

BACHELOROPPGAVE:

**Motivasjon til fysisk aktivitet blant  
mennesker med psykiske lidelser**

FORFATTERE:

SUSANNE BEKKELUND  
GURI KLOPPEN

13HBERG

Dato: 06.05.16

Avdeling: Helse, omsorg og sykepleie

Seksjon: Helse, teknologi og samfunn

## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Motivasjon til fysisk aktivitet blant mennesker med psykiske lidelser</u>	Dato: 06.05.16
Deltaker(e)/	<u>131622</u> <u>131361</u>	
Veileder(e):	<u>Evastina Björk</u>	
Evt. oppdragsgiver:	_____	
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Fysisk aktivitet, psykiske lidelser, motivasjon, ergoterapeutisk kompetanse</u>	
Antall ord: 10364	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Psykiske lidelser er blant de største helseutfordringene i Norge i dag. Det finnes god dokumentasjon på at fysisk aktivitet påvirker den psykiske helsen ved å redusere stress, gi mer energi, samt at den bedrer forholdet til egen kropp. Fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge utvikling av psykiske lidelser, og samtidig være en del av behandlingsforløpet.</p> <p>Målet med denne studien er å undersøke hvordan ergoterapeuter bruker sin kompetanse til å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet som en del av behandlingsforløpet.</p> <p>Det empiriske materialet er samlet inn ved kvalitative forskningsintervjuer. Utvalget av informanter inkluderer fire ergoterapeuter som arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten i Norge. Studien er analysert gjennom Kvale og Brinkmann sin meningsanalyse.</p> <p>Resultatene i studien viser at ergoterapeutisk kompetanse i form av kartlegging, tilrettelegging og gradering av aktivitet bidrar til motivasjon ved at pasientens ressurser blir sett, samt at de blir deltakende i egen behandling.</p> <p>Funn i studien viser at å motivere pasienter til fysisk aktivitet er utfordrende, dette indikerer et behov for bevisst bruk av motivasjonsstrategier. Videre indikerer funnene at det ikke er mangel på tilbud om fysisk aktivitet, men at personalets engasjement og motivasjon påvirker motivasjonsarbeidet.</p>		

## ABSTRACT

Title:	<u>Motivation for physical activity among people with mental disorders</u>	Date: 06.05.16
Participants/	<u>131622</u>	
	<u>131361</u>	
Supervisor(s)	<u>Evastina Björk</u>	
Employer:	_____	
Keywords (3-5)	<u>Physical activity, mental health, motivation, occupational therapy expertise</u>	
Number of words: 10364	Number of appendix: 1	Availability: Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Mental disorders are among the biggest health challenges in Norway today. There is good evidence that physical activity affects the mental health by reducing stress, provide more energy, and that it improves the perception of their body image. Physical activity can help to prevent the development of mental disorders, and to be a part of treatment.</p> <p>The aim of this study is to examine how occupational therapists use their expertise to motivate patients with mental disorders to physical activity as part of treatment.</p> <p>The empirical data is conducted through qualitative research interviews. The range of informants includes four occupational therapists working within specialist services in Norway. The study is analyzed through Kvale and Brinkmann’s guidelines for meaning analysis.</p> <p>The results of the study show that occupational therapy expertise in the form of mapping, preparation and grading of activity contributes to motivation in which the patient's resources become clear, and they participate in their own treatment.</p> <p>Findings show that to motivate patients to exercise is challenging, this indicates a need for deliberate use of motivational strategies. Furthermore, the findings indicate that there is no shortage of offers for physical activity, but the staff's commitment and motivation affects the motivational work.</p>		

## **Forord**

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Vi sitter igjen med gode erfaringer som vi ikke ville vært foruten, og som vi tar med oss videre ut i arbeidslivet. Prosessen har for oss begge vært krevende, men vi er allikevel stolt over jobben vi har gjort og at vi kom i mål.

Denne studien inkluderer samarbeid med flere og vi vil derfor benytte muligheten til å takke dem alle.

Først og fremst vil vi takke vår dyktige veileder, Evastina Björk. Gjennom gode refleksjoner og konstruktive tilbakemeldinger har du gitt oss troen på oss selv, også i tunge og frustrerte tider.

