

Fysisk aktivitet og psykisk helse

- Barrierer og suksessfaktorer for sykepleiers iverksetting av tiltak med fysisk aktivitet i psykiatrien

Kandidatnummer: 1009

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull: 11sykhel

Antall ord: 9244

Dato: 13.03.2014

Sammendrag

Hensikten med oppgaven er en undersøkelse av temaet fysisk aktivitet som sykepleiers behandlingstiltak i psykisk helsearbeid. Oppgaven undersøker problemstillingen *barrierer og suksessfaktorer for sykepleiers iverksettelse av fysisk aktivitet i psykiatrien*. Forfatteren har undersøkt temaet fysisk aktivitet og psykisk helse gjennom en åpen innstilling og forsøkt å identifisere barrierer og suksessfaktorer.

Metoden som ble brukt var et semi-strukturert kvalitativt intervju. Intervjuene ble gjennomført med intervjupersoner fra en allmenpsykiatrisk voksenavdeling med hensikt om å innhente personales erfaringer og oppfatning av temaet i egen avdeling.

Opgaven viktigste funn er at fokus på FA i institusjonen, organisering, «attraktive aktiviteter» og motivasjonsarbeid er betydningsfullt for gjennomføringen av fysisk aktivitet. Drøftingen tar for seg mulige barrierer og suksessfaktorer. Videre drøfter oppgaven samt hvordan fysisk aktivitet kan gjennomføres i praksis med i en et eksempel.

Nøkkelord: fysisk aktivitet, psykisk helse, barrierer, sykepleierrolle.

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
2 Problemstilling og teoretisk tilnærming	2
2.1 Førforståelse	2
2.2 Problemstilling	2
2.3 Definisjon av begreper.	3
2.4 Samfunn/Historie	4
2.5 Politiske føringer	5
2.6 Forskningsetiske problemstillinger	5
3 Metode.....	6
3.1 Teoretisk tilnærming	6
3.2 Beskrivelse av metoden - kvalitativt intervju av i psykisk helsearbeidere	7
3.2.1. Forberedelser.....	7
3.2.2. Gjennomføring	8
3.2.3. Etterarbeid - Analyse og tolkning.	8
4 Teoridel	10
4.1 Mangel på Fysisk Aktivitet	11
4.2 Generelle effekter	11
4.3 Fysisk aktivitets betydning, effekt og forklaringsmodeller.....	12
5 Resultater.....	14
5.1 Presentasjon av resultater	14
6 Drøfting	16
6.1 Fokus på FA i institusjonen og som behandling	16
6.2 Organisering, aktivitetsrammer og tilpasning har betydning for om pasientene deltar.	18
6.3 Attraktive aktiviteter er enklere å realisere.	20
6.4 Motivasjonsarbeid er avgjørende for pasientens innstilling til FA	21
6.5 Et eksempel på organisering av aktivitet.....	22
7 Kritikk	25
7 Oppsummering og avslutning	26
7.1 Avslutning	26
Litteratur:.....	28
Vedlegg 1 – Samtykkeerklæringer	31
Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	32
Vedlegg 3 - Intervjumaterialet	36

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Jeg er svært aktiv innen fysisk aktivitet og friluftsliv og har erfart hvilke underverker fysisk aktivitet og natur kan gjøre med sinnet. Jeg bruker det til egenerapi, og det har hatt stor betydning for min personlige utvikling. Blant annet har jeg arbeidet som trener, leder og veileder i flere idrettsgrener og friluftsliv, for idrettslag, speidergrupper, turgrupper og kommersielle aktører. I dette arbeidet har jeg fått bekreftet min overbevisning. Jeg tror så sterkt på fysisk utfoldelse i naturen at jeg anser det som et viktig grunnleggende behov. Dette gjør at jeg har ønsket å sette meg inn i tematikken også innenfor et folkehelse og sykepleieperspektiv.

En foreleser i starten av sykepleierstudiet sa «Hvis dere ønsker å skrive om noe med positive resultater, skriv om fysisk aktivitet. All forskning som noen gang er gjort viser positive resultater». Jeg har heller ikke funnet noe forskning på fysisk aktivitet med negative resultater, men mye av forskningen og litteraturen jeg har gått i gjennom er forsiktig med å vise direkte sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykiske helse.

Troen på fysisk aktivitet i behandlingen av psykiske lidelser har eksistert så lenge behandling av psykiske lidelse har eksistert, selv om andre behandlingsmetoder har hatt høyere status.

«Hvis vi kunne blandet alle de gode virkningene av fysisk aktivitet i en pille, ville den vært bestselger på pillemarkedet. Den ville også vært fri for bivirkninger» P.F.Hjort (Helsedirektoratet 2010).

Dette utsagnet representerer også min tro på fysisk aktivitet. Utsagnet sier også noe om at det må være noen barrierer tilstede siden fysisk aktivitet ikke er mer brukt i behandling av f.eks. psykiske lidelser. Jeg kan allerede nevne at jeg tror disse barrierene har noe å gjøre med at fysisk aktivitet er vanskeligere å gjennomføre en å ta en pille, både for pasienten og behandlende enhet. Et eller annet sted i dette har sykepleieren antagelig en viktig rolle.

2 Problemstilling og teoretisk tilnærming

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan man kan jobbe med fysisk aktivitet i psykiatrien. Oppgaven tar for seg hvilke barrierer sykepleiere møter ved iverksetting av fysisk aktivitet i psykiatrien. Oppgaven vil forhåpentligvis opplyse leseren om utfordringer i slikt arbeid, og i bedre stand til å møte barrierene og gjennomføre tiltak med FA.

2.1 Førforståelse

Min bakgrunn og engasjement vært avgjørende for arbeid med denne oppgaven. Mitt liv har ført til erfaringer, kunnskap og holdninger jeg har tatt med meg. Førforståelsen vil naturligvis påvirke mitt arbeid med oppgaven (Dalland 2012: 121). Min subjektive oppfatning av fysisk aktivitet og psykisk helse stod helt på en positiv og optimistisk side når jeg startet arbeidet. Jeg har ingen praksiserfaringer fra psykiatriske institusjoner. Jeg hadde lite kjennskap til at fysisk aktivitet er i bruk i psykisk helsearbeid. Dette kan slik jeg ser det enten være fordi det er lite brukt, lite offentlig opplyst (dokumentert), eller fordi det har gått meg forbi. Jeg håper det er det siste, men jeg tror det er det første. Derfor har jeg ønsket å formulere en problemstilling med utgangspunkt i at fysisk aktivitet er positivt for psykisk helse, og burde i større grad vært implementert i psykisk helsearbeid/praksis. At fysisk aktivitet burde vært tatt mer brukt er en førforståelse jeg har pådratt meg gjennom interesse for temaet.

Utgangspunktet for problemstillingen var at jeg ønsket å gå åpent ut å undersøke uklarhetene rundt at: Fysisk aktivitet er tilsynelatende lite brukt i behandlingen av pasienter i psykiatrien og andre med psykiske lidelser. Akkurat som utgangspunktet ved en hermeneutisk prosess «forsøke å finne frem til meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet som i utgangspunktet er uklart.» (Dalland 2012: 57). Sådan passer en hermeneutisk tilnærming som innstilling til denne oppgaven. Leseren vil få en nærmere forståelse av dette senere.

2.2 Problemstilling

Fysisk aktivitet i psykisk helse arbeid var temaet og utgangspunktet til utarbeiding av problemstilling til denne oppgaven. Som begrensninger har jeg valgt å beskrive utfordringer sykepleier kan møte ved iverksettelsen av fysisk aktivitet som tiltak. Oppgaven vil primært fokusere på sykepleiers rolle og ikke ledelsens, men jeg vil komme til å berøre ledelsens betydning for sykepleierne. Det er ikke en primær målsetning å forsterke fysisk aktivitet sin validitet i fagfeltet, men jeg vil gå inn i fagfeltet for å begrunne problemstillingens gyldighet.

Ved å identifisere eventuelle barrierer vil det også være lettere å bryte de. Jeg ønsker å identifisere barrierer for sykepleiers iverksetting av fysisk aktivitet i psykiatrien. Samtidig

ønsker jeg bruke kunnskapen i tilknytning til barrierene til å beskrive suksessfaktorer for iverksettelsen av FA.

Med forhenværende innstilling velger jeg følgende problemstilling: Barrierer og suksessfaktorer for sykepleiers iverksetting av tiltak med fysisk aktivitet og friluftsliv i psykiatrien.

2.3 Definisjon av begreper.

Herunder vil det bli redegjør for begreper som sentrale i denne oppgaven.

I Norge brukes begrepene fysisk aktivitet, idrettsterapi og idrettspsykoterapi om FA behandling og rehabilitering» (Martinsen 2004: 36). En vanlig definisjon av fysisk aktivitet er kroppslige bevegelser ved skjelettmuskulatur som medfører energiforbruk (Martinsen 2004:35). I gjennomgått litteratur er begrepene fysisk aktivitet (physical activity) og fysisk trening (exercise) mest brukt. Trening forbindes med aktiviteter som er målrettede og prestasjonspreget. Min filosofi er at FA er et mål og en verdi i seg selv.

På grunn av at FA er et bredt begrep inkluderer det også blant annet trening og friluftsliv. Derfor er trening og friluftsliv brukt som søkeord ved litteratursøk, og kommer til å gå igjen som begreper i denne oppgaven. Stortinget definerer friluftsliv som «opphold og fysisk aktivitet i friluft i fritiden med sikte på miljøforandring og naturopplevelse» (St.meld. nr. 39 2000-2001).

«Psykisk helsearbeid er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende felleskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare verdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i en tilfredsstillende sosialt felleskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer» (Hummelvoll 2012: 43).

Psykisk helsearbeid er bredt begrep som både omfavner psykiatrisk behandling og annet psykisk helsearbeid.

For å ikke skape forvirring brukes sykepleier som benevnelse på helsepersonell i psykisk helsearbeid. Fordi oppgaven primært skal beskrive sykepleierrollen er begreper som «Mental

healthworkers», «psykiatrisk sykepleier» og lignende byttet ut med «sykepleier» der dette er berettiget. Likedan brukes pasient om andre navn som f.eks. «bruker», «deltager» og lignende.

2.4 Samfunn/Historie

En historisk forståelse av behandling av psykisk syke kan være betydningsfullt for utviklingen i dagens behandling. Psykiske lidelser har eksistert så lenge historien kan beskrive, men begrepet og faget er relativt ungt. I 1276 ble «gale» likestilt med fattige, hvilket førte til at «gale» gjennom loven fikk mat og husly av lokale gårder (Kringlen 2007: 19). Fra og med 1500 tallet ble gale som ble oppfattet som farlige plassert i avlukker og etter hvert større hus kalt dollhus (ibid). Dette fortsatte til midten av 1800-tallet (ibid). Kort sagt ble de gale, fattige og kriminelle behandlet likt. Skjønt man ikke henrettet eller gav fattige og gale «straff», ble de eksempelvis lenket i kjellere og fjernet fra bysamfunnet (ibid). Den første «spesialbehandlingen» av psykisk syke startet ikke før rundt århundreskiftet til 1900-tallet (ibid). - Hva sier denne tidlige psykiatrihistorien som er relevant for dagens utvikling?

Psykiatrisk sykepleie er i dag tilknyttet mange forskjellige forklaringsmodeller og behandlingsmetoder (Hummelvoll 2012). Helhetlig psykiatrisk sykepleie er avhengig av kjennskap og anvendelse av ikke en, men flere helhetsforklaringer (111). Det var helt klart en dårlig løsning å ikke gjøre noe mer enn å plassere «gale» i avlukker. Opp gjennom psykiatriens historie er mange behandlingsmetoder forsøkt (Kringlen 2007 og NRK). Psykiatrisk helsearbeid er kommet mye lenger i dag, men det på samme måte som den gang er det helt sikkert forbedringspotensialer. Et av de er muligens mer bruk av fysisk aktivitet.

Et av de første tegnene til bevisst bruk av fysisk aktivitet og friluftsliv finnes ved opprettelsen av Blakstad asyl (i dag Blakstad sykehus). Det er fascinerende å lese om hvordan grunnleggeren av Blakstad hospital, Thorvald Dahle, arbeidet i den tid der psykisk helsevern hadde tilsynelatende ekstremt lav status og oppslutning (Mamen 1999). I sin utredning av hvor og hvordan denne institusjonen skulle være sier han blant annet følgende;

«Det hele skulle få plass på et gårdsbruk der pasientene kunne få beskjeftigelse i frisk luft. Gårdsbruk, gartneri, skogsdrift, teglverk og mekaniske verksteder kunne holde mange pasienter i virksomhet som var til nytte så vel for pasientene som for institusjonen» (24).

