



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	15-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 364

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Hvordan motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet

**Antall ord \*:** 11529

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:** Nei

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

**Jeg godkjenner avtalen 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



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Hvordan motivere pasienter med  
depresjon til fysisk aktivitet

How to motivate patients with  
depression to physical activity

**Kandidatnummer: 336, 346, 364**

BVP331

Høgskulen på Vestlandet, avdeling Bergen

Bachelor i Vernepleie

22.05.2020

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.

## **Abstract**

### **Title**

How to motivate patients with depression to physical activity

### **Topic question**

“How can social educators motivate to physical activity in patients with depression at institutions?”

### **Method**

The paper is a literature study, which means we combined research and literature to answer the topic question.

### **Results**

Physical activity has both a preventive effect and is good treatment for depression. There is a positive effect on mental health from physical activity regardless of the patients physical health, mental health, the amount of training and intensity.

Patients with depression or severe mental illness experience different motivational factors, and barriers towards being physically active. Health care providers understanding of the motivating factors and barriers towards exercise may help increasing patients participation in physical activity.

### **Conclusion**

Physical activity should be used to prevent and as part of the treatment of depression. Patients with depression needs support to overcome barriers towards physical activity and motivation to keep exercising regularly. Social educators are in a position to influence the patient's motivation. Social educators should find out what patients want to get out of physical activity and what they find challenging with being physically active. They should use this knowledge to guide and motivate patients into regular physical activity.

<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	2
1.2 Avgrensninger .....	2
<b>2 Teori .....</b>	<b>4</b>
2.1 Depresjon.....	4
2.2 Fysisk aktivitet .....	5
2.3 Motivasjon.....	7
2.4 Motiverende samtale.....	8
<b>3 Metode.....</b>	<b>11</b>
3.1 Gruppeprosessen .....	11
3.2 Litteraturstudie.....	12
3.3 Styrker og svakheter med metode.....	13
3.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier.....	13
3.5 Søkeprosess .....	14
3.6 Styrker og svakheter ved valgte artikler.....	16
<b>4 Resultater .....</b>	<b>18</b>
4.1 Artikkel 1 .....	18
4.2 Artikkel 2 .....	19
4.3 Artikkel 3 .....	19
4.4 Artikkel 4 .....	20
4.5 Oppsummering av resultater .....	21
<b>5 Drøfting .....</b>	<b>23</b>
5.1 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen .....	23
5.2 utfordringer knyttet til fysisk aktivitet .....	26
5.3 Hvordan motivere til fysisk aktivitet.....	28
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>35</b>
<b>Litteratur .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>41</b>

# 1 Innledning

Vi er tre vernepleierstudenter som skriver bacheloroppgave sammen og vi har valgt å skrive en litteraturstudie om temaet depresjon og fysisk aktivitet. Depresjon er en av de mest vanlige psykiske lidelsene i Norge og står for halvparten av trygdeutgiftene, behandlingsutgiftene og sosialutgiftene i forbindelse med psykiske lidelser. I løpet av livet vil 15-25% av kvinner og 7-12% av menn få en depresjon som trenger en form for behandling (NHI, 2019). Dersom mennesker med depresjon ikke får behandlingen de trenger kan det få store konsekvenser for livskvaliteten og føre til uførhet. Depresjon er en av de vanligste grunnene til uføretrygd og i løpet av de neste 20 årene vil det være en av de mest økonomisk belastende sykdommene i Norge (NHI, 2019).

I dag er inaktivitet et problem som truer folkehelsen i Norge. Kun hver tredje voksne nordmann er tilstrekkelig fysisk aktiv etter Helsedirektoratets anbefalinger. Det finnes mye forskning om fysisk aktivitet og effekten aktivitet har på helsen (Folkehelseinstituttet, 2017). Fysisk aktivitet som forebygging og behandling har påvist effekt på over 30 forskjellige diagnoser som angst, depresjon, diabetes og hjerte- og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2019). Dette viser viktigheten av fysisk aktivitet på både fysisk og psykisk helse. Det finnes derimot mindre forskning på hvordan man kan øke aktivitetslysten og aktivitetsnivået hos de som er lite aktive (Folkehelseinstituttet, 2017). Vi mener at vernepleiere derfor burde ha større fokus på hvordan man kan tilrettelegge og motivere til fysisk aktivitet hos personer med psykiske lidelser.

Vernepleiere er autorisert helsepersonell på lik linje med sykepleiere og jobber blant annet i tjenester til personer med psykisk utviklingshemming, rusomsorg, skolen, barnevernet og psykisk helsevern (Vernepleier.no, u.å). Det er den eneste profesjonen som kombinerer helse- og sosialfaglig kompetanse. Vernepleiere kan håndtere legemidler og har en bred kompetanse innenfor psykologi, pedagogikk, juss, sosialfag og helsefag (FO, 2017). Det vil derfor være naturlig for oss å jobbe på psykiatriske institusjoner hvor pasienter med depresjon mottar behandling. Som vernepleiere har man som mål å legge til rette for og bistå personer med ulike utfordringer fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt. Vernepleiere ønsker å drive en kunnskapsbasert praksis og tilrettelegge for økt selvbestemmelse, deltakelse og mestring (FO,

2017).

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling**

Vi er alle tre opptatt av å være fysisk aktive og det er en stor del av hverdagen vår. Gjennom vernepleierutdanningen har vi lært om fysisk og psykisk helse, og hvordan de påvirker hverandre. Vi har også erfaring fra psykiatri og synes fysisk aktivitet og depresjon er et spennende tema som vi ønsker å lære mer om og vise viktigheten av gjennom denne oppgaven. I praksis har vi erfart at det er lite motivasjon hos pasienter på psykiatrisk avdeling, men hos de som er fysisk aktiv kan man se positiv effekt på både fysisk og psykisk helse. Man får bedre fysisk form og bedre rustet til å mestre hverdagens krav og utfordringer dersom man er i regelmessig fysisk aktivitet (Helsenorge, 2017). Vi tenker derfor at forebygging og behandling av depresjon er et sentralt tema for oss som vernepleiere.

Med utgangspunkt i dette formulerte vi problemstillingen

*Hvordan kan vernepleiere motivere til fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon på institusjon?*

## **1.2 Avgrensninger**

I denne oppgaven vil vi avgrense pasientgruppen til voksne over 18 år fordi mye av forskningen som har blitt gjort tar for seg denne aldersgruppen. Vi avgrenser pasientgruppen til pasienter som er innlagt på en psykiatrisk institusjon fordi vi tenker at det er en arena det er naturlig at vi som vernepleiere vil være i kontakt med pasientene. Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter som har depresjon som sin hoveddiagnose, og vi velger å ikke ta høyde for eventuelle andre diagnoser, fordi vi tenker at det kan bli for omfattende for oppgavens omfang. Graden av depresjon er begrenset til moderat og alvorlig depresjon, da det er naturlig å tenke seg at det er pasientene med moderat til alvorlig depresjon som er innlagt for behandling av diagnosen. Vi har avgrenset oppgaven til å handle om hvordan vi som vernepleiere kan motivere pasienter til fysisk aktivitet og vi har valgt å fokusere på motiverende samtale som motivasjonsteknikk.

Kandidatnr.: 336, 346, 364

Nå har vi presentert tema, bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre i oppgaven vil vi se på relevant teori. Deretter vil vi se på metode, resultater og drøfting av teori og forskning opp mot problemstilling. Til slutt vil vi komme med en konklusjon på oppgaven.



## 2 Teori

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på depresjon, fysisk aktivitet, motivasjon og motiverende samtale.

### 2.1 Depresjon

Helsedirektoratet (2018) beskriver depresjon som episoder hvor pasienten lider av nedsatt stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå. Man mister interesse, konsentrasjonen, og evnen til å glede seg er nedsatt. Søvn og appetitten kan også bli forstyrret og redusert, og man kan føle seg motløs. Andre symptomer kan være at selvfølelsen og selvtilliten er svekket, og man kan kjenne på en følelse av skyld og verdiløshet. Alvorlighetsgraden av symptomene og symptomenes antall kan gradere om en har en mild, moderat eller alvorlig depresjon (Helsedirektoratet, 2018).

Ved moderat depresjon vil fire eller flere av symptomene til depresjon være til stede og påvirke dagligdagse aktiviteter (Helsedirektoratet, 2018). Moderat depresjon kjennetegnes ved en tomhetsfølelse, lav selvrespekt, og negativt selvbilde. Den deprimerte kan føle fysiske symptomer som forstyrret hjerterytme, pust, og problemer med fordøyelsen.

Virkelighetsoppfatningen kan være forstyrret og dømmekraften er dårlig. Den deprimerte har en tendens til å tolke andres intensjoner feil og kan tenke at andre har negative tanker om han. Personens evne til å føle glede er meget begrenset, og han har en større tendens til å unngå sosial deltakelse. Konsentrasjonsevnen er svekket, og det kan påvirke personens evne til å gjennomføre daglige gjøremål (Hummelvoll, 2012, s. 199-200).

Alvorlig depresjon deles inn i med og uten psykotiske symptomer. Depresjon uten psykotiske symptomer er depresjon hvor mange av symptomene er tydelig til stede og plagsomme. Ved alvorlig depresjon kan man ha selvmordstanker og somatiske symptomer er vanlige (Helsedirektoratet, 2018). Alvorlig depresjon kjennetegnes ved at personen føler seg ubrukelig, hjelpeløs, ulykkelig og verdiløs. Den deprimerte kan ha vrangforestillinger og en realitetsoppfatning som ikke samsvarer med andres. Vurderingsevnen er dårlig og personen kan bli likegyldig i forhold konsekvenser av egen atferd. Personens tankeprosess kan være ulogisk, og preges av dårlig hukommelse og konsentrasjonsevne. En person med alvorlig

depresjon vil ha en svekket evne til å kommunisere og kan til tider bli betenkt og stille (Hummelvoll, 2012, s. 200).

Det er viktig å kunne skille mellom tristhet og depresjon selv om begge kjennetegnes av opplevelsen av å være mislykket og utilstrekkelig som menneske. Tristhet kan beskrives som en mild opplevelse av nedtrykthet som lettere går over. En depresjon er en sterk vedvarende opplevelse av tristhet og nedtrykthet som varer over lengre tid (Håkonsen, 2014, s. 254). Depresjon og tristhet kan utvikles hos personer som opplever vanskelige livssituasjoner, som død, tap, sorg, og utvikling av alvorlig sykdom. Desto mer alvorlig en depresjon er, desto mindre vil vanligvis personer som er deprimert dele av egne følelser og opplevelser (Håkonsen, 2014, s. 255).

