan man lettere forstå pasientens følelser. Men å praktisere empati i et stadig travlere helsevesen viser seg å kunne være vanskelig. Professor i filosofi, Arne Johan Vetlesen, sier at New Public Management-reformer i psykisk helsevern gjør at helsepersonell kommer i skvis mellom krav om økt effektivitet og faglig og moralsk skjønn (Vetlesen, 2010). Videre skriver han at empati har en forutsetning, og det er tid. Å høre en rapport, og lese i en journal er en ting. Å bli kjent med pasienten som en unik person, er noe annet. Empati krever rom for tid til å sette seg ned, prate og fortelle, samt kommunisere nonverbalt gjennom blikk, håndtrykk og generelt hele holdningen.

Det viser seg at det å skape et forhold mellom deg selv og pasienten kan være avgjørende for behandlingsresultat. Det kan være en utfordrende prosess, og i dagens travle helsevesen vil det være avgjørende hvordan du utnytter tiden som er til rådighet. Gjennom å vise respekt, lytte, anerkjenne pasienten og vise empati for pasientens opplevelser, vil sykepleier skape et godt grunnlag for videre behandling.

5.2 Ansattes muligheter til innvirkning

Martinsen (2011, s. 201) skriver at helsepersonell som er opptatt av pasientens behov og et aktivt behandlingsmiljø, bidrar til å motivere pasienter til aktivitet, mens en passiv behandlingskultur kan forsterke manglende motivasjon for fysisk aktivitet. Balansen mellom aktiv motivering, passivitet, mas eller press kan være vanskelig. På bakgrunn av dette, hvordan bør de ansatte arbeide for å motivere til fysisk aktivitet?

Skau (2005, s. 52-53) skriver at fagutvikling innebærer å arbeide systematisk med personalets kompetanse. Videre skriver han at hver enkelt medarbeiders teoretiske kunnskap, ferdigheter og kompetanse utgjør til sammen personalets samlede kompetanse. Moe og Martinsen (2011, s. 76-90) legger til at kunnskap, sammen med erfaring, tro, engasjement og vilje, utgjør sentrale egenskaper for å oppnå respons hos dem som skal motiveres. Helsepersonell med kunnskap vil i større grad kunne formidle viktigheten av å bevege seg, og samspillet mellom kropp og sjel. Pasienter og brukere må få informasjon om, og mulighet til, å oppleve hvor godt det er for kropp og sjel å røre seg.

Men det er ikke nok med bare kunnskap. Skal man motivere de rundt oss, er engasjementet blant de ansatte helt sentralt (Moe & Martinsen, 2011, s. 80). Kvaal (2008, s. 392) støtter dette opp gjennom hennes mening om at følelser er generelt smittsomme. På lik linje som at latter kan spre glede, og sinne kan avle sinne, vil engasjementet blant de ansatte kunne smitte over på pasientene. Kvaal (2008, s. 393) skriver videre at mennesker med en depresjon er i tillegg veldig sensitive for omgivelsene, og vil lettere bli påvirket av andres holdninger. Martinsen (2011, s. 200) understreker allikevel at det ikke er bare pasientene som blir påvirket, men også de ansatte. Positive holdninger hos personalet stimulerer både pasienter og øvrig personal. Motivasjon smitter, og praktiseres best av de som selv er motivert. Allikevel kan det være vanskelig å alltid ha positive holdninger i en travel arbeidsdag. Curtis og O'Connell (2011) skriver blant annet at de fleste ansatte er kunnskapsrike og kan vanligvis finne løsninger på problem som oppstår. Gjennom å spørre de rette ansatte til å delta i betydningsfulle beslutningsprosesser, kan de ansatte føle at både bidraget, og dem selv blir verdsatt. Dette gjennomføres på et høyt nivå i studien til Torbjørnsen et al. (2014), da alle ansatte får komme frem med sine observasjoner.