Jeg fant også en lignende historie om Norges første psykiatriske institusjon Gaustad Asyl, men denne var ikke like romantisk beskrevet (Steen 2005). Jeg finner grunn til å tro at

behandlingen av psykiatriske pasienter ikke var like ideell som den beskrives hos Mamen (NRK 2012). Beskrivelsen inneholder allikevel det poeng at: Ideen om at fysisk aktivitet og friluftsliv er nyttig i psykiatrien fantes allerede da, og har ikke blitt forkastet siden så vidt jeg vet.

2.5 Politiske føringer

Offentlige myndigheter beskriver i flere rapporter og veiledere at fysisk aktivitet bør benyttes i psykisk helsearbeid (Folkehelseinstituttet 2009, Sosial og - Helsedirektoratet 2004 og 2005)

Pasienter innlagt under behandling av psykisk helsevern har av loven krav på å få: (a.) delta i utformingen av institusjonens daglige liv og andre forhold som berører den enkelte pasient, (b.) anledning til å dyrke sine private interesser og hobbyer, (c.) tilgang til aktivitetstilbud innen rammen av husordensreglene, (d.) anledning til daglige uteaktiviteter (Psykiskhelsevernloven).

2.6 Forskningsetiske problemstillinger

I arbeidet med denne oppgaven har jeg vært i kontakt med helsepersonell som jobber i psykisk helse. Arbeidet har ikke involvert noe kontakt med pasienter. Undersøkelsen har ført til en belastning for de som har vært involvert i rekruttering og gjennomføring av intervjuene (2012: 97). Belastningen har hovedsakelig vært i form av tid og ressurser. Muligens har det vært motiverende for de involverte å se at unge krefter interesserer seg for dette tema. Et vellykket forskningsintervju er dessuten en positiv opplevelse for begge parter og forhåpentligvis vil mitt arbeid bidra i personalets refleksjon og en fornyet innsikt i egen praksis (Dalland 2012: 163). Slik kan noe av belastningen balanseres ut. Det er imidlertid lite sannsynlig at de berørte partene har fått like mye ut av vår kontakt som meg. Det som balanser ut belastningene, er den kanskje viktigste verdien nemlig at prosjektet er en del av sykepleierutdanning. Dermed har oppgaven en verdi både for meg personlig og for offentligheten (97).

Studentprosjektet er ikke meldt til personvernombudet for forskning (Personvernombudet 2014). Grunnet at det ikke har vært nødvendig å innhente den type *personligopplysninger* som krever personvern (ibid). Før intervjuer ble det informert om studentprosjektets problemstilling, og at det ikke innebar innhenting av personopplysninger eller opplysninger av personlig sensitiv karakter (Vedlegg 1). Som sykepleierstudent er jeg underlagt *Helsepersonelloven*, derunder *taushetplikten* (Helsepersonelloven).

3 Metode

Tilnærmingen til denne problemstillingen vil være hermeneutisk. Metoden vil være et semi-strukturert kvalitativt intervju med sikte på å samle inn sykepleiererfaringer med relevans til problemstillingen.

3.1 Teoretisk tilnærming

Min undersøkelse av problemstillingen kommer til å være gjennom et kvalitativt intervju som beskrives i metoddelen. Undersøkelsen kommer til å ha en hermeneutisk tilnærming.

Et annet ord for hermeneutikk er fortolkningslære (Jacobsen 2005: 26). Gjennomgått teori tyder på at FA er et godt egnet tiltak ved psykiatriske institusjoner. Min innstilling til oppgaven og førforståelse har vært en undring over hvorfor FA ikke er mer brukt i psykisk helse arbeid og en plan om å gå åpent ut og undersøke dette. Dette passer godt overens med en hermeneutisk tilnærming som er å undersøke noe som i utgangspunktet er uklart og ikke gir mening, noe som er utgangspunktet for et fortolkningsarbeid (Dalland 2012: 57). Den hermeneutiske tilnærmingen er også egnet til å studere hvordan sykepleierpersonell har tolket og plassert mening i sin egen virkelighet (Jacobsen 2005:27). Fra førforståelse til teoretiske forståelse, gjennom intervju og drøfting av intervjuresultatene vil oppgaven presentere en utvidet forståelse av sykepleiers barrierer for iverksetting av FA. På denne måten er arbeidet med denne oppgaven en hermeneutisk prosess.

Både den teoretiske rammen for oppgaven og søkemethoden er bevisst valgt for å skape relevans til gyldig og tilgrunnleggende teori og forskning (Jacobsen 2005:26).

Ved intervjuundersøkelser er det vesentlig å sette seg inn i temaer problemstillingen berører (Glasdam 2012: 96). For å få en større, mer helhetlig og hermeneutisk forståelse av sykepleiererfaringer fra praksis har jeg forsøkt å sette meg inn i fagfeltet (96). Dette har jeg gjort ved litteratursøk med hovedsakelig 2 perspektiver: Internasjonalt vitenskapelig ny forskning og regjerende teori tilknyttet norsk helsearbeid. Det var ønskelig å se på forskning vedrørende sammenhengen mellom FA og psykisk helse for å skape et godt objektivt grunnlag for fysisk aktivitets betydning. Samtidig var det viktig å forstå hvilken teori som er ledende i norsk helsevesen i dag for å komme nærmere forståelsehorisonten til de som skulle intervjues (Dalland 2012: 159).

3.2 Beskrivelse av metoden - kvalitativt intervju av i psykisk helsearbeidere

Hensikten med intervjuene er som beskrevet i intervjuguiden (Vedlegg 2) å forstå grovt hvordan en vanlig dag er, hvilken rolle og status fysisk aktivitet har. Samt å få greie på hvordan fysisk aktivitet arrangeres, deriblant hvem som gjør det? hvordan det organiseres? hvorfor det gjøres? og om det er tilfeldig hvem, hva, hvordan, og hvorfor det gjøres? Svar på disse spørsmålene vil forhåpentligvis bidra til å forstå og finne utfordringer eventuelt barrierer for sykepleiers iverksetting av FA.

Fremgangsmåten var forberedelser gjennom undersøkning av praksisfelt, utarbeiding av intervjuguide, prioritering av informasjonskilder/praksissted og bestemmelse av intervjuobjektens praksisrolle. Gjennomføringen innebar rekruttering, avtaling og gjennomføring av selve intervjuet. Etterarbeidet bestod av analyse og tolkning av innsamlet data. I drøftingen blir resultatene videre omtalt og diskutert i lys av relevant litteratur. Det er i drøftingen at ny forståelse av problemstillingen oppstår og den hermeneutiske tilnærmingen synes (Dalland 2012).

3.2.1 Forberedelser

I et kvalitativt intervju er det ikke mengden på datainnsamlingen som er viktig, men relevansen (kvaliteten) (Glasdam 2012: 101). På grunn av oppgavens begrensning i omfang og arbeidets tidsrom ble antall intervjukandidater begrenset til 2 (Glasdam 2012: 101). Kvaliteten på datainnsamlingen var avhengig av hvem som skulle intervjues (ibid).

Allerede på dette stadiet ble derfor aktuelle virksomheter undersøkt nærmere. Virksomhetene ble undersøkt gjennom lettest mulig informasjon, som på internett og informasjonsfoldere. Flere ble også etter hvert kontaktet på telefon og mail. I forhold til problemstillingen var det mest relevant å finne virksomheter med intervjupersoner som hadde erfaringer med problemstillingen. Det ble vurdert slik at kandidater som kunne antas å ha erfaring med bruk av FA i psykisk helsearbeid var aktuelle. Samtidig som virksomheten måtte ha erfaring med FA, ble de som så ut til å være drevne på FA nedprioritert fordi problemstillingen går ut på hva som til er hinder for iverksettelsen av FA.

Beslutningen av hvilken enhet/institusjon som skulle intervjues ble bestemt av en prioriteringsliste hvor aktuelle kandidater ble rangert etter følgende kriterier: Behandling av allmennpsykiatriske lidelser, erfaring med FA og praktisk beliggenhet. Deretter ble kandidatene kontaktet i den rekkefølgen og det ble gjort avtale med første villige virksomhet.

Så til spørsmålet om hvem som intervjuer. Det var naturlig å gjøre intervjuene på egenhånd. Siden det skulle gjøres et semi-strukturert kvalitativt intervju er intervjueren avhengig av kunnskap rundt problemstillingen og intervjuenheten for å kunne stille gode spørsmål (Glasdam 2012: 96). Rent praktiske årsaker som tilgang på andre ressurspersoner, oppgavens omfang og tidsramme gjorde det dessuten vanskelig å engasjere utenforstående.

For å rekruttere helsepersonell til intervjuet ble det sendt ut en etterspørsel til en allmennpsykiatrisk voksenavdeling (Vedlegg 1). Forespørselen innebar blant annet kort informasjon om at ønsket var å intervju 3 av personalet, hensikten med intervjuet og tidsrammen på 30 min. Dette skrevet ble fulgt opp av telefonhenvendelse til avdelingen som resulterte i en kontaktperson som hjalp til med rekrutteringen av intervjupersoner. Det ble på dette tidspunktet gitt mer utfyllende informasjon. Personene som ble intervjuet i forbindelse med denne oppgaven omtales som intervjupersoner (Dalland 2012: 152). Det ble gjort en vurdering av hvilken yrkesrolle intervjupersonene skulle ha. Personalet med rolle som sykepleier, i administrasjon og ledelse, og andre faggrupper ble vurdert. 1 sykepleier og 1 fysioterapeut ble intervjuet.

3.2.2. Gjennomføring

Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2) med utgangspunkt i Glasdams presentasjon av semi-strukturert kvalitativt intervju (2012: 95).

Det ble etter å ha opprettet kontakt med institusjonen og et par telefonsamtaler med kontaktpersonen på avdelingen gjort avtale om tidspunkt for gjennomføring av intervjuene. Av praktiske hensyn ble intervjuene gjennomført på avdelingen. Kontaktpersonen ved avdelingen ordnet rom. Intervjuer hadde ikke anledning til å velge hva slags rom intervjuet skulle gjennomføres i. Intervjuer var påpasselig med å være tidlig ute for å gjennomgå de «praktiske forberedelsene» (Vedlegg 2). Før intervjuet startet ble intervjupersonene gitt informasjon om samtykke, anonymitet og taushetsplikt som formulert i Vedlegg 1 (Dalland 2012: 166). Intervjuguide ble benyttet som støtte under intervjuet.

Målsetningen med kvalitative intervjuer er å forstå intervjupersonens oppfatning av egen situasjon (Dalland 2012: 153). Det å sette seg inn i og forstå intervjupersonen er en omfattende prosess.

3.2.3. Etterarbeid - Analyse og tolkning.

Analysen er arbeidet som får frem intervjuets sentrale data (Dalland 2012: 178). Tolkningen er den prosessen som tydeliggjør meningen med det vi har fått vite og gir meningsfulle svar

på det vi lurer på (178). På grunn av denne oppgavens avgrensning i tid, ble det ikke benyttet båndopptaker under intervjuet. Det ble i stedet gjort notater. Det var ikke anledning til å skrive ned alt som ble sagt under intervjuet da det ville tatt for mye tid. De uttalelsene og temaene som ble oppfattet som relevante der og da ble skrevet ned som notater. Noteringen innebærer slik en betydelig del av analysen, og analyseprosessen ble derfor forkortet (Dalland 2012).

Etter intervjuet ble analyse og tolkning gjort på følgende måte. Det ble utarbeidet en tekst av intervjuvarene kalt intervjumaterialet (Vedlegg 3). Intervjumaterialet er basert på notater fra intervjuene og hukommelse. Intervjumaterialet er en beskrivelse av intervjugjennomføringene i sin helhet som beskriver: Inntrykk, ankomst og mottagelse, stemning, intervjusvar og intervjuenes avslutning. Videre ble intervjumaterialet analysert. Gjennom analysen ble intervjumaterialet tematisert (Dalland 2012: 180).