Vi vil også takke våre informanter som har gjort datainnsamlingen mulig. Takk for at dere velvillig stilte opp og gav av deres dyrebare tid for at denne studien skulle bli en virkelighet.

Sist, men ikke minst vil vi takke hverandre for godt samarbeid, masse humor og et sluttresultat vi kan være stolte av!

Gjøvik, 06.05.16

Susanne Bekkelund og Guri Kloppen

## Begrepsavklaring

Her defineres sentrale begreper som blir brukt i stor grad gjennom oppgaven.

### Fysisk aktivitet

All kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå. I dette inngår mange termer knyttet til fysisk utfoldelse, for eksempel: mosjon, friluftsliv, lek, trening, trim, arbeid, idrett, kroppsøving, fysisk fostring, m.fl (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, s. 10).

### Psykiske lidelser

Begrepet psykiske lidelser omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, adferd, væremåte og omgang med andre (Mykletun og Knudsen, 2009, s.15).

### Kompetanse

Norsk Ergoterapeutforbund vektlegger at kompetanser er en profesjonsutøvers handlinger for å møte samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Kompetansebeskrivelsene tar derfor utgangspunkt i samfunnets utfordringer når ergoterapeuters tilbud til samfunn og befolkning beskrives (Ergoterapeutene, 2008, s. 3).

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Problemstilling</b> .....	<b>8</b>
1.1.1 Avgrensning .....	8
<b>1.2 Bakgrunn</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Formål</b> .....	<b>9</b>
<b>2.0 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 Aktuell forskning på feltet</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Motivasjon</b> .....	<b>11</b>
2.2.1 Indre og ytre motivasjonsfaktorer .....	12
<b>2.3 Motivasjon for fysisk aktivitet</b> .....	<b>12</b>
<b>2.4 Mestringsforventning - Self-efficacy</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5 Salutogenese</b> .....	<b>15</b>
<b>2.6 Brukermedvirkning og empowerment</b> .....	<b>16</b>
<b>2.7 MOHO - Model of Human Occupation</b> .....	<b>17</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 Utvalg</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2 Datainnsamling</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3 Bearbeiding av data</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4 Analyse av data</b> .....	<b>21</b>
<b>3.5 Reliabilitet og validitet</b> .....	<b>22</b>
<b>3.6 Vår rolle som forskere</b> .....	<b>23</b>
<b>3.7 Forskningsetiske overveielser</b> .....	<b>23</b>
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>25</b>
<b>4.1 Utvikling av menneskets mestring</b> .....	<b>25</b>
<b>4.2 Tilrettelegging av aktivitet</b> .....	<b>27</b>
<b>4.3 Deltakelse og inkludering i hverdagslivet</b> .....	<b>28</b>
<b>4.4 Holdninger og kunnskap blant personalet</b> .....	<b>28</b>
<b>4.5 Fysisk aktivitet som del av behandling</b> .....	<b>29</b>
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1 Metodekritikk</b> .....	<b>31</b>
5.1.1 Kvalitativ forskning.....	31
5.1.2 Bearbeiding og analyse av data .....	32
5.1.3 Reliabilitet og validitet.....	32
5.1.4 Utvalg .....	33
<b>5.2 Utvikling av menneskets mestring</b> .....	<b>34</b>
<b>5.3 Tilrettelegging av aktivitet</b> .....	<b>36</b>
<b>5.4 Deltakelse og inkludering i hverdagslivet</b> .....	<b>37</b>
<b>5.5 Holdninger og kunnskap blant personalet</b> .....	<b>38</b>
<b>5.6 Fysisk aktivitet som del av behandling</b> .....	<b>39</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>41</b>
<b>7.0 Referanser</b> .....	<b>42</b>
<b>Vedlegg 1 - Intervjuguide</b> .....	<b>45</b>

## 1.0 Introduksjon

Tema i denne studien handler om hvordan ergoterapeuten bruker sin kompetanse for å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet som en del av behandlingsforløpet.

“Psykiske lidelser er blant de største helseutfordringene i Norge i dag” (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, s. 23). Så mange som hver fjerde nordmann har en psykisk lidelse og mange av disse har også en somatisk sykdom og lever kortere enn andre (ibid).