Det er allikevel ikke kun ledelsen sitt ansvar. Martinsen (2011, s. 203) skriver at det er viktig å ha en ildsjel i personalgruppa. En ildsjel som alltid deltar i behandlingen og som får med seg andre ansatte. I praksis innen psykisk helsevern hadde avdelingen jeg var på en

egen aktivitør. Hun ønsket de andre ansatte hjertelig velkommen til å delta i den organiserte aktiviteten. Dersom noen ble med, opplevde jeg at det sendte signaler til pasientene om at aktiviteten var verdt å få med seg. Det kan tenkes at noen blir skremt av personalets deltakelse, og vil være redd for at de skal prestere mye bedre enn seg selv. Dette avkrefter Martinsen (2011, s. 199). De skriver at helsepersonell med gode fysiske ferdigheter heller kan benytte disse til å gjøre deltakerne gode. Allikevel bør man ikke bruke overskuddet på å dominere, men heller på å motivere. Og dersom pasienter presterer bedre enn personalet, kan de oppleve økt mestringstro og selvfølelse gjennom dette. Følelsen av mestring kan igjen smitte over til andre felt. Duesund (1995, s. 44) understreker at nettopp mestring er et av målene ved å delta i fysisk aktivitet. I tillegg til mestring, vil også deltakerne oppleve glede, trygghet og oppbygge et positivt selvbilde.

Sist, men ikke minst, legger Martinsen (2011, s. 203) vekt på viktigheten av å anerkjenne fysisk aktivitet som behandling, og ikke fritidssyssele. Dette er like relevant for pasienter og for ansatte å anerkjenne. For å fremheve dette, bør fysisk aktivitet legges inn mellom 08-16, slik som annen behandling. Dette erfarte jeg at ble gjennomført i stor grad, da aktiviteten kun var der på dagtid. Allikevel opplevde jeg at de mindre motiverte pasientene takket nei til den organiserte aktiviteten, og kunne bruke som unnskyldning at de hadde en behandlingssamtale til samme klokkeslett. For å unngå dette skriver Martinsen (2011, s. 204) at de ansatte må respektere denne tiden, og ikke legge opp til eventuelle samtaler eller behandlinger som kan begynne samtidig. Jeg har allikevel forståelse for at det vil skje overlappinger, ettersom det er mange ansatte med mange ulike arbeidsdager å legge opp.

Oppsummert kan man si at de ansatte er selv avhengig av å ha motivasjon for å kunne motivere pasientene til fysisk aktivitet. Denne motivasjonen kan ledelsen fremme ved å la dem bruke kunnskapen sin i viktige beslutninger. Kunnskapen de ansatte bærer på bør også formidles til pasientene, slik at de får en forståelse over hvor viktig fysisk aktivitet i naturen er, og hva det kan bety for dem. Denne kunnskapen formidles aller best dersom sykepleier har skapt et godt forhold til pasienten, slik jeg drøftet i første punkt. Men for å virkelig anerkjenne behandlingen, er det viktig at de ansatte legger aktiviteten innenfor 08-16 slik som annen behandling, og ikke til samme klokkeslett som annen behandling. Gjennom å delta selv, vil de også bekrefte til pasientene at de anerkjenner behandlingen.

5.3 Motivasjonsteknikker

Manglende motivasjon er en utfordring forbundet med fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Men motivasjon er en dynamisk prosess som kan påvirkes (Martinsen, 2011, s. 200). Hvordan bør man arbeide for å påvirke motivasjonen til mennesker med en depresjon?

Travelbee (2001, s. 137) skriver at sykepleiere bør bruke kommunikasjon for å motivere syke mennesker, da kommunikasjon formidler omsorg, og omsorg er nettopp hensikten og målet i sykepleieutøvelsen. Kvaal (2008, s. 392) bekrefter Travelbees tanker rundt kommunikasjon, da hun skriver at en av de viktigste hjelpemidlene sykepleieren har i behandling av depresjon er støttende samtaler.

En form for samtale er motivasjonssamtalen. En slik samtale gir sykepleier mulighet til å kartlegge hvilken fase pasienten befinner seg i. Å kjenne til pasientens fase vil være avgjørende for å velge en strategi som kan føre til ønsket endring (Martinsen, 2011, s. 201). I en slik samtale legger sykepleier fokus på "endringssnakk" gjennom åpne spørsmål og refleksjoner. Hjelp og tett oppfølging vil videre føre til positive endringer. Dette har flere likhetstrekk med motiverende intervju (MI). Ivarsson og Prescott (2015, s. 103) skriver at motiverende intervju brukes først og fremst for å endre levevaner, og brukes i profesjonelle samtaler for å fremme økt fysisk aktivitet. De legger vekt på at en slik metode egner seg godt innenfor helsevesenet, da den stimulerer til endret atferd uten å vekke motstand. Lemvik (2006, s. 114) bekrefter at MI er en metode som forebygger motstand da han skriver at sykepleier har en respektfull og aksepterende stil. Videre skriver han at MI er pasientsentrert, empatisk samtalemetode hvor sykepleier lytter og forsøker å forstå pasientens perspektiv. Dette ser ut til å kunne hjelpe de mindre motiverte pasientene. Dette bekrefter Travelbee (2001, s. 137) igjen da hun skriver at empati er et av stegene for å skape et menneske-til-menneskeforhold, og dette forholdet er et hjelpemiddel på veien mot fysisk aktivitet.