Tolkning er prosessen som fører til en forklaring av hva en uttalelse eller tekstbit egentlig betyr. Noen deler av intervjumaterialet har større betydning enn andre. Malterud bruker begrepet *meningsbærende enheter* om de tekstbitene som bærer med seg nyttig kunnskap (2003: 102). Gjennom analyse og tolkningsprosessen ble de meningsbærende enhetene i intervjumaterialet funnet.

4 Teoridel

I startfasen av mitt researcharbeid til denne bachelor oppgaven kom jeg over følgende utsagn i *Fysisk aktivitet og psykisk helse* (Helsedirektoratet 2010). ”Det er ikke pasientene som er en bremsekloss for økt fysisk aktivitet i behandlingen - det er oss selv”. Mye av min tidlige sondering av fagfeltet tydet på at dette utsagnet stemmer. Dette engasjerte meg voldsomt og skulle bli en viktig og inspirasjonskilde til problemstillingen. Helsedirektoratets tipshefte *Fysisk aktivitet og psykisk helse* har også vært en inspirasjonskilde til både ideer og litteratur.

Egil W. Martinsen har vært en viktig litterær bidragsyter til denne oppgaven. Helt fra starten av arbeidet har Martinsen var et navn som har gått igjen i litteratur om arbeid med psykisk helse og fysisk aktivitet. Martinsen er nasjonalt og internasjonalt anerkjent professor i psykiatri, og har 30 års erfaring fra fagområdet fysisk aktivitet og psykisk helse (Martinsen 2004). I tillegg til at det er anvendt originallitteratur av Martinsen i denne oppgaven er Martinsen hyppig angitt i kildehenvisninger i både myndighetenes publikasjoner, teori og internasjonale forskningsartikler.

Søk etter forskningsartikler om emnet fysisk aktivitet og psykiatri ble gjort i Cinahl og PsycINFO. Cinahl og PsycINFO er internasjonalt anerkjente forskningsdatabaser. Søkord som ble brukt var mental health (psykisk helse), psykiatri (psykiatri), exercise (fysisk trening), physical activity (fysisk aktivitet), nature og outdoors (friluftsliv). Forskjellige kombinasjoner av disse søkeordene ble brukt med tanke på å finne artikler som kunne belyse problemstillingen fra forskjellige perspektiver. Søkeregninger som ble brukt var «Peer Reviewed», «Full Text» og «Publication Date 2005-2014». Disse ble brukt under samtlige søk.

Den norske litteraturen ble funnet med utgangspunkt i Helsedirektoratets tipshefte om fysisk aktivitet og psykisk helse (Helsedirektoratet 2010). Tipshefte inneholder en fyldig litteraturliste som ble anvendt til *kædesøkning* (Hørmann 2012:37). Søket ble gjort i Bibsys.

5 forskningsartikler som syner problemstillingen fra forskjellige perspektiver ble funnet relevant for problemstillingen. (1) Scotts artikkel er om de store sammenhengene mellom Lav fysisk helse, helseskadelige livsstil og alvorlige psykiske lidelser (2011). (2) Masons artikkel er en litteraturreview av kvalitativ forskning på brukeropfatninger av psykologiske og sosiale virkningsmekanismer (2012). (3) Hapell har skrevet en feature artikkel som tar for seg sykepleierrollen ved plasseringen av FA i psykisk helse (2011). (4) Carless beskrivelse av de ideologiske forutsetningene for iverksettelsen av FA (2012). (5) En siste artikkel beskriver FA

nytte ved psykiske lidelsen. Artikkelen trekker frem at psykisk helse-personell er en underbenyttet ressurs i promoteringen av FA (Saxena 2005).

I tillegg ble det funnet relevante rapporter og teori som er anvendt både i teori og drøfting.

4.1 Mangel på Fysisk Aktivitet

Argumentene for at FA burde få større oppmerksomhet i psykisk helsearbeid er mange. For det første er sammenhengen mellom lav fysisk helse, lav FA og psykiske lidelser stor (Scott 2012). Dårlig fysisk helse og helseatferd er i stor grad overrepresentert hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser enn befolkning ellers (594). Blant annet er den forventede levetiden ved alvorlig psykisk lidelse forkortet med 30 år mot annen befolkning (ibid). Det er en stor overvekt av alvorlige livsstilsrelaterte sykdommer som overvekt, metabolsk syndrom, diabetes, hjerte-kar-lidelser, luftveislidelser, HIV og kreft blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Livsstilssykdommer er i stor grad forårsaket av livsstilsrelaterte vaner som matvaner, fysisk aktivitet, røyking, alkoholforbruk og seksualatferd (ibid). Scott mener denne sammenhengen uttrykker et sterkt behov for at sykepleiere i psykisk helsearbeid er oppmerksomme på pasienters fysiske helse (595).

Dette var negative signaler på behovet for FA. Det er hyggeligere å se på de positive!

4.2 Generelle effekter

FAs betydning for fysisk helse er anerkjent både i forsknings og allmennkunnskap, FAs betydning for psykisk helse virker mindre kjent/anerkjent. Forskning viser at fysisk aktivitet er direkte positivt for psykisk helse, i tillegg har fysisk aktivitet en helsefremmende effekt, sykdomsforebyggende effekt og er nyttig som sekundærbehandling i behandling av en rekke psykiske lidelser (Helsedirektoratet 2010 og Martinsen 2004). Fysisk aktivitets effekt er best dokumentert ved mild til moderat depresjon og angst (ibid). FA gir ifølge Mæland mentalt og kroppslig overskudd, motvirker depresjon og styrker selvbilde (2010: 177). Forskning ser ut til å være enige om at FA gir økt velvære, redusert medisinbruk og forebygging av flere vanlige psykiske lidelser (Center for Kvalitetsudvikling 2009, Mykletun 2009, Martinsen 2004 og Saxena 2005).

I følge Helsedirektoratet gir FA opplevelse av livsutfoldelse, glede og økt velvære etter aktivitet, samt overskudd og energi, bedre søvnkvalitet, mindre stress-symptomer, økt optimisme og mer pågangsmot, bedre selvfølelse og forhold til egen kropp (2010: 8). Effektene av FA er nesten fullstendig i negativ korrelasjon med noen av de viktigste

symptomene på depresjon, som er redusert livsglede, nedstemthet, mangel på energi, søvnproblemer, redusert konsentrasjons evne og ubeslutsomhet, fysisk rastløshet/treghet, følelse av verdiløshet (Bahr 2008).

De helsefremmende effektene av FA kan være undervurdert på grunn av det faktum at forebyggende helsearbeid er vanskelig å dokumentere (Mæland 2010: 21). De helsefremmende effektene av FA i psykisk helsearbeid kan innebære et lite synlig, men stort positivt potensiale.

4.3 Fysisk aktivitets betydning, effekt og forklaringsmodeller

Litteraturen beskriver mange forhold som argumenterer for FA rettmessige posisjon i psykiatriske sykepleierrollen, institusjoner og samfunnet for øvrig. Herunder beskrives noen vesentlige.

Fysisk aktivitet påvirker ens selvfølelse og kroppsoppfatning (59). I følge Martinsen har flere studier vist at fysisk trening kan bidra til en bedre selvfølelse. De positive effektene er størst på mennesker med dårlig selvtillit (ibid). «Det er en vanlig erfaring blant mosjonister at regelmessig fysisk trening fører til bedre søvn.» (ibid). En like sannsynlig forklaring er at søvn gir mer energi til fysisk trening (Martinsen 2004: 60). Hva som kommer først av høna og egget er ikke lett å si, men det som er sikkert er at det har en sammenheng og at begge deler er viktig.

Det ser ut til å være stor oppslutning om sammenhengen mellom psykiske lidelser og lav FA. Lav fysisk aktivitet og andre livsstilsrelaterte risikofaktorer er overrepresentert hos mennesker med psykiske helseplager (Martinsen 2004: 43). Det er en kjent sammenheng mellom fysisk inaktivitet og dødelighet og somatiske livsstilssykdommer (43). Folkehelseinstituttets rapport om *Psykiske lidelser i Norge* beskriver sammenhengen mellom FA og fravær av psykiske lidelser (Mykletun 2009: 27). Rapporten viser at fysiske aktive har mindre risiko for utvikling av psykiske lidelser. Rapporten viser at effekten av FA som behandling ved depresjon er god, og brukbar i behandling av angstlidelser, schizofreni, ruslidelser og demens (27). Denne oppfatningen av FAs anvendelsesområde går igjen i myndighetenes publikasjoner av temaet.

Scott mener sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse uttrykker et sterkt behov for at sykepleiere i psykisk helsearbeid retter oppmerksomhet mot pasienters fysiske helse (2011: 595). Det blir påpekt at sykepleier er i en ideell rolle for å fremheve fysisk helsebehov og godt plassert i forhold til å utøve en lederrolle i en utviklingen av helhetlig pleie i psykisk helsearbeid (ibid).

Hittil har dokumentasjon av fysisk aktivitets effekt som tiltak vært av lav kvalitet og ikke ført til sikre resultater (Hapell 2011: 312). Enkelte nyere studier har vist at pasienter med psykiske lidelser kan oppnå stor FA på relativt kort tid (ibid). Fysisk aktivitetsnivå blant psykiatriske pasienter er lavere enn befolkningen ellers (ibid). Pasienter som har gjennomført et treningsprogram med FA, har et aktivitetsnivå opp mot med befolkningen ellers (ibid). Dette passer sammen med Center for Kvalitetsutviklings rapport hvor 82 % svarer at de opplever at fysisk aktivitet har økt hos pasienten (2009: 7). 100% svarer at fysisk aktivitet gagnar pasienten, og hvorav 61 % i høy grad (ibid). De positive effektene oppfattes enten som bedre psykisk helse direkte eller redusert medisinbruk.

FA kan også redusere muskelspenninger, behov for sovemedisiner og andre medikamenter (Martinsen 2006). Det kan også gi mer energi, bedre søvn, økt evne til kreativt og problemløsende tenking og økt evnen til å mestre hverdagens belastninger (ibid). FAs effekter er best dokumentert ved milde til moderate former for depresjoner, men kan også være nyttig ved mange andre lidelser (135). Mange tror kanskje at FA er risikofyllt. Den vanligste bivirkningen er ifølge Martinsen bedre fysisk form (ibid).

Det er godt dokumentert at FA er positivt for helsen generelt og forebygger mange av de største helseutfordringene på befolkningsnivå (Hapell 2011: 311). Både biokjemiske og psykososiale teorier kan forklare en sammenheng mellom mental helse og FA (311). Det er flere psykologiske virkninger av fysisk aktivitet (Martinsen 2006: 122). Vitenskapelig dokumentasjon viser at fysisk aktivitet kan gi en følelse av velvære, bedre selvfølelse gjennom bedre forhold til egen kropp, bedre søvn (135). Hapell finner også at FA kan være en sosialiseringmetode som er ansett som nyttig for psykisk helse (Hapell 2011: 312).

Brukerstudier rapporterer om at FA innebærer positive opplevelser som glede, inkludering og måloppnåelse (ibid). I tillegg til sosiale og psykologiske virkningen rapporterer pasienter direkte angstdempende og antidepressive effekter av FA i opptil 2 døgn post aktivitet (ibid).

Fysisk aktivitets positive virkning på psykisk helse kan også forklares ut i fra nevrobiologiske hypoteser, psykologiske hypoteser, distraksjon, antropologi og fenomenologi (Martinsen 2006: 131).

