

BSOBAC-3 21V – Bacheloroppgave med forskningsmetode

Litteraturstudie

Fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Bachelor i sosialt arbeid**

Stavanger 11.05.2021



Universitetet
i Stavanger

Antall ord i besvarelsen: 12 435

Kandidatnummer: 3042

«Tenk deg at legen din fortalte deg at det fantes en enkel, nærmest bivirkningsfri behandling som kan gi deg et både lengre og bedre liv. En behandling som innebar betydelig redusert risiko for sykdommer som hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes, kreft, depresjon og demens. Som i tillegg ville medføre bedre hukommelse og økt stressmestring, gjøre deg mer kreativ og sannsynligvis også mer intelligent. Dette høres for godt ut til å være sant. Men, behandlingen finnes. Den er ikke ny heller. Vi har kjent den i tusenvis av år. Jeg snakker om fysisk aktivitet» (Hjelle, 2020, s. 6).

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING	4
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	4
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING.....	5
1.3	BEGREPSAVKLARINGER.....	6
1.4	FORMÅL MED OPPGAVEN.....	7
2.	FORSKNIG OM VIRKNINGER AV FYSISK AKTIVITET	8
3.	FAGLIG KUNNSKAP.....	10
3.1	FORSTÅELSESMODELLER FOR PSYKISKE LIDELSER	10
3.2	FORHOLDET MELLOM KROPP OG SJEL	10
3.3	MOTIVASJONSTEORIER	11
3.3.1	<i>Motiverende intervju.....</i>	<i>12</i>
3.3.2	<i>Kognitiv atferdsterapi.....</i>	<i>12</i>
3.4	BRUKERMEDVIRKNING	13
4.	METODE.....	15
4.1	BAKGRUNN FOR VALG AV METODE.....	15
4.2	OM LITTERATURSTUDIE.....	15
4.3	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	16
4.4	DATAINNSAMLING.....	17
4.5	VURDERING AV ARTIKLENE TROVERDIGHET	19
4.6	ETISKE OVERVEIELSER	20
4.7	ANALYSE.....	20
5.	FUNN	23
5.1	PRESENTASJON AV FUNN	23
5.1.1	<i>Positive erfaringer fra fysisk aktivitet i psykisk helsevern</i>	<i>23</i>
5.1.2	<i>Utfordringer knyttet til å inkludere fysisk aktivitet i psykisk helsevern.....</i>	<i>24</i>
5.1.3	<i>Ulike perspektiver blant pasienter, ansatte og ledere.....</i>	<i>25</i>
5.1.4	<i>Hvordan sosialarbeidere kan integrere fysisk aktivitet i sin praksis.....</i>	<i>27</i>
5.2	HVA ER FELLES OG ULIKT MED ARTIKLENE.....	28
5.3	ER DET NOE SOM VIKER FRA PROBLEMSTILLINGEN?	28
6.	DISKUSJON.....	29
6.1	ERFARINGER MED FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEVERN	29
6.2	HVORDAN LEGGER MAN TIL RETTE FOR FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEVERN?.....	31
6.3	SOSIALARBEIDERENS ROLLE I FYSISK AKTIVITET.....	32
7.	AVSLUTNING.....	34
	LITTERATURLISTE	36
	VEDLEGG 1 – CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME	40

1. INNLEDNING

Omtrent halvparten av alle mennesker vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, og en av tre vil til enhver tid ha behandlingstrengende psykiske plager (Martinsen, 2018, s. 15). Behandlingen består vanligvis av samtalebehandling og medikamenter, men mangel på kapasitet til å hjelpe alle gjør at det er et stort behov for enkle, lett tilgjengelige strategier som man selv kan bruke for å lindre psykisk smerte, mestre plager på en bedre måte eller i beste fall forebygge at psykiske lidelser oppstår. Fysisk aktivitet er en slik mulighet for hjelp til selvhjelp som er en viktig målsetting for det sosiale arbeidet (Martinsen, 2018, s. 15). Hjelp til selvhjelp går ut på at innsatsen skal dreies fra reparasjon til forebygging, fra passivitet til aktivitet og fra eksklusjon til inklusjon og deltakelse (Berg et al., 2015, s. 24).

Ifølge Hjelle (2020) er hjernen vår sannsynligvis det organet som påvirkes mest når vi beveger oss (s. 6). Det fysiske, mentale og sosiale henger sammen, og det nytter ikke å se den ene faktoren isolert fra de andre (Martinsen, 2018, s. 7). Sosialarbeidere jobber med et slikt helhetssyn hvor man skal se disse faktorene samtidig, for å indentifisere barrierer, muligheter og potensialer som finnes (Berg et al., 2015, s. 26). Gjennom litteraturstudie som metode skal jeg undersøke hva forskningen sier om erfaringer ved bruk av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser, og til slutt presentere og drøfte funnene. Før dette skal jeg si noe om bakgrunnen for valg av tema, presentere problemstillingen, avklare sentrale begreper, samt presentere teori som allerede finnes på området.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På tross av alt vi vet om hvor viktig fysisk aktivitet er for helsen vår, så velger 75% av befolkningen i Norge å enten være helt inaktive eller ikke aktive nok (Reutz, 2018). Martinsen (2018) nevner at det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet reduserer risiko for tidlig død med 30%, når en sammenligner de mest aktive med de mest inaktive (s.39). Fysisk aktivitet blir ofte anbefalt for å forebygge og redusere risiko for de store folkesykdommene, eksempelvis hjerte- og karsykdommer. Med bakgrunn som idrettssoldat i Forsvaret og en personlig interesse for fysisk aktivitet og trening, har jeg selv erfaring med at dette har en positiv innvirkning også på vår mentale helse og livskvalitet. Mennesker med psykiske lidelser har også betydelig økt forekomst av kroppslige sykdommer (Martinsen, 2018, s. 41). På bakgrunn av dette tenker jeg at det er desto viktigere at fysisk aktivitet blir en høyere prioritet i psykisk helsearbeid. Jeg tenker at fysisk aktivitet er undervurdert i

behandling av psykiske lidelser, da det i økende grad er anerkjent som en nyttig metode for hjelp til selvhjelp ved psykiske lidelser. Likevel bekrefter nyere pasientundersøkelser at kroppen stadig blir lite fokusert og vektlagt i psykiatrisk behandling (Borge, 2018, s. 26). Tilrettelagt fysisk aktivitet som behandling mot psykiske plager er virksomt og ressursbesparende, og man slipper bivirkninger, men mange hjelpere unngår å bruke det. Mange behandlingssteder har heller ikke ansatt personell med relevant utdanning i forhold til fysisk aktivitet eller integrert fysisk aktivitet inn i pasientenes individuelle planer (Rønning, 2018).

Det er tre formål med denne oppgaven. For det første lurer jeg på hvordan fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser oppleves av pasienter og ansatte på institusjonene i de utvalgte forskningsartiklene. For det andre er jeg nysgjerrig på hvilken betydning den fysiske helsen har i behandling av psykiske lidelser og hvordan den kan inkluderes. Til slutt vil jeg undersøke nærmere hvorfor denne kunnskapen vil være relevant for en sosialarbeider og i hvilken grad en sosialarbeider kan bidra med fysisk aktivitet for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser, eksempelvis gjennom kognitiv terapi og motivasjonsarbeid. Jeg tenker slik kunnskap vil skape mer troverdighet og gjøre det lettere for mennesker i vanskelige livssituasjoner å inkludere den fysiske helsen i arbeid med det psykiske. Dette er også noe jeg ønsker å ha fokus på senere i jobbsammenheng, og dermed trenger jeg mer kunnskap på området for å kunne argumentere med bakgrunn i forskning.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Som sosialarbeider kan man jobbe med mennesker i behandling for psykiske lidelser. Jeg lurer på om, og eventuelt hvordan, fysisk aktivitet kan bidra til bedre resultater i behandling. Fysisk aktivitet er ikke et tema som blir lagt stor vekt på i utdanningen, men er likevel noe jeg ser på som relevant innenfor sosialt arbeid. Eksempelvis om man jobber i ulike bofellesskap og institusjoner hvor man skal følge opp beboere og pasienter. Med dette som utgangspunkt har jeg utformet følgende problemstilling:

«Hva sier forskning om pasienters, ansattes og lederes erfaringer med bruk av fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern?»

Oppgaven avgrenses til hvilken opplevd effekt fysisk aktivitet har på psykiske lidelser generelt, da man kan bruke dette i behandling og hjelp til selvhjelp for ulike mennesker i ulike

livssituasjoner. Gjennom tematisk analysemetode undersøker jeg pasienters og ansattes erfaringer med bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern.

1.3 Begrepsavklaringer

I løpet av oppgaven bruker jeg begreper som trenger nærmere definisjon. Noen av begrepene går frem av teorien, mens andre blir presentert her. Når jeg velger å bruke begrepet *fysisk aktivitet* fremfor trening i denne oppgaven er det et bevisst valg da det gir en bedre beskrivelse av at jeg snakker om mer enn bare strukturert trening. Fysisk aktivitet kan defineres som «enhver kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruk utover hvilenivå. Fysisk aktivitet blir ofte delt inn i lett, moderat og hard, etter hvor stor energiomsetning aktiviteten krever» (Folkehelseinstituttet, 2017). I oppgaven skal jeg undersøke hvilke erfaringer man har med fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser og tenker at det påvirker hvordan livet oppleves for den enkelte. Begrepet *livskvalitet* omfatter både positive følelser som ro og glede, og positive vurderinger som livstilfredshet. Positive følelser og vurderinger omfatter også opplevelse av god fungering – som vitalitet, interesse og mening. Livskvaliteten kan variere fra god til dårlig, og kan oppleves som god selv under sykdom og helseplager (Folkehelseinstituttet, 2019). En pasient i behandling hos psykisk helsevern kan altså oppleve god livskvalitet, selv ved belastninger. En *pasient* i denne sammenheng defineres som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 a.). Jeg omtaler dermed menneskene i denne oppgaven som pasienter da artiklene handler om pasienter under *psykisk helsevern*, det vil si «spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie om omsorg dette krever» (Psykisk helsevernlov, 1999, § 1-2). Jeg bruker også begrepet *psykisk helsearbeid* som er mer et paraplybegrep for hele arbeidet for psykisk helse. Det handler om å «fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse, hvor hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer» (Store medisinske leksikon, 2019). Psykisk sykdom, psykisk lidelse eller psykiske problemer er begreper som brukes litt om hverandre. I denne oppgaven brukes begrepet *psykisk lidelse* for å gjøre det tydeligere at det er snakk om mennesker med tilstander hvor bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (NHI, 2018). Likevel er det viktig å presisere at det er store

forskjeller for hvordan samme diagnose vil påvirke ulike mennesker. Varighet og alvorlighet vil variere og påvirke livet til pasienter i større eller mindre grad. Man foretrekker ulike betegnelser, men nettopp på grunn av variasjon i symptomer vil det viktigste være at man setter personen først og snakker om en «person med psykiske vansker», heller enn en «psykiatrisk pasient» (Lauveng, 2020, s. 22-23). Er man under behandling for psykisk lidelse vil det si at det blir satt i gang tiltak med formål om endring og/eller bedring (Orrem, 2020). Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, vil da ha rett til en *individuell* plan som blir utarbeidet i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Innholdet i denne planen blir grunnlaget for behandlingen og skal tilpasses behovene til den enkelte. Det går frem av forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 19.