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet påvirker den psykiske helsen ved å redusere stress, gi mer energi, samt at det bedrer forholdet til egen kropp. På denne måten kan fysisk aktivitet bidra til å forebygge utviklingen av psykiske lidelser, og samtidig være en del av behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2010).

Psykisk helse er et av fokusområdene i Folkehelsemeldingen for 2014/2015, allerede i innledningen presiseres viktigheten av å redusere medisinbruk og å *“skape et samfunn som fremmer helse og forebygger sykdom”* (Helse- og omsorgsdepartementet 2015, s. 3). I nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, står det at *“informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av behandlingstilbudet til pasienten”* (Helsedirektoratet 2013, s. 71).

Med tanke på de store helseutfordringene som psykiske lidelser utgjør i befolkningen, er det på tross av dokumenterte virkninger av fysisk aktivitet og retningslinjer fra nasjonale myndigheter, samtalerterapi, psykososiale tiltak og medikamenter som er de vanligste formene for behandling. Mange steder mangler en systematisk tilnærming til bruk av fysisk aktivitet i behandlingen av psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2010). Det vil på bakgrunn av dette være nyttig å belyse hvordan man kan motivere til bruk av fysisk aktivitet som del av et behandlingsforløp.

Ergoterapeutens kompetanse er viktig i behandlingen av psykiske lidelser ved at ergoterapeuten finner løsninger når det oppstår et gap mellom helsen og hverdagens krav.

Ved å skape motivasjon og øke troen på egen mestring gjennom aktiviteter med riktig utfordringsnivå, bidrar ergoterapeuten til utvikling av menneskets mestring. Gjennom sentrale kompetanseområder som tilrettelegging av aktivitet, samt endring av omgivelser kan ergoterapeuten medvirke til deltakelse og inkludering i samfunnet for mennesker med psykiske lidelser (Ergoterapeutene, 2008).

Vi ønsker at denne studien skal bidra til å øke forståelsen for, og kunnskapen om, hvordan ergoterapeuten benytter fysisk aktivitet innenfor arbeidet med psykisk helse og hvordan de benytter sin kompetanse til å motivere pasienter til fysisk aktivitet. Vi håper å sitte igjen med ny kunnskap om temaet som vi kan ta med oss ut i vår egen arbeidshverdag som ferdig utdannede ergoterapeuter.

## **1.1 Problemstilling**

“Behandling av psykiske lidelser: hvordan benytter ergoterapeuten sin kompetanse for å motivere pasienter til fysisk aktivitet?”

### **1.1.1 Avgrensning**

Opgavens problemstilling er innskrenket til å gjelde ergoterapeuter som jobber innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Vi har valgt å ikke begrense problemstillingen til noen diagnose, dette på bakgrunn av at vi ønsker å fokusere på ergoterapeutens kompetanse i et så bredt perspektiv som mulig.

## **1.2 Bakgrunn**

Bakgrunnen for valg av tema er tosidig. Temaet er høyst aktuelt med tanke på den høye forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen i dag, samt at retningslinjer fra nasjonale myndigheter sier at fysisk aktivitet skal ha en sentral plass i behandlingen av psykiske lidelser.



En stor egeninteresse for temaet har vært tungtveiende i forhold til valg av tema. I praksisperioder i studiet har vi gjennom observasjoner og samtaler med pasienter og helsepersonell, erfart at fysisk aktivitet har vist seg å kunne ha en stor positiv effekt for personer med psykiske lidelser.

### **1.3 Formål**

Formålet med studien vil være å undersøke hvordan ergoterapeuter bruker sin kompetanse til å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet som en del av behandlingsforløpet.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I denne studien har vi valgt å benytte oss av ulike teorier og begreper for å få en helhetlig forståelse av hvordan fysisk aktivitet kan innlemmes som behandling, samt bruken av ergoterapeutens kompetanse ved motivering av pasienter. Det teoretiske rammeverket vil bli brukt som et grunnlag for drøfting av vår problemstilling.