5 Resultater

Dette kapitlet presenterer sluttresultatet av intervjuene, intervjumaterialet og analyseprosessen. Intervjuresultatene er kategorisert i FAs plassering i institusjonen og behandling, organisering og hemmende og fremmende aktiviteter. *

5.1 Presentasjon av resultater

Intervjumateriale	Tema	Meningsbærende enheter
<p>«Ledelsen har i stor grad valgt å gi FA stor fokus.»</p> <p>«Sykepleiere er med på å velge ut og gjennomføre aktiviteter.»</p> <p>«Bemanning er en barriere for de som trenger individuelle oppfølging.»</p>	Institusjon og ledelsesfokus	<p>Fokus på FA i institusjonen og som behandling er avgjørende for sykepleiers iverksettelse av FA.</p> <p>Sykepleier har en sentral rolle i iverksettelsen av FA</p>
<p>«Organiseringen er tverrfaglig, og justeres etter personalet og pasientenes interesser.»</p> <p>«Forhåndsinformasjon og rammer for aktiviteten er nyttig.»</p> <p>«Vi tilpasser turen etter hvem som kunne tenke seg å være med»</p>	Organisering	<p>Organiseringen vektlegger aktivitetsrammer og tilpasning. Hvilket ser ut til å ha betydning for om pasientene deltar.</p>
<p>«Vi oppfatter det som viktig at vi følger med på det som er trendy, pasientene er stort sett gira.»</p>	Aktiviteter	<p>Attraktive aktiviteter er enklere å realisere.</p>

<p>«Noen aktiviteter er mer populære enn andre.»</p>		
<p>«Pasienter har et ønske om endring, men sliter med å gjennomføre».</p> <p>«Vi prøver å få pasientene med på og til å fortsette er med aktiviteter.»</p> <p>«Det å legge seg på samme nivå. Ikke legge opp til en konkurranse.»</p>	<p>Motivasjon</p>	<p>Motivasjonsarbeid er avgjørende for pasientens innstilling til FA</p> <p>Motivasjonen er avhengig av aktivitetens kvalitet(er)</p>
	<p>Direkte meningsytringer</p>	<p>«Personalets begeistring og interesse, felles ansvar, og noen ildsjeler som drar det i gang er sentralt»</p>

6 Drøfting

6.1 Fokus på FA i institusjonen og som behandling

Innledningsvis i oppgaven ble det antydnet at det ikke er pasientene, men sykepleiere som er barrieren for FA. I følge Hapell har pasientene en åpen og positiv innstilling til FA (2011: 313). Hvorvidt sykepleiere er like positivt innstilt er interessant i denne sammenhengen. Faulkner hevder ifølge Hapell at sykepleiere generelt er positive til fysisk aktivitet som tiltak og rundt halvparten anså promotering av FA som en del av sykepleierrollen (312).

En mulig barriere er at fysisk aktivitets betydning for psykisk helse har for lav status i samfunnet og helsepersonells utdanning. Dermed oppnår ikke FA sin rettmessige rolle i institusjon og behandling. Intervjuet tyder på at FA har en betydelig rolle i avdelingen og behandling. Det utelukker ikke at fokus på FA i psykisk helsearbeid er en barriere i et større perspektiv. Selv om ikke intervjuvarene sier noe om FAs fokus utenfor institusjonen, vil fokus på FA helt opp til politisk nivå muligens ha innflytelse på hvor vanskelig det er å iverksette FA.

Ut fra et politisk ståsted har FA fått en økt status relativt nylig. Fysisk aktivitets rolle i psykisk helsearbeid ble ifølge Martinsen første gang omtalt i en stortingsmelding i 2003 (2006: 122). Siden den gang har fysisk aktivitets betydning for psykisk helse fått betydelig mer oppmerksomhet, og temaet er som nevnt beskrevet offentlige myndigheter i mange dokumenter (Bahr 2008, Helsedirektoratet 2010, Folkehelseinstituttet 2009, Mykletun 2009, Sosial - og helsedirektoratet 2005 og Sosial - og helsedirektoratet 2004). Politiske føringers virkning på psykisk helsearbeids praksis er vanskelig å si noe om her, men det er rimelig anta at virkningen skjer gjennom en utvikling over tid. Politiske føringer skisser opp hvordan praksis burde være, men hva som foregår på avdelingen er i stor grad avhengig av sykepleieres og andres initiativer. Dermed finnes det kanskje også noen barrierer mellom politiske føringer og praksisutøvelsen.

Hapell finner at et manglende fokus på FA i fagfeltet lager barrierer for sykepleier promotering og veiledning av fysisk aktivitet (2011: 314). Videre hevder Hapell det kan være at mangel på promotering av FA i større grad er pga. utilstrekkelig utdanning og trening enn sykepleierens syn på FA i psykisk helsearbeid (ibid). Mere utdanning av temaet fysisk aktivitet er nødvendig for økt promotering av FA i psykisk helseprofesjonene (ibid).

Kompetanseheving kan gi bedre evner til å vurdere og gå inn for FA som terapeutisk tiltak (ibid). Forfatterne har ikke funnet noe sykepleiepensum rettet mot grunnutdanningen som

inkluderer FA i psykisk helsearbeid (ibid). Det ligger ingenting i veien for at sykepleiere kan støtte opp om utvikling av daglig rutiner og kultur, så lenge det er brukernes interesse og faglig begrunnet (ibid). Sykepleiers støtte av FA kan ha kulturelle, sosiale, geografiske og økonomiske betydninger som i et stort perspektiv strekker seg utenfor helsevesenet (ibid).

Utdanning og organisering av helsevesenet er viktig, men det sier ikke noe om hva sykepleiere kan bidra med i daglige rutiner. Selv om manglende fokus på temaet FA og psykisk helse under utdanning er en mulig barriere, ser ut til å være nok av faglitteratur til å begrunne FA som tiltak. Sykepleierfaget vil alltid være under utvikling og slik vil det derfor være nødvendig for sykepleiere å ta initiativ til nye tiltak.

Intervjupersonene opplevde at et sterkt ledelsesfokus på FA og sykepleierrollen hadde betydning for iverksettelsen av FA (Vedlegg 2). Ledelsesfokus kan tenke seg å både en barriere og en suksessfremmende faktor, spesielt hvis det er forskjellig fra sykepleiers fokus. Betydningen av ledelsesfokus beskrives blant annet av Center for Kvalitetudvikling (2009). Avdelingstype og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet spiller liten rolle for resultatet av implementering av FA i en avdeling (6). Nøkkelpersoner med bakgrunn eller interesse for FA, samt en tydelig ledelsesbeslutning og støtte, er svært viktig (ibid). De aller viktigste ledelsesrollene var en organisatorisk omstrukturering av personalet og personalets tidsbruk (ibid). Dette er i betydelig samsvar med intervjuresultatene. Intervjupersonene fremhevet et engasjert og begeistret personale, pådrivende ildsjeler og ledelsens tydelige fokus som viktig ved iverksettelsen av FA. Ledelsens føringer oppfattes ikke som en barriere av intervjupersonene ved deres avdeling. Sykepleierne opplever derimot støtte fra ledelsen som viktig. Det kan derfor ikke utelukkes at ledelsesfokus er en barriere andre steder.

Ledelsesfokus kan altså være av betydning for iverksettelse av FA. For å dra drøftingen helt ned på sykepleiernivå er det kanskje nødvendig å se på hvordan pleiekulturen kan påvirke iverksettelsen av FA. Sykepleiere erkjenner FA som en del av sin yrkesrolle og at FA er ansett som en del av behandlingen (Vedlegg 3). Intervjupersonene forteller også om en god kultur for FA på avdelingen. Ifølge Carless er ideologien (ethos) for etableringen av FA viktig for at FA skal oppleves som en meningsfull, verdifull, heldig og dermed en attraktiv aktivitet (2012: 170). Med andre ord sykepleiere som skal organisere FA bør ha en oppriktig tro på det de gjør. Dette kan også sammenlignes med intervjupersonenes opplevelse av et engasjert og begeistret personale og pådrivende ildsjeler som betydningsfullt. Et eksempel på hvordan en

sykepleier kan vise personlig engasjement og begeistring som kommer frem i intervjuet er å møte opp på morgentrim som «frivillig» deltager.

Det ser ut til at både ledelsesfokus og god pleiekultur er av betydning for FA. Ved intervjupersonen avdeling var begge deler tilstede. Hvilken betydning ledelsesfokus og god sykepleierkultur har hver for seg er dermed vanskelig å konstatere, men det er en mulighet at det er nettopp at hele avdelingen står sammen om prosjekter med FA som er avgjørende.

- Dersom hele persongruppen står sammen om FA er det positivt for relasjonene mellom personalet og pasienter (Center for Kvalitetsutvikling 2009: 7). Center for Kvalitetsutvikling vektlegger samtidig viktigheten av at ledelsen sørger for ytre rammer (15). Ledelsens engasjement smitter over på personalet og kan være en helt avgjørende støtte for personalets gjennomføringsevne (ibid). Det er rimelig å anta at pleiekultur, sykepleierholdninger og ledelsesfokus har en nær sammenheng. Både pleiekultur, sykepleierholdninger og ledelsesfokus vil kunne være barrierer for sykepleiers iverksetting av FA dersom iverksettelsen er avhengig av nettopp at avdelingen står sammen.

6.2 Organisering, aktivitetsrammer og tilpasning har betydning for om pasientene deltar.

En klar definisjon av ansvarlig personale, rekruttering og innledning til deltagere, individuell planlegging, organisering av aktiviteten og evaluering er viktige elementer i implementeringen av FA (Helsedirektoratet 2010 og Center for Kvalitetsutvikling 2009). Det er stor enighet om at hvilken aktivitet som organiseres ikke er avgjørende for positiv effekt av FA, men snarere hvordan den organiseres (Carless 2012, Center for Kvalitetsutvikling 2009 og Helsedirektoratet 2010).

Avdelingen presenterer FA for pasientene for første gang i inntakssamtalen. Gjennom et fast program tilbys pasientene forskjellige aktiviteter. Denne fremgangsmåten brukes også ved de mange avdelinger i *Fysisk aktivitet i psykiatrien* som kan vise til gode resultater (Center for Kvalitetsutvikling 2009: 16). Personalet pleier under inntakssamtalen å undersøke pasientens forhold til FA, og kommer med forslag til passende aktiviteter på bakgrunn av dette. Intervjupersonene fremhever at forhåndsinformasjon og tilpasning blir vektlagt. Gjennomføringen av FA er tverrfaglig. Intervjumaterialet peker også på at organiseringen ivaretar både personalet og pasientens interesser. Som allerede nevnt er personalets oppriktige tro og engasjement viktig for en god gjennomføring av FA. Ivaretagelse av personalets interesser er derfor hensiktsmessig.

Valg av aktivitet er som sagt ikke avgjørende for de psykologisk virkningene av fysisk aktivitet. De samme psykologiske effektene kan nemlig oppnås ved forskjellige aktiviteter (Sosial og – helsedirektoratet 2005: 27). Valg av aktivitet kan imidlertid være en god mulighet til å ivareta pasienten interesser og brukermedvirkning (Martinsen 2006, Sosial – og helsedirektoratet 2005 og Moe 2004). Tilrettelegging for dette er avgjørende.

Undersøkt avdeling har mange aktiviteter som en del av dagsprogrammet. Flere av aktivitetene var populære. På mange måter hadde de lyktes organisering av FA. Intervjumaterialet finner at avdelingen har utfordringer med strukturert individuell oppfølging og evaluering av FA. Selv om gruppeorganisert FA er godt innarbeidet og høyt prioritert, skjer individuell oppfølging av FA etter særskilt vurdering og har lavere prioritet.

Mesteparten av FA som arrangeres på avdelingen er gruppebasert. Brukernes barrierer er personavhengig (Mason 2012: 283). Et eksempel på pasientbarrierer nevnt i intervjuet er at noen pasienter misliker å gå i offentlig dusj/svømmehall. Gruppebaserte aktiviteter og personlige barrierer vil sammen nødvendigvis innebære organisatoriske utfordringer, men det er ingenting i veien for å gjøre individuelle tilpasninger i en gruppeaktivitet. Det vil kanskje være utfordrende å møte alle personlige barrierer og individuelle behov ved gruppeaktiviteter. I noen tilfeller vil individuell oppfølging og evaluering av FA derfor også være nødvendig.

Mason antyder at pasienter kan ha barrierer og resistens for å bedrive FA (2012: 283). For eksempel vil aktiviteter som arrangeres på treningssentre og sportsarenaer kunne innebære barrierer på den måten at deltageren må gå inn i en arena som er grenseoverskridende (283). Denne typer barrierer er personlige. Eksempelvis vil det være grenseoverskridende å gå på treningssentre for asiatiske kvinner, mens tradisjonell dans vil være innenfor denne personlige grensen (283). Situasjonen for en eldre norsk mann være stikk motsatt. Studien henviser til at aktiviteter som f.eks. dans, sykkelturner og friluftsliv, som nødvendigvis ikke innebærer de samme utfordringene, men kan gi samme resultater i form av self-efficacy og self-esteem (283).