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å få mer kunnskap. Jeg ønsker å få frem kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser. Hvilke fordeler og ulemper fysisk aktivitet har i behandling og hvordan dette oppleves for ansatte og pasienter. Jeg vil også få mer kunnskap om hvor man kan inkludere fysisk aktivitet i behandlingsmetoder som allerede brukes. Sosialarbeidere jobber innenfor mange ulike sektorer, både offentlig og privat, og man jobber ofte tverrfaglig (Willumsen, 2015). Innen psykisk helsearbeid har alle yrkene sin unike kompetanse, samtidig som de har overlappende og utfyllende kompetanse og arbeidsoppgaver. Sosionomen er ekspert på å forebygge, løse og redusere sosiale problemer, øke livskvalitet og være bindeledd mellom personer og hjelpetiltak (Lauveng, 2020, s. 98). Om man da trekker inn kompetanse om fysisk aktivitet kan man bruke dette i motivasjonsarbeid, arbeid mot økt livskvalitet og muligens redusere sosiale problemer. Dersom tilstander gjør at fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen må man gjerne være et bindeledd mellom fysioterapeuter og ergoterapeuter (Lauveng, 2020, s. 98).

2. FORSKNING OM VIRKNINGER AV FYSISK AKTIVITET

Det er et gjennomgående funn i litteraturen at regelmessig fysisk aktivitet har betydning for vårt mentale velvære (Martinsen, 2018, s. 54). I dag er vi også godt kjent med at man bør holde seg aktiv for å ta vare på den fysiske helsen. Når man da har bestemt at fysisk aktivitet skal være en del av behandlingen for psykiske lidelser har man tenkt på fordelene for både den fysiske og psykiske helsen. Målet er å bedre mestring, funksjon og livskvalitet, men også – i et langsiktig perspektiv – å oppnå redusert sykkelighet og dødelighet av livsstilssykdommer (Evjen et al., 2018, s. 138). Dette er bare noen av fordelene med fysisk aktivitet. I befolkningsundersøkelser rapporterer nemlig personer som trener regelmessig at de har mindre søvnproblemer og tretthet på dagtid sammenlignet med fysisk inaktive. På spørsmål om hvilke praktiske metoder, vaner eller handlinger som kan hjelpe til med å gi god søvnkvalitet, svarer et flertall at fysisk aktivitet er det viktigste (Martinsen, 2018, s. 55). Dette sier også Helsenorge på sine nettsider om virkninger av fysisk aktivitet. I tillegg til reduksjon av angst, ved at man tåler bedre stressreaksjoner, og forbedret søvn er det andre ting som påvirkes. Det er prosesser som man gjerne ikke merker under og etter aktivitet, men som er viktige for at kroppen skal fungere og for at man skal holde seg frisk. Det gjelder blant annet reguleringen av blodsukkeret og blodfettet, eller senket blodtrykk (Helsenorge, 2019).

Når man er i fysisk aktivitet kan man merke at humøret blir bedre og energinivået økes. Dette er på grunn av at det frigjøres en rekke kjemiske stoffer, også kalt endorfiner, som påvirker alle våre nærmere hundre milliarder nerveceller. Disse stoffene er det nærmeste vi kommer mirakelmidler da senere års forskning ha vist at de styrker alle hjerneområdene våre (Hjelle, 2020, s. 7). Man vil føle seg bedre og kjenne på en beroligende effekt, både under og etter aktivitet. Forskning viser også til en generelt smertelindrende effekt i kroppen (Helsenorge, 2019). Kort fortalt vil disse stoffene ha en positiv effekt på stressmestring, læring, hukommelse, kreativitet, konsentrasjon og intelligens. Et aktivt liv vil også beskytte mot depresjon og angst, samt gi betydelig redusert risiko for hjernesykdommer (Hjelle, 2019, s. 7).

Ofte kan man kjenne på at motivasjonen er lav og «dørstokkmila» blir for tøff. Et viktig virkemiddel kan da være å ha en avtale med noen. Mange som er fysisk aktive sammen med andre, opplever at det sosiale også bidrar til økt trivsel og godt humør, noe som kan øke gleden med å være i aktivitet (Helsenorge, 2019). Fysisk aktivitet kan innebære en god arena

for å skape seg et nettverk. Det er viktig å integrere fysisk aktivitet og trening i behandlingsoppleggene på en slik måte at aktiviteten også kan vedlikeholdes etter behandlingsperioder (Gråwe, 2016, sitert i Evjen et al., 2018, s. 138). Gjennom å vektlegge det sosiale aspektet med fysisk aktivitet i behandlingen kan man hjelpe pasientene til å spørre en venn, eller skaffe seg en treningskontakt i kommunen slik at aktiviteten lettere kan vedlikeholdes i etterkant. Under behandling i psykisk helsevern bør aktiviteter være en del av pasientens plan, tilrettelagt etter forholdene. Uansett aktivitet er det viktig å være realistisk og benytte de grunnleggende prinsippene for miljøterapeutiske tiltak i planlegging og gjennomføring av aktiviteten. Man må ta en helhetsvurdering for å finne den beste aktiviteten, og det personen selv ønsker, for så å legge til rette, forberede og følge, slik at det kan fungere på en god måte (Lauveng, 2020, s. 238-239).

3. FAGLIG KUNNSKAP

Stortingsmelding nr. 7 presiserte blant annet at psykisk og somatisk helse må ses i sammenheng, og at behandlingsopplegget innen psykisk helse også må tilrettelegges for arbeid med fysisk helse (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 53). Her kan vi trekke tråder til analyseenheten i sosialt arbeid, «person i situasjon», hvor man skal se personen ut fra den sammenheng han eller hun befinner seg i (Berg et al., 2015, s. 19). På bakgrunn av dette skal jeg i det videre gå inn på forståelsesmodeller for psykisk lidelse, før jeg sier noe om synet på forholdet mellom kropp og sjel. Jeg vil gå inn på to ulike motivasjonsteorier som kan brukes for å motivere til fysisk aktivitet, samt viktigheten av brukermedvirkning i forhold til dette.

3.1 Forståelsesmodeller for psykiske lidelser

Man kan ikke forstå psykiske lidelser uten kunnskap om fenomenet. Når man skal forstå psykiske lidelser bruker man modeller for å gi en forenklet forklaring på et fenomen (Lauveng, 2020, s. 21). Det finnes mange slike modeller, og ofte kan det være uenighet i hva som er den beste modellen for å forstå og behandle en gitt tilstand (Lauveng, 2020, s. 26). I et mangfoldig spekter av tanker, følelser, evner og atferd kan diagnoser bli fattige begreper. Diagnosene sier noe om symptomer, men ikke om hva som kan ha forårsaket symptomene (Evjen et al., 2018, s. 46). Det er nødvendig at viktige beslutninger tas i samarbeid, mellom ulike fagpersoner og mellom fagperson og pasient, eventuelt også med pårørende, for å kunne gi god og riktig hjelp til enkeltpersoner og familier (Lauveng, 2020, s. 53). Det man kan være enige om derimot, er at ingen av forståelsesmodellene vil være fullt dekkende for en psykisk lidelse slik at man må kombinere dem. Det vil si at man bruker bio-psyko-sosiale modeller, som åpner for å forstå psykiske lidelser ut fra et samspill mellom ulike faktorer (Lauveng, 2020, s. 31). Eksempelvis at genetikk, tidligere erfaringer og sosiale problemer må ses i sammenheng for å forstå årsak til og velge behandlingsmetode for en psykisk lidelse. Det er med andre ord blitt mer fokus på et bredere syn på psykiske lidelser.

3.2 Forholdet mellom kropp og sjel

Vi deler ofte sykdommer inn som enten fysiske eller mentale, men synet på forholdet mellom kropp og sjel har likevel endret seg gjennom historien. Moderne kroppsfenomenologi og et helsefremmende perspektiv gir et bedre grunnlag for en helhetlig forståelse av mennesket (Borge, 2018, s. 19). Med en helhetlig forståelse av mennesket bør man også gi helhetlig

behandling i psykisk helsearbeid. Langvarig psykisk sykdom øker risiko for fysisk sykdom, dårlig økonomi, dårlige boforhold, ensidig kosthold, lavutdanning, stress, ensomhet og annet (Lauveng, 2020, s. 233). Om man bare ser på det psykiske, kan noen bli gående med alvorlige fysiske tilstander som egentlig trenger somatisk behandling. En somatisk lidelse kan også gjøre at en kronisk psykisk lidelse trigges. Galtung er en norsk komiker og skuespiller som har skrevet bok om sin egen erfaring med bipolar lidelse. Hun mener sammenhengen mellom fysiske og psykiske lidelser ofte blir glemt (Galtung, 2017). Mens psykiatrien tidligere var mest opptatt av det syke, ønsker psykisk helsevern i dag å styrke funksjon, mestring og ressurser (Lauveng, 2020, s. 56). Man setter større fokus på styrkeperspektiv som går ut på å se etter styrker og muligheter hos den enkelte, og i deres omgivelser, med mål om at personen skal oppleve mestring og kontroll i eget liv (Berg et al., 2015, s. 24). Med et slikt syn på å gi oppmerksomhet til hele mennesket vil det være meningsløst å ikke prioritere den fysiske helsen i psykisk helsearbeid. Fysisk aktivitet kan ses på som en god ressurs ved at personen selv kan oppleve å ta i bruk egen mestring og finne mening gjennom aktiviteten (Borge, 2018, s. 31). I arbeid med det psykiske vil nettopp denne mestringen være viktig å kjenne på for å føle at man duger. Hjelle (2020) mener vi kan si det så enkelt som at hjernen vår er helt avhengig av fysisk aktivitet for å fungere optimalt (s. 6). På en annen side kan det være vanskelig å motivere pasienter til å jobbe med den fysiske helsen. Ulike forhold ved psykiske lidelser kan gjøre det vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet, eksempelvis angst, depresjon, lav selvfølelse og mangel på mestringstro (Moe, 2018, s. 155). De trenger derfor hjelp til å komme i gang og jobbe mot en indre motivasjon som er en naturlig motivasjon som kommer fra innsiden, og fører til atferd som vi faktisk ønsker. Ytre motivasjon på den andre siden er motivasjon som stammer fra ytre påvirkning (Holm, 2017). Det er viktig at personell i psykisk helsevern er oppmerksomme på fysisk sykdom og kan jobbe helhetlig og tverrfaglig med både det fysiske og det psykiske (Lauveng, 2020, s. 234).