Når kartleggingen er gjennomført, mener Kristoffersens (2008, s. 350) at man bør sette spesifikke mål, som er målbare. Man må også vite hvordan man kan nå målene, og om målsettingen er realistisk. Lemvik (2006, s. 44-45) skriver at dette kan være en utfordrende prosess. Noen ganger kan målene være alt for høye eller urealistiske. Som sykepleier blir da oppgaven å skape en dialog som viser pasienten hva som må til for å nå målet. Da kan man stå i fare for å drepe mye håp - men i den beste mening. For å unngå

dette mener Kvaal (2008, s. 393) at man bør oppmuntre pasienten til å skape lite krevende aktiviteter med en reel mulighet til å lykkes. Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006, s. 65) skriver at første steg bør være så enkelt som bare å gjøre noen enkle øvelser i sengen, eller gå en runde rundt bygget. Hun understreker at måten man introduserer dette forslaget vil være avgjørende. I stedet for å spørre pasienten om han har lyst til å gå en tur, bør sykepleier si "jeg tenkte vi kunne gå en runde rundt huset sammen", og samtidig by frem en arm til støtte dersom det er naturlig.

Når pasienten er kommet i gang, skriver Lemvik (2006, s. 44-48) at man må å la han øke ferdighetene sine, gjennom progresjon, slik at han etter hvert klarer å mestre det han ønsker. Når ferdighetene øker, må tilretteleggingen og støtten rundt reduseres. Gabrielsen og Fernee (2014) presenterer en slik progresjon i sin fagartikkel, da de viser til intervensjonen friluftsterapi. Friluftsterapien er en intervensjon hvor behandlingen foregår over ti uker. De første treffene er det fokus på gruppedynamiske prosesser som individuelle samtaler, gruppesamtaler og gruppeoppgaver. Etter hvert som gruppen etablerer en viss trygghet og friluftskunnskapen øker, introduseres mer sammensatte utfordringer. Målet er å bevisstgjøre deltakerne om egne tankemønstre, egne ressurser og kvaliteter. Dette tenker jeg kan være et viktig mål når man legger opp aktiviteter for dem som lider av en depresjon. Selv om ikke Kyriakopoulos (2011) la opp til progresjon, var studien lagt opp til at deltakerne skulle oppdage egne ressurser. De fikk i oppgave å bestige en fjelltopp sammen, og selv om det ble tungt når de holdt på, uttalte deltakerne i etterkant at de ble overrasket over hva de klarte å prestere. Den ene deltakerne mente til og med at fjelltoppen ble som en metafor for livet. Da han klarte å overkomme utfordringene fjellturen ba på, gav det han en følelse av å også kunne overkomme utfordringene i livet.

I en ny oppsummering kan man si at forholdet mellom sykepleier og pasient er selve grunnmuren i behandling. De ansattes kunnskap, holdning og engasjement bygger bærebjelkene. Dette er med på å bygge motivasjonen, sammen med god kommunikasjon og viktige samtaler. Motivasjonssamtalen gir sykepleier kunnskap om hvor motivert pasienten er fra før, og lager ut i fra dette en strategi. Motiverende intervju er en profesjonell samtale som motiverer til økt fysisk aktivitet gjennom å være pasientsentrert og empatisk. Målene som blir satt bør være realistiske og målbare, for å ikke gi pasienten en nytt nederlag ved å ikke kunne gjennomføre dem. Sykepleier bør derfor motivere til lette aktiviteter i starten, for så å bygge progresjon.

5.4 Empowerment

Empowerment handler om å ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2012). Tveiten og Meyer (2009) skriver innledningsvis i studien sin at å "empowere" kan man kun gjøre selv. Allikevel understreker de at sykepleier kan hjelpe i prosessen. Men hvordan hjelper man pasientens evne til empowerment, og hva betyr dette for valgt problemstilling?