### 2.1 Aktuell forskning på feltet

Her vil aktuell forskning på området presenteres. Hensikten med dette er å belyse denne studien i forhold til tidligere undersøkelser om temaet, og hvilke mulige bidrag denne studien gir. Denne presentasjonen kan ikke betraktes som en fullstendig oversikt, men som et utvalg av relevant forskning i forhold til denne undersøkelsen. Tabellen under viser søkekombinasjonen som ledet frem til de aktuelle artiklene som blir benyttet i oppgaven. Alle artiklene er vurdert opp mot sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2014).

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
<b>Physical activity</b> <b>Mental health</b> <b>Motivation</b>	CINAHL	Physical activity AND mental health AND motivation	51

Ergoterapeutens arbeid med motivasjon knyttet til hvordan man starter og opprettholder fysisk aktivitet, blir belyst i en artikkel fra 2013, hentet fra Ergoterapeuten. Artikkelen heter "*Forventning om mestring*". Det vises til at høy faglig kompetanse om fysisk aktivitet kan bidra til at ergoterapeuten gjennom undervisning gir økt trygghet hos klienten ved utforskning av aktivitet. Her konkluderes det med at dersom ergoterapeuten arbeider innenfor en institusjon, vil det være nødvendig med kartlegging og planlegging ved overgang til hjemmet. Dette for å kunne opprettholde de ønskede aktivitetene (Mostad, M. et.al. 2013).

Cole (2010) undersøkte hvordan personer med depresjon og/eller angst opplevde barrierer og støtte ved deltagelse i fysisk aktivitet. Funnene i denne studien bekreftet kompleksiteten av ulike faktorer som påvirker deltagelsen, hvor vilje var faktoren som var mest merkverdig. Det var pasientenes negative selvoppfatning som påvirket deres motivasjon til deltagelse i aktivitet. Samtidig kom det frem i studien at fysisk aktivitet ble brukt som et supplement i behandlingen, men når pasientene opplevde bedring i den psykiske helsen økte verdien til fysisk aktivitet som intervensjon.

I 2012 gjennomført Bonsaksen og Lerdal en undersøkelse hvor de så på relasjonene til selvrapportert fysisk aktivitet, angst, depresjon samt livskvalitet hos pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Resultatene viste til at pasienter med symptomer som depresjon og angst opplevde en lavere livskvalitet, men at det ikke var en sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet bortsett fra i det psykologiske området. Studien konkluderer med at det manglende forholdet mellom fysisk aktivitet og livskvalitet kan skyldes deltagernes alvorlighetsgrad av sykdom (Bonsaksen og Lerdal, 2012).

Hutcheson et.al. gjennomførte i 2010 en evaluering for å utforske aktivitetstilbudet, samt identifisere de gapene som oppstår i tilbudet hos 13 ulike psykiatriske sykehus. I innledningen av studien viste det seg at det var manglende tilgjengelighet og struktur på aktivitetstilbudet. Hensikten med studien var å introdusere et aktivitetsprogram med et minimum på 17 grupper i uken som inneholdt funksjonell, fritid, kunst og sportsgrupper. Seks måneder etter at programmet ble introdusert hadde 63 pasienter deltatt i løpet av en uke, noe som var en betydelig økning fra kun 6 deltagere ved oppstart av programmet (Hutcheson, C. et.al. 2010).

## 2.2 Motivasjon

Ordet motivasjon er i følge Hein (2009) et uklart begrep. Hun skriver videre at ordet motivasjon blir brukt i dagligtalen i forbindelse med menneskelige drivkrefter, som de positive og negative virkemidler man benytter i virksomheter og organisasjoner, samt i forhold til positive eller negative følelser, eller psykologisk tilstand (Hein, 2009). Hvis man skal se begrepet som et mer teoretisk begrep har Hein (2009, s. 16) vist til en definisjon av Franken (2002): "Motivation er de faktorer i et individ, som vækker, kanalisierer og

vedlikeholder adferd i retning mod et mål”. Dette kan vise til at motivasjon er en drivkraft til hvordan mennesket handler.

Hein (2009) deler opp motivasjonsteori i to deler. Den ene er innholdsteori og den andre er prosessteori. Innholdsteorien beskriver hva som bidrar til å motivere det enkelte individet. I denne teorien fokuseres det mest på de kreftene i et menneske som vedlikeholder adferd (ibid). I følge Hein (2009) beskriver prosessteorien hvordan mennesket motiveres. Disse teoriene har som hensikt å beskrive hvordan og hva det er som gjør at et mennesket blir styrt mot en bestemt adferd.