3.3 Motivasjonsteorier

Pakkeforløpet for psykisk helse og rus inneholder et eget punkt om oppfølging av fysisk aktivitet hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det sies blant annet at fysisk aktivitet bør være en del av den ordinære behandlingen, og at pasienter bør få veiledning og tilbud om tilpasset fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2018). Hvordan dette legges opp vil variere, men i utgangspunktet bør treningen tilrettelegges slik at pasienten får mulighet til å øke og opprettholde kondisjon og utholdenhet til over minimumsnivå – alder,

kjønn og funksjonsnivå tatt i betraktning. Et minimumstiltak er å samarbeide med pasienten om aktiviteter vedkommende er motivert for og har mulighet til å fortsette med. Valgt aktivitet bør foregå minimum 150 minutter i uken og gjøre at man blir svett og andpusten. Samtidig er det ofte nødvendig med tilpasset motivasjonsarbeid (Helsedirektoratet, 2018). Utfordringen for mange er gjerne ikke mangel på kunnskap, men heller vanskeligheter med å omgjøre tanker om fysisk aktivitet til handling (Hjelle, 2020, s. 186). Det fører oss inn på to utvalgte teorier hvor sosialarbeidere har viktig kunnskap, nemlig motiverende intervju og kognitiv atferdsterapi.

3.3.1 Motiverende intervju

Motiverende intervju, også kalt endringsfokustert rådgivning, kan være en nyttig modell å bruke for å hjelpe mennesker i gang med fysisk aktivitet. Moe (2018) beskriver dette som at pasientens meninger og løsninger skal stå i fokus, og gjennom åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatninger skal terapeuten hjelpe brukeren til å snakke om, bekrefte og forsterke sine uttalelser og å ta initiativ basert på egne beslutninger (s. 160-161). Man tenker at endring skjer i faser og man jobber seg dermed gjennom disse for å nå målet om en indre motivasjon (Moe, 2018, s. 159). Holdningen til pasienten skal være preget av respekt, innlevelse og anerkjennelse for å finne frem til pasientens egne tanker, følelser og behov (Evjen et al., 2018, s. 130). Man utforsker fordeler og ulemper, i dette tilfellet med fysisk aktivitet, og respekterer pasientens syn på sin situasjon og livsstil. Ambivalensen vil gjerne komme tydelig frem i forhold til diskrepans mellom ønsket om å være fysisk aktiv, men ikke klare å gjøre det (Evjen et al., 2018, s. 130-131). Når man tar utgangspunkt i pasientens egne synspunkter kan man reflektere sammen rundt disse for å utforske hva pasienten mener kan føre til en positiv endring, hvor målet vil være å finne en indre motivasjon som gjør at det å holde seg i aktivitet er selvmotiverende. Med andre ord vil aktiviteten gi mening og glede i seg selv, slik at man klarer å holde seg motivert også etter endt behandling.

3.3.2 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en virksom og godt dokumentert behandlingsmetode ved psykiske lidelser (Martinsen, 2018, s. 43). Utgangspunktet er at menneskers følelser og atferd avhenger av hvordan man tolker det som skjer rundt, ofte automatisk og ubevisst. Ved psykiske lidelser, som angst eller depresjon, vil disse tankene ofte være negative, og man undersøker hvordan disse påvirker følelser og atferd. Disse tankene kan endres, og sammen prøver man å

finne andre og mer realistiske tolkninger av ulike situasjoner (Evjen et al., 2018, s. 131). Med andre ord erstatter man negative, automatiske tanker med mer hensiktsmessige tanker. Kognitiv terapi krever egenaktivitet fra pasientenes side, slik at det viktigste arbeidet gjør man selv de dagene og timene man ikke snakker med behandleren. Ved å trekke dette mot fysisk aktivitet, kan nettopp ulike former for fysisk aktivitet være gode hjemmeoppgaver. Da kan pasienten finne ut hvilken virkning aktivitet har på energinivå og humør, samt finne ut hvilke forhold som gjør det vanskelig å komme i gang. Pasient og terapeut ser deretter sammen på dette og finner forslag til nye strategier for å klare å være aktiv, og forhåpentligvis være mer motivert (Martinsen, 2018, s. 50).

3.4 Brukermedvirkning

Det er lovpålagt å gi pasienten rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Man har altså rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Begge teoriene ovenfor legger vekt på brukermedvirkning, noe som vil være viktig om fysisk aktivitet skal oppleves meningsfullt i behandling av psykiske lidelser (Lauveng, 2020, s. 242). For at fysisk trening skal vedlikeholdes etter behandlingsperioder er det viktig at det er lystbetont. Dermed blir pasientens egne ønsker viktige å ta hensyn til. En forutsetning for å praktisere brukermedvirkning er nettopp å være opptatt av å forstå brukerens perspektiv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107). Borge (2018) hevder at:

Vi må lytte til pasientene og invitere dem til å snakke om sine kroppslige erfaringer. Ved å invitere dem til å samhandle om kroppslige aktiviteter kan man gi nyttig erfaringslæring som kan øke selvforståelsen hos både terapeut og pasient. Gevinsten kan også bli større bevegelsesbevissthet, mestring, livsglede og livskvalitet (s. 32).

Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning er viktig i sosialt arbeid. Disse tre begrepene beskriver svært mye av grunnvollen i arbeid med mennesker. Man skal følge et felles etisk grunnlag som handler om blant annet menneskeverd, respekt for integritet, anerkjennelse, helhetssyn, tillit og rettferdighet (FO: yrkesetisk grunnlagsdokument, 2019). Ved å åpne for brukermedvirkning vil relasjonen mellom terapeut og pasient styrkes, samtidig som det å få påvirke egne omgivelser vil påvirke motivasjonen for endring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). For at fysisk aktivitet skal ha noen nytte i arbeid med det psykiske er det viktig at det gir pasienten noe, i form av glede og mestring. Da hjelper det ikke å dra

pasienten med på ting som terapeuten mener er gøy, men man må lytte til pasienten for å høre hva han eller hun kunne tenke seg. Ved å høre på pasientens ønsker legger man til rette for god brukermedvirkning og en åpnere relasjon. I dette tilfellet bør man så langt det lar seg gjøre la pasientens ønsker bli tatt hensyn til og la vedkommende få være med på å bestemme hvilke aktiviteter som skal prioriteres.

4. METODE

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2012, s. 50). Metode er delt inn i kategoriene kvalitativ, kvantitativ og litteraturstudie. Hvilken metode man velger avhenger av hvordan man ønsker å vinkle oppgaven og hvilken metode som kan hjelpe en til å svare på problemstillingen på best mulig måte. I den litterære oppgaven anvender man ikke en bestemt metode, slik som eksempelvis intervju eller spørreskjema, men man beskriver måten man har gått frem på (Dalland, 2012, s. 228). I dette kapitlet om metode vil jeg gå nærmere inn på denne fremgangsmåten ved å først si noe om bakgrunn for valg av metode før jeg beskriver hva litteraturstudie er. Videre vil jeg gå inn på hvordan datainnsamlingen har foregått, hvilke artikler jeg har valgt og troverdigheten av disse, samt etiske hensyn som er tatt. Til slutt går jeg gjennom analysemetode av artiklene.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Jeg er ute etter kunnskapsgrunnlaget for å inkludere fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser, og ser dermed litteraturstudie som den mest hensiktsmessige metoden. Jeg vet at fysisk aktivitet allerede er inkludert ved flere behandlingssteder, men forskningen utvikler seg og jeg vil dermed analysere nåtidig empirisk forskning for å finne ut hva pasienter og ansatte mener fungerer og eventuelt ikke fungerer.

4.2 Om litteraturstudie

Kunnskap fra forskning er en viktig byggestein for å arbeide kunnskapsbasert (Forsberg & Wengström, 2016, s. 22). For å kunne gjøre en litteraturstudie er man avhengig av at det finnes forskning av god kvalitet for at studien skal være pålitelig og gyldig. Problemstillingen bør være tydelig formulert slik at andre som leser kan forstå hvilken vinkling man ønsker i oppgaven (Forsberg & Wengström, 2016, s. 26-27). Fordelene med litteraturstudie er at forskningen allerede er gjort på forhånd, og dersom disse artiklene er fagfellevurdert kan man stole på at forskningen er troverdig, men dette er likevel ikke den eneste indikatoren for å finne ut om forskningen er troverdig. Man kan eksempelvis bruke Critical Appraisal Skills Programme (CASP) som jeg skal gå inn på senere. Ved å inkludere kunnskap fra flere ulike artikler kan man sammenligne disse og se et større bilde av hvilke resultater man har fått

gjennom forskning innenfor samme område. Ulemper med litteraturstudie er at det kan bli utfordrende å finne forskning som kan svare på akkurat den problemstillingen vi har foran oss, slik at man gjerne må omformulere problemstillingen etter hvert som man finner relevant forskning. I mitt tilfelle ble problemstillingen endret flere ganger underveis som jeg fant interessante forskningsartikler som gav oppgaven en litt annen vinkling. Det er også viktig å huske på å ikke la egne meninger styre hvilke artikler man velger, slik at man er åpen for å få resultater som motsier det man tror fra før. Det er lett å la seg påvirke av førforståelsen, slik at vi på forhånd bør tenke på hvilke tanker vi har, og lete etter data som eventuelt kan avkrefte de forklaringene av fenomenet som vi selv har funnet i forkant (Dalland, 2012, s. 118). Selv tenker jeg at fysisk aktivitet påvirker psykiske lidelser positivt, men jeg er likevel åpen for forskning som viser at det i noen tilfeller ikke er gunstig.