Mennesker kan reagere ulikt på depresjon hvor noen kan uttrykke seg ved uro og rastløshet, mens andre kan bli irritable og sinte. Det kan også komme til uttrykk ved at personen viser lite ansiktsuttrykk og sammensunket holdning. Den deprimerte kan være nedstemt og likegyldig, og personen kan mangle kraft og vilje til å endre sin situasjon (Håkonsen, 2014, s. 255).

## **2.2 Fysisk aktivitet**

Martinsen (2018) definerer fysisk aktivitet som “enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som medfører en vesentlig økning i energiforbruket over hvilenivå.” (s. 34). Begrepet inkluderer alle former for aktivitet, som for eksempel fysisk arbeid, idrett, trening, mosjon og friluftsliv (Bahr, 2018).

Helsedirektoratet (2019) anbefaler voksne og eldre å være fysisk aktiv i minst 150 minutter i uken med moderat intensitet. Dersom en holder høy intensitet anbefales det minst 75 minutter. Grad av intensitet kan gjerne kombineres. Moderat intensitet er aktiviteter som fører til raskere pust og puls enn vanlig, for eksempel rask gange. Høy intensitet er aktivitet som fører til mye raskere pust og puls enn vanlig, for eksempel løping (Helsedirektoratet, 2019). Som nevnt er kun hver tredje voksne nordmann tilstrekkelig fysisk aktiv etter Helsedirektoratets anbefalinger (Folkehelseinstituttet, 2017). De fleste med psykiske lidelser hører til den delen av befolkningen som er inaktive (Moe & Martinsen, 2011, s. 76).

Mennesker med psykiske lidelser er i gjennomsnitt i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen (Johannessen, 2018, s. 179). Noen personers helsetilstand kan gjøre det vanskelig å følge disse anbefalingene, men de bør være så fysisk aktive som helsetilstanden tillater (Helsedirektoratet, 2019).

Å være inaktiv fører til økt risiko for hjerte og karsykdommer og kan også føre til depresjon (Martinsen, 2018, s. 36). Martinsen (2018, s. 39) påpeker at risikoen for tidlig død reduserer med 30% med regelmessig fysisk aktivitet. Tallene er beregnet ved å sammenligne de som er mest fysisk aktiv med de som er mest inaktive. For å få nytte av fysisk aktivitet er det mange som tror at en må trene hardt og lenge, forskning viser at dette ikke stemmer. Personer som er inaktive vil få helsegevinst av korte treningsøkter med moderat intensitet, det er derfor ikke mye som skal til (Moe & Martinsen, 2011, s. 79). Johannessen (2018, s. 174) forteller at selv trening med en intensitet på under halvparten av det maksimale vil gi gevinst. Det er viktig at helsepersonell tar dette med seg i arbeidet og er bevisst på at all aktivitet er bedre enn ingen aktivitet (Moe & Martinsen, 2011, s. 80).

Det er klart at fysisk aktivitet har mange positive helsegevinster, spesielt for personer hvor inaktivitet er det største helseproblemet. Det finnes likevel personer som trener for mye, noe som kan ha negative konsekvenser for både kroppen og sinnet (Martinsen, 2018, s. 134). Disse negative konsekvensene med trening er vanligst å se hos personer som sliter med en form for spiseforstyrrelse (Martinsen, 2018, s. 141).

Det er vanlig å dele inn fysisk aktivitet i tre ulike former, kondisjonstrening, styrketrening og bevegelsestrening (Martinsen, 2018, s. 69). Lenge mente de aller fleste innenfor dette fagfeltet at intens kondisjonstrening var nødvendig for at en skulle oppnå effekt på den psykiske helsen. For å teste om dette stemte ble det derfor gjort flere studier hvor de sammenlignet ulike former for fysisk aktivitet. Flere av disse studiene som ble gjort viser at det ikke er noen forskjell mellom de ulike formene for fysisk aktivitet når det kommer til effekten de har på psykisk helse (Martinsen, 2018, s. 69).

Fysisk aktivitet brukes som del av behandlingen ved mange psykiatriske institusjoner. Det å være i aktivitet er helt naturlig for oss mennesker og det gir en følelse av velvære da det utløser endorfiner i hjernen. Det å komme seg ut på tur, om det er til postkassen eller opp på fjellet hjelper mot isolasjon da man kommer i kontakt med andre mennesker (Håkonsen,

2014, s. 410). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet gir overskudd og fremmer både fysisk og psykisk helse. Ved tilstrekkelig daglig aktivitet kan man oppnå bedre livskvalitet og flere leveår (Folkehelseinstituttet, 2017).

Deprimerte personer vil ha nedsatt psykisk og fysisk energi som kan gjøre det vanskelig for dem å utføre daglige gjøremål (Hummelvoll, 2012, s. 198). I en depresjon kan man miste interesse, ting som før var artige og meningsfulle kan bli meningsløse, man har mindre energi, og aktivitetsnivået kan være betydelig nedsatt (Håkonsen, 2014, s. 254-255). Helsepersonell kan legge til rette for at mennesker som sliter med depresjon blir mer aktiv ved å gi nødvendig støtte og motivasjon (Grung, 2019, s. 78). For å oppnå dette kan det være nyttig å benytte motivasjonsteorier som vi skal forklare nærmere under.

## 2.3 Motivasjon

Ordet motivasjon kommer fra det latinske ordet “movere” som oversatt betyr “å bevege” (Renolen, 2015, s. 65). “Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning” (Håkonsen, 2014, s. 89). Begrepet motivasjon brukes ofte til å forklare hvorfor et individ gjennomfører en handling, hvorfor denne handlingen gjentar seg og hvor mye innsats som er nødvendig for å holde handlingen ved like (Imsen, 2014, s. 294).

I faglitteraturen skiller man mellom ytre- og indre motivasjon. En persons handling vil være ytre motivert dersom handlingen utføres på grunnlag av forventninger eller en form for belønning (Schachter, 2011 referert i Håkonsen, 2014, s. 93). Dette kan for eksempel være å trene for å se bra ut eller fordi alle vennene dine gjør det. Handlingen vil derimot være indre motivert dersom handlingen utføres for ens egen del, uten at en har som mål å oppnå noe annet enn at selve handlingen utføres (Håkonsen, 2014, s. 93). Dette kan for eksempel være å gå på trening for å få den positive følelsen av å være fysisk aktiv.

Det viser seg at helsepersonell som er opptatt av et aktivt behandlingsmiljø, samt pasientens behov kan bidra til å motivere pasienter til mer fysisk aktivitet. En passiv behandlingsskilt vil på den andre siden kunne forsterke manglende motivasjon for fysisk aktivitet.

Helsepersonell som er energisk og motivert og som tilbyr aktiviteter med fokus på mestring

og læring, og som selv deltar på aktivitetene vil lettere kunne motivere pasienter til fysisk aktivitet. Helsepersonell som jobber med å tilrettelegge for fysisk aktivitet bør derfor beherske ulike motivasjonsstrategier, ha positive holdninger og faglig kunnskap om fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011, s. 87)

Motivasjon er ferskvare og kan derfor endres med dagsformen, og det er lett for pasienten å miste motivasjonen når depresjonen slår til igjen. Enkelt personer trenger derfor å motiveres daglig, noe som krever mye tålmodighet hos helsepersonellet som arbeider med pasienten (Ivarsson, 2017, s. 84).

Det finnes flere teorier om motivasjon og en av de mest brukte er motiverende samtale (Moe, 2018, s. 157). Vi vil derfor gå nærmere inn på denne. I faglitteraturen blir motiverende samtale også omtalt som motiverende intervju (Moe, 2018, s. 159). Videre i oppgaven vil vi benytte begrepet motiverende samtale.

## **2.4 Motiverende samtale**

“Motiverende samtaler er en samarbeidsorientert samtalem metode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring” (Ivarsson, 2017, s. 13). Motiverende samtale ble utviklet som rådgivning til alkoholikere, men brukes i dag til å hjelpe mennesker å endre levevaner og har vist seg å være nyttig i forebyggende helsearbeid, rehabiliteringsarbeid og som helsefremmende tiltak. Denne metoden har som mål å få en person til å endre atferd gjennom samtaler uten konfrontasjon eller konflikt (Helsedirektoratet, 2008, s. 103).

Motiverende samtale er en empatisk samtalem metode, hvor helsepersonell lytter, viser interesse og prøver å forstå istedenfor å komme med løsninger for pasienten (Helsedirektoratet, 2008, s. 104). Som helsepersonell kan en styre samtalen ved å stille spørsmål som har fokus på å utforske endring, samtidig som en retter oppmerksomhet mot og forsterker det pasienten selv mener fører til positiv utvikling (Ivarsson, 2017, s. 13). Samtalen skal styrke pasientens ønske og tro på at en endring kan gjennomføres. Dette gjøres ved å ta utgangspunkt i pasientens ønsker, holdninger, ved å støtte pasientens autonomi og ved å hjelpe pasienten med å finne ressurser og interesser hos seg selv (Renolen, 2015, s. 76).

Vernepleiere har i praksis en brobyggende rolle i samhandling med pasienter. Dialogisk samhandling blir derfor en naturlig del av arbeidet man gjør på en psykiatrisk institusjon. En åpen kommunikasjonsform hvor man lytter og er interessert bidrar til både fremgang i relasjonen og hos pasienten selv (Brask, Østby, Ødegård, 2016, s. 167).

I motiverende samtaler prøver helsepersonell å hjelpe pasienten til å selv ønske en endring. Dette kan man oppnå gjennom å fange opp “endringssnakk”. Endringssnakk er når pasienten selv snakker om endring eller et ønske om forandring (Helsedirektoratet, 2008, s. 104). Endringssnakk kan sammenlignes med et kompass, som man som helsepersonell bruker og styrer samtalen etter. En lytter og forsterker endringssnakk med refleksjoner og man samler deretter sammen utsagnene om endring. Disse utsagnene gir man tilbake til pasienten i en oppsummering, hvor målet er at pasienten skal ta en beslutning om endring, og inngå en konkret forpliktelse (Ivarsson, 2017, s. 39).