Svømmehaller og treningssentre er nevnt som aktivitet i intervjuene (Vedlegg 3). Det er tegn på at intervjupersonene er oppmerksom på den personlige «grenseoverskridene» typen barrierer. Når det gjelder treningssentre så ser det ut til å fungere godt for en del av pasientgruppa. Intervjumaterialet viser at avdelingen bruker «et treningssenter som ikke er for designmessig avansert og mer lavterskel.» Pasientene forteller oss at de føler seg både vel og nærmere samfunnet på dette treningssenteret. Intervjupersonene har derimot opplevd at

pasienter ikke føler seg vel med å gå i offentlig svømmehall. Noen barrierer er altså personavhengig. Innen et gruppeaktivitetstilbud hvor pasienten har valgmuligheter kan det være hensiktsmessig at pasientene deltar på aktivitetsformer som ikke inneholder denne typen barrierer. Her blir forhåndsinformasjon om aktivitetens innhold i så fall viktig. Sykepleiers kjennskap til pasienten er også viktig i denne sammenhengen hvis sykepleier skal anbefale veilede eller tilpasse aktiviteter for pasienter.

Den tidligere antydningen om at det ikke er pasientene som er barrieren for iverksettelsen av FA må nå presiseres. Sykepleier kan selvsagt ikke skyldes på pasienten dersom FA er vanskelig å gjennomføre. Det er ikke pasienten som er barrieren, men det kan være pasienten som møter barrieren ved FA. Pasientens gjennomføring av FA blir i så fall avhengig av hjelp som tilpasning av aktiviteten og motivasjon til gjennomføring. Å gå inn i treningssentre og lignende arenaer kan altså være grenseoverskridende og en barriere i seg selv. Like mye som slike arenaer innebærer barrierer, vil det grenseoverskridende innebære muligheter for å møte personlige utfordringer! - Uansett er det nyttig kunnskap.

6.3 Attraktive aktiviteter er enklere å realisere.

Intervjuresultatene tyder på at noen aktiviteter er mer attraktive enn andre. De attraktive aktivitetene har større deltagelse.

Intervjupersonenes oppfatning er at programaktiviteter er en barriere for å få pasientene med (Vedlegg 3). Pasientene ønsker heller å delta på aktiviteter utenfor programmet. Det er ikke det at aktivitetene i seg selv er upopulære, fordi flere av aktivitetene ifølge intervjupersonene er attraktive. En mulig årsak til at programaktiviteter er mindre attraktive er at aktivitetene oppfattes som obligatoriske. Det er også forståelig om gåturer og morgentrim og andre aktiviteter som arrangeres ofte ikke oppfattes som de mest populære selv om de har bra oppslutning.

Attraktive aktiviteter bør gjøre rekruttering enklere. «Vi oppfatter det som viktig at vi følger med på hva som er trendy, da er pasientene stort sett gira.» Dette intervjusvaret tyder på at pasientene ønsker å gjøre de aktivitetene som er «in». Timing er begrep som gir mening i denne sammenhengen. Et annet intervjusvar forteller om dårlig timing: «Vi har nylig prøvd med stavgang, men det var visst for sent, og er ikke in lenger.» Akkurat nå er svømming, klatring og treningssenter populært, men dette kan forandre seg (Vedlegg 3).

Det å skulle tilpasse seg hva som er trendy og attraktivt er en ekstra utfordring, men man trenger ikke nødvendigvis finne opp en ny sport for å skape en attraktiv aktivitet.

Attraktive aktiviteter kan organiseres uten at det koster nevneverdig ressurser hvis man er kreativ (Center for Kvalitetsudvikling 2009: 20). Det er ikke sikkert at det er aktiviteten i seg selv som er attraktiv. Kanskje er det hvordan den legges frem. Pasientene er antageligvis like opptatt av å være kul som alle andre! For å ta et vilkårlig eksempel «Søndagsturen til Sognsvann» kan enkelt gjøres om til «Bli med på topptur i Nordmarka!» eller «Terrensykling på skogstier!». Kanskje er det en innlagt piknik som er fristende.

6.4 Motivasjonsarbeid er avgjørende for pasientens innstilling til FA

Motivasjonen er avhengig av aktivitetens kvalitet(er). Å få greie på pasientens holdninger til FA er et bra sted å starte motivasjonsarbeidet (Moe 2004: 197). Intervjupersonene forteller at nettopp pasientens forhold og holdninger til FA er et samtaleemne i innsamlingsamtalen (Vedlegg 3).

Intervjupersonene forteller at de både forsøker å få pasientene med på-, og til å fortsette med aktiviteter. Mange av pasientene vet at det er bra å være fysisk aktiv. Noen har til og med et "ønske om endring», men sliter fortsatt med å få det til (Vedlegg 3). Like mye som at motivasjon er et sentralt tema for å få til FA, vil mangel på motivasjon vil være en barriere (Moe 2004: 198). Sykepleierholdninger og pleiekultur er som nevnt tidligere i oppgaven også av betydning for opplevelsen av FA. En passiv behandlingkultur kan forsterke pasientens dårlige motivasjon (2004: 198). Sykepleiere som selv er motivert og fysisk aktive kan lettere motivere pasienten (199).

Pasientenes opplevelse av et positivt sosiokulturell miljø beskrives som viktig av flere (Carless 2012, Moe 2004 og Mason 2012). I tillegg til pleiekulturen har det sosiale samværet med andre og tilhørighetsfølelsen betydning for motivasjonen (199). Pasientens positive forandringer og utbytte av FA er oppbygning av relasjoner og posisjon i gruppa (Mason 2012: 282). Den tryggende og støttende funksjonen til sykepleier er viktig for å oppnå gode relasjoner og høy deltagelse i gruppen (282). Dette kan gjøres gjennom stadig oppmuntring, støtte, forståelse og fravær av negative bemerkninger (Carless 2012: 167).

Intervjupersonene fremhever at det å «Ikke legge opp til en konkurranse.». Fremhevelsen av deltagelse fremfor ikke konkurranse bør være fokuset selv om enkelt kanskje er drevet av konkurranseinstinkt (Moe 2004). Det å legge seg på samme nivå som pasienten beskrives som en viktig kvalitet (Vedlegg 3).

«Pasienten har fått vite at han skal på sykkelstur, er svært motivert og stiller opp i treningstøy, med drikkeflaske og er klar for en skikkelig tur, mens vedkommende fra

personalet stiller opp i hverdagsklær og er ikke like klar. Pasienten blir tydelig skuffet og er ikke like motivert.»

Eksempelet viser i tillegg til betydningen av hvorfor det er viktig å legge seg på samme nivå, hvorfor forhåndsinformasjon, relasjon og kjennskap om pasientens holdninger er viktig. Ved å legge seg på samme nivå som pasienten bidrar en til å ivareta pasientens interesse som er god motivasjonskilde (Moe 2004: 200). Å legge seg på samme nivå er nødvendig for at pasienten skal oppleve et samspill. Prinsippet om samspill er velegnet til å gjøre medspiller bedre og er en bedre opplevelse for begge (Martinsen 2004: 37). Personlig utfoldelse og opplevelse av glede fremheves som sentralt av Sosial og – helsedirektoratet (2005: 27).

Brukermedvirkning har en betydningsfull rolle i FA (Martinsen 2006 og Moe 2004) Martinsen påpeker at pasientmedvirkning er viktig i FA (Martinsen 2006: 122). FA er et tiltak der pasienten bruker sin egen kropp til behandling av psykiske lidelser og er derfor velegnet til å praktisere brukermedvirkning. Hvor selvstendig pasienten er i utførelsen avhenger av hva slags, og hvor mye veiledning og motivasjon av helsearbeidere som trengs i gjennomføringen.

6.5 Et eksempel på organisering av aktivitet

Hittil har oppgaven omhandlet hvordan institusjon og ledelsesfokus, organisering, attraktive aktiviteter og motivasjon påvirker sykepleierens arbeid i iverksettelsen av FA. I ett forsøk på å sette bitene sammen og komme nærmere en konklusjon vil drøftingen nå komme med et konkret eksempel på organisering av FA. Eksempelet vil synliggjøre noen av de praktiske konsekvensene av noen av drøftingens foreløpige konklusjoner. Aktivitetseksemplet er friluftsliv.

Gåturer i friluft er en daglig del av aktivitetene på intervjupersonen avdeling og er ved siden av «morgentrim» den mest anvendte aktiviteten. Gåturene er dessuten sykepleiers ansvarsområde. I følge Martinsen har det tidligere vært lite forskning på effekten av FA innendørs vs. friluftsliv. I litteratursøket dukket det opp en artikkel. Mitchell konkluderer med at friluftslivsaktiviteter er mer nyttig for psykisk helse enn FA andre steder (Mitchell 2012).

Bruken av friluftsliv i psykisk helsearbeid beskrives også i en større avhandling (Bjørnå 2006). Aktivitetseksempelet tar utgangspunkt i Bjørnås betraktninger på anvendelse av friluftslivet i psykiatrien (2006). Bjørnå hevder som en grunnleggende ide for arbeide med friluftsliv at det er særskilte på den måten at det byr på en metafor for selve livet (2006: 101).

Tidligere har drøftingen vist til at barrierer kan være avhengig av både person og aktivitet. Derfor er det interessant å se på hvilke utfordringer som kan møtes i akkurat friluftsliv. Martinsen nevner at FA i naturen har andre kvaliteter en FA innendørs (2004: 38). Friluftsliv innebærer flere sanseintrykk enn innendørsaktiviteter (ibid). I enkelte situasjoner som f.eks. pasienter med risiko for psykose og andre alvorlige tilfeller, vil friluftsliv kanskje være for utfordrende, men for de mange andre vil naturopplevelser kunne være en kilde til glede (ibid). Det er derfor vesentlig at man tar hensyn til pasientens tilstand og vurdere risiko når man planlegger en friluftslivsaktivitet. For å få utbytte av friluftslivsaktiviteten er det viktig at pasientene er tilstede og oppmerksom på naturen. Dette forsøker intervjupersonene å fremme ved at de er nøye på hvordan og hvor de legger opp turen (Vedlegg 3). Intervjuperson fremhever viktigheten av å vurdere valg av turområde ned til detalj. Turen legges i rolige omgivelser. På en gåturer er intervjuperson oppmerksom på variasjoner av lys skog, mørk skog, vanskelig terreng, åpent terreng. Slike variasjoner er avgjørende for om pasientene er psykologisk tilstede i aktiviteten eller om pasienten lar tankene fly, hvilket ikke er ønskelig (Vedlegg 3).

Tidligere har drøftingen fremhevet betydningen av relasjoner og sosiale aspekter. Min forståelse av friluftsliv er at det er en aktivitet som kan gi nye perspektiver på livet. Friluftslivet gir også muligheten til føle ansvar for seg selv og andre. Friluftslivet foregår et miljø som for mange oppfattes som er rått og ekte. Dette innebærer visse utfordringer, men også muligheten til å danne relasjoner og styrke personlighet på en unik måte.

I friluftslivsaktiviteter med utgangspunkt i å lære å ta ansvar for eget liv er disse faktorene viktig ifølge Bjørnå: trygghet, bevisstgjøring, mestring, å oppleve mening og fysisk aktivitet (2005: 131). Dette kan sykepleier sørge for. Nøkkelordet for at disse faktorene skal være til stede er planlegging. Gruppestørrelse har både betydning for opplevelse av ansvar og sosial trygghet (145). Høvelig gruppestørrelse er i dette øyemed 5-10 personer (145). Når det gjelder trygghet beskrives evnen til å forutse deltakernes forutsetninger (131). Det som eventuelt vil kunne oppleves som utrygt, kan snus gjennom å skape positive forventninger. Tidligere i drøftingen er det nevnt at kartlegging av pasientens forhold og holdninger til FA er hensiktsmessig. Sykepleier må ved dette tilfellet merke seg forhold som gjør friluftsliv utfordrende i kartleggingen.