### **2.2.1 Indre og ytre motivasjonsfaktorer**

Hein (2009) beskriver en klassisk oppdeling av de indre og ytre motivasjonsfaktorer. De indre blir skapt innenfra, og kan knyttes opp i mot et ønske om å utvikle seg selv eller å prestere. Denne adferden styres av at utførelsen er tilfredsstillende for den enkelte (ibid). Hein (2009) skriver videre at den ytre motivasjonsfaktor er utenfor individets kontroll og skapes utenfra.

Moe (2011) viser til, i likhet med Hein (2009), at pasienter med psykiske lidelser trenger hjelp og støtte for å komme i gang med fysisk aktivitet, og at dette kan bidra til positive endringer. En antagelse er at dersom den ytre motivasjonen økes i form av at pasientene sine ressurser blir sett og stimulert, vil dette bidra til økt indre motivasjon.

### **2.3 Motivasjon for fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er for mange relatert til glede, sosial kontakt og er helsefremmende, mens de fleste menneskene med psykiske lidelser er inaktive. Bakgrunnen til dette er at noen forhold ved sykdommen gjør det vanskelig å begynne. Mange sitter med en følelse av at de ikke vil klare det, samt at det ikke har noen betydning for behandlingen (Moe, 2011).

I overensstemmelse med Moe (2011), viser Hein (2009) til en forventningsteori med grunntanken om at det som styrer handlingene til et individ, er de forventningene individet

har til resultatet, samt hva de fører til. Sett i lys av dette kan man si at individet har en forventning om at resultatet av handlingen kan bidra til å dekke et behov.

Formålet til endringsprosessen er å bidra til atferdsendringer på den måten at personen selv opplever kontroll over egne valg. Moe (2011) viser til at å finne en motivasjonsstrategi til kartlegging av den enkeltes ønsker er viktig, dette kan da innebære en motivasjonssamtale. Langsted (2012) beskriver motivering som en stor del av det terapeutiske arbeidet i bruken av fysisk aktivitet som behandling. Videre presiseres det at jo dårligere pasienten er, jo mer bør pasienten informeres om fordelene av fysisk aktivitet, i tillegg til at de har behov for mer støtte. Moe (2011) skriver at det å kunne komme i gang med fysisk aktivitet er krevende på bakgrunn av at det krever innsats både fra helsepersonell, men også deltageren selv. Det trekkes frem både nødvendige og nyttige rammebetingelser for å komme i gang med fysisk aktivitet:

#### Nødvendige rammebetingelser

- Positiv ledelse
- Ildsjeler i personalet
- Anerkjennelse for fysisk aktivitet som behandling

#### Nyttige rammebetingelser

- Spesialutdannet personale
- Gode treningstilbud
- Gode treningslokaler

For å tilrettelegge for fysisk aktivitet bør helsepersonell ha kunnskap om ulike motivasjonsstrategier. Engasjement og positive tilbakemeldinger fra personalet bidrar til en mer positiv selvfølelse, men også en tro på egen mestring. Dersom personalet innehar positive holdninger, vil dette kunne stimulere både pasientene og det øvrige personalet sin motivasjon (Moe, 2011).

Hein (2009) viser til at motivasjon ikke er uavhengig av andre mennesker, og at vi sammenligner oss med andre. Selv om vi personlig opplever å være motivert, kan dette endre seg i sammenligningen med andre og videre resultere i demotivasjon og utilfredshet.

Vi har på bakgrunn av de ulike faktorene innenfor motivasjonsteori, en forventning til helsepersonellet om at de informerer om de helsegevinstene som fysisk aktivitet bidrar til, samt at det systematisk blir benyttet motivasjonsstrategier i behandlingen. I tillegg til dette, en forventning om at personalet som arbeider med motivasjon til fysisk aktivitet, selv er motiverte.

## 2.4 Mestringsforventning - Self-efficacy

Begrepet self-efficacy defineres av Bandura (1994):

Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives. Self-efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and behave. Such beliefs produce these diverse effects through four major processes. They include cognitive, motivational, affective and selection processes (Bandura, 1994, s.1).