Endringssnakk deles inn i forberedende endringssnakk og forpliktelse til konkrete planer. Man må først innom forberedende endringssnakk for å finne ut hvilke tiltak som er ønskelige og mulig å gjennomføre (Helsedirektoratet, 2008, s. 104). Når pasienten er klar for å gjennomføre en endring legges det konkrete planer som pasienten kan forplikte seg til (Helsedirektoratet, 2008, s. 112).

I motiverende samtaler bruker man ulike kommunikasjonsverktøy som aktiv lytting og speiling. Som helsepersonell er det viktig at man viser empati slik at man kan få pasienten til å føle seg både sett og forstått, og dermed bli mer åpen i samtale (Renolen, 2015, s. 76).

Motiverende samtale innebærer at en bruker motiverende strategier for å starte eller fremskynde en endringsprosess hos den enkelte pasienten (Ivarsson, 2017, s. 14). Gjennom motiverende samtaler kan personer med depresjon se behovet for en endring og få motivasjon til å gjøre noe med egen situasjon.

Motiverende samtale har fem faser.

1. Kontakt- og relasjonsskapende fase. Først må man skape en trygg relasjon mellom rådgiver og pasient.

2. Nøytralt utforskende fase. Her utforske pasientens opplevelser for å skape felles forståelse av endring.
3. Perspektivutvidende fase. I denne fasen utforske andre perspektiver for å se hva pasienten tenker om andre fremgangsmåter.
4. Motivasjonsbyggende fase. Her har man fokus på motivasjonsbygging hvor fokuset er på mulige endringer.
5. Beslutnings- og forpliktelses fase. Pasienten blir mer reflektert over egne valg og ansvaret for valgene sine.

(Renolen, 2015, s. 76).

## 3 Metode

Vilhelm Aubert sier “en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2017, s. 51). Videre forklarer Dalland (2017, s. 52) metode som et redskap som hjelper oss å samle inn data om noe en ønsker å undersøke og lære mer om. Dalland (2017, s. 54) nevner at man i oppgaven må gjøre rede for både bruk av metode og innsamling av data. Dette vil vi gjøre rede for senere i metodekapittelet.

Vi har valgt et hermeneutisk perspektiv å analysere ut i fra. Det vil si at vi har fortolket og prøvd å finne meningen i noe, eller forklare noe som vi i utgangspunktet synes var uklart. Ettersom at det er en selv som samler inn data, tolker og vurderer det er det viktig at man har et bevisst forhold til egen førforståelse (Dalland, 2017, s. 45-47).

Forskere har med seg en førforståelse inn i undersøkelsen, og selv om man ikke ønsker det er det lett å se etter det som bekrefter førforståelsen (Dalland, 2017, s. 58). Vi utforsket gruppe medlemmenes førforståelse i starten av oppgaven. Alle hadde en oppfatning av at fysisk aktivitet har en sammenheng med psykisk helse og kan bidra til å forebygge blant annet depresjon. Vi tenkte at motiverende samtale var en mulig måte å motivere pasienter til å være mer fysisk aktiv, men vi var usikker på om det har god effekt på denne gruppen. Vi hadde også et inntrykk av at helsepersonell visste lite om hvordan de skulle motivere pasienter til å være mer fysisk aktiv over tid. Dalland (2017, s. 58) sier at man bør lete etter det som motbeviser vår førforståelse. Dette tok vi med oss videre når vi gikk igjennom og tolket forskningsartiklene.

I metodekapittelet vil vi beskrive gruppeprosessen, valg av metode, samt styrker og svakheter ved valgt metode. Deretter vil vi gå inn på søkeprosessen, valgte artikler før vi redegjør for styrker og svakheter ved disse.

### 3.1 Gruppeprosessen

Vi er en gruppe på tre studenter som har skrevet sammen. På grunn av anbefalinger fra myndighetene i forbindelse med Covid-19, om å ikke omgås med andre personer har vi valgt



å jobbe sammen over internett slik at vi kan snakke sammen. Situasjonen gjorde samarbeidet mer utfordrende enn det ellers ville vært. Alle i gruppen er enig om at det har vært mer utfordrende å arbeide hjemmefra over nett og vi måtte derfor være mer strukturert enn ellers i arbeid med bacheloroppgaven.

En annen utfordring var at skolen og alle bibliotek har vært stengt, noe som har ført til at det var vanskeligere å få tak i pensumbøker og annen litteratur som vi hadde hatt bruk for. Det er dyrt å kjøpe alt pensum, vi valgte derfor kun å kjøpe de bøkene vi tenkte var mest relevant til oppgaven vår. I løpet av arbeidet med bachelor fordelte vi arbeidsoppgaver og pensum som vi individuelt så nærmere på og videreformidlet til resten av gruppen for å effektivisere arbeidet med bacheloroppgaven.

### **3.2 Litteraturstudie**

I denne bacheloroppgaven har vi valgt litteraturstudie som metode. For å besvare problemstillingen vår startet vi med å gå gjennom pensum og annen faglitteratur innenfor valgt tema, før vi gjennomførte litteratursøk i ulike databaser. Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie, som vil si at vi har benyttet oss av allerede eksisterende kunnskap som vi innhentet ved søk i databaser (Støren, 2013, s. 17). Videre systematiserte vi den allerede etablerte kunnskapen. For å systematisere kunnskap må man søke den opp, samle kunnskapen, vurdere den og komprimere den (Støren, 2013, s. 17). Vi valgte å benytte litteraturstudie som metode fordi det finnes mye forskning på temaet gjort av kvalifiserte forskere. Litteraturstudie er den metoden vi foretrekker å benytte når vi skriver akademisk, og på grunn av Covid-19 så vi at det ville være mer utfordrende å benytte andre metoder.

I oppgaven ønsket vi hovedsakelig å benytte oss av primærkilder. En primærkilde er i følge Dalland (2017, s. 162) den opprinnelige utgaven av en tekst eller en senere utgitt utgave av den samme. Når denne primærkilden oversettes og blir brukt av andre kalles det en sekundærkilde. Det kan altså ha skjedd noe med teksten på veien (Dalland, 2017, s. 162). Dette har vist seg å være utfordrende å hovedsakelig benytte primærkilder på grunn av den spesielle situasjonen vi befinner oss i med tanke på Covid-19. Det har ført til at vi har blitt nødt til å benytte mer sekundærlitteratur enn hva vi i utgangspunktet ønsket, og at det på noen

av emnene kan være mer ensidig kildebruk enn ønsket.

### **3.3 Styrker og svakheter med metode**

Vi tenker at det både er styrker og svakheter ved å benytte seg av litteraturstudie som metode i en bacheloroppgave. En styrke ved litteraturstudie er at man kan finne mye god forskning uten at man bruker for mye tid. På Høgskolen på Vestlandet lærte vi om kunnskapsbasert praksis og hvordan å søke etter forskning gjennom ulike databaser. Dette har hjulpet oss til å finne litteratur og forskningen vi bruker i oppgaven.

En fordel ved å benytte litteraturstudie er at man ikke trenger å tenke på anonymisering og empiri og vi tenker det er mindre tidkrevende sammenlignet med andre metoder. Det at man heller ikke trenger å søke etiske komiteer for å gjøre oppgaven mener vi også er en fordel med å benytte litteraturstudie.

Det at vi er tre studenter som har samarbeidet rundt det å velge relevant litteratur, kritisk vurdert alle artiklene og tolket resultatene tenker vi at er en styrke. Dette mener vi øker kvalitetssikringen av litteraturen som blir brukt.

En svakhet med litteraturstudie som metode kan være at det finnes lite eller ingen forskning på valgt tema som svarer på problemstillingen. En annen svakhet med litteraturstudie er at man kan miste brukerstemmen dersom det ikke finnes forskning som har fokus på deres perspektiv. Vår fremgangsmåte av litteratursøk vil bli beskrevet under.

### **3.4 Inkluderings- og ekskluderingskriterier**

Før søkeprosessen bestemte vi oss for noen inkluderings- og ekskluderingskriterier i valg av forskningsartikler til oppgaven for å sikre kvaliteten på forskningen. Vi ønsket å se på systematiske oversikter og metaanalyser ettersom at disse ligger høyere i kunnskapspyramiden og er kvalitetssikret (Helsebiblioteket, 2016a). Andre inkluderingskriterier var at forskningen ikke var eldre enn 10 år og inkluderte voksne

personer over 18 år med depresjon eller alvorlig psykiske lidelser. Forskningsartiklene vi vil inkludere er skrevet på norsk eller engelsk, da dette er språk vi mestrer.

Ifølge Dalland (2017, s. 40) er det viktig at metodene som er brukt gir troverdig kunnskap, det vil si at kravene til reliabilitet og validitet er oppfylt. Med reliabilitet mener en pålitelighet, det handler om at målingene må utføres ordentlig, og eventuelle feilmarginer må oppgis. Validitet betyr gyldighet og relevans. Det vil si at det som måles må være relevant og gyldig for det problemet vi undersøker. Artiklene vi vil inkludere skal være troverdig.

Vi vil ekskludere systematiske oversikter som ikke oppfylte helsebibliotekets kriterier for en god systematisk oversikt. En god systematisk oversikt kjennetegnes av en tydelig beskrivelse av formålet, søkestrategi, inkludering- og ekskluderingskriterier, samt har vurdert kvaliteten på inkluderte studier (Helsebiblioteket, 2016b). Ved artikler som har fokus på helsepersonells rolle i å motivere til fysisk aktivitet, vil vi ekskludere artikler som ikke nevner motiverende samtale da dette er den motivasjonsteorien vi har fokus på.

### **3.5 Søkeprosess**

I denne oppgaven hadde vi en utfordrende søkeprosess. Det er gjort mye forskning på hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse og depresjon, men det var lite forskning på hvordan man kan motivere til fysisk aktivitet. Gjennom søkeprosessen fant vi mange forskningsartikler fra ulike databaser og av ulik standard å velge mellom. For at vernepleiere skal drive en kunnskapsbasert praksis er det en styrke at de velger gode, pålitelige kilder. Man bør derfor alltid starte med å søke i toppen av kunnskapspyramiden ettersom disse kildene er basert på oppsummert forskning av høy kvalitet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 45). Som beskrevet i vedleggene (Vedlegg 1; Vedlegg 2; Vedlegg 3; Vedlegg 4) søkte vi i databasene UpToDate, BMJ Best Practice, CINAHL, PubMed, Cochrane Library og Campbell Library som er anerkjente databaser. Dette er kilder som kan logges på gjennom helsebiblioteket. Vi anser disse som pålitelige kilder som stadig oppdateres.