Tveiten og Meyer (2009) tok utgangspunkt i dialogen mellom sykepleier og pasient da de gjennomførte studiet. Det ble blant annet diskutert betydningen av pasientens egne oppdagelser. De kom frem til at ved å stille åpne spørsmål fikk pasientens tid til å undre over egen situasjon, og dette bidro igjen til deltakelse. Ingeberg, Tallaksen & Eide (2006, s. 172) skriver at denne formen er relativt ny innenfor psykisk helsevern. De begrunner dette gjennom at det har utviklet seg et mønster hvor personer med psykiske lidelser har blitt fratatt rettigheten til å ha innflytelse over egne livsvilkår. Ingstad (2013, s. 145) skriver videre at dette er i dag på vei vekk. Nå forventes det i større grad at pasientene skal delta i egen behandling, og målet er at pasientene skal få større innvirkning. Dette kommer også frem i lov om pasient- og brukerrettigheter (2012) under paragraf 3-1 der det står at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Videre i studien til Tveiten og Meyer (2009) ble det diskutert viktigheten av å se på pasienten som en likeverdig partner i dialogen. Denne viktigheten kom allerede frem i Travelbee sine tanker om å se på pasienten som et menneske av en helhet. Dette synes også Ingstad (2013, s. 145) er viktig, og skriver at man ikke må betrakte pasienten som en passiv tjenestemottaker, men som en kompetent borger. Dette betyr ikke at pasient og sykepleier presenterer to like roller. Kristoffersen (2011, s. 350) understreker at de begge er eksperter, men på to ulike områder. Sykepleier er ekspert på det faglige området, og pasienten er ekspert på seg selv og sitt eget liv. Tveiten (2012, s. 175) skriver det samme som Kristoffersen, og at disse rollene er samarbeidspartnere i empowermentprosessen. Men selv om sykepleier er ekspert på fagområdet, er det viktig å vise ydmykhet og ha tillitt til pasientens egne ressurser og utviklingsmuligheter. Dette viste seg å være lettere sagt en gjort i studien til Tveiten og Meyer (2009). Den ene deltakeren uttalte at han ble til tider fristet til å servere pasienten svarene, og fortelle hva han måtte gjøre for å nå målene sine. Videre sa han at studien gjorde han mer bevisst over egen rolle som ekspert, og hva det innebar. Avslutningsvis sa han at i stedet for å fortelle pasienten hva han skulle gjøre,

brukte han kunnskapen sin til å informere om viktigheten, og lot pasienten bestemme hva han ville bruke kunnskapen til. Ingstad (2013, s. 174) skriver at dette er hva empowerment handler om, nettopp å omfordele og omstrukturere maktrelasjoner, og på den måten myndiggjøre pasienten.

Et annet funn i studien som kom tydelig frem, var viktigheten av måten informasjon ble gitt. Den ene deltakeren i studiet, et helsepersonell, uttalte at selv om vi sitter på masse informasjon og kunnskap, må pasientens deltakelse komme frem. Gjennom å dele kunnskap om fysisk aktivitet, men la være å si hva som er rett og galt, kan pasienten selv velge hva han vil gjøre med denne informasjonen. På den måten blir han mer inkludert (Tveiten & Meyer, 2009). Bjelland (2015) har like tanker angående dette, og skriver at i stedet for å fortelle pasienten hva han skal gjøre, bør man heller veilede, og på den måten gi pasienten eierskap til sine valg.

Men hvorfor er denne prosessen så viktig for denne problemstillingen? Ivarsson og Prescott (2015) sier at det finnes ingen medisin for å bli mer aktiv. Man må rett og slett gjøre jobben selv, og det er ikke lett. Renolen (2008, s. 54) skriver at ved å gi pasienten eierskap til egne valg vil effekten av behandlingen vare lenger. Grunnen til dette kan være at myndiggjørelse bidrar til ferdighet og kunnskap, økt selvtillit og bedre selvbilde (Ingstad, 2013, s. 146). Dette er alle viktige faktorer for at pasienten skal kunne mestre. Og når pasienten mestrer, skriver Dueland (1995, s. 44) at det er lettere å holde på motivasjonen. Å legge til rette for denne formen for selvbestemmelse er dermed en sentral faktor i behandling av depresjon (Renolen, 2008, s. 54).