Begrepet self-efficacy, eller mestringsforventning, retter seg mot personens opplevde handlingskompetanse, i stedet for forventninger om hva resultatet av handlingen vil være (Bandura, 1994).

Personer med stor tiltro til sine evner, tilnærmer seg vanskelige oppgaver som utfordringer, snarere enn som trusler som bør unngås. De setter seg utfordrende mål og opprettholder innsatsen selv i møte med problemer. De gjenoppretter raskt sin følelse av mestringsstro etter feil eller tilbakeslag. De tilnærmer seg utfordrende situasjoner med en trygghet om at de kan ha kontroll over dem. En slik tankegang øker prestasjoner, reduserer stress og minsker sårbarhet for depresjon (Bandura, 1994, s. 1).

I motsetning vil personer som tviler på sine evner være mer sårbare for stress og depresjon. De unnviker vanskelige oppgaver, har lavere ambisjoner og redusert forpliktelse til målene de har satt seg. Når de står overfor vanskelige oppgaver, fokuserer de på sine mangler, på hindringer de vil møte og uønskede utfall i stedet for å konsentrere seg om hvordan de kan utføre det på en god måte. Det vil være lett å gi opp i møte med vanskeligheter og det skal

ikke mye motgang til før de mister troen på egne evner. De strever med å gjenopprette følelsen av mestringsstro etter feil eller tilbakeslag (Bandura, 1994, s. 1-2).

Dersom man har tro på at man mestrer en oppgave er det større sjanse for at man lykkes, og omvendt er det mer sannsynlig å mislykkes dersom man har tro på at man ikke kan (Tuntland, 2014). Å legge til rette for aktiviteter med riktig utfordringsnivå som sikrer positive mestringsopplevelser vil derfor være viktig for at pasientene skal få en forventning om at de vil kunne mestre andre utfordringer (Mæland, 2012). Dette støttes også av Christensen (2012) som sier at riktig tilpassede aktiviteter kan hjelpe på bedringsprosessen hos pasienter med affektive lidelser, mens for høye krav kan forverre tilstanden.

Ut i fra dette ser vi at i arbeidet med å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet, vil perspektivet på mestringsforventning spille en sentral rolle for ergoterapeuten i planlegging og tilrettelegging av aktiviteter.

## 2.5 Salutogenese

Salutogenese er en teori om psykisk og fysisk helse, som fokuserer på faktorer som fremmer god helse og mestrings og menneskets evne til å opprettholde god helse selv om det blir utsatt for sykdomsfremkallende faktorer. Teorien ble utviklet av sosiologen Aron Antonovsky som en motsats til patogenese som fokuserer på faktorer som gir uhelse. Antonovsky sammenfattet studier om individuelle forskjeller i toleranse overfor stress og sannsynliggjorde at de samme elementene, motstandsressursene, har betydning for sykdomsutvikling og hvordan vi takler sykdom (Antonovsky 2005). I følge Antonovsky (2005) er gode motstandsressurser for eksempel god økonomi, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, høy egoidentitet og religion. Det enkelte menneskets ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet (ibid). Antonovsky (2005) kaller denne grunnholdningen sense of coherence (SOC) eller opplevelse av sammenheng (OAS) – som igjen består av tre hovedelementer:

- Forståelighet, i hvilken grad man opplever indre og ytre stimuli som strukturerte, forutsigbare og forklarlige. Det som skjer er forståelig i en logisk sammenheng av årsak og virkning.

- Håndterbarhet, at man har de nødvendige ressursene for å mestre utfordringer. Det som skjer lar seg påvirke gjennom egen handling.
- Meningsfullhet, at utfordringene er verdt investering og engasjement. Det som skjer gir mening og kan ses i et større perspektiv

De tre overnevnte faktorene er i et kontinuerlig samspill, men i følge Antonovsky (2005) er den viktigste faktoren meningsfullhet som representerer følelser og motivasjon, og motivasjon er noe han refererer til som en drivkraft i livet (ibid). Ergoterapeuters forståelse av aktivitet innebærer virksomhet eller handling som har en hensikt og oppleves meningsfullt for den enkelte, i tillegg til at meningsfulle aktiviteter, det som er viktig og betydningsfullt for den enkelte, er et svært viktig aspekt i ergoterapifaget (Ness, 1999).