Det kan være vanskelig å utarbeide et PICO-spørsmål, men det er viktig for å jobbe kunnskapsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33). Vi

ønsket å se på effekten av fysisk aktivitet på depresjon sammenlignet med tradisjonell behandling, hva slags form for fysisk aktivitet som hadde effekt, hvilken rolle motivasjon spiller og hvordan man kan motivere og bidra til at intervensjonen får ønsket effekt. For å finne svar på det vi ønsket å lære mer om måtte vi benytte ulike søkeord og databaser.

Vi formulerte derfor et PICO-spørsmål til hver del av informasjonsbehovet vårt og benyttet oss av KBP-læringsverktøy i dokumentasjon av søkene (Vedlegg 1; Vedlegg 2; Vedlegg 3; Vedlegg 4). Ettersom at det meste av publisert forskning skrives på engelsk valgte vi å bruke engelske søkeord når vi søkte i de ulike databasene. Gjennom søkeprosessen brukte vi søkeordene “physical activity”, “exercise”, “depression”, “mental illness”, “mental health”, “resistance training”, “barriers”, “motivation” og “nurse”, for å finne relevant forskning.

Vi trykket på “Sort by: best match” eller “Relevance” for å få treff som passet ut fra søkeordene våre. Vi avgrenset også søket ved å søke etter artikler som ikke var eldre enn 10 år gamle. Gjennom litteratursøket fant vi artikler vi synes var interessante, men som ikke var i fulltekst. Vi søkte da videre i flere databaser for å finne forskningsartiklene i fulltekst. Gjennom søket valgte vi følgende fire artikler:

Artikkel 1: *“Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression”* av Knapen, Vancampfort, Moriën og Marchal. (2014). Se vedlegg 1 for dokumentasjon av søk.

Artikkel 2: *“Association of Efficacy of Resistance Exercise Training with Depressive Symptoms”* av Gordon, McDowell, Hallgren, Meyer, Lyons og Herring. (2018). Se vedlegg 2 for dokumentasjon av søk.

Artikkel 3: *“Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis”* av Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorzynski, Yung, og Vancampfort. (2016). Se vedlegg 3 for dokumentasjon av søk.

Artikkel 4: *“Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies”* av Farholm og Sørensen. (2016). Se vedlegg 4 for dokumentasjon av søk.

### **3.6 Styrker og svakheter ved valgte artikler**

Det er en styrke at alle artiklene er fra 2014 eller nyere, fordi det utføres en del forskning på dette området noe som fører til at kunnskap fort kan bli utdatert. Tre av artiklene er systematiske oversikter, noe vi mener er en styrke da de gir en oversikt over flere studier om samme emne. Det er også en styrke ved oppsummert forskning at forskere har gått gjennom flere relevante studier om et tema, kritisk vurdert dem, og dermed presenterer en oversikt (Helsebiblioteket, 2016b). At de systematiske oversiktene også oppfyller kjennetegnene for en god systematisk oversikt er en styrke.

Tre av artiklene vi inkluderte hadde fagfelleverderte artikler som et inkluderingskriterie. Det er en styrke fordi artiklene er kvalitetssjekket av eksperter innenfor det aktuelle fagfeltet før artikkelen er blitt publisert (Svartdal, 2020). En av de inkluderte artiklene er en metaanalyse som inkluderer flere systematiske oversikter. Vi mener dette er en styrke da utgangspunktet i en metaanalyse bør være systematiske oversikter over relevant forskning (Helsebiblioteket, 2016c).

Det er en styrke at alle artiklene omhandler voksne mennesker over 18 år da vi har valgt å avgrense oppgaven vår til denne gruppen. En inkludert artikkel er en systematisk oversikt gjennomført av norske forskere ved et norsk universitet, noe vi mener er en styrke da det øker sannsynligheten for at funnene er overførbare til den norske kulturen.

En svakhet ved valgte artikler er at de ikke omhandler vernepleiere, men annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere. Vi tenker likevel at artiklene vil være relevante for oss, fordi vernepleiere vil kunne jobbe de samme plassene og utføre de samme oppgavene som helsepersonellet i artiklene. Ettersom vernepleie er en profesjon som ikke finnes i mange land, vil det også være vanskelig å finne forskning hvor vernepleiere er inkludert.

En annen svakhet er at alle artiklene er på engelsk, noe som gjør at informasjon kan gå tapt i oversettelsen. Det er en svakhet ved to av artiklene er at størstedelen av brukergruppen er pasienter med schizofreni og det kun er en mindre del med alvorlig depresjon. Vi har likevel

valgt å benytte disse fordi forskning viser at motivasjonsfaktorer og barrierer ved trening kan generaliseres blant alvorlige psykiske lidelser (Firth et al., 2016).

Vi er klar over at systematiske oversikter og metaanalyser anses som sekundærkilder. Støren (2013, s. 38) argumenterer for at systematiske oversikter bør ekskluderes i en litteraturstudie da hun mener en litteraturstudie skal bestå av original artikler. Vi kan forstå at noen mener at systematiske oversikter kan være en svakhet da forskningen blir oppsummert og derfor tolket av andre. Vi har likevel valgt å benytte oss av disse, da et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er å starte så høyt i kunnskapspyramiden som mulig (Helsebiblioteket, 2016a). Ved å benytte systematiske oversikter vil vi også få et større helhetsbilde av valgt tema (Helsebiblioteket, 2016b).

## 4 Resultater

I dette kapittelet går vi inn på resultatene fra valgte forskningsartikler. Deretter kommer vi med en oppsummering av resultatene. For en mer oversiktlig gjennomgang av artiklene se lesetabell (Vedlegg 5). Lesetabellen gir en god oversikt over de elementene som trengs for å sammenligne funnene i artiklene som er brukt i oppgaven (Støren, 2013, s. 53).

### 4.1 Artikkel 1

*“Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression”* av Knapen, Vancampfort, Moriën og Marchal (2014).

Dette er en systematisk oversikt som tar for seg fire metaanalyser som ser på effekt av fysisk aktivitet på mental og fysisk helse under depresjon. Formålet med oversikten er å presentere kliniske retningslinjer for treningsterapi hos deprimerte pasienter basert på nyere metaanalyser. Oversikten inkluderer 39 randomiserte kontrollerte studier med totalt 2326 deltakere.

Resultatene viser at fysisk aktivitet har god effekt i behandling av pasienter med depresjon. Effekten av fysisk aktivitet kan sammenlignes med antidepressive medikamenter og psykoterapi for pasienter med mild til moderat depresjon. Det kommer også frem at fysisk aktivitet kan være en nyttig komplementær behandling til de tradisjonelle behandlingene for pasienter med alvorlig depresjon. Fysisk aktivitet bedrer pasientens kroppsbilde, livskvalitet, mestringsstrategier og gjør pasienten mer selvstendig i dagliglivet. Trening er et godt tiltak for å forebygge og behandle somatiske sykdommer som er assosiert med depresjon, som blant annet hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2. Fysisk aktivitet er et godt alternativ til behandling av pasienter som har en blanding av psykiske og fysiske helseproblemer.

Oversikten konkluderer med at motiverende strategier bør innarbeides i behandlingen, og at en må ta hensyn til de emosjonelle, kognitive og fysiologiske faktorene av depresjon. Dette kan bidra til å styrke pasientens motivasjon, og pasientens langsiktige overholdelse av den fysiske aktiviteten.

## 4.2 Artikkel 2

*“Association of Efficacy of Resistance Exercise Training with Depressive Symptoms”* av Gordon, McDowell, Hallgren, Meyer, Lyons og Herring (2018).

Dette er en metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier som ser på effekten av styrketrening på psykisk helse og depresjon. Formålet med metaanalysen er å estimere effekten av styrketrening på depressive symptomer.

Metaanalysen inkluderer 33 studier og 1877 deltakere. Dataen som er brukt i metaanalysen var publisert før august 2017 og ble funnet gjennom databasene MEDLINE, PubMed, PsycINFO, Web of Science og Google Scholar. Studiene sammenlignet 947 deltakere som deltok på styrketrening og en kontrollgruppe på 930 som ikke trente. Studiene kartla depressive symptomer før og etter intervensjonen og sammenlignet det med total mengde styrketrening, om deltakerne var friske fysisk, psykisk og om intervensjonen førte til økt muskelstyrke.

Resultatene viser at det var en signifikant reduksjon i depressive symptomer blant de som deltok i styrketreningen.

Oversikten konkluderer med at styrketrening reduserte depressive symptomer hos pasientene betydelig uavhengig av mengdetrening, helsetilstand og om de ble fysisk sterkere under intervensjonen. Likevel mener de at det er nødvendig med flere kliniske studier som sammenligner styrketrening med andre former for behandling av depresjon.

## 4.3 Artikkel 3

*“Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis”* av Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorzynski, Yung, og Vancampfort (2016).

Dette er en systematisk oversikt og metaanalyse hvor de analyserer andre kvantitative studier. Formålet med oversikten er å undersøke de motiverende faktorene og barrierene mot trening



for mennesker med psykiske lidelser. Oversikten inkluderer 12 studier med totalt 6431 deltakere.

Resultatene viser at trening kan ha positiv effekt hos personer med alvorlig psykisk sykdom. Videre viser resultatene at de største motiverende faktorene for å trene er å forbedre den mentale helsen, vektreduksjon, bedre humør og redusere stress. Andre motiverende faktorer er å forbedre utseende, få økt energi, økt styrke, bedre søvn, legens råd, glede av trening eller det sosiale ved trening. Noen personer med en alvorlig psykisk sykdom ønsker å trene, men opplever det som utfordrende da de møter ulike barrierer.

De største barrierene for pasienter med alvorlig psykisk sykdom med trening er stress, depresjon, mangel på støtte og tretthet. Andre barrierer er at pasienter er uinteressert i trening, fysisk sykdom, for lite tid, føles utrygt, for lite kunnskap, og frykten for å skade seg selv. Når dette tas med i betraktningen bør treningsprogrammene utformes for å bedre deres treningskapasitet, samtidig som de gir nødvendig tilsyn og hjelp slik at pasienten kan overvinne psykologiske barrierer og oppnå målene sine.

Den systematiske oversikten konkluderer med at dersom man forstår barrierene og de motiverende faktorene for trening hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom, vil det kunne bidra til å forsterke trenings deltakelse. Det å gi pasienten støtte for å identifisere og oppnå målene sine, kan også hjelpe dem med å overvinne barrierene, og holde motivasjonen oppe for å trene regelmessig.