4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg var ikke i tvil om at jeg kom til å finne forskningsartikler som omhandlet fysisk aktivitet og psykisk helse. Det jeg derimot ikke var forberedt på, var at det var så store mengder med litteratur som kom opp når jeg søkte i de ulike databasene. Det ble da nødvendig å ta flere kriterier i betraktning før søkeprosessen kunne starte. Hvilke typer tekster ønskes, fra hvilken periode og hvilke nøkkelord bør jeg søke etter. For å kunne avgrense søket mot det jeg ønsket svar på etablerte jeg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det vil si kriterier som er utarbeidet for å begrense søkingen slik at man ikke drukner i informasjon (Dalland, 2012, s. 70). Under har jeg satt inn en tabell som viser kriterier som er brukt i søket etter relevante forskningsartikler.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	
Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artiklene må være publisert etter 2016	Artikler publisert før 2016
Norsk, svensk, dansk eller engelsk språk	Andre språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk
Artikler som kan åpnes i full tekst	Artikler som ikke kan åpnes i full tekst, type sammendrag og oversikt
Artikler som omhandler bruk av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser	Artikler som ikke omhandler fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser

Fagfelleverderte artikler	Artikler som ikke er fagfelleverdert
Doktorgrader	Bacheloroppgaver
Variasjon i deltakere (perspektiver blant pasienter, ansatte og ledere)	Samme deltakere
Kvalitative studier	Kvantitative studier

Nettopp disse kriteriene er brukt for å avgrense søket mitt mest mulig mot min problemstilling. Artikler fra de siste fem år er et krav for bacheloroppgaven, men fører også til at man finner den nyeste forskningen på området slik at det blir mer nøyaktig mot dagens samfunn. Begrensning til språk er for å luke ut artikler som man likevel ikke forstår. Jeg ville også gjerne finne artikler som kan åpnes i full tekst for å kunne analysere de, samt fagfelleverderte artikler eller doktorgrader for å gjøre forskningen mer troverdig. En bacheloroppgave kan også være god forskning, men da man ikke vet hvilken vurdering de har fått så har jeg heller brukt litteraturlisten til aktuelle bacheloroppgaver for å finne litteratur som kan passe til min egen oppgave. Jeg ønsket også variasjon i type deltakere i studiene. Ved å gjøre det kunne jeg finne studier basert på både pasienter, personal og ledere i behandlingen av psykiske lidelser, og dermed også sammenligne de ulike synpunktene på fysisk aktivitet i behandling. Ledere er viktige fordi de har stor innvirkning på om fysisk aktivitet blir satt på dagsordenen i organisasjonen eller ikke. Til slutt begrenset jeg valgene til kvalitative studier da jeg er ute etter erfaringer. Kvalitative studier kan gi bedre svar på problemstillingen da disse tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112).

4.4 Datainnsamling

For å identifisere relevant data i en litteraturstudie må man først gjøre seg opp en mening om hvilke data man trenger for å belyse problemstillingen, og deretter bruke alle tilgjengelige ressurser for å finne frem (Dalland, 2012, s. 139). I min oppgave har jeg basert meg på flere ulike databaser. En av årsakene til dette er at ingen databaser er fullstendige, og for å sikre at jeg identifiserte mest mulig relevant litteratur søkte jeg i ulike databaser. Nedenfor har jeg illustrert hvilke søkeord jeg har brukt, avgrensninger, database, hvor mange treff jeg fikk i hver database og antall artikler som er benyttet.

Tabell 2: Oversikt over søkeprosessen				
Søkeord	Avgrensninger	Database	Treff	Antall artikler benyttet
Physical activity AND Social workers AND Social casework	- År: 2016-2021	PsycINFO	2	1
Fysisk aktivitet OG psykisk helse	- Biblioteket på UIS - Siste 5 år	ORIA	177	1
Physical activity AND exercise AND psychiatry	- År: 2018 - Free full text - Engelsk	Pubmed	533	1
Bli fysisk aktivitet prioritert i psykiatrien	- Etter 2017	Google scholar	1870	1
Exercise AND therapy AND mental disorders	2016-2021	MEDLINE	22	0

Jeg identifiserte artikkel 1 ved å søke i Oria gjennom biblioteket på UIS. Ved å søke på fysisk aktivitet og psykisk helse de siste 5 år fikk jeg 177 treff, og valgte til slutt «*Når terapeuten forlater kontoret. Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri.*» Dette er en vitenskapelig publikasjon fra 2018 som handler om hvordan terapeuter opplever å bruke naturen som arena for å drive gruppeterapi, hvor fem erfarne fagpersoner i et friluftsterapeutisk behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten er deltakere.

Artikkel 2 ble funnet gjennom Google Scholar hvor jeg kom over en bacheloroppgave med tilnærmet samme tema som meg og bestemte meg for å undersøke litteraturlisten. Der fant jeg «*Lessons learned from a physical activity intervention in psychiatric treatment: patient, staff and leader perspectives*» Dette er en artikkel fra 2020 som handler om hvordan inkludering av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser oppleves av pasienter, ansatte og ledere ved en psykiatrisk institusjon.

Artikkel 3 er også fra 2020 og undersøker mangler og fordeler ved inkludering av fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser. Gjennom å søke etter fysisk aktivitet og sosialarbeidere i PsycINFO fant jeg artikkelen «*Social workers perceptions of exercise in treating chronic mental illnesses: Action research*» hvor deltakerne var kliniske sosialarbeidere innen psykisk helsevern.

Til slutt identifiserte jeg artikkel 4 gjennom Pubmed. Med søkeordene physical activity, exercise og psychiatry, begrenset til 2018 fikk jeg 533 treff. Jeg ønsket å finne en artikkel som baserte seg på pasienter som deltakere slik at fordelingen ble jevn i forhold til å kunne sammenligne synspunkter, og valgte dermed «*Psychiatric In-patients are more likely to meet recommended levels of health-enhancing physical activity if they engage in exercise and sport therapy programs.*» Denne studien har basert seg på 107 deltakere i Sveits, som alle var tilknyttet en behandlingstilstand og oppfylte kriterier for en psykisk lidelse i henhold til ICD-10. Det som blir undersøkt er hvor mange som følger strukturen i forhold til fysisk aktivitet, hvor mange som er aktive på eget initiativ og hvor mange som møter anbefalingene for fysisk aktivitet.

4.5 Vurdering av artiklens troverdighet

Forskningens troverdighet er avhengig av at vi kan stole på forskerne, og dermed er etikk i forskningen svært viktig (Kunnskapsdepartementet, 2020). Gjennom å søke i ulike databaser har jeg erfart at det finnes store mengder med artikler som møter flere av mine kriterier for relevant forskning. Selv om de valgte artiklene er tilsynelatende troverdige, ser jeg det som nødvendig å utforske validiteten. Jeg bruker Critical Appraisal Skills Programme (CASP), som inneholder sjekklister med 10 spørsmål slik at man kan kvalitetssikre de artiklene man har valgt til å svare på problemstillingen (Critical Appraisal Skills Programme, 2018).

Jeg brukte sjekklister for kvalitative studier da de artiklene jeg har valgt er basert på kvalitative forskningsmetoder. Listen inneholder 10 spørsmål som jeg har svart på med utgangspunkt i de artiklene jeg har valgt. Jeg har dermed kommet frem til at alle fire artikler tilfredsstillende kravene. Blant annet er de tydelige på mål, metode og innsamling av data. Valg av deltakere er redegjort for, samt det etiske aspektet ved at deltakerne er nøye informert og har signert avtale. Jeg kan dermed konkludere med at artiklene er pålitelige og gyldige, og kan i stor grad brukes til å svare på problemstillingen. Ferdig utfylt sjekklister ligger som vedlegg 1.

4.6 Etiske overveielser

Etiske overveielser betyr at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres (Dalland, 2012, s. 95). I denne oppgaven har jeg ikke samlet inn dataen selv og har dermed ikke personopplysninger som jeg må ivareta. Likevel er det viktig at jeg viser respekt for de som har skrevet forskningsartiklene og forsikrer meg om at vedkommende har god forskningsetikk i sine artikler. I tillegg må jeg formulere meg med respekt ovenfor de menneskene jeg skriver om, og sørge for at jeg gjengir informasjon fra primærkildene på en sannferdig måte. Jeg har forsøkt å være transparent i hvordan jeg har analysert datamaterialet, og vært eksplisitt på hva som er mine fortolkninger av data, og hva som er direkte sitater fra primærkildene (NESH, 2018).

4.7 Analyse

For å analysere data har jeg fulgt tematisk analysemetode. Det er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønsteret i datainnsamlingen, både likheter og ulikheter (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Dette innebærer å følge seks steg. Den første fasen handler om å lese nøye gjennom artiklene hvor jeg gjorde meg godt kjent med disse. Fase to handler om å identifisere koder, eller særtrekk, ved data i artiklene som fanger interesse. I fase tre ble kodene fra fase to samlet og sortert i et tema-kart, som videre ble gjennomgått i fase fire for å sjekke om det passet overens med det totale datasettet. Disse temaene blir deretter definert i fase fem før de til slutt presenteres og drøftes i siste fase. Fase 5 blir beskrevet under funn og fase 6 blir presentert i drøftingsdelen. Med andre ord har jeg funnet interessante momenter i alle fire artiklene, organisert disse og undersøkt likheter og ulikheter mellom dem.

Etter å ha gjort en tematisk analyse av artiklene har dataen blitt organisert som vist i tabell 3 med overordnet kategori og underkategorier. Videre ble funnene gjennomgått under

overordnet tema som overskrift. Temaene er basert på resultater fra alle fire artiklene, men med hovedvekt fra enkelte studier grunnet ulik vinkling i studiene. Med variasjon i synspunkter fra pasienter, ansatte og ledere ved institusjonene utfyller studiene hverandre godt.