Hvorvidt aktiviteten er ”attraktiv” er tidligere peket på som en motivasjonsfaktor til å delta på aktivitet. En stor økning av mangfoldet av friluftslivets aktivitetsformer gjør at mulighetene

for organiseringen av en attraktiv friluftslivsaktivitet er mange. Friluftslivsfolk er kjent for å ha mye utstyr fordi mange av de nye og «trendy» aktivitetsformene krever utstyr. Utstyr kan dermed oppfattes som en barriere og en for stor investering for en psykiatrisk avdeling. Intervjupersonene har nevnt at avdelingen benytter seg av sykler, klatregruppe (Aktiv på dagtid 2014), hvis man i tillegg tar med seg enkelt utstyr som fyrstikker, mat, fotoutstyr, soppbok, badetøy, hoppetau og legger til kreativitet er det antageligvis mange muligheter. Det er en myte at man trenger dyrt utstyr for å ha det gøy! - Et annet alternativ er «å leie» en aktivitet. Tar man med i regnestykket at sykepleiere slipper å bruke tidsressurser på planlegging burde leie være en rimelig løsning. En båttur, skidag, hundekjøring og fjellturer er eksempler på friluftslivsopplevelser som kan «leies». Det finnes flere eksempler på suksessfullt samarbeid mellom virksomheter i psykisk helsearbeid, treningskontaktordningen, private aktører og idrettskretser.

Bjørnå antyder at friluftsliv har en så sterk og tradisjonell stilling i Norge at formeninger og en generell oppfattelse av friluftslivet som «seriøst» skaper en høy terskel (2005: 131). Dette kan innebære forestillingen av at man bør ha «seriøst» utstyr og prestere etter en standard. Friluftslivets høye status kan være en barriere både for pasientens deltagelse og til helsearbeiderens initiativ av friluftslivsaktiviteter (ibid). Første skritt for sykepleier er å bryte ned slike barrierer å si: jeg vil, jeg kan, jeg er kvalifisert!

Bjørnå er enig med drøftingens foreløpig konklusjon om at å skape mestringsopplevelser og mening best gjøres ved å nedtone prestasjonsfokus og fremheve aktiviteten som målet i seg selv (2005). Dette gjøres ved å ikke fokusere på å komme først frem, ha best utstyr, være flinkest eller sammenligne seg med andre i det hele tatt (140). Bjørnå mener at en nedtoning av prestasjon bidrar til å finne sin egen indre motivasjon (140).

Brukermedvirkning er som nevnt hensiktsmessig i organiseringen av FA. Bjørnå beskriver et fenomen som er spesielt aktuelt for brukermedvirkning ved FA i naturen. Friluftsliv stimulerer pasienten til brukermedvirkning, fordi pasienten må være med å bruke sin egen kropp. Bjørnå beskriver det som skjer når en plasserer kroppen i et friluftslivsmiljø som en metafor på selve livet (2005: 101). Friluftsliv er i utgangspunktet å lære å ta ansvar for eget liv. Kort forklart vil det si at friluftsliv gir en avledning fra samfunnet, samfunnets krav og andre forstyrrende stimuli. Dette gir trygghet og mulighet til rendyrking av våre grunnleggende behov (ibid). Bjørnå antyder at det gjennom friluftslivet er lettere å se sammenheng og mening i livet. Samtidig som «støttehjulene» som samfunnet bidrar med

fjernes, tar friluftslivet over rollen som den eksistensielle angsten (104). Denne angsten er en sterk, men enkel følelse av ansvar for eget liv. Institusjonen bidrar antagelig også med «støttehjul» i stor grad. Trygge omgivelser, sterke rammer og eventuelt et avhengighet til personalet og behandling. Antagelig bidrar institusjoner med enda større «støttehjul». Sykepleier og andre prater om pasienter som har blitt institusjonalisert. Betyr det at pasienten er fratatt ansvaret for eget liv. I så fall er friluftsliv et eksempel på hvordan pasienten kan få en pause fra institusjonen og øve på å føle og ta ansvar for eget liv og helse.

7 Kritikk

Det var vanskelig å rekruttere uten å informere om undersøkelsens/intervjuets tema. Intervjupersonene gav informasjon om andre ansatte på avdelingen, og gav uttrykk for at ikke alle var like personlig engasjert i fysisk aktivitet som de selv. Om jeg hadde fått intervjuet de personene som var minst personlig engasjert og interessert i FA, ville jeg kanskje ha funnet andre barrierer. Det kan være andre barrierer som er mer vanlig mindre synlig, og mer avgjørende og mer interessante enn de jeg har funnet. Som bachelorstudent, uten noen høy forskerstatus, møter man ikke automatisk tillit og hengivenhet hos de man kontakter. Ved den første henvendelsen til institusjonen er det derfor viktig å gjøre et godt inntrykk (Dalland 2012:165). Både for å skape et godt grunnlag for intervjuet, men også for å gjøre forespørselen attraktiv. Forhåndsinformasjonen kan være grunnen til at de som meldte seg til intervjuet antagelig var mer interessert i temaet enn gjennomsnittet.

Intervjuene ble bare gjort på en enkelt avdeling, og resultatene har derfor begrenset overføringsverdi til andre praksissteder. Pga. at det bare var anledning til å intervju personalet ble informasjon om pasientenes barrierer for FA sterkt begrenset. Nærmere undersøkelse av pasientenes opplevelse av barrierer for FA vil kunne være svært nyttig kunnskap for sykepleiers iverksetting av FA.

Avdelingen var bedre på iverksettelsen av FA enn min førforståelse tilsa. Det ble funnet færre barrierer direkte ut i fra intervjumaterialet enn antas. Min førforståelse innebar lite kjennskap til at FA er i bruk i psykisk helsearbeid. Enten fordi det er lite brukt, lite offentlig dokumentert, eller fordi det har gått meg forbi. Dessverre kan jeg fortsatt ikke si noe nærmere om hvorfor jeg hadde lite kjennskap til FA. Ut i fra denne oppgaven kan jeg ikke si noe om andre institusjoner eller avdelingers barrierer.

7 Oppsummering og avslutning

Selv om FA ser ut til å være godt implementert i intervjupersonenes avdeling har drøftingen tatt for seg mulige barrierer. Barrierene er dels begrunnet gjennom analysen av intervjumaterialet og dels begrunnet med annen forskning.

Forskning antyder et manglende fokus på temaet FA og psykisk helse under grunnutdanning og hevder at dette er en mulig barriere. Selv om fokus på temaet FA og psykisk helse er en mulig barriere, har sykepleier et personlig ansvar for egen faglig utvikling. Gjennom sykepleiers yrkesutøvelse er det mulig å påvirke fokus på FA både i og utenfor egen avdeling.

Pleiekultur, sykepleierholdninger og ledelsens føringer er av stor betydning og kan være barrierer for FA. I organiseringen av FA er tverrfaglig ansvar og spesielt et personale som står sammen om FA viktig. Det at ledelsen, sykepleiere og annet personale står sammen om FA kan være av stor betydning for både gjennomføringsevnen og kvaliteten på aktivitetstilbudet. Et positivt sosiokulturelt miljø er avhengig av nettopp et samlet engasjert personalet.

Pasienter opplever det sosiokulturelle miljø som en av de viktigste kvalitetene ved FA.

Gruppeaktiviteter er på grunn av de psykososiale effektene og at det er ressurseffektivt mest brukt. I organiseringen er forhåndsinformasjon, relasjon til pasienten og forhåndskunnskap om pasientens utfordringer og barrierer svært viktig for resultatet av gjennomføringen.

Pasienten kan møte barrierer som er personlige. Individuell tilpasning og oppfølging er derfor viktig. Individuelle tilpasninger og oppfølging kan gjøres i gruppeaktiviteter. I tilfeller der pasienten er alvorlig syk eller lider av sykdomstilfeller der FA er ekstra problematisk, slik som spiseforstyrrelser er individuell oppfølging ekstra viktig. Ressursbehov er en barriere for individuell oppfølging.

Hvilken aktivitet som organiseres er ikke viktig. Det er heller kvalitetene ved organisering og det sosiokulturelle miljø som er avgjørende for fysisk aktivitets positive psykiske effekter. Hvorvidt aktiviteten oppleves som trendy eller attraktiv er av betydning for om pasientene deltar. Motivasjon er avgjørende for om pasientens deltagelse er vedvarende. Mangel på motivasjon er en barriere. Kunnskap om pasientens forhold og holdninger er nyttig for å kunne motivere. Både pleiekultur og andre sosiale kvaliteter er av stor betydning for motivasjonen.

7.1 Avslutning

Det har vært oppmuntrende å få et nærmere innblikk i hvordan avdelingen til intervjupersonene arbeider med FA. Jeg undres imidlertid over at avdelingen tilsynelatende

var såpass mye bedre enn min førforståelse. Det er ikke mulig å si noe generelt om hvor mye FA er i bruk i psykisk helse arbeid og jeg er fortsatt i tvil om hvor mye FA egentlig er brukt. En sannsynlig forklaring på at jeg ikke visste mer om bruk av FA i utgangspunktet er det er lite opplyst. Både fordi det skjer for lite FA i psykisk helse arbeid og at det er lite dokumentert og mye tyder på at FA i psykisk helsearbeid er under utvikling. Det som er helt sikkert er at jeg vet mye mer om at FA er i bruk i psykisk helse arbeid nå enn før!

Litteratur:

Aktiv på dagtid Oslo (2014). *Om Aktiv på dagtid*. Hentet 4. februar 2014 fra:

<http://aktivdagtidoslo.no/>

Bahr, R. red. (2008). *Aktivitetshåndboken*. Oslo: Helsedirektoratet.

Bjørnå, T. (2005). *Å vende innsiden ut når man går ut for å komme inn*. Bø: Høyskolen i Telemark.

Carless, D. og Douglas K. (2012). *The Ethos of Physical Activity Delivery in Mental Health: A Narrative Study of Service User Experience*. *Issues in Mental Health Nursing* 33: 165-171. doi: 10.3109/01612840.2011.637659

Center for Kvalitetsudvikling (2009). *Fysisk aktivitet i psykiatrien*. København: Sundhedsstyrelsen.

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

Folkehelseinstituttet (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Rapport 2009: 8. Hentet 06. februar fra: <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>

Glasdam, S. (2012). Semistrukturerende interviews af enkeltpersoner. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område- indblik i videnskabelige metoder*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Happell, B., Platania-Phung, C. og Scott, C. (2011). *Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses*. *International Journal of Mental Health Nursing* 20, 310–318. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00732.x

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

Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Psykiatrisk sykepleie som fagområde*. I: J.K. Hummelvoll (red.) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Hørmann, A.E. (2012). Litteratursøkning. I: S. Glasdam (red.) *Bachelorprosjekter inden for det sundhetsfaglige område- indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlag
- Kringlen, E. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: N.W. Damm og søn AS.
- Mamen, H. C. (1999). *Et steg videre: Blakstad sykehus historie gjennom et hundreår*. Asker: Akershus sykehus AS.
- Martinsen, E.W. (2006). Fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser. I: Almvik, A. og Borge, L. (red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Martinsen, E.W. (2004). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Mason, O. og Holt R. (2012). Mental health and physical activity interventions: A review of the qualitativelitterature. *Journal of Mental Health*, 21(3): 274–284. Doi: 10.3109/09638237.2011.648344
- Mitchell, R. (2012). Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Social science and medicine* 91 130-134. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.012
- Moe, T. (2004). Motivasjon for fysisk aktivitet. I: E.W. Martinsen (red.). *Kropp og sinn*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., og Mathiesen, K. S. (2009: 8). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NRK (2012). *Psykiatriens historie*. NRK. Sett 20. januar 2014 fra: http://www.nrk.no/video/psykiatriens_historie_i_norge/89EFE6A0D7EB6947/emne/Samfunnsfag/
- Personvernombudet for forskning (2014). *Må prosjektet meldes?* Hentet 4. februar 2014 fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern>
- Psykisk helsevernloven. Lov av 2. juli 1999 nr 62. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Saxena, S. et. al. (2005). Mental benefits of physical activity. *Journal of Mental Health*, 14(5): 445–451. doi: 10.1080/09638230500270776

Scott, D. og Hapell, B. (2011). The high prevalence of Poor Physical health and Unhealthy Lifestyle Behaviors in Individuals with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32:589–597. doi: 10.3109/01612840.2011.56984

Sosial - og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Hentet 12. februar 2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>

Sosial - og helsedirektoratet (2004). *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet. Hentet 12. februar fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilrettelegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser/Sider/default.aspx>

Steen, T. (red.) (2005). *Asylet: Gaustad sykehus 150 år*. Oslo: Aschehoug & Co.

St.meld. nr. 39 (2000-2001). *Friluftsliv - Ein veg til høgare livskvalitet*. Oslo: Miljøverndepartementet.