Tilnærmingen og forståelsen til Antonovsky omkring temaet helse og helsefremmende arbeid vil være viktig å belyse i vår studie, da den bidrar til at den biologiske kunnskapen blir integrert i en meningssøkende sammenheng, sett ut ifra hva som er det gode liv for den enkelte (Borge, 2011).

## 2.6 Brukermedvirkning og empowerment

I 1986 lanserte Ottawa-charteret begrepet «empowerment» “som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse” (Sosial- og helsedepartementet (1998, s. 274). Empowerment handler om maktoverføring, tjenesteyter må tjene som en medspiller mer enn en ekspert og må gi tilbake makten til brukeren slik at de kan gjenvinne kontrollen over eget liv (Tuntland, 2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) presiserer at utformingen av tjenestetilbudet skal, i så stor utstrekning som mulig, gjøres i samarbeid med pasient/ bruker.

Empowermentrettet arbeid krever derfor en ny type tjenesteyting hvor tjenesteytøveren må legge til side ekspertrollen og opptre mer som en samarbeidspartner hvor brukeren er en aktiv deltaker i egen behandlingsprosess (Tuntland, 2014).

Som tidligere nevnt er manglende tro på egne ressurser og muligheter, samt dårlig selvbilde en realitet for pasienter med psykiske lidelser. Vi ser derfor for oss at en avgjørende og viktig



faktor i bedringsprosessen er at man selv har en aktiv rolle i eget liv, og tar tak i de ressursene man har.

## 2.7 MOHO - Model of Human Occupation

MOHO, Modellen for menneskelig aktivitet er en ergoterapeutisk teori og praksismodell som forklarer hvordan menneskelig aktivitet oppstår, utvikles, opprettholdes og endres i samspill med omgivelsene. I MOHO sees mennesket som bestående av 3 sammenhengende systemer: vilje-, vane- og utførelsessystemet. Vilje styrer motivasjon for aktivitet, vaner skapes gjennom at aktiviteter blir gjennomført i lik sammenheng gjentatte ganger, utførelseskapasiteten går på personens fysiske og mentale evner, både når det kommer til hvordan de brukes og hvordan det oppleves i utførelsen (Kielhofner, 2012).

Verdier, interesser og mestringsforventning utgjør de tre komponentene i viljesystemet. Verdier omhandler hva man synes er viktig og meningsfullt å gjøre, mens interesser referer til hva man synes er tilfredsstillende. Mestringsforventning er den siste komponenten i viljesystemet, og kan defineres som troen på egen evne til å utføre aktivitet. Viljesystemets dynamiske forhold mellom disse tre komponentene kan bidra til å skape, vedlikeholde og endre aktivitetsmotivasjon. For ergoterapeuter som arbeider med psykiske lidelser vil viljesystemet være spesielt interessant, da personer med psykiske lidelser ofte opplever lav aktivitetsmotivasjon (Mostad, M. et.al. 2013). Med bakgrunn i tanken om at en persons vilje er grunnlaget for motivasjon til aktivitet, er det naturlig å tenke at ergoterapeuten i arbeidet med å motivere til bruk av fysisk aktivitet er seg bevisst perspektivet om pasientens verdier, interesser og mestringsforventning.

På bakgrunn av dette mener vi at det vil være interessant å belyse de tre sammenhengende systemene opp mot valgt problemstilling, da denne modellen fokuserer på hvordan aktiviteter påvirkes av hverdagslige mønstre og de individuelle egenskapene til mennesket.

### 3.0 Metode

På bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling som krevde innsikt i ergoterapeutens bruk av kompetanse i arbeidet med å motivere pasienter til fysisk aktivitet, valgte vi kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

I følge Malterud (2011) bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, også kalt fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Målet med en slik tilnærming er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener slik de oppfattes av de involverte (Malterud, 2011). Kvale og Brinkmann (2015) skriver at fenomenologi i kvalitativ forskning dreier seg om å beskrive verden ut ifra informantenes perspektiv, samt å forstå de sosiale fenomenene sett fra aktørens egne opplevelse.

I følge Malterud (2011