Tabell 3: Temakart	
Overordnede kategorier	Underkategorier
Positive erfaringer fra fysisk aktivitet i psykisk helsevern	<p>Skaper innhold i hverdagen</p> <p>Relasjonsbygging</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tillitsskapende - En annen setting - Tilstedeværelse - Helhet og tid - Innsikt - Trygghet <p>Natur og friluft</p>
Utfordringer knyttet til å inkludere fysisk aktivitet i psykisk helsevern	<p>Holde på gode rutiner</p> <p>Ulike holdninger til fysisk aktivitet</p> <p>Mangel på ressurser</p> <p>Pasienter med ulike behov</p> <p>Kunnskap om fysisk aktivitet</p> <p>Motivasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avgjørende, men vanskelig - Må jobbe parallelt med dette
Ulike perspektiver blant pasienter, ansatte og ledere	<p>Pasienter: Forteller at det er sosialt og at det hjelper på flere områder, men trenger en fast struktur.</p> <p>De føler mer likeverd mellom dem og terapeutene.</p> <p>Trenger å jobbe med motivasjon</p> <p>Ansatte: Synes det er gøy, men er tungt å være med på fysisk aktivitet i løpet av en</p>

	<p>arbeidsdag. Det vekket likevel oppmerksomheten på fysisk aktivitet i behandling.</p> <p>Ledere: Ønsker økt oppmerksomhet på fysisk aktivitet</p>
Hvordan sosialarbeidere kan integrere fysisk aktivitet i sin praksis	<p>Utvidet terapeutrolle</p> <p>Flere tilnærminger til integrering av fysisk aktivitet</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvordan gjennomføre

5. FUNN

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere det jeg har funnet fra forskning om fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser. Til slutt vil jeg si noe om hva som er felles og ulikt mellom artiklene, og om det er noe som viker fra problemstillingen.

5.1 Presentasjon av funn

I det følgende vil jeg presentere de overordnede temaene jeg identifiserte fra mine analyser. Sitater fra artiklene vil bli inkludert for å gi en mer inngående beskrivelse av hva som ligger i de ulike temaene.

5.1.1 *Positive erfaringer fra fysisk aktivitet i psykisk helsevern*

Studien til Gabrielsen et al. om å drive psykisk helsearbeid ute i det fri inneholder mange gode poenger til å flytte noe av arbeidet ut i natur og friluft og legger fokuset på terapeutenes opplevelser med å ta ungdommer med seg ut. Flere terapeuter fortalte at de opplever seg selv mer til stede og tilpass når de arbeider utendørs, og at dette innvirker på hjelpen de tilbyr (Gabrielsen et al., 2018, s. 44). Terapeutene er samstemte om at når de har det bra selv vil også de rundt få en opplevelse av at terapeuten er ordentlig til stede. En av terapeutene beskriver kontakten mellom terapeut og klient som annerledes når hun er utendørs, da samtalen endrer form, noe hun opplever som positivt (Gabrielsen et al., 2018, s. 44). Et gjennomgående funn er at å være i aktivitet sammen er positivt for relasjonen mellom pasient og terapeut. En ansatt på institusjonen i studien til Sørensen et al. forteller blant annet at;

... man begynner å kjenne hverandre på en annen måte gjennom fysisk aktivitet, vi hadde mer å snakke om og det var enklere å få i gang en samtale (Sørensen et al., 2020, s. 7, egen oversettelse).

Å være fysisk aktive sammen med andre kan gjøre at man ser atferd fra en annen side. I dette tilfellet kan terapeutene få bedre innsikt i deltakernes styrker og utfordringer, og dermed bedre forstå hvordan en lidelse påvirker hverdagslivet til den enkelte. Eksempelvis ser man hvordan de kommuniserer med andre og hvordan de løser eventuelle utfordringer (Gabrielsen et al., 2018, s. 45). Det er heller ikke bare terapeutene som vil få noe positivt ut av dette. Menneskene i behandling kan oppnå mestring og tilfredshet som man kanskje ikke så lett kan oppdage andre steder (Gabrielsen et al., 2018, s. 45). En av terapeutene som driver friluftsterapi sitter igjen med at;

... det er mulig å samle en gruppe ungdommer som har kjempestore utfordringer med å forholde seg til andre mennesker, og at det faktisk er mulig å ta dem med ut sammen, og at de kan oppleve et samhold og en støtte fra hverandre som de selv opplever er veldig betydningsfullt, og som skaper noen erfaringer flere av dem aldri har opplevd før av nettopp det å oppleve vennskap, støtte og forståelse. Jeg tror ikke vi kunne fått det til innendørs (Gabrielsen et al., 2018, s. 46).

I Battiste-Downie (2020) sin studie om sosialarbeideres synspunkter på fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser viser hun til andre studier hvor det er forsket nærmere på hvordan fysisk aktivitet påvirker enkelte lidelser. Eksempelvis når det gjelder post-traumatisk stress lidelse (PTSD) kunne man se en betydelig reduksjon i symptomer samt bedre søvn (Rosenbaum et al., 2014). Når det gjelder valg av aktivitet har det ifølge Ehrbar et al. (2018) lite betydning hva man velger så lenge man trives med det (s. 7). De konkluderer med at pasienter i behandling for psykisk lidelse har større sannsynlighet for å møte anbefalingene om helsefremmende fysisk aktivitet dersom de deltar i minst 60 minutter strukturert trening per uke, eller minst 30 minutter med egentrening (Ehrbar et al., 2018, s. 7). Det viser dermed at også små doser med trening kan ha positiv effekt. I tillegg kan det være en trygghet for pasienter å ha mulighet til å velge mellom strukturert trening eller egentrening (Ehrbar et al., 2018, s. 8).

5.1.2 Utfordringer knyttet til å inkludere fysisk aktivitet i psykisk helsevern

Selv om de positive opplevelsene er mange, oppstår det likevel utfordringer knyttet til å inkludere fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Mangel på motivasjon er særlig et moment som blir trukket frem i alle artiklene. Sørensen et al. som undersøkte opplevelser fra både pasienter, ansatte og ledere, legger stor vekt på dette. Pasientene beskriver motivasjonen som svingende og forteller at det kan være vanskelig å være motivert til fysisk aktivitet, spesielt om man er i en dårlig periode psykisk (Sørensen et al., 2020, s. 6). De ansatte beskriver på en annen side motivasjonsarbeid som en stor og krevende oppgave. De mener også at de ansattes holdninger og eget forhold til fysisk aktivitet har betydning for hvor effektivt motivasjonsarbeidet blir (Sørensen et al., 2020, s. 6). Har man kunnskap om fysisk aktivitet og tenker selv at det er nyttig for psykisk helse, kan det være en viktig faktor for effektivt motivasjonsarbeid.

Dersom motivasjonen ikke jobbes med parallelt, kan det være vanskelig å opprettholde en god treningsrutine. Eksempelvis ved depresjon kan man føle seg håpløs, pessimistisk, ha lav

selvfølelse, ha en tendens til å utsette oppgaver og dårligere kapasitet til å planlegge (Ehrbar et al., 2018, s. 8). Når man også mener at fysisk aktivitet er mest effektivt når man gjør noe man liker, kan en strukturert prosess være utfordrende på en institusjon med mange ulike individer. 6 av 6 sosialarbeidere i studien til Battiste-Downie mente det var komplisert med fysisk aktivitet fordi alt ikke passer for alle (Battiste-Downie, 2020, s. 35). Utfordringen blir hvordan man kan inkludere det på best mulig måte og det kreves da at sosialarbeideren har kunnskap, noe en pasient også hadde tanker om:

... jeg mener det burde vært mer fokus på de ansatte generelt for å endre holdninger slik at fysisk aktivitet er en del av terapien og ikke bare noe isolert. Det må skje en endring i holdning hvis de skal kunne arrangere det selv uten eksterne instruktører (Sørensen et al., 2020, s. 8, egen oversettelse).

På en annen side er det ikke bare motivasjonen som kan gi utfordringer. I løpet av en kort behandlingsperiode kan det kollidere med mange andre aspekter av behandlingen som får høyere prioritet om man følger de nåværende retningslinjene, selv om man stadig hører om de positive effektene av fysisk aktivitet (Sørensen et al., 2020, s. 6). Ledere ved institusjonen i studien til Sørensen et al. nevner blant annet at det fort blir nedprioritert fordi det ikke er en del av den daglige rutinen slik som de mer tradisjonelle behandlingsmetodene er (Sørensen et al., 2020, s. 6). Ved slike behandlingstilstander, samt bofellesskap, har man også turnusarbeid som kan gjøre det utfordrende å ha fysisk aktivitet fast i strukturen. Lederne poengterer at man vil være avhengig av at de ansatte som har ansvar for fysisk aktivitet er på jobb, i tillegg til at man har mangel på ressurser for å inkludere fysisk aktivitet. Det ville vært optimalt å kunne ansette eksterne instruktører med kunnskap, men det vil være vanskelig økonomisk (Sørensen et al., 2020, s. 8).

5.1.3 Ulike perspektiver blant pasienter, ansatte og ledere

Et gjennomgående funn i artiklene er at deltakerne er positive til inkludering av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Forskjellene finner vi i perspektiv i forhold til hvilken rolle hver enkelt har. Studien til Sørensen et al. om hvordan inkludering av fysisk aktivitet oppleves av pasienter, ansatte og ledere ved en behandlingstilstand vil være hovedkilden under dette tema da den grundig undersøker de ulike perspektivene. Pasientene i studien forteller at organisert fysisk aktivitet på institusjonen er en god mulighet til å komme i bedre form, og ble beskrevet som en god start for å bli mer fysisk aktiv igjen (Sørensen et al., 2020, s. 4). Om

man har en psykisk lidelse sliter man ofte også med andre fysiske behov som mat og søvn. En av pasientene kunne fortelle at;

... Jeg vet at jeg føler meg bedre når jeg er fysisk aktiv. Jeg sliter med dårlig samvittighet overfor meg selv dersom jeg ikke er aktiv. Med fysisk aktivitet sover jeg også bedre, jeg spiser mer og bedre fordi jeg trenger det på en annen måte. Fysisk aktivitet hjelper meg altså med andre ting som er vanskelig. Men på den andre siden er det også vanskelig når du føler deg dårlig. Da blir det vanskelig å håndtere fysisk aktivitet, og det blir litt tungt (Sørensen et al., 2020, s. 4, egen oversettelse).