Hittil vet vi nå at forholdet mellom sykepleier og pasient er en grunnmur i behandling som videre bygges opp av de ansattes kvaliteter og evne til å gjennomføre samtaler som bidrar til motivasjon. Men for at motivasjonen skal vare, er empowerment viktig. Empowerment, fører til motivasjon varer lenger, og motivasjon er en kritisk faktor når det gjelder endring av levevaner og livsstil (Kristoffersen, 2011 s. 350).

5.5 Hvorfor fysisk aktivitet i naturen?

Det har lenge vært kjent hvordan fysisk aktivitet kan hjelpe i behandlingen av depresjon. Allerede i 1905 ble første rapport publisert, og den viste at fysisk aktivitet medførte betydelig forbedring mentalt, kroppslig og emosjonelt hos pasienter med dyp depresjon (Ivarsson & Prescott, 2015, s. 278). Men hvorfor bør vi motivere til fysisk aktivitet i naturen, fremfor på eksempelvis treningssenter?

Moe og Martinsen (2011, s. 76-90) skriver at det som hindrer folk flest i å drive fysisk aktivitet er blant annet dårlig fysisk form, dårlig tilbud, dårlig erfaring, manglende utstyr, redsel for skader og at de mangler noen å trene sammen med. En gåtur i skogen setter ikke høye krav til kondisjon, det koster ikke penger og du trenger kun et par gode sko. Men vil en spasertur i skogen gi samme effekt som trening med høyere intensitet? Ja, sier Robertson, Jepson og Maxwell (2012). Studien deres viser at å gå og å løpe gir samme resultat hos mennesker med en depresjon. Martinsen (2011, s. 76) har gjennomført en lignende studie, og fikk likt resultat. Men han ønsket å se hvordan det gikk med deltakerne seks mnd. senere. Det viste seg da at de som gikk hadde holdt ved like aktiviteten i mye større grad enn de som jogget. Dette bekrefter at valg av vanskelighetsgrad vil være avgjørende. Men vil det kunne bli kjedelig i lengden? Nei, mener Moe og Martinsen (2011, s. 76-90). Progresjon er med på å holde motivasjonen ved like, og gåturer i naturen kan øke progresjonen gjennom både intensitet, varighet og frekvens. De skriver at ved å legge til staver, kan effekten av spaserturen øke med hele 40 %.

Men hva om det ikke er motivasjon som er hovedproblemet? I praksis møtte jeg mennesker som ønsket å sette i gang med trening, men de turte ikke. De var redde for at de andre på treningssenteret skulle kikke på dem, eller "dømme" dem. Jeg kan kjenne igjen denne redselen. Men samtidig setter jeg jo pris på blikkontakten jeg får under løpeturene mine i skogen. Hvordan kan det ha seg? Noe av svaret fant jeg i studien til Kyriakopoulos (2011). Der skulle en gruppe mennesker med diagnosen depresjon og angst bestige en fjelltopp sammen. Flere av deltakerne gruet seg på forhånd, men av liten grunn. For det viste seg at en slik naturopplevelse gjorde diagnosene uviktige. Fjellturen bygget en form for fellesskap og empati. De brydde seg ikke om den personen som gikk fremst led av depresjon eller angst. De så på hverandre som unike mennesker som alle hadde samme mål, å komme seg til toppen av fjellet. Dette har flere likhetstrekk med tankegangen til Travelbee. Under første drøftingspunkt skrev jeg at hun var opptatt av at vi skulle slutte å kalle hverandre for

”sykepleier” eller ”kolspasienten på 211”, og begynne å se hverandre i den helheten av menneske vi er. Det viser seg altså at denne prosessen kan bli fremmet av både sykepleier og naturen.

Moe og Martinsen (2011, s. 76-90) legger til at det finnes flere fordeler med fysisk aktivitet i naturen. De skriver at naturopplevelser er viktige kilder til glede, og mange opplever andre kvaliteter ute i skog og mark enn inne i en idrettshall. Dette kommer også frem i fagartikkelen skrevet av Gabrielsen og Fernee (2014). Der skriver de at å oppholde seg i naturen er helsefremmende. De viser blant annet til Arne Næss, norsk professor i filosofi. Han mente at livskvalitet kom gjennom en tilfredsstillelse, og denne tilfredsstillelsen ble skapt gjennom samspill med andre livsformer – livsformer naturen bringer oss. Dette er verken religiøst eller humanistisk anleggende. Allikevel får Gabrielsen og Fernee (2014) frem at våre religioner fremmer at naturen kan minne oss om Guds allmektighet på en måte som gjør at vi fylles med ærefrykt og takknemlighet. Men naturen kan også oppleves allmektig for ikke-troende, og da i et mer spirituetelt nivå.