Vedlegg 1 – Samtykkeerklæringer

Under er scannede eksemplarer av intervjupersonenes underskrevne samtykkeerklæringer. Underskriftene er dekket over for å ivareta anonymitet.

Forespørsel etter samtale med personell i psykisk helsearbeid.

Tema: Erfaringer med organisering av FA som tiltak psykiatri.

I forbindelse med bacheloroppgavearbeid i sykepleierutdanningen min ønsker jeg å prate med sykepleiere/personale i psykisk helse arbeid. Min bacheloroppgave omhandler Fysisk aktivitet og psykisk helse, og jeg ønsker å undersøke sykepleierrollen i organiseringen av dette. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man kan jobbe med fysisk aktivitet i psykiatrien.

Hensikten med intervjuet

Oppgaven tar for seg hvilke barrierer sykepleiere møter ved iverksetting av fysisk aktivitet i psykiatrien. I den forbindelse trenger jeg en samtale med 2-3 ansatte i relevant yrkesrolle. 20-30 min på hver. Det er snakk om et semi-strukturert kvalitativt intervju. Det vil si at vi en løst samtale innen om et gitt tema. Jeg kommer til å stille spørsmål som er viktig for min oppgave undervels. Jeg har undersøkt virksomheter på østlandet som forsøker å drive slike aktiviteter. Og har bestemt meg for at deres institusjon er en god informant for min oppgave. Jeg vil på forhånd sette meg inn i deres virksomhets historie, profil og tjeneste.

Fordeler og ulemper ved å være med

Jeg setter stor pris på om dere kan være tilgjengelig for dette. Bacheloroppgaven er en viktig del av sykepleierutdanningen, og deltagelse i denne undersøkelsen vil være av stor betydning for oppgaven. Det medfører ingen spesielle fordeler av å stille opp, annet enn egennyttene i å reflektere over egen praksis.

Anonymitet, informert taushetsplikt og samtykke.

Under intervjuet vil det være nødvendig for meg å gjøre notater. Det kommer ikke til å innhentes verken pasientopplysninger, personopplysninger eller opplysninger av personlig sensitiv karakter. All informasjon vil bli anonymisert slik at de ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. Som sykepleierstudent er jeg underlagt samme taushetsplikt som helsepersonell ellers det gjelder også alt jeg får høre i dette intervjuet.

Det er frivillig og delta på samtalen, og det er mulig å trekke seg undervels. Dersom du har noen spørsmål er det bare å kontakte meg Sindre Brevold på mail sindrebrevold@hotmail.com, eller mob. 48296353. Du kan også kontakte min veileder ved Diakonhjemmet Høyskole, Vibeke Elsmark vibekeelsmark@hotmail.com, eller mob 918 50 914.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om bacheloroppgaven både skriftlig og muntlig, og bekrefter herved at jeg ønsker å delta i samtalen som beskrevet.

Forespørsel etter samtale med personell i psykisk helsearbeid.

Tema: Erfaringer med organisering av FA som tiltak psykiatri.

I forbindelse med bacheloroppgavearbeid i sykepleierutdanningen min ønsker jeg å prate med sykepleiere/personale i psykisk helse arbeid. Min bacheloroppgave omhandler Fysisk aktivitet og psykisk helse, og jeg ønsker å undersøke sykepleierrollen i organiseringen av dette. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man kan jobbe med fysisk aktivitet i psykiatrien.

Hensikten med intervjuet

Oppgaven tar for seg hvilke barrierer sykepleiere møter ved iverksetting av fysisk aktivitet i psykiatrien. I den forbindelse trenger jeg en samtale med 2-3 ansatte i relevant yrkesrolle. 20-30 min på hver. Det er snakk om et semi-strukturert kvalitativt intervju. Det vil si at vi en løst samtale innen om et gitt tema. Jeg kommer til å stille spørsmål som er viktig for min oppgave underveis. Jeg har undersøkt virksomheter på østlandet som forsøker å drive slike aktiviteter. Og har bestemt meg for at deres institusjon er en god informant for min oppgave. Jeg vil på forhånd sette meg inn i deres virksomhets historie, profil og tjeneste.

Fordeler og ulemper ved å være med

Jeg setter stor pris på om dere kan være tilgjengelig for dette. Bacheloroppgaven er en viktig del av sykepleierutdanningen, og deltagelse i denne undersøkelsen vil være av stor betydning for oppgaven. Det medfører ingen spesielle fordeler av å stille opp, annet enn egennyttan i å reflektere over egen praksis.

Anonymitet, informert taushetsplikt og samtykke.

Under intervjuet vil det være nødvendig for meg å gjøre notater. Det kommer ikke til å innhentes verken pasientopplysninger, personopplysninger eller opplysninger av personlig sensitiv karakter. All informasjon vil bli anonymisert slik at de ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. Som sykepleierstudent er jeg underlagt samme taushetsplikt som helsepersonell ellers det gjelder også alt jeg får høre i dette interjuet.

Det er frivillig og delta på samtalen, og det er mulig å trekke seg underveis. Dersom du har noen spørsmål er det bare å kontakte meg Sindre Brevold på mail sindrebrevold@hotmail.com, eller mob. 48296353. Du kan også kontakte min veileder ved Diakonhjemmet Høyskole, Vibeke Elsmark vibekeelmark@hotmail.com, eller mob 918 50 914.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om bacheloroppgaven både skriftlig og muntlig, og bekrefter herved at jeg ønsker å delta i samtalen som beskrevet.

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Fremgangsmåten ved semistrukturerte intervjuer av personale ved allmennpsykiatrisk psykiatrisk voksenavdeling.

«Et sted i mellom en dagligdags samtale og systematisk spørreskjema» (Glasdam 2012:95).

I forberedelsene til intervjuet setter intervjuer seg nøye inn i stedet som skal undersøkes. Intervjueren har dermed forkunnskap om hoveddelens av personalets utdanning/profesjon, stedets profil, aktiviteter, historie, tjenestebeskrivelse og målsetninger etter fremgangsmåte ved semistrukturert intervju (Glasdam: 98).

I utarbeidelsen av denne intervjuguiden ble gjort med følgende forbehold: Spørsmål som starter med hvorfor utelatt. Dette fordi «hvorfor spørsmål» krever refleksjon. Man risikerer at intervjupersonen ikke har noe bra svar, og svarer det de tror eller mener de burde svare (Glasdam 2012, og Dalland 2012). En annen grunn til ikke spørre hvorfor er at hvorfor spørsmål kan oppfattes som en konfrontasjon (Dalland 2012: 168). Intervjueren spør heller ikke om det som egentlig er målet, men bruker eksempelspørsmålene til å komme frem til dette (Dalland 2012: 168). I slutten av samtalen/tema oppsummerer intervjuer de elementene som er viktigst for intervjuer og forsikre seg om at det er riktig oppfattet.

Intervjuguiden er utformet etter Glasdams modell for semistrukturert intervju (2012: 105). Tabellen er med andre ord den overordnede strukturen.

1 – Innledende spørsmål: Kan du fortelle om...
2 – Oppfølgende spørsmål: Kan du si litt mere om...
3 – Spesifiserende spørsmål: Kan du gi et eksempel på
4 – Direkte spørsmål: Kan du forklare hva du mener med.....
5 – Indirekte spørsmål: Hvordan tror du andre i samme situasjon som deg har det?
6 – Strukturerende spørsmål: Jeg vil gjerne at du prater om.....
7 Fortolkende spørsmål: Har jeg forstått deg riktig dersom jeg sier at...

Intervjuguide

Praktiske forberedelser

Intervjuer møter opp i god tid finner egnet tilgjengelig rom og er klar til gjennomføring i rimelig god tid, slik at intervjuet ikke medfører unødig tidsbruk for intervjupersonene. Det er viktig er viktig å ikke bli forstyrret under samtalen (Dalland 2012: 171). Sørg for at rommet er reservert til ønsket tidsrom slik at rommet ikke er tilgjengelig for andre. Se samtidig etter andre forstyrrende elementer, stoler, temperatur, luft, benytte lysskjerming, og etc. Ønskelig plassering i rommet er 2 komfortable stoler med et bord i mellom. Bordet bør være passe stort for å ha en komfortabel avstand til intervjupersonen, og passe høyt til å notere på. Alternativt kan man sitte på hver sin side av hjørnet på et større bord.

Del 1 Intervjuer legger frem hensikten med intervjuet og legger frem hva som skal skje.

Samtalen gjennomføres på 30 min. Forteller at dette intervjuet er i forbindelse med mitt bacheloroppgavearbeid ved Diakonhjemmet Høyskole. Informerer at: «Oppgaven omhandler fysisk aktivitet og psykisk helse, og jeg ønsker å undersøke sykepleierrollen i organiseringen av dette. All informasjon om personer og avdelingen som kommer frem i intervjuet blir anonymisert. Som sykepleierstudent er jeg taushetspliktbelagt i henhold til Helsepersonelloven, Kap. 5.» (Dalland 2012 og Helsepersonelloven). Forteller så hva som er tema for denne samtalen. Nemlig hvordan en arbeidsdag og arbeidsstedet forholder seg til temaet fysisk aktivitet og psykiatrisk-/psykisk helse behandling. Hoveddelen av samtalen kommer til å være angående organiseringen av aktiviteter for deres brukere.

Del 2 Spørsmål angående en vanlig hverdag.

Hensikt: Hensikten med denne delen av samtalen er å forstå grovt hvordan en vanlig dag er, og hvilken rolle og status fysisk aktivitet har.

Aktuelle spørsmål per punkt:

- 1- Kan du fortelle kort om hvordan en vanlig dag forløper?
- 2 – Kan du si litt mere om dette, tidskjema, prioriteringer, samarbeid osv.?
- 3 - Hvordan stiller dere dere til prioritering av tid, og ressurser, i hverdagen?
- 4 - Hva er viktigst synes du?
- 5 - Tror du dette gjelder de andre ansatte også?
- 7 – Har jeg oppfattet deg riktig hvis...

Del 3 Spørsmål angende fysisk aktivitet.

Dette er hoveddelen av intervjuet, som skal ta Hensikten er å få greie på hvordan fysisk aktivitet arrangeres. Hvem som gjør det? Hvordan det organiseres? Hvorfor det gjøres? Og om det er tilfeldig, hvem, hva, hvordan, og hvorfor det gjøres?

Aktuelle spørsmål per punkt:

- 2 - Organiserer dere noen form for fysisk aktivitet?
- 3- Kan du si litt mere om hvordan «denne» aktiviteten organiseres? Kan du gi et eksempel på utfordringen med å få til denne aktiviteten?
- 4 - Kan du forklare hva du mener med (det)? Har dere prøvd noe dere ikke har fått til? Hva var grunnen til at dere ikke fikk dette til? Har dere gitt noe opp? Er det noe dere har hatt lyst til å gjøre? Hva er det som har hindret dere i det? Er den etter ønske fra pasienten? Hvem gjennomfører aktiviteten? Er den pålagt? Er det lagt noen føringer fra ledelsen? Vurderte dere da noe annet?
- 5 - Er det noen grunn til at akkurat du/vedkommende akkurat denne aktivitet, eller er det på tur etter liste?
- 6 - Tror du andre på din arbeidsplass opplever utfordringen det på samme måte?

7 – For å rask oppsummere: så er det «nevnte personer» som gjør «nevnte» aktiviteter, ...

7 – Oppsummere hva informant sier, be om bekreftelse.

Del 3

Avslutning

Hvis du tenker tilbake på det vi har pratet om, er det noe spesielt du vil fremheve som viktig for dette tema. Er det noe annet du vil si?

- Takke for bidraget.

Vedlegg 3 - Intervjumaterialet

1 Innledning

Dette er innsamlet data fra semi-strukturert kvalitativt intervju.

Samtalene foregikk etter utarbeidet intervjuguide (Vedlegg 2).

2 sykepleiere og 1 fysioterapeut ble intervjuet ved en allmennpsykiatrisk døgnenhet. Den allmenpsykiatriske døgnenheten for voksne huser pasienter mellom 18 og 36 år.

2 Inntrykk

Herunder beskrives forholdene rundt intervjuet, inntrykk, praktiske detaljer og observasjoner under gjennomføringen (Dalland 2012: 176).