#### **4.4 Artikkel 4**

**“Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies”** av Farholm og Sørensen (2016).

Dette er en systematisk oversikt som undersøker motivasjon i sammenheng med fysisk aktivitet. Formålet er å oppsummere funn fra alle intervensjonsstudier på fysisk aktivitet eller trening som enten inkluderer empiriske data om motivasjonsformer eller anvender motivasjonsteknikker teorier i deres intervensjon. Oversikten inkluderte 77 artikler, hvor 64 omhandlet bruk av motivasjonsteknikker teorier i intervensjonen, mens 13 omhandlet

empirisk data om motivasjonsformer.

Det kommer frem at helsepersonells rolle er viktig når det kommer til kunnskap om pasientens barrierer, interesser og begrensninger. Ved å ta i bruk denne kunnskapen kan en tilpasse den fysiske aktiviteten til den enkelte pasienten og motivere pasienten til å delta. De påpeker også at støtte og hjelp fra helsepersonell er viktig for at pasienter skal klare å legge om livsstilen sin og være mer fysisk aktive. Det blir rapportert av helsepersonell at en stor barrierene for pasientene når det kommer til å være fysisk aktive er manglende motivasjon.

For å kunne motivere pasienten må helsepersonell bruke sin kunnskap og posisjon til å etablere en god relasjon til pasienten. Helsepersonell må også ha god kunnskap om hva motivasjon er og hva som skal til for å motivere pasienten. Det kommer frem at det var noen aktiviteter som gav større mestring enn andre, som for eksempel styrketrening. Pasientene som ble fulgt opp hver uke og hadde fri tilgang til treningssenter, trente mer regelmessig, var mer motiverte og hadde høyere livsmestring.

Oversikten konkluderte med at det er en interesse for å inkludere motivasjon i intervensjoner for fysisk aktivitet blant individer med en alvorlig psykisk lidelse. Det er imidlertid en klar mangel på studier som hovedsakelig fokuserer på motivasjon for fysisk aktivitet, og de mener at det trengs flere studier som fokuserer på dette. Det kommer heller ikke frem hvilke motivasjonsteknikk som passer best for å påvirke motivasjonen til pasienter.

#### **4.5 Oppsummering av resultater**

Alle artiklene viser at fysisk aktivitet har god effekt på psykisk og fysisk helse. To av artiklene (Gordon et al., 2018; Knapen et al., 2014) fokuserer på effekten av fysisk aktivitet på fysisk og psykisk helse, mens de to andre (Firth et al., 2016; Farholm & Sørensen, 2016) fokuserer på motivasjon for fysisk aktivitet. Tre av artiklene (Firth et al., 2016; Farholm & Sørensen, 2016; Knapen et al., 2014) nevner viktigheten av motivasjon, mens en artikkel (Gordon et al., 2018) ikke ser på motivasjon i det hele tatt. To av artiklene (Firth et al., 2016; Farholm & Sørensen, 2016) ser på ulike barrierer personer med alvorlig psykisk lidelse opplever i forhold til å delta i fysisk aktivitet og en artikkel (Knapen et al., 2014) nevner viktigheten av å ha samtaler om disse barrierene. Artikkelen til Farholm og Sørensen (2016)

viser viktigheten av helsepersonells rolle i å motivere til fysisk aktivitet hos personer med alvorlige psykiske lidelser. To av artiklene (Gordon et al., 2018; Knapen et al., 2014) ser på personer med depresjon, mens de to andre (Firth et al., 2016; Farholm & Sørensen, 2016) inkluderer personer med en alvorlig psykisk lidelse. En artikkel (Gordon et al., 2018) tar for seg styrketrening, mens de andre (Firth et al., 2016; Knapen et al., 2014; Farholm & Sørensen, 2016) ser på alt av aktivitet som går under definisjonen fysisk aktivitet. Kun en av artiklene (Firth et al., 2016) tar for seg pasientenes opplevelser. Denne artikkelen viser deres opplevelser av motiverende faktorer og barrierer ved trening.

## 5 Drøfting

Vi skal nå drøfte forskningsartiklene og teorien vi har presentert tidligere i oppgaven opp mot problemstillingen vår *“Hvordan kan vernepleiere motivere til fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon på institusjon?”*. Vi vil se det opp mot hovedtemaene fysisk aktivitet som en del av behandlingen, utfordringer knyttet til fysisk aktivitet og hvordan motivere til fysisk aktivitet.

I drøftingen vil vi snakke om vernepleiere selv om forskningsartiklene vi referer til gjerne snakker om sykepleiere. Vernepleiere har samme rolle og utfører de samme arbeidsoppgavene som en sykepleier på en psykiatrisk institusjon (Vernepleier.no, u.å). Derfor mener vi at selv om artiklene våre snakker om sykepleiere vil det samme gjelde for vernepleiere.

Det er viktig å påpeke at våre erfaringer som nevnes i drøftingen ikke er fra et vernepleier perspektiv, da vi ikke er utdannet vernepleiere enda. Vår opplevelse av situasjonene vi forteller om er ikke nødvendigvis den samme som det ville vært hos en erfaren vernepleier.

### 5.1 Fysisk aktivitet som en del av behandlingen

Som vi skrev i innledningen, er depresjon en av de mest vanlige psykiske lidelsene i Norge og mange med denne diagnosen trenger en form for behandling. Hvis personer med depresjon ikke får den hjelpen de trenger vil det ha store negative konsekvenser for deres helse og livskvalitet (NHI, 2019). I dag er de mest vanlige behandlingsformene for depresjon psykoterapi og medikamentell behandling. Disse er både kostbare og medikamentell behandling kan ha uønskede bivirkninger (Gordon et al. 2018). Knapen et al. (2014) viser i deres systematiske oversikt til at fysisk aktivitet har like god effekt som de vanlige behandlingsformene av depresjon. Det har også siden 1990-tallet vært en økende interesse for å bruke fysisk aktivitet som en del av behandlingen for psykiske lidelser (Farholm & Sørensen, 2016).

Depresjon er assosiert med økt risiko for andre sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer, Alzheimers, diabetes type 2, og tidlig død (Gordon et al., 2018). Personer

med alvorlige psykiske lidelser dør i snitt 15-20 år tidligere enn andre og det er i stor grad på grunn av deres fysiske helse (Firth et al., 2016). Personer med depresjon har nesten dobbelt så stor risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer som resten av befolkningen, og hjerte- og karsykdommer øker igjen alvorlighetsgraden og risikoen for depresjon (Knapen et al., 2014). Dette viser viktigheten av fysisk aktivitet blant personer med depresjon, og at vernepleiere bør legge til rette for og motivere dem til å være mer fysisk aktive.

I den systematiske oversikten til Knapen et al. (2014) står det at fysisk aktivitet har en forebyggende effekt og kan brukes som behandling av blant annet depresjon, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Knapen et al. (2014) argumenterer for at trening resulterer i bedre fysisk form og har ingen bivirkninger annet enn at noen kan oppleve kroppslige reaksjoner i form av svette, økt puls, varme og rask pust som ubehagelig (Knapen et al., 2014). Dette er ikke Martinsen (2018, s. 134) helt enig i. Han mener for at dersom en trener for mye og prioriterer det foran alt annet i livet vil det kunne ha negative konsekvenser for både kroppen og sinnet. Vi tenker at det er noe vernepleiere må følge med på når det gjelder personer på psykiatrisk institusjon men at det ikke bør holde noen igjen fra å komme i gang med fysisk aktivitet.

Tradisjonell behandling som psykoterapi er ikke bare dyrt men kan være lite tilgjengelig for personer med depresjon av ulike grunner (Gordon et al., 2018). Fra psykiatrisk institusjon har vi erfart at pasienter som opplever at behandlingen både er lett tilgjengelig og at de får være med å bestemme tidspunkt for behandling har mer utbytte av den. Psykoterapi kan på den ene siden være lite tilgjengelig fordi det går på andres premisser, man må avtale tid, sted og man kan ikke ta høyde for dagsform. Mens fysisk aktivitet på den andre siden alltid er tilgjengelig og man trenger ikke noe annet enn sin egen kropp.

Våre funn tyder på at pasienter etter en treningsøkt kan oppleve forbedring i humør, energinivå, stressnivå, bedre konsentrasjonsevne og forbedret søvnkvalitet. Mange pasienter er likevel fokusert på fjerne resultater som forbedret egenverd eller vekttap. Dette kan føre til at de har problemer med å opprettholde trenings deltakelsen over tid (Knapen et al., 2014). Det er derfor viktig at helsepersonell hjelper pasienten med å fokusere på de fordelene som en oppnår med den enkelte treningsøkten. Dersom helsepersonell kan hjelpe pasienten til å se at de føler seg bedre som et resultat av fysisk aktivitet, kan de bli motiverte til å fortsette med aktiviteten (Knapen et al., 2014). Poenget med fysisk aktivitet som en del av behandlingen er

å få pasientene som er inaktive i aktivitet, og deretter hjelpe de til å erfare sammenhengen mellom hva de gjør og hvordan de føler seg (Moe & Martinsen, 2011, s. 88).

Vi har erfaring med at fysisk aktivitet kan være krevende og vanskelig å komme i gang med fordi personer med depresjon kan mangle motivasjon. Men vi har sett at det gir pasienter økt mestring og lyst til å fortsette med trening dersom man klarer å legge til rette for og tilpasse treningen til den enkelte pasienten. Det er mange måter å være fysisk aktiv på og ikke alt passer for alle. Fjellturer, styrketrening, løping, ballspill og annen idrett er alle former for fysisk aktivitet som bidrar til bedre psykisk og fysisk helse.

Knapen et al. (2014) har i deres systematiske oversikt inkludert alle former for fysisk aktivitet som er brukt i forskningslitteraturen og konkluderer med at alle former for fysisk aktivitet har en positiv effekt på depressive symptomer. Gordon et al. (2018) viser til at styrketrening reduserte depressive symptomer hos voksne på lik linje med annen fysisk aktivitet. Disse resultatene viser at å være fysisk aktiv regelmessig er det viktige for å oppnå ønsket effekt på psykisk helse, og ikke hvilken form for aktivitet man velger. Som tidligere nevnt er mange med psykiske lidelser under kategorien inaktive, og de vil få helsegevinster ved korte treningsøkter med moderat intensitet (Moe & Martinsen, 2011, s. 76-79).