Pasientene er enige om at det er lettere å være fysisk aktiv når man er mindre dårlig, men når de klarer å delta også når de er dårlige opplever de å føle seg bedre både under og en stund etter aktivitet (Sørensen et al., 2020, s. 6). Selv om motivasjonen kan være utfordrende, har pasientene erfart flere motivasjonsfaktorer som gjør fysisk aktivitet til en positiv del av behandlingen. Eksempelvis det å komme i bedre form, ha mindre eller ingen angst, samt den sosiale delen hvor de møter og snakker med andre pasienter og bygger relasjon med de ansatte (Sørensen et al., 2020, s. 7).

De ansatte nevner også viktigheten av fysisk aktivitet for både fysisk og psykisk helse. Likevel har de et mer kritisk syn på å inkludere det i behandlingen da de opplever det som vanskelig å prioritere. På en annen side vekket studien oppmerksomhet på fysisk aktivitet i behandling (Sørensen et al., 2020, s. 5). I studien til Battiste-Downie har sosialarbeiderne stor enighet om at man bør inkludere fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser. De rapporterer at fysisk aktivitet hjelper pasientene deres å ha en sunnere livsstil og samtidig reduserer risikoen for kroniske sykdommer (Battiste-Downie, 2020, s. 33). En av deltakerne forteller at hun ikke pleier å ha fysisk aktivitet som mål når hun arbeider med ulike pasienter da det ikke er hennes hovedoppgave. Men dersom pasienten selv har et mål om fysisk aktivitet legger hun det gjerne inn i behandlingsplanen til vedkommende og dokumenterer progresjonen (Battiste-Downie, 2020, s. 31).

Lederne er enige i at fysisk aktivitet er nyttig for pasientene og tenker at det kan brukes til å regulere følelser eller annen atferd (Sørensen et al., 2020, s. 6). Det å være en del av studien gjorde at de fikk en økt oppmerksomhet på fysisk aktivitet ikke bare for pasientene, men også for de ansatte. De innrømmer likevel at det kan bli forsømt da det enda ikke er så inkorporert i de daglige rutinene. Om de så skulle klare å ha det som en fast struktur, tenker de at det må

skje et samarbeid med kommunen slik at pasientene kan få støtte og oppfølging i forhold til fysisk aktivitet også etter endt behandling (Sørensen et al., 2020, s. 6).

5.1.4 Hvordan sosialarbeidere kan integrere fysisk aktivitet i sin praksis

Sosialarbeidere har fått kunnskap om psykiske lidelser i løpet av utdanningen og de er en stor del av psykisk helsevern. Noe de ikke har mye om på pensum er effekten av fysisk aktivitet på psykiske lidelser. Mange vet om de positive sidene ved fysisk aktivitet, men ikke hvordan de kan inkludere det i behandlingsopplegget. Battiste-Downie undersøker blant annet ulike måter sosialarbeidere inkluderer fysisk aktivitet i sin praksis og hvordan man kan gi mer oppmerksomhet til dette.

Battiste-Downie går gjennom hva man kan gjøre på de ulike nivåene med utgangspunkt i andre kilder. Eksempelvis på mikronivå kan man jobbe individuelt med pasientene for å oppnå en tilfredsstillende tilnærming til å integrere fysisk aktivitet som en terapeutisk metode (Battiste-Downie, 2020, s. 20). Det vil si at man som primærkontakt kan jobbe sammen med pasienten og finne ut hvordan man best kan inkludere aktivitet i behandlingsplanen. På mesonivå kan man oppmuntre sosial støtte ved å tilby pasientens familie til å delta i fysisk aktivitet for å motivere, mens på makronivå kan man påvirke beslutninger ved å delta i strukturerte samfunnsprogram som støtter fysisk aktivitet for å skape mer oppmerksomhet (Battiste-Downie, 2020, s. 20).

Videre er sosialarbeidere som jobber innen psykisk helsevern i en unik posisjon til å utvikle profesjonen og inkorporere fysisk aktivitet i behandlingsopplegget ved å bruke person-i-situasjon perspektivet (Battiste-Downie, 2020, s. 21). Sosialarbeiderne i studien brukte flere tilnærminger for å inkludere fysisk aktivitet i behandling, eksempelvis mindfulness og daglige gåturer, som de inkorporerte i sin praksis for å støtte pasientene til å forbedre egen livskvalitet (Battiste-Downie, 2020, s. 40). Gabrielsen et al. gir mange gode argumenter for hvorfor man bør ta pasientene mer med ut. Det presiseres at det er liten tvil om at psykisk helse-miljøene har mye å lære av de pedagogiske tilnærmingene til friluftsliv og bør åpne for å sette sammen tverrfaglige team av terapeututdannede og friluftslivutdannede fagpersoner for å kunne gi friluftsterapi av god kvalitet (Gabrielsen et al., 2018, s. 50).

Profesjonen sosialt arbeid er en nøkkel til både sosial og politisk endring. Forskning fra sosialt arbeid bringer verdifull kunnskap og styrker generelt integriteten til profesjonen (Battiste-Downie, 2020, s. 46). Man kan dermed bidra til at sosialarbeidere skal få mer kunnskap om fysisk aktivitet og hvordan bruke dette i praksis. Gjerne kan det gis muligheter til å få kurs i fysisk aktivitet, men lederne i studien til Sørensen et al. foreslo at det er mer gjennomførbart å tilby aktivitet som ikke krever så mye kompetanse fra de ansatte. Ved å senke forventningene til hva de ansatte må gjøre for å inkludere fysisk aktivitet vil det ifølge lederne ved institusjonen bli mer realistisk å integrere fysisk aktivitet som en del av behandlingen (Sørensen et al., 2020, s. 8).

5.2 Hva er felles og ulikt med artiklene

De fire artiklene har flere fellestrekk, men også ulikheter. Fellestrekk er først og fremst at de handler om fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser. Artiklene er kvalitative studier med intervju som metode, men to av artiklene har i tillegg til intervju hatt et prosjekt hvor de i løpet av en bestemt tidsperiode har testet fysisk aktivitet fast i behandlingen. Alle artiklene konkluderer med at fysisk aktivitet er en positiv del av behandlingen, men er enige om at det trengs mer forskning og oppmerksomhet på temaet. Spesielt i forhold til hvordan man kan inkludere det på best mulig måte. Artiklene tar alle for seg fordeler og eventuelle ulemper med fysisk aktivitet i behandling av psykiske lidelser, og baserer seg på ulike synspunkter. Med variasjon av deltakere i de valgte artiklene, samt studier fra både Norge, Sveits og USA bringes det frem ulike opplevelser i et bredt spekter. Til slutt er artiklene nyere empirisk forskning som gjør at resultatene er høyst aktuelle i dag.

5.3 Er det noe som viker fra problemstillingen?

Ved å inkludere studier med ulike perspektiver slik som er gjort her med variasjon i deltakere vil disse i sammenheng kunne svare på problemstillingen. Funn om hvordan sosialarbeidere kan integrere fysisk aktivitet i sin praksis viker litt fra problemstillingen. Likevel er sosialarbeiderne en viktig del av hvordan fysisk aktivitet oppleves av pasientene og jeg ser det som viktig å få frem den sosialfaglige relevansen i temaet. Vi får besvart problemstillingen med flere ulike erfaringer og perspektiver. Likevel hadde det vært interessant med en studie over en lengre tidsperiode som går mer inn på hvordan det påvirker livet til pasientene etter endt behandling og hvordan de ansatte opplever å drive med dette fast.

6. DISKUSJON

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere hvorvidt funnene mine støtter opp under teorien, og om de er sammenfallende eller forskjellige sammenlignet med det jeg selv har tenkt.

Hvordan kan vi forstå pasienters, ansattes og lederes erfaringer i lys av teori? Stemmer teorien alltid og for alle? Hvordan blir den fysiske helsen inkludert i psykisk helsevern, og har dette relevans for sosialt arbeid?

6.1 Erfaringer med fysisk aktivitet i psykisk helsevern

Jevnt over kan vi si at både pasienter, ansatte og ledere har generelt positive erfaringer med bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern. Aktivitet behandler nødvendigvis ikke psykiske lidelser i seg selv, men det viser seg at det kan lette på flere symptomer og gjøre lidelsen lettere å leve med. Sånn sett stemmer altså pasientenes erfaringer med forskning om virkninger av fysisk aktivitet da pasientene kunne fortelle om blant annet mindre angst under og etter aktivitet. I teorien ser vi at endorfinene som skilles ut gjennom fysisk aktivitet styrker alle hjerneområdene våre, senker stressnivået og kan være god hjelp til å håndtere vanskelige utfordringer, som eksempelvis angst (Hjelle, 2020, s. 7). Fysisk aktivitet kan ses på som en god ressurs ved at personen selv kan oppleve å ta i bruk egen mestring og finne mening gjennom aktiviteten (Borge, 2018, s. 31). Med andre ord kan vi si at det er en del av en personlig recovery, det vil si personlig bedringsprosess, hvor pasientene selv tar i bruk fysisk aktivitet og opplever at det blant annet bidrar til å takle angst, gir bedre søvn som videre fører til mer energi, gir økt matlyst, gir opplevelse av mestring og man får bevegelse i tankene. Med andre ord trenger ikke målet nødvendigvis være et liv uten en psykisk lidelse, men å finne måter å leve med den på (Evjen et al., 2018, s. 42). Fysisk aktivitet gir oss tilgang til slike grunnleggende behov som vi mennesker har, og gjennom å få kontakt med kroppen får vi også en inngangsport til hjernen (Hjelle, 2020, s. 7).