2.1 Ankomst og mottagelse

Intervjuer ankommer avdelingen 20 minutter før avtalt tid. Intervjuer er litt stresset. Ved ankomst blir jeg stående å vente litt i resepsjonen før jeg får kontakt med kontakten min, en sykepleier. Sykepleieren er hyggelig og imøtekommende, men travel. Jeg blir henvist til rommet som er reservert til intervjuet, og sykepleier sier at jeg er tidlig ute og forklarer at ingen er riktig klar for intervjuet enda.

Rommet var et vente/lekeværelse. Det var passe stort (anslagsvis 14km). Fritt for lydstry. Det var et bord og stoler arrangert i tilnærmet likt med romplasseringsalternativ 1 i intervjuguiden. Kontaktpersonen ordnet kaffe. Vi kommer i gang 10 min etter avtalt tidspunkt grunnet intervjupersons sene ankomst. En av intervjupersonene hadde det plutselig travelt da vi ferdig med intervjuet, antagelig fordi vi var etter tidskjema. Forsinkelsen påvirket ikke intervjugjennomføring merkbart. Tidsrammen for intervjuene på 30 min ble holdt, og jeg la ikke merke til at noen av intervjupersonene var stresset under intervjuet.

Det ble ikke observert andre forhold som kan ha påvirket intervjupersonene oppmerksomhet.

2.2 Stemning under samtalen

Stemningen hos intervjupersonene er munter, og de virker positive til temaet for samtalen. De responderer også positivt til å prate om avdelingen. Videre utvikling i samtalen: Samtlige intervjuobjekter er snakkesalige og flinke til å holde seg til tema. De prater stort sett av seg selv, men går ofte for fort frem i forhold til hva intervjuer ønsker. Intervjuer bruker derfor mest spørsmål i kategori 4, 5, og 6, som f.eks.: tilbake til... , kan du fortelle litt mer om... og hva mener du med...?

3 Intervjusvar.

3.1 Del 1 klargjøre hensikten med intervjuet og hva som skal skje

Innledningsvis forteller intervjuer om seg selv, oppgavens tema og problemstilling, og hva denne samtalen har til hensikt.

Så ber jeg intervjuperson forteller litt om hvordan avdelingen er organisert, og hvordan en dag på jobb er. Flytende overgang til del 2.

3.2 Del 2 «Å forstå grovt hvordan er en dag på denne avdelingen, og hvilken rolle og status fysisk aktivitet har.»

Behandlingen av pasienter er tredelt. Miljøterapi, samtaleterapi og medisinsk/legemiddelbehandlingen. Fysisk aktivitet er innunder miljøterapi.

En dag er som følger. Behandling foregår mellom kl.0900- 15.00. Morgentrim arrangeres kl.0900 4 ganger i uken. Det arrangeres gruppebasert gåtur (utendørs) daglig, og en lenger tur (f.eks. ut i nordmarka marka) 1 gang i uken. Gåturene har god oppslutning. Daglig tilrettelegging for Aktiv på dagtid. Det vil si at personale organiserer skyss og følge til aktivitet for en gruppe pasienter. Aktiv på dagtid er et dagtilbud med fysisk aktivitet mandag til fredag (Aktiv på dagtid Oslo 2014). Vanlige/populære aktiviteter gjennom Aktiv på dagtid er er klatring, treningssenter og svømming.

Intervjupersonene fremstiller behandlingens status slik: Medisinsk behandling er godt innarbeidet og er høyt prioritert, men personale påpeker at det ikke tar mye tid og ressurser i forhold til annen behandling. Samtaleterapi er avhengig av tid og ro, og er det brukes mest personalressurser på (1 personale til 1pasient). Samtaleterapi blir av og til prioritert foran fysisk aktivitet dersom pasienten det må velges. Det vil si at fysisk aktivitet flyttes til annet tidspunkt eller kuttes ut.

Det er 1 fysioterapeut på avdelingen. Intervjupersonene betegner dette som mye/mer enn normalt. De hevder de har en god kultur for FA blant personalet, også privat.

3.3 Del 3 «Å få greie på hvordan fysisk aktivitet arrangeres. Hvem som gjør det? Hvordan det organiseres? Og om det er tilfeldig eller begrunnet at det er slik?».

Organisering

Organiseringen av aktiviteten samarbeids tverrfaglig (fysio, sykepleier, ergo), men noen utgangspunkt er: Fysio har ansvar for morgentrim og individuelle opplegg. Sykepleier har ansvar for daglig tur (gruppe). Det er jobber også andre faggrupper på avdelingen.

Avdelingen har et dagsprogram som inneholder gruppebasert fysiske aktiviteter og andre hendelser. Dette programmet er «obligatorisk», dvs. pasientene er oppfordret til å følge programmet.

Intervjuperson forteller om at de oppfatter programaktiviteter som en barriere for å få pasientene med. Pasientene ønsker heller å gjøre aktiviteter utenfor programmet. Fordelen med program er at det er nødvendig for å gjennomføre gruppe aktiviteter. Gruppeaktiviteter er brukt fordi det er bra i seg selv, fordi det innebærer det sosiale. En annen vesentlig grunn til at personale ønsker mye gruppe aktiviteter er ressurser.

Fysioterapeut driver daglig med individuelle oppfølging av fysisk trening. Individuell oppfølging tilpasning følging tilbys noen. Ut i fra vurdering av behov, grunnet redusert evne til gjennomføring av eksisterende tilbud f.eks.

Hvem som utfører hvilke aktiviteter er personavhengig. Og hvem som utfører aktiviteter med hvem(pas.) er personavhengig/ avhengig av relasjonen til gjeldene pasient.

Personale til gjennomføringen av aktiviteter er dels personavhengig. Det nevnes grunner til dette. F.eks. personalets interesse for aktiviteten. Personalets relasjon til pasienten. Personalet og pasientens kjønn. Annet eksempel: noen av personalet misliker å gå i dusjen med pasienter, som ved svømming. Noen av pasientene misliker å gå i offentlig dusj i det hele tatt.

Har ledelse lagt noen føringer?

«Ledelsen har i stor grad valgt å gi FA stor fokus.» Dette tror informantene er avgjørende for kulturen for FA. Når det gjelder det informantene kaller «finvalg» av aktiviteter, styres det av personalet på gulvet. Det er altså personale som velger hvilke aktiviteter, hvordan de organiseres.

Mer om ressurser

Intervjupersonene forteller at de «ikke har noen vanskeligheter med å skaffe ressurser/personale til gruppe aktiviteter siden dette er innarbeidet». (ledelsesstyrt).

«Bemanning er en barriere for de som trenger individuelle oppfølging» (inneforstått: de alvorlig syke, eller spesielle diagnoser som spiseforstyrrelser).

Gjør dere systematisk evaluering av fysisk aktivitet?

Det er ledelsen som avgjør fokus på fysisk aktivitet. Informantene hevder at FA er evaluert og godt etablert som behandlingsmetode i institusjonen. Informantene forteller videre at de gjør en evaluering av pasientens utbytte av fysisk aktivitet. (ikke evaluering av FA). Eksempler på den slags evaluering er at de registrer (spør) før og etter aktivitet rundt pasientens stemningsleie, opplevelse av fysisk styrke/mestring (føler du deg sterk?), og reduksjon av symptomer, (f.ek.s hører du mindre stemmer nå?).

Evaluering av FA som behandling gjøres ikke konsekvent og systematisk, men gjøres ved behov. Intervjupersonene forklarer at dette er «dersom pasienten er dårlig, eller på bakgrunn av en annen vurdering. Eksempler på dette er spiseforstyrrelser, overdreven trening, situasjoner der pasienten har satt seg konkrete mål eksempelvis mål om å gå ned i vekt, psykoser, mani, ...»

Motivasjon.

Hva gjør dere for å motivere pasientene til FA?, Når tar dere opp tema fysisk aktivitet første gang?

Behandlingen presenteres (som vi har gjort) for pasientene ved innkomstsamtale. Da tar vi opp FA, og spør om pasientens forhold til dette. Vi prøver da å få et inntrykk av hvorvidt pasienten trenger å motiveres til fysisk aktivitet og hvilke aktiviteter vi kan tilby/anbefale. Intervjupersonene oppgir ikke andre former for strukturert motivasjon/samtaler om FA.

Et av intervjupersonene forteller at hun nylig har vært på kurs i motiverende intervju, og at den type samtaleteknikk er noe de jobber med.

En annen viktig faktor vi prøver å forholde oss til i forhold til å få pasientene med på og til å fortsette er med aktiviteter er gjennomføringen.

- Det å legge seg på samme nivå. Ikke legge opp til en konkurranse. Ikke ta det som en søndagstur hvis det ikke er det (for pasienten). Samspill ikke konkurranse. > Filosofisk tennis.

- Tilpasse nivå

Personale sier at oppfatter pasientene som rigide. Og er avhengig av å gjennomføre aktiviteten som de har forestilt seg. Det er viktig at personale også gjør det. Samt at de informerer om rammer, om hvordan aktiviteten skal forgå godt på forhånd.

Eksempler:

Intervjuperson forteller også at de er oppmerksom på elementer av hvordan og hvor de legger turen. «F.eks. er det på gåtur variasjoner av lys skog, mørk skog, vanskelig terreng, åpent terreng, som er avgjørende for om pasientene er tilstede (avledning) i den FA eller lar tankene fly (ikke ønskelig).»

Intervjuperson forteller om en sykkelturn. «Pasienten har fått vite at han skal på sykkelturn, er svært motivert og stiller opp i treningstøy, med drikkeflaske og er klar for en skikkelig turn, mens vedkommende fra personalet stiller opp i hverdagsklær og er ikke like klar. Pasienten blir tydelig skuffet og er ikke like motivert.»

Videre forteller intervjuperson at dette er en vanlig problemstilling som kan gå begge veier. «Det kan være slik som i eksempelet. At personalet tar for lett på aktiviteten i forhold til pasientens innstilling. Men det er at pasienten f.eks. ikke tar på seg eller med seg det personalet mener er hensiktsmessig utstyr/klær for aktiviteten.»

«På en felles sykkelturn er det mange utfordringer. Det typisk er ivrige evt. maniske som søker å øke farten, trækker med overilt frekvens og glemmer å nyte turen. Men deprimerte ikke like motiverte, og ligger bak på tungt tråkk, med lav frekvens og ser ned. Da er det en utfordring å få gruppa til å fungere å sykle sammen. Vi bytter på å sykle foran f.eks., fordi dette er av psykologisk betydning. Forsøker å få den deprimerte til å trække fortere se opp og være med i gruppa, mens di ivrige får seg en prat om å være til stede, se fuglene rundt, trærne.»

Fysioterapeut nevner at dette er tilfelle på morgentrim. Fysioterapeut stiller konsekvent i lett bevegelige treningsklær for å være et eksempel, mens mange av pasientene stiller i vanlige klær. Dette er et eksempel på at fysioterapeut kan ha lagt seg på et litt høyere i nivå enn pasientene.

Har dere prøvd noe som ikke har funka?

«Ja vi har prøvd noen ting som ikke har funka. Stavgang. Pasientene er som alle andre med på det som er trendy. Vi har nylig prøvd med stavgang, men det var visst for sent, og er ikke inn lenger lenger.»

«Vi oppfatter det som viktig at vi følger med på det som er trendy, pasientene er stort sett gira. Hvis vi ikke følger med på hva som er trendy mister grepet på motivasjonskildene. Ellers prøver vi å få til aktiviteter daglig som pasientene selv ønsker, innenfor det vi kan og det vi kan tilrettelegge for ved Aktiv på dagtid. Ting som er trendy nå: Treningssenter er veldig inn nå. Pasientene føler seg vel her. Vi bruker et treningssenter som ikke er for designmessig avansert, og mer lavterskel, pasientene forteller oss at de føler seg både vel og nærmere samfunnet. Klatring er populært.»

På spørsmål om det er noe dere vil trekke frem som sentralt for å lykkes med FA i psykiatrien svarer intervjupersonene:

- Personalets begeistring og interesse
- Felles ansvar
- Noen ildsjeler som drar det i gang

- Det er relativt enkelt å gjennomføre nå som det er oppe å grå-

Avslutning

Avslutningsvis presiserer intervjuer hvor takknemlig jeg er for oppmøte ovenfor intervjupersonene. Stemningen ved avslutningen: Intervjupersonene er også fornøyd og sier lykke til videre. De er fortsatt snakkesalige, men poengterer at de må tilbake til arbeid. En av intervjupersonene har direkte dårlig tid og forsvinner på få sekunder etter avslutning.