Ved å starte med fysisk aktivitet kan man få økt motivasjon til å fortsette. Dette kan øke mestringsfølelsen og engasjementet for aktiviteten, og gi flere fordeler som bedre fysisk helse og redusere symptomer ved psykiske lidelser (Firth et al., 2016). Det er viktig for pasienter som er innlagt på psykiatrisk institusjon at de har attraktive arenaer for fysisk aktivitet når dette er en del av behandlingen. Det å komme i gang med fysisk aktivitet så snart som mulig etter innleggelse er målet, slik at den fysiske formen forbedres under institusjonsoppholdet (Moe, 2011, s. 91). Knapen et al. (2014) sier at ved å sette realistiske mål, planlegge treningen, ha realistiske forventninger og å fokusere på fordelene ved hver enkelt treningsøkt, kan man øke sannsynligheten for mestringsopplevelser som gjør det lettere for pasienten å fortsette med aktiviteten. Dette er noe vernepleiere som jobber på psykiatrisk institusjon kan hjelpe pasientene med.

## 5.2 utfordringer knyttet til fysisk aktivitet

Personer med depresjon eller alvorlig psykiske lidelser har dårligere fysisk helse og er mindre fysisk aktive enn resten av befolkningen. Det kan være flere grunner til dette, blant annet et direkte resultat av den alvorlige psykiske lidelsen eller bivirkninger av medisiner (Farholm & Sørensen, 2016). Dette betyr at fysisk aktivitet er spesielt viktig for denne gruppen og at man som vernepleiere bør ha fokus på å få dem i aktivitet.

I den systematiske oversikten til Firth et al. (2016) kommer det frem at personer med alvorlig psykiske lidelser opplever ulike barrierer mot å komme i gang og opprettholde fysisk aktivitet over tid. De største barrierene er mangel på motivasjon, støtte, stress og tretthet. Manglende motivasjon kan være en forklaring på utfordringen helsepersonell opplever med å få pasienter til å delta i og fortsette med fysisk aktivitet (Farholm og Sørensen, 2016). Moe (2018, s. 156) understreker at kunnskap om barrierer og hvordan motarbeide dem kan være til hjelp for helsepersonell i arbeidet med å motivere pasienter til fysisk aktivitet. Det er viktig at helsepersonell har samtaler med pasienten om disse barrierene og at man sammen kommer frem til mulige strategier for å overvinne disse (Knapen et al., 2014).

Farholm og Sørensen (2016) mener at sykepleiere har førstehåndskunnskap om pasientenes barrierer, som er en verdifull kunnskap når de skal tilpasse den fysisk aktiviteten for hver enkelt pasient. Det er derfor viktig at de inkluderes i intervensjoner som har som mål å få pasienten til å være mer fysisk aktiv (Farholm & Sørensen, 2016). Dette tenker vi også gjelder vernepleierne da de som nevnt vil ha den samme rollen som en sykepleiere på en psykiatrisk institusjon.

Det er en utfordring å tilpasse aktivitetene til den enkelte pasient, da både for vanskelige og for enkle øvelser kan svekke opplevelsen av mestring. Dette kan redusere motivasjonen pasienten har for å være fysisk aktiv (Moe, 2018, s. 159). De fleste vil oppsøke situasjoner hvor de kan oppnå sosial anerkjennelse. På den andre siden vil de unngå situasjoner som kan føre til nederlag (Imsen, 2014, s. 321). Det er derfor viktig at vernepleiere legger til rette, slik at pasienten med depresjon unngår en opplevelse av nederlag, da dette kan føre til at han ikke ønsker å delta neste gang. Vi har selv erfaring med dette på psykiatrisk institusjon. En av oss har opplevd å planlegge en tur sammen med en pasient, der det viste seg at turen var for krevende slik at pasienten ikke klarte å gjennomføre. Pasienten ønsket derfor ikke å være

med neste gang. Dette viser hvor vanskelig det kan være å tilrettelegge for aktivitet, men også viktigheten av at aktiviteten er tilpasset pasientens utgangspunkt.

Det at helsepersonell forstår de motiverende faktorene og barrierene personer med alvorlige psykiske lidelser opplever i forbindelse med fysisk aktivitet, er viktig for at man skal kunne tilrettelegge og hjelpe pasienter til å delta i aktiviteter (Firth et al., 2016). For personer med depresjon kan små krav oppleves som uoverkommelige. Flere har ikke tro på at de kan endre situasjonen de befinner seg i. For at de skal klare å komme i gang med fysisk aktivitet trenger de hjelp og oppfølging. Dersom helsepersonell klarer å gi støtte over tid, kan det bidra til positive endringer (Moe, 2018, s. 155). Støtte over tid vil stimulere pasientenes egne ressurser og egen drivkraft for å være i fysisk aktivitet (Moe & Martinsen, 2011, s. 84).

For personer med psykiske lidelser er mangel på støtte og en treningspartner en stor barriere for fysisk aktivitet (Firth et al., 2016). Vi tenker derfor at vernepleiere kan minske denne barrieren ved å vise støtte og delta i fysisk aktivitet sammen med pasienten. Dette bekreftes av Moe (2018, s. 156) som forklarer at oppfølging av pasientene og det at helsepersonell deltar på de ulike aktivitetene kan ha positiv effekt på motivasjonen til pasienten. På den andre siden er balansen mellom aktiv motivering og det som pasienten kan føles som press, mas og tvang vanskelig. Man må derfor føle seg fram, og være klar over at det som fungerer på en pasient, kan ha motsatt effekt på en annen (Moe, 2018, s. 156).

Firth et al. (2016) viser også til at flere av pasientene mener at tilsyn på trening vil gjøre de i stand til å være mer fysisk aktive, og at tilstrekkelig støtte kan hjelpe de til å mestre mange av hindringene de opplever ved fysisk aktivitet. Grung (2019, s. 78) viser til det samme. Han forteller at personer med depresjon er mer aktive hvis de får støtte og motivasjon både før, under og etter fysisk aktivitet. Vi tenker at dette er noe vernepleiere kan bidra med, og vi mener det viser verdien av at vernepleiere er med pasienten på ulike fysiske aktiviteter og støtter dem underveis.

Personer med depresjon kan ha lite energi og overskudd til å være fysisk aktive (Helsedirektoratet, 2018). Gordon et al. (2018) viser i sin systematiske oversikt at fysisk aktivitet har en positiv effekt på depressive symptomer uavhengig av pasientenes fysiske og psykiske helse, treningsmengde, treningsfrekvens og intensitet. Dette støttes av Moe og Martinsen (2011, s. 79) som viser at selv den minste form for fysisk aktivitet er bedre enn



ingenting og at man ikke trenger å løpe et maraton for å få ønsket effekt. Personer med alvorlige psykiske lidelser trener mindre og er mer stillesittende enn resten av befolkningen (Firth et al., 2016). Hvis vernepleiere kan motivere personer med depresjon til å være mer aktive vil selv den minste form for regelmessig fysisk aktivitet bedre deres mentale helse og livskvalitet.

### **5.3 Hvordan motivere til fysisk aktivitet**

Vi har en opplevelse av at pasienter på psykiatrisk institusjon ikke er regelmessig fysisk aktive fordi de mangler motivasjon. Dette samsvarer med funnene til Farholm og Sørensen (2016) som viser at helsepersonell har rapportert at mangel på motivasjon er den største barrieren når de introduserer trening som en del av behandlingen. Det å motivere pasienter er en stor del av helsepersonells arbeidshverdag, ettersom at det er mange som trenger støtte til å sette i gang eller opprettholde fysisk aktivitet (Renolen, 2015, s. 75). 30-50% av personer med depresjon eller en alvorlig psykisk lidelse har et ønske, eller et sterkt ønske om å være mer fysisk aktive, men manglende motivasjon gjør det vanskelig (Farholm & Sørensen, 2016). Derfor mener vi at vernepleiere bør ha kunnskap om motivasjonsteknikker og kunne benytte seg av disse i arbeidet med pasienter på psykiatrisk institusjon.

Farholm og Sørensen (2016) viser til at fysisk aktivitet er både forebyggende og en god strategi for å håndtere psykiske sykdommer. Motivasjon for fysisk aktivitet bør derfor være høyt prioritert blant vernepleiere i arbeid med denne pasient gruppen. Dette understreker Knapen et al. (2014) ved at de konkluderer med at motivasjonsstrategier bør innarbeides når en skal få pasienter med depresjon i gang med fysisk aktivitet. De mener at dette vil styrke pasientens motivasjon for å delta i fysisk aktivitet, og sjansen for at det vedvarer over tid (Knapen et al., 2014).

Videre kommer det frem i den systematiske oversikten til Farholm og Sørensen (2016) at det er mulig å styrke pasientenes motivasjon for fysisk aktivitet, selv om pasientene starter med lite motivasjon. Dette støttes av Moe og Martinsen (2011, s. 81) som skriver at motivasjon er en dynamisk prosess som kan påvirkes. Vi mener dette er et godt utgangspunkt for vernepleiere til å motivere pasientene på psykiatriske institusjoner til å være mer fysisk aktive.

Sykepleiere er godt posisjonert til å påvirke pasientenes motivasjon og atferd fordi de har mulighet til å etablere et terapeutisk forhold til pasientene samtidig som de møter dem med jevne mellomrom (Farholm & Sørensen, 2016). Vernepleiere har den samme posisjonen som sykepleiere på psykiatrisk institusjon, og har derfor samme mulighet til å påvirke pasientens motivasjon. Man må være klar over at helsepersonellens holdninger til fysisk aktivitet stimulerer og påvirker pasienten. Motivasjon smitter, det er derfor lettere å motivere andre dersom man selv er motivert. Det at helsepersonell selv er motiverte, energisk og deltar aktivt skaper også en trygghet for pasienten (Moe, 2018, s. 156-157). På den andre siden kan manglende motivasjon hos helsepersonell ha negativ innvirkning på pasienter.

De vanligste motivasjonsfaktorene for fysisk aktivitet blant personer med depresjon eller alvorlig psykiske lidelser er å gå ned i vekt, forbedre humøret og redusere stress. Samtidig er det de ønsker å oppnå ved fysisk aktivitet ofte barrierer som gjør det vanskelig for dem å delta (Firth et al., 2016). Moe (2018, s. 156) hevder at det er viktig at helsepersonell som skal legge til rette for fysisk aktivitet ikke bare har erfaring og kunnskap om fysisk aktivitet, men også har kunnskap om motivasjonsstrategier. Vernepleiere bør finne ut at hva som funker på den enkelte, og være bevisst på at det kan være ulikt fra pasient til pasient.