Selv om vi har en så lett tilgjengelig metode som fysisk aktivitet, blir den stadig nedprioritert ifølge de ansatte i studiene. Hvorfor er det slik at fysisk aktivitet oppleves så vanskelig? Ikke bare i psykisk helsevern, men også på generell basis i befolkningen opplever vi fysisk aktivitet som vanskelig å komme i gang med. Hjerneforsker Ole Petter Hjelle har mye kunnskap om dette. Da han gjestet podkasten «fysisk for psykisk» snakket han om oss mennesker som naturlig late. Vi velger ofte det som krever minst mulig av oss og liker best å gjøre ting vi er vandt til (Tønnesen, 2020-nåtid). Er det slik for alle? Jeg tenker både ja og nei.

Selv er jeg glad i å være i aktivitet og jeg trives ikke med dager hvor jeg må sitte mye stille. Samtidig har jeg også dager hvor det hele virker utrolig meningsløst, og dørstokkmila blir ekstra krevende. Det er her motivasjonen blir viktig. I en tidlig fase når man ønsker å komme i gang med fysisk aktivitet, eller akkurat har begynt er det den ytre motivasjonen som motiverer oss, altså ytre påvirkninger (Holm, 2017). Det kan eksempelvis være andre som sier at man må begynne å trene, eller at man blir påvirket av sosiale medier. Er man i en slik fase at treningen avhenger av ytre motivasjon kan det være vanskelig å komme seg ut om ingen sier at du må. Når man er i behandling for psykiske lidelser og må være med på et aktivitetsopplegg er man gjerne ytre motivert. I studien til Sørensen et al. fortalte pasientene om flere ytre motivasjonsfaktorer som det å komme i bedre form, ha mindre angst, de møter andre pasienter og bygger relasjon med de ansatte (Sørensen et al., 2020, s. 7). Gjennom å jobbe parallelt med motivasjon vil man gå fra å være ytre motivert til å bli indre motivert. Motiverende intervju er som nevnt en slik metode hvor man tenker at endring skjer i faser og man jobber seg gjennom disse fasene for å nå målet om en indre motivasjon (Moe, 2018, s. 159). Klarer man å nå denne indre motivasjonen vil man oppleve at motivasjonen kommer naturlig og fører til atferden vi ønsker (Holm, 2017). Da har man en helt annen driv for å komme seg ut.

Fysisk aktivitet ser ut til å oppleves vanskelig for mange av oss. Har man i tillegg en psykisk lidelse vil det hele oppleves som tungt og det er vanskelig å tro på at fysisk aktivitet har en såpass god effekt som vi har sett i teorien. Psykiske lidelser er komplekse og vil oppleves ulikt for ulike mennesker, selv med samme diagnose. Det er som nevnt flere forhold ved psykiske lidelser som kan gjøre det vanskelig å komme i gang med fysisk aktivitet, eksempelvis angst, depresjon, lav selvfølelse og mangel på mestringstro (Moe, 2018, s. 155). For mennesker med depresjon kan det føles umulig å komme seg ut, og tankene følger med. På en annen side viser forskningen at fysisk aktivitet virkelig kan hjelpe noen ut av depresjonen, men hvordan kan man klare å komme over den kneika? Teorien får det til å høres lett ut, og pasientene i studiene viser til gode opplevelser, men realiteten er litt annerledes. Pasientene opplever motivasjon som noe av det vanskeligste med fysisk aktivitet, og det blir vanskelig å omgjøre tankene til handling. De ansatte på institusjonene må forstå psykiske lidelser ut fra et samspill mellom ulike faktorer (Lauveng, 2020, s. 31). Man må se personen i situasjonen og huske at psykiske lidelser vil variere og påvirke livet til pasienter ulikt.

6.2 Hvordan legger man til rette for fysisk aktivitet i psykisk helsevern?

Majoriteten ønsker å ha fysisk aktivitet som en del av behandlingsopplegget i psykisk helsevern da man ser de positive helseeffektene ved det. Samtidig er det ønskelig å imøtekomme den enkeltes behov, da forskning også viser at det er viktig å like det man driver med. Man skjønner da at det vil skape utfordringer i et fast behandlingsopplegg med mange ulike pasienter. Hvordan kan man egentlig inkludere fysisk aktivitet på en slik måte at det er en fast del av strukturen, samtidig som det er tilpasset hver enkelt? Jeg har et inntrykk av at psykisk helsevern har fysisk aktivitet som en del av strukturen, men at det er lite gjennomtenkt i forhold til behandlingseffekten. Altså at man bare har fysisk aktivitet fordi det står på planen, uten at man egentlig tenker over hvorfor det står på planen, noe som ikke er en selvfølge at de ansatte skal vite da man ikke lærer mye om det.

Studiene jeg har undersøkt viser gode opplevelser med fysisk aktivitet, så at det må være en aktivitet man liker trenger nødvendigvis ikke alltid stemme for alle. På en annen side så vi i teorien at det er viktig at fysisk aktivitet er lystbetont dersom det skal vedlikeholdes etter behandlingsperioder. Når man da skal legge til rette for fysisk aktivitet er det viktig at man husker på brukermedvirkning. En forutsetning for å praktisere brukermedvirkning er nettopp å være opptatt av å forstå brukerens perspektiv (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 107). Et eksempel på dette fra funnene er en sosialarbeider som fortalte at dersom pasienter selv har et mål om fysisk aktivitet legger hun det inn i behandlingsplanen og dokumenterer progresjonen selv om det ikke er hennes hovedoppgave (Battiste-Downie, 2020, s. 31). I en god relasjon mellom terapeut og pasient er det viktig at pasienten blir hørt slik at man best mulig kan legge til rette for fysisk aktivitet, samt prøve å legge til rette for den type aktivitet som pasienten liker. Det høres kanskje enkelt ut, men å ta hensyn til alle pasientenes preferanser vil avhenge av nok personale på jobb og ikke minst at de har kunnskap om fysisk aktivitet.

På en annen side kan man gjøre det enklere for de ansatte ved å tilby aktiviteter som ikke krever så mye av dem. Ved å jobbe med pasientene på en annen måte hvor man legger vekt på å introdusere de for å bevege kroppen, samt jobbe med motivasjonen, får man lagt et grunnlag til vedkommende kommer hjem etter et behandlingsopphold. Varighet av behandlingsopphold i psykisk helsevern varierer også i stor grad, slik at det kan være begrenset hva man får gjort i løpet av en kort periode. Aktiviteten bør som tidligere nevnt være en del av pasientens plan,

tilrettelagt etter forholdene. Uansett aktivitet er det viktig å være realistisk, ta en helhetsvurdering og finne den beste aktiviteten for den aktuelle personen slik at det kan fungere på en god måte (Lauveng, 2020, s. 238-239).

Pasienter, ansatte og ledere har ulike perspektiver og erfaringer. Kort fortalt ser vi at pasientene sliter med motivasjonen, ansatte synes det er vanskelig å motivere og prioritere fysisk aktivitet, mens ledere synes det er vanskelig både økonomisk og i forhold til turnusarbeid. På en annen side stemmer teorier om positive virkninger av fysisk aktivitet godt overens med både pasienter, ansatte og lederes erfaringer. Vi ser at «her og nå»-opplevelser er viktig for de fleste. Få bryr seg om at fysisk aktivitet kan forebygge et hjerteinfarkt om 20 år. Det man snakker om er opplevelsene under og rett etter en økt, og det er gjerne her man nå legge fokuset om man skal jobbe for mer fysisk aktivitet i behandling.

6.3 Sosialarbeiderens rolle i fysisk aktivitet

Selv om en sosialarbeider egentlig ikke har fysisk aktivitet som mål for pasienten, kan man legge det inn i planen dersom de selv har et mål om det. Som sosialarbeider skal man ha fokus på hele mennesket, og kanskje målet om fysisk aktivitet kan hjelpe personen til å nå andre mål, eksempelvis bli sterkere fysisk og psykisk, takle stress bedre og komme seg ut i arbeid. Man setter større fokus på styrkeperspektiv med mål om at personen skal oppleve mestring og kontroll i eget liv (Berg et al., 2015, s. 24). Selvfølgelig er det ikke alle sosialarbeidere som ønsker å være personlige trenere for sine pasienter, og man burde muligens sette oppgaven om aktivitet til enkelte personer som selv har interesse og kunnskap om dette, herunder eksterne instruktører som ble brukt i den ene studien. Likevel ser jeg det som viktig at man fokuserer mer på de positive sidene av fysisk aktivitet og den terapeutiske biten av det. Om man kunne lært mer om dette under studietiden kan man hjelpe pasientene ved å bruke det vi allerede kan, som motivasjons- og endringsarbeid, eksempelvis motiverende intervju og kognitiv terapi som ble beskrevet under kapitlet faglig kunnskap.

Som nevnt er det motivasjonsbiten som er utfordrende for mange av pasientene, men også de ansatte har vanskelig for å motivere (Sørensen et al., 2020, s. 6). Ved å kunne noe om virkninger av fysisk aktivitet kan vi motivere pasientene, gi de tips og råd, og være med å støtte de dersom de ønsker å starte med en aktivitet. I et tverrfaglig arbeidsmiljø som det er i psykisk helsevern, har sosialarbeideren mye ekspertkunnskap å komme med når det kommer

til viktigheten av riktig brukermedvirkning som vil styrke relasjonen, samtidig som det å få påvirke egne omgivelser vil påvirke motivasjonen for endring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). En annen ting sosialarbeideren har unik kunnskap om er å se personen i situasjonen, samt det å se styrkene til den enkelte. Om man kan trekke dette som man allerede kan inn i arbeidet for fysisk aktivitet, tror jeg det blir lettere å forstå hvor vår plass er på dette området, samtidig som vi fortsatt gjør det vi er ment å gjøre, nemlig å hjelpe mennesker til å hjelpe seg selv.