Gabrielsen og Fernee (2014) presenterer også intervensjonen friluftsterapi. Denne terapiformen kombinerer naturens egne terapeutiske effekter med målrettet og strukturert individuell terapi. Denne formen er ment at skal nå frem til mennesker som kan være lite mottagelige for tradisjonell ”snakketerapi”. Jeg tror dette er en viktig intervensjon som bør legges mye fokus på. Det er ikke alle som ønsker å gå i dybden gjennom å snakke. Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006, s. 60) bekrefter dette, og skriver at en depresjon kan være så tung at det noen ganger ikke kan gjennomføres samtaler i vanlig forstand. De mener at samværet mellom sykepleier og pasient kan være nok. Ved å gjennomføre dette samværet ute i naturen, fremfor et hvitt og sterilt behandlingsrom, kan terapien bli forsterket. Dette begrunner Moe og Martinsen (2011, s. 76-90) gjennom at frisk luft er balsam for kroppen og naturen gir oss næring til sjelen.

I en siste oppsummering kan man si at til tross for at fagutviklingen innen fysisk aktivitet i naturen ikke er komt så langt, er det mye som tyder på at naturen har stor innvirkning på oss. Både for motivasjonen, på det religiøse nivå og det spirituelle nivå. Naturen stiller veldig få krav, og gir mye i retur. Studier tyder på at naturen bringer et fellesskap og får frem medmenneskelighet og empati. I stedet for å frykte hva andre synes om oss, fokuserer vi på det positive.

6.0 Konklusjon

Å motivere mennesker med en depresjon til å bruke fysisk aktivitet i naturen som en behandlingsmetode er en prosess som er avhengig av flere faktorer. Jeg kom frem til at ved å ta utgangspunkt i Travelbee sin modell om å skape et menneske-til-menneske-forhold, vil sykepleier bygge et solid grunnlag for motivasjonsbyggingen. Et slikt grunnlag bygges gjennom å vise respekt, lytte, anerkjenne pasienten og å vise empati for pasientens opplevelser.

Dette grunnlaget hjelper sykepleier å formidle til pasienten hvor viktig fysisk aktivitet er, og hvordan naturen kan hjelpe i prosessen. Kunnskapen formidles aller best dersom sykepleier anerkjenner aktiviteten som en behandlingsform. Anerkjennelse formidles gjennom å selv delta i aktiviteten, men også gjennom å sørge for at aktiviteten legges innenfor avdelingens behandlingstid og passe på at den ikke går parallelt med annen behandling.

Sykepleier må også ha kunnskap om at alle mennesker er ulike og derfor stiller ulike krav. Ved å gjennomføre en motivasjonssamtale får sykepleier oversikt over hvilket stadie pasienten befinner seg på, og kan da skreddersy behandlingen. Noen ganger kan første steg være så enkelt som å invitere pasienten med på en tur rundt huset, samtidig som hun tilbyr en støttende arm. Da unngår sykepleier å fortelle hva pasienten bør gjøre og gir han da eierskap til valget. Å være eier av egne valg er en viktig faktor, da det kan føre til at motivasjonen varer lenger. Motivasjonen vil også vare lenger dersom sykepleier legger til rette for at pasienten skal klare seg med så lite hjelp som mulig. Dette gjennomføres ved å tilpasse støtten etter behov.

Jeg kom også frem til at naturen påvirker oss gjennom å styrke evnen til å skape forhold preget av empati og medmenneskelighet – som er avgjørende i motivasjonsprosessen. Naturen stiller få krav og gir store muligheter til progresjon. Da får pasienten større mestringsmulighet og lettere holde på motivasjonen.

Disse funnene mener jeg kan bidra til at andre sykepleiere blir mer oppmerksom på naturens innvirkning på mennesket. Dette kan igjen bidra til fagutvikling innenfor fagfeltet, men vil være avhengig av videre forskning.