Tre av artiklene (Knapen et al., 2014; Farholm & Sørensen, 2016; Firth et al., 2016) påpeker at motivasjon er en viktig faktor i arbeid med pasienter på psykiatrisk institusjon, men det er ingen av de som kan gi et klart svar på hvordan man bør gå frem for å motivere pasienter med depresjon til fysisk aktivitet. Farholm og Sørensen (2016) konkluderer i sin systematiske oversikt med at forskning ikke gir et klart svar på hvilken motivasjonsteknikk som motiverer pasienter i høyest grad til deltakelse i fysisk aktivitet. Motiverende samtale er likevel den mest omtalte motivasjonsteknikken i forskningen. De fleste studiene som ble inkludert i oversikten deres, benyttet seg av motiverende samtale som intervensjon for å øke fysisk aktivitet blant pasientene (Farholm & Sørensen, 2016). Knapen et al. (2014) foreslår også å bruke motiverende samtale i møte med pasienter med alvorlig depresjon.

I motiverende samtaler er det viktig at helsepersonell viser interesse og prøver å forstå istedenfor å komme med løsninger for pasienten (Helsedirektoratet, 2008, s. 104). Gjennom motiverende samtaler ønsker man å få personer med depresjon til å selv reflektere rundt fordeler og ulemper med å bli mer fysisk aktiv (Knapen et al., 2014). Vernepleiere har en

tverrfaglig kompetanse og gjennom tilrettelegging av dialogisk samhandling kan man oppnå at pasienten velger å gjøre noe med sin egen situasjon (Brask, Østby & Ødegård, 2016, s. 167).

Som tidligere nevnt har motiverende samtale fem faser (Renolen, 2015, s. 76). I alle fasene er det nødvendig med gode kommunikasjonsferdigheter og uttrykke empati, validering, ros, og oppmuntring av pasienten. Dette er særlig viktig når pasienten sliter med å tro på egen evne til å oppnå endring (Knapen et al., 2014). Vernepleiere bør derfor legger til rette, motiverer, støtter og viser at de har tro på at pasienten kan få til en endring.

Knapen et al. (2014) anbefaler å ha samtaler med pasientene for å finne ut hvilke barrierer pasientene opplever i forhold til fysisk aktivitet. Gjennom motiverende samtaler er det lettere å danne seg et bilde av hva slags forhold pasientene har til fysisk aktivitet, hva de har drevet med tidligere, hva de liker og hvordan man kan motivere de til fysisk aktivitet (Johannessen, 2018, s. 175). Vi mener at man i samtaler med personer med depresjon bør prøve å få frem hvilke barrierer og motivasjonsfaktorer de opplever i forhold til fysisk aktivitet, fordi dette kan være nyttig informasjon i arbeidet med å motivere dem til fysisk aktivitet. For å komme i bedre fysisk form må pasientene selv gjøre jobben, men man kan gi dem råd og hjelpe de å innse at de selv har de ressursene som trengs for å klare det (Johannessen, 2018, s. 175).

Farholm og Sørensen (2016) viser i sin systematiske oversikt til en studie som hadde mål om å øke motivasjon til fysisk aktivitet. I denne studien mottok en gruppe en form for motiverende samtaler sammen som gruppe en time fire ganger i uken sammenlignet med en kontrollgruppe. Det kom frem at gruppen som mottok motiverende samtaler etter 16 uker hadde gått flere og lengre turer enn kontrollgruppen.

På bakgrunn av dette mener vi at jevne motiverende samtaler kan være nyttig for å motivere pasienter til fysisk aktivitet og for å opprettholde motivasjonen over tid. Dette mener vi fordi motivasjon som nevnt tidligere er ferskvare og enkelte trenger derfor å bli motivert jevnlig (Ivarsson, 2017, s. 84). Det er viktig at vernepleiere har fokus på hver enkelt pasient og deres behov og derfor tenker vi at motiverende samtaler med fordel kan gjennomføres en til en. I slike samtaler kan man snakke åpent om fysisk aktivitet, og hvordan pasienten opplever fordeler og utfordringer knyttet til aktivitet. Slik vi ser det bør vernepleiere som arbeider på psykiatrisk institusjon derfor ha regelmessige motiverende samtaler med personer med

depresjon hvor man motiverer og støtter dem til å være fysisk aktive når de selv ønsker det.

Ifølge oversikten til Firth et al. (2016) kommer det frem at noen pasienter mener at mangel på treningsinformasjon gjorde det utfordrende for de å være fysisk aktiv. Vi mener derfor at det er viktig at vernepleiere bidrar med å informere pasientene om trening og helsegevinstene man oppnår ved å være fysisk aktiv. Dette kan blant annet gjøres gjennom motiverende samtale. I en motiverende samtale skal informasjon gis til pasienten i form av dialog. Man spør pasienten om tillatelse til å gi informasjon og en utforsker hva pasienten vet fra før, før en gir informasjonen på en nøytral måte (Ivarsson, 2017, s. 24). I motiverende samtaler med pasienten kan en gi informasjon om hvorfor det er viktig å være i aktivitet, konsekvenser av å ikke være i aktivitet, hva som skal til for å få effekt, ulike former for fysisk aktivitet, samt informasjon om hvilke tilbud og muligheter som finnes for pasienten. Dette kan bidra til å motivere pasienten og få dem til å være mer fysisk aktive (Moe & Martinsen, 2011, s. 93).

I Norge har de aller fleste av oss lett tilgang til idrettsanlegg eller naturlige aktivitetsområder i nærheten av hjemmet eller institusjon. Utfordringen er at pasientene gjerne ikke vet om mulighetene som finnes i nærmiljøet (Moe, 2018, s. 166). Vi tenker derfor at en sentral oppgave for vernepleiere vil være å hjelpe pasientene med å gjøre seg kjent med mulighetene som finnes, som de kan benytte seg av både under institusjonsoppholdet og etter utskrivning. Det finnes aktivitetstilbud som krever lite utstyr, er rimelig, lett tilgjengelige og som kan gjøres både alene eller sammen med andre (Moe, 2018, s. 166). Psykiatriliansen er et tilbud til personer med psykiske lidelser som vi er kjent med gjennom jobb på psykiatrisk institusjon. Vi har en opplevelse av at personer med depresjon som benytter seg av dette tilbudet jevnlig syns det er et godt tilbud og at de har nytte av dette.

I den systematiske oversikten til Knapen et al. (2014) kommer det frem at aktivitetene bør tilrettelegges for pasientens nåværende preferanser og forutsetninger når man skal hjelpe pasienten til å komme i gang med fysisk aktivitet. Firth et al. (2016) viser at glede av fysisk aktivitet er en viktig motivasjonsfaktor for personer med psykiske lidelser. Det er derfor spesielt viktig at man tilrettelegger for gode opplevelser og glede de første treningsøktene for pasienter som er umotiverte. Dette øker sannsynligheten for at pasienten vil fortsette med treningen dersom den første opplevelsen er god (Moe, 2018, s. 166). Som Gordon et al. (2018) viser i sin systematiske oversikt er det ikke er hvilken form for fysisk aktivitet som er avgjørende for en positiv effekt på personer med depresjon. Vi tenker derfor at det aller

viktigste er å finne en aktivitet som pasientene liker og interesserer seg for.

På den andre siden vil pasientens evne til å interessere seg og ha glede for vanlige ting være redusert under en depresjon (Knapen et al., 2014). Dette kan gjøre det vanskeligere å finne en aktivitet som pasienten interesserer seg for, noe som er nødvendig for at pasienten skal klare å delta over tid. En mulighet kan være å velge aktiviteter som man vet eller tenker at pasienten har interessert seg for tidligere (Hummelvoll, 2012, s. 210).

Fordi pasienten mangler motivasjon og tar lite initiativ, bør helsepersonell tilby aktiviteter som ikke stiller for høye krav eller varer for lenge (Hummelvoll, 2012, s. 210). Det er viktig at man begrenser utfordringer og vanskeligheter for å ikke skape opplevelser av nederlag og det å ikke være "god nok" (Håkonsen, 2014, s. 255). Målet med å gjennomføre en aktivitet er at pasienten skal få en mestringsfølelse, da det kan føre til at selvfølelsen økes og pasienten får troen på at ting kan bli bedre (Hummelvoll, 2012, s. 210). Vi tenker at hvis man finner en aktivitet pasienten har interesse for, samt ikke stiller for høye krav vil det kunne bidra til økt motivasjon og regelmessig deltakelse.

Firth et al. (2016) skriver at både pasienter med depresjon og pasienter med alvorlige psykiske lidelser rapporterte et ønske om å forbedre sin fysiske og psykiske helse, og at dette var de største motivasjonsfaktorene for fysisk aktivitet. Pasienter som er innlagt på psykiatrisk institusjon kan ofte være lite motiverte for aktiviteten i seg selv, men de kan være mer opptatt av hva de kan få ut av å være fysisk aktive. Blant annet bedre helse, sosial kontakt og muligheten for å kunne gjøre noe morsomt eller avkoblende (Moe, 2018, s. 156). Dette mener vi kan bidra til at pasientene klarer å komme i gang med fysisk aktivitet, og det er mulig de med tiden utvikler interesse for aktiviteten fordi de får gode opplevelser. Moe (2018, s. 162) påpeker at den største motivasjonskilden for pasienten bør være interessen for oppgaven, altså indre motivasjon. Da dette vil øke sjansen for at man klarer å endre handlingsmønsteret som vedvarer.

En bedre forståelse av hva pasienten ønsker å oppnå ved fysisk aktivitet kan hjelpe oss til å legge til rette for tiltak som både er motiverende og givende for pasienten (Firth et al., 2016). Personer med depresjon bør selv eller sammen med helsepersonell finne en og eller flere aktiviteter som de liker og kunne tenke seg å gjøre over tid (Moe & Martinsen, 2011, s. 80). Vi tenker at vernepleiere gjennom motiverende samtale kan kartlegge aktivitetene som

pasienten ønsker og kan ha glede av å delta i. Aktivitetstilbudet kan deretter tilrettelegges på bakgrunn av pasientens funksjonsnivå, behandlingsmål og den informasjonen som kommer frem gjennom den motiverende samtalen (Moe, 2018, s. 157).

Det å støtte pasientene til å sette realistiske mål, men også å oppnå målene kan gjøre det mulig for pasientene å overvinne de psykologiske barrierene, og opprettholde motivasjonen for fysisk aktivitet (Firth et al., 2016). I motivasjonsarbeidet er det viktig at personalet følger opp de målene som er satt i pasientens individuelle plan. Den beste forutsetningen for å oppnå motiverte pasienter er en felles holdning blant personalet som er basert på pasientens interesser og funksjonsnivå (Moe, 2018, s. 156).

Det er essensielt å gjøre fysisk aktivitet så selvbestemt som mulig (Knapen et al., 2014). Dette kan vernepleiere bidra med ved at hver enkelt pasient selv får bestemme aktivitet og når han ønsker å utføre den. Moe (2018, s. 165) hevder at dersom pasienten selv får bestemme hvor vanskelig aktiviteten skal være, øker det sjansen for at pasienten opplever mestring. Klarer man å ha fokuset mot mestring og utvikling kan det ha flere positive virkninger (Moe, 2018, s. 165). Vi har erfaring med at pasienter på psykiatrisk institusjon får mye ut av meningsfulle aktiviteter hvor det er fokus på deltakelse og mestring. Personer med depresjon deltok mer regelmessig i fysisk aktivitet dersom det ble gjort sammen med andre.

Fysisk aktivitet i felleskap kan være positivt da det bedrer pasientens fysiske tilstand på en arena hvor en kan få utløp for følelser og spenning, samtidig som det kan bidra til en følelse av fellesskap (Hummelvoll, 2012, s. 210). I motivasjonssammenheng har tilhørighet og sosial kontakt stor betydning. Det å delta i gruppeaktiviteter kan bidra til fellesskap og varige sosiale nettverk, noe som kan styrke selvmotiveringen og livskvaliteten til pasientene (Moe, 2018, s. 157). Vi mener derfor at det kan være nyttig at vernepleier legger til rette for fysisk aktivitet i fellesskap. Som tidligere nevnt viser Firth et al. (2016) at manglende støtte er en stor barriere for personer med alvorlige psykiske lidelser for å delta i fysisk aktivitet. Ved fysisk aktivitet i fellesskap tenker vi at man samtidig bryter ned denne barrieren ved at de også får støtte gjennom fellesskapet.

Knapen et al. (2014) hevder at det er viktig at en unngår sammenligning mellom pasienter. Moe (2018, s. 162) støtter dette ved å si at det er aktiviteten i seg selv som skal være i fokus og ikke hvor godt man presterer sammenlignet med andre. Vi tenker at det er viktig at

vernepleier i arbeid med pasienter med depresjon heller fokuserer mer på innsatsen fremfor resultatet. Det øker sannsynligheten for at pasientene vil fortsette med aktiviteten, fordi det øker trivselen og gir en følelse av trygghet i fellesskapet (Moe, 2018, s. 165).

Dersom en skal lykkes med å få pasienter på psykiatrisk institusjon til å starte med fysisk aktivitet og vedlikeholde det over tid er det viktig at helsepersonell motiverer pasientene til det (Farholm & Sørensen, 2016). Dersom denne endringen oppleves som meningsfull og viktig for pasienten, og den baseres på pasientens egen motivasjon er det større sannsynlighet for at pasienten fortsetter med aktiviteten (Moe, 2018, s. 161). Vi mener dette viser nødvendigheten av at vernepleiere har kunnskap om hvordan man motiverer pasienter, og at de bruker denne kunnskapen både til å hjelpe pasienten i gang med fysisk aktivitet og opprettholde den over tid.

## 6 Konklusjon

Vi har nå sett på hvordan vernepleiere kan motivere til fysisk aktivitet blant pasienter med depresjon på psykiatrisk institusjon. Fysisk aktivitet har god effekt som behandling av depresjon på lik linje med tradisjonell behandling. Den dokumenterte effekten på psykisk helse er uavhengig av form for fysisk aktivitet, varighet og intensitet. Ved å starte med regelmessig fysisk aktivitet kan man også oppleve mestringsfølelse og få økt motivasjon til å fortsette.

Vernepleiere er godt posisjonert til å påvirke pasientens motivasjon. Det er derfor viktig at vernepleiere bruker sin posisjon til å motivere pasienten til fysisk aktivitet. Vernepleierens holdninger og motivasjon til fysisk aktivitet, stimulerer og smitter over på andre. Det er derfor lettere for en person å motivere dersom man selv er motivert.

Vernepleiere bør finne ut av hva pasientene ønsker å få ut av fysisk aktivitet og hva de synes er utfordrende ved å være fysisk aktiv, og bruke denne kunnskapen til å tilrettelegge og motivere pasienter til fysisk aktivitet. Dersom vernepleiere vet hva pasienter ønsker å oppnå og hvilke barrierer de har mot fysisk aktivitet, kan en finne aktiviteter som passer og redusere barrierene gjennom tilrettelegging.

Motiverende samtale er en god motivasjonsteknikk som kan være nyttig å bruke i møte med pasienter for å motivere til fysisk aktivitet. Målet med denne samtalen er å få pasienten til å selv ønske en endring og tro på at det er mulig å gjøre noe med egen situasjon. Gjennom motiverende samtale kan en også kartlegge hvilke forhold pasientene har til fysisk aktivitet, hva de liker og interesserer seg for, samt gi informasjon om fysisk aktivitet generelt og hva som trengst for at fysisk aktivitet skal ha effekt.

Det er viktig at pasienten selv får bestemme aktivitet og hvor vanskelig den skal være. Da både for vanskelige og for enkle aktiviteter svekker pasientens opplevelse av mestring som igjen reduserer motivasjonen for deltakelse. Når man skal tilrettelegge for fysisk aktivitet er det viktig at en sørger for at de får gode opplevelser de første gangene, da dette øker motivasjonen og sannsynligheten for at de ønsker å delta neste gang. Det at vernepleieren deltar i den fysiske aktiviteten og støtter pasienten kan ha positiv effekt på pasientens



motivasjon og deltakelse.

Avslutningsvis ønsker vi å komme med forslag til videre forskning. Vi mener at det trengs mer forskning på hvordan helsepersonell best mulig kan motivere pasienter med depresjon eller alvorlig psykiske lidelser til fysisk aktivitet, samt forskning på hvilke effekt de ulike motivasjonsteknikkene har på pasientenes motivasjon.

## Litteratur

Bahr, R. (2018). Fysisk aktivitet. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra [https://sml.snl.no/fysisk\\_aktivitet](https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet)

Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Farholm, A. og Sørensen, A. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *Pubmed*. Hentet 14. april 2020 fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/inm.12214>

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorzynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *CINAHL*. Hentet 14. april 2020 fra <https://www-cambridge-org.galanga.hvl.no/core/journals/psychological-medicine/article/motivating-factors-and-barriers-towards-exercise-in-severe-mental-illness-a-systematic-review-and-metaanalysis/1802F617B64F75CF6721FE59A2F73D1F/core-reader>

FO. (2017, 12. september). Om vernepleieryrket. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2017, 27. september). Fysisk aktivitet i Norge. Hentet fra [https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/?fbclid=IwAR2iKVCNMvBh1gA4M\\_\\_\\_\\_\\_H09zVJrRap6PFqGaGylpnD\\_kSNfYIYTDxUq1SGY5Po](https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/?fbclid=IwAR2iKVCNMvBh1gA4M_____H09zVJrRap6PFqGaGylpnD_kSNfYIYTDxUq1SGY5Po)

Gordon, B. R., McDowell, C. P., Hallgren, M., Meyer, J. D., Lyons, M. & Herring, M. P. (2018). Association of Efficacy of Resistance Exercise Training with Depressive

Symptoms. *PubMed*. Hentet 14. april 2020 fra  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2680311>

Grung, R., M. (2019). *Vernepleieren Fremtidsrettet og ettertraktet*. Fellesorganisasjonen.  
Hentet fra <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2019/11/Vernepleiere.pdf>

Helsebiblioteket. (2016a, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). Systematisk oversikt. Hentet fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/systematisk-oversikt>

Helsebiblioteket. (2016c, 7. juni). Metaanalyse. Hentet fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/metaanalyse>

Helsedirektoratet. (2008, november). *Aktivitetshåndboken*. Hentet fra  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/\\_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc47287340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc47287340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf)

Helsedirektoratet. (2018). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 8. april 2020 fra  
<https://finnkode.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2019, 29. april). Kapittel 2 Fysisk aktivitet for voksne og eldre. Hentet fra

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

Helsenorge. (2017, 23. mai). Psykisk helse og fysisk aktivitet. Hentet fra

<https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet>

Hummelvoll, J. K. (2012). Depresjon og sorg. I J. K. Hummelvoll, *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 193-221). Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Imsen, G. (2014). *Elevenes verden* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ivarsson, B.H. (2017). *MI Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Johannessen, B. (2018). Praktiske erfaringer med trening for mennesker med psykiske lidelser. I E. W. Martinsen (Red.), *Kropp og sinn* (s. 172-185). Bergen: Fagbokforlaget.

Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën Y. & Marchal, Y. (2014). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *CINAHL*. Hentet 14. april 2020 fra <https://www.tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.3109/09638288.2014.972579>

Martinsen, E.W. (2018). Depresjon. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og Sinn* (s. 58-80). Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, E.W. (2018). Fysisk aktivitet og fysisk helse. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og Sinn* (s. 34-42). Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, E.W. (2018). Negative konsekvenser av overdreven fysisk aktivitet. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og Sinn* (s. 134-141). Bergen: Fagbokforlaget.

Moe, T. (2018). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E.W. Martinsen (Red.), *Kropp og Sinn* (s. 155-171). Bergen: Fagbokforlaget.

Moe, T., & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen, & M. Toril, *Psykisk helsearbeid - mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 76-96). Bergen: Fagbokforlaget.

NHI. (2019, 22. Februar). Forekomst av depresjon. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2.utg.) Oslo: Akribe AS.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Svartdal, F. (2020). Fagfelle vurdering. I *Store norske leksikon*. Hentet 20. mai 2020 fra <https://snl.no/fagfellevurdering>

Vernepleier.no (u. å.). Vernepleier, hva er det? Hentet fra <https://vernepleier.no/vernepleier/>

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: KBP-læringsverktøy, Knapen et al. (2014).

Vedlegg 2: KBP-læringsverktøy, Gordon et al. (2018).

Vedlegg 3: KBP-læringsverktøy, Firth et al. (2016).

Vedlegg 4: KBP-læringsverktøy, Farholm og Sørensen (2016).

Vedlegg 5: Lesetabell