Vi har sett på flere fordeler med fysisk aktivitet basert på erfaringer fra både pasienter og ansatte, men mest hvilke fordeler det har for pasientene. Kan det tenkes at sosialarbeiderne også kan oppleve fordeler med å inkludere fysisk aktivitet i psykisk helsevern? Det gir studien om terapeutene som forlater kontoret oss gode svar på. Det ble nevnt i funn delen, men jeg tenker det er viktig å gjenta det her i forhold til sosialarbeiderens rolle. Ved å ta pasientene sine med ut i aktivitet kan nemlig også terapeuten oppleve disse gode følelsene som fysisk aktivitet og utskillelse av endorfiner medfører. Frisk luft gjør underverker og jeg tenker at det å få kommet seg ut i løpet av arbeidsdagen gjør at man slapper bedre av og fører til bedre kvalitet på arbeidet. Terapeutene fortalte at de opplevde seg mer til stede når de arbeidet utendørs, og beskrev blant annet kontakten mellom terapeut og klient som annerledes når de var ute (Gabrielsen et al., 2018, s. 44). Flere studier viser også at utendørsaktivitet gir flere helsegevinster enn innendørsaktiviteter – særlig når det gjelder de mentale virkningene av fysisk aktivitet (Hjelle, 2020, s. 193). Jeg har også selv erfart i jobbsammenheng at det kan være lettere for pasienten å åpne seg i andre settinger, samt at det styrker relasjonen. Videre kan dette forhåpentligvis gjøre at jobben med å kartlegge hva denne personen trenger blir enklere. Som vi har sett er det klart utfordringer som dukker opp underveis, men det å åpne for muligheten til mer fleksible måter å arbeide på vil i hovedsak være positivt i et felt med tverrfaglig arbeidsmiljø og mennesker med individuelle psykiske utfordringer.

7. AVSLUTNING

Gjennom faglig kunnskap og litteraturstudie med tematisk analysemetode har jeg funnet det jeg var ute etter, fått bekreftelser på det jeg allerede tenkte, samt fått øynene opp for ting jeg ikke visste fra før. Det viser seg at fysisk aktivitet har store positive innvirkninger på den psykiske helsen vår, og at det kan være med å redusere betydelig mange av symptomene for psykiske lidelser. Hjelle forteller om endorfiner som mirakelmidler og at disse stoffene har en positiv effekt på stressmestring, læring, hukommelse, kreativitet, konsentrasjon og intelligens. Et aktivt liv vil også beskytte mot depresjon og angst, samt gi betydelig redusert risiko for hjernesykdommer (Hjelle, 2020, s. 7). Bare det tenker jeg er grunn nok i seg selv til å gi mer oppmerksomhet til dette tema innen psykisk helsevern. Pasienter, ansatte og ledere ved ulike institusjoner har delt av sine erfaringer i studiene og kan fortelle om flere av disse positive effektene, men ved komplekse psykiske lidelser ser man også utfordringer med å inkludere det i behandling. Blant annet tid, ressurser, økonomi, mangel på kunnskap og symptomer ved psykiske lidelser som gjør det vanskelig. Likevel ser man gjennom studiene at det ikke trenger å være så avansert. Martinsen (2018) bekrefter også dette i sin bok hvor han forteller om fysisk aktivitet som lett tilgjengelige strategier som man selv kan bruke for å lindre psykisk smerte, mestre plager på en bedre måte eller i beste fall forebygge at psykiske lidelser oppstår, samt at man kan se på det som en mulighet for hjelp til selvhjelp (s. 15). Det er en viktig målsetting for det sosiale arbeidet, og gjennom både faglig kunnskap og forskningsartikler har jeg blitt klokere på hvordan man kan inkludere fysisk aktivitet i behandlingsmetoder som allerede brukes og hvordan man kan bruke det sosialarbeidere allerede kan. Motivasjonsteorier og brukervedvirkning er to områder hvor sosialarbeidere kan bidra med mye kunnskap for fysisk aktivitet i behandling.

Jeg tror de som jobber med mennesker med ulike psykiske utfordringer kan ha nytte av å lese denne oppgaven, men jeg tenker også at folk generelt vil ha nytte av den for å lære mer om hva det å være fysisk aktiv faktisk gjør for oss. Jeg håper dette kan være et godt tilskudd i all forskningen som allerede er gjort om fysisk aktivitet, og at man kanskje kan rette fokuset på hva som fungerer og hvordan fysisk aktivitet best kan inkluderes i psykisk helsevern. Problemstillingen for oppgaven har vært interessant å studere og jeg synes den siste tiden har vært lærerik og spennende. Til ettertanke ville det vært interessant å selv prøvd ut dette i praksis, og gjerne hørt flere pasienters erfaringer selv. Fra egen arbeidserfaring i bofellesskap innen psykisk helse vet jeg hvor vanskelig det kan være for den enkelte å være fysisk aktiv og

hvor viktig det er å sette av god tid til motivasjonssamtaler. Dette er et tema jeg tenker vi må gi mer oppmerksomhet til, og i dagens samfunn hvor det er mer åpenhet rundt psykiske utfordringer gleder jeg meg til å se større variasjon i hvordan man behandler psykiske lidelser, samt hvordan fysisk aktivitet vil bli lagt til rette for.

LITTERATURLISTE

*= selvvalgt pensum

Battiste-Downie, C. (2020). *Social workers perceptions of exercise in treating chronic mental illnesses: Action research* (doktorgradsavhandling, Walden university USA). Scholar works. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10320&context=dissertations>

Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I., Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok*. (1.utg., s. 19-35). Universitetsforlaget.

Borge, L. (2018). Kropp og sjel i et filosofisk og helsefremmende perspektiv. I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn* (3.utg, s.19-33). Vigmostad og Bjørke AS.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, (3), 77-101. ***24 sider**

Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP Qualitative Studies Checklist* <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS. ***257 sider**

Ehrbar, J., Brand, S., Colledge, F., Donath, L., Egger, S. T., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Imboden, C., Schweinfurth, N., Vetter, S. & Gerber, M. (2018). Psychiatric in-patients are more likely to meet recommended levels of health-enhancing physical activity if they engage in exercise and sport therapy programs. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00322>

Ellingsen, I. T & Skjefstad, N. S. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukervedvirkning. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok*. (1.utg., s. 97-111). Universitetsforlaget.

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp: Om ruslidelser og psykiske lidelser* (4.utg.). Universitetsforlaget.

FO: Yrkesetisk grunnlagsdokument. (2019-2023). <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf> ***15 sider**

Folkehelseinstituttet. (2017, 27. september). *Fysisk aktivitet i Norge*. Fhi. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/> ***13 sider**

Folkehelseinstituttet. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Fhi. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/> ***5 sider**

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.utg.). Natur & kultur. ***216 sider**

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2018-2019.

Gabrielsen, L. E., Storsveen, E. B. & Kerlefsen, R. (2018). Når terapeuten forlater kontoret. Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), 40-51. <http://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-05>

Galtung, R. (2017, 28. mars). *Psyke og kropp må ses mer i sammenheng*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/21402/Psyke-og-kropp-ma-ses-mer-i-sammenheng>

Helsedirektoratet. (2018, 04. september). *Ernæring, fysisk aktivitet og søvn – pakkeforløp for psykisk helse og rus*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovn-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-ved-redusert-fysisk-aktivitet-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer> ***5 sider**

Helsenorge. (2019, 02. januar). *Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen.*

<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen/>

***4 sider**

Hjelle, O. P. (2020). *Sterk hjerne med aktiv kropp* (1.utg.). Kagge Forlag AS. ***215 sider**

Holm, S. F. (2017, 3. november). *Nøkkelen til god motivasjon.* Psykologisk.

<https://psykologisk.no/2015/10/nokkelen-til-god-motivasjon/> *

Kunnskapsdepartementet. (2020, 12.oktober). *Etikk i forskningen.* Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

***4 sider**

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i* (1.utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn* (3.utg.). Vigmostad & Bjørke AS. ***210 sider**

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> ***3 sider**

Moe, T. (2018). *Motivasjon for fysisk aktivitet.* I E. W. Martinsen, *Kropp og sinn* (3.utg, s.155-171). Vigmostad og Bjørke AS.

NESH. (2018, 4. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.* De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/> ***40 sider**

NHI. (2018, 24. april). *Psykiske helseproblemer.* <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>

Orrem, K. (2020, 16. juni). *Behandling – et begrep til besvær.* NAPHA.

<https://www.napha.no/content/22724/Behandling--et-begrep-til-besvar>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2018-2019.

Psykisk helsevernlov (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2018-2019.

Reutz, L. T. (2018, 18. september). *Hadde fysisk aktivitet vært en pille, ville alle tatt den*. Forskning.no. <https://forskning.no/hoyskolen-kristiania-trening-partner/hadde-fysisk-aktivitet-vaert-en-pille-ville-alle-tatt-den/1239833>

Rosenbaum, S., Sherrington, C. & Tiedemann, A. (2014). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(5), 350-359. <https://doi.org/10.1111/acps.12371>

Rønning, A. K. (2018, 13. februar). *Fysisk aktivitet reduserer psykiske plager, likevel ordinerer en rekke behandlere det ikke*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://www.napha.no/content/22230/-Fysisk-aktivitet-reduserer-psykiske-plager-likevel-ordinerer-en-rekke-behandlere-det-ikke> *5 sider

Store medisinske leksikon. (2019, 9. oktober). *Psykisk helsearbeid*. https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid

Sørensen, M., Bentzen, M. & Farholm, A. (2020). Lessons learned from a physical activity intervention in psychiatric treatment: Patient, staff and leader perspectives. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00087>

Tønnesen, S. (Programleder). (2020-nåtid). *Fysisk for psykisk* (Audio Podkast). Nettavisen.

Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok*. (1.utg., s. 154-170). Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1 – Critical Appraisal Skills Programme



Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: **Alle fire artikler starter med et sammendrag av studien, eller bakgrunn for studien, som informerer godt hva artikkelen handler om.**

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **Kvalitativ metode er brukt i alle artiklene og er en god metode å bruke for å få frem erfaringer fra pasienter, ansatte og ledere.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: **Forskerne har begrunnet valgene sine.**

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: **Alle fire artikler inneholder informative kapitler om deltakere og valg av disse.**

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: **Alle fire artiklene informerer om hvordan dataen ble samlet inn og har lagt ved spørsmålene fra intervju.**

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: **Rollene ble avklart på forhånd.**

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: **Alle artiklene viser til etiske hensyn som er tatt. Eksempelvis har deltakerne fått utlevert samtykkeskjema som de har signert før de ble med. Anonymiteten er ivaretatt og studiene er godkjent fra forskningsetiske komiteer.**

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: **Analysemetode er beskrevet og begrunnet.**

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: **Funn er tydeliggjort og diskutert.**

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **Studiene er nyttige for dagens politikk i psykisk helsevern. Det er aktuelle temaer som kan brukes til å gi oppmerksomhet til bruk av fysisk aktivitet i psykisk helsevern.**