7.0 Referanseliste

Alver, B. G. (2015, 16. juni) *Ansvar for den enkelte*. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Ansvar-for-den-enkelte/>

Andersson, E., Kjellman, B., Martinsen, E. W. & Taube, J. (2015). Depresjon. R. Bahr. (Red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3. utg., s. 275-285) Bergen: Helsedirektoratet

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademi

Bjelland, T. C. (2015, 15. juni). *Gi pasienten eierskap til egen bedring*. Hentet fra

<http://www.napha.no/content/15100/Gi-pasienten-eierskap-til-egen-bedring>

The British Association for Counselling (u.å.) *About BACP*. Hentet 01.02.2016 fra:

http://www.bacp.co.uk/about_bacp/

Daily Life Ltd (u.å.) Hentet 1. januar 2016 fra <http://dailylifeld.co.uk/>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fossheim, H. J. (2015, 12. august) Konfidensialitet. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>

Fossheim, H. J. (2015, 17. juni). *Kvalitativ metode*. Hentet fra:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

Fossheim, H. J. (2015, 17. juni) *Samtykke*. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>

Gabrielsen, L. E., & Fernee, C. B. (2014). Psykisk helsearbeid i naturen – friluftsliv inspirert av vår historie og identitet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 4, 2014, 385-367.

Hammerstien, Y. & Larsen, E. (1997). *Menneskesyn i teorier om mennesket*. Oslo: Gyldendal

Idunn (Nordiske tidsskrifter på nett). (u.å.) *Om Idunn*. Hentet 01.02.2016 fra

<https://www.idunn.no/info/om>

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger. En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ivarsson, B. H. & Prescott, P. (2015). Motiverende samtaler om fysisk aktivitet. R. Bahr. (Red.) *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3. utg., s. 103-116) Bergen: Helsedirektoratet

Karlsen, K. (2015, 5. november). *Aldri sett en merkelapp på meg!* Hentet fra <http://www.napha.no/content/20293/-Sett-aldri-en-merkelapp-pa-meg>

Klepp, K. & Aarø, L. (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk

Kristofferesen, N. J. (2011). Livsstil og endring av livsstil. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2. utg., s. 197-240). Oslo: Gyldendal Forlag

Kristofferesen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2. utg., s. 338-385) Oslo: Gyldendal Forlag

Kunnskapscenteret (2015, 24. november). Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Hentet 10. januar 2016 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar><http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Kvaal, K. (2008). Angst og depresjon. M, Kirkevol., K. Brodtkorb., & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., 383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kyriakopoulos, A. (2011). How individuals with self-reported anxiety and depression experienced a combination of individual counselling with an adventurous outdoor experience: A qualitative evaluation. *Counselling and Psychotherapy Research*, Juni 2011; 11(2): 120-128. DOI: 10.1080/14733145.2010.485696

Lemvik, B. (2006) *Å Skape gode livsvilkår. Psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget

Lov om pasient og brukerrettigheter. (2012) *Retten til medvirkning og informasjon*, 1. januar 2012. Hentet 15. februar 2016 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjerke

Mental Health Foundation. (u.å.) *Our work*. Hentet 01.02.2016 fra <https://www.mentalhealth.org.uk/our-work>

Moe, T. & Martinsen, E. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, T. Moe, & E. Martinsen. *Psykisk helsearbeid: Mer enn medisiner og samtaleterapi*. (s. 76-90). Bergen: Fagbokforlaget.

Nortvedt, P. 2012. *Omtanke, en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Forlag AS

Nursing Management (The Journal of Excellence in Nursing Leadership). (u.å.) Hentet 01.02.2016 fra: <http://journals.lww.com/nursingmanagement/pages/default.aspx>

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

Robertson, R., Robertsen, A., Jepson, R. & Maxwell, M. (2012). Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Mental Health and Physical Activity*, 5 (2012) 55-75. DOI:10.1016/j.mhpa.2012.03.002

Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Skåderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Strømme, S. B. (2002). Friluftsliv som "naturmedisin". I rapporten fra konferansen *Forskning i friluft*. (s. 14- 15). Øyer

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 4, 2014, 328-338.

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Å. Gammervik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (1. utg., s. 173-193) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS

Tveiten, S., & Meyer, I. (2009). Easier said than done: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals perspective. *Journal of Nursing Management*, 17, 804-812.

Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien 2010* 98 (3):60-63.

DOI:10.4220/sykepleiens.2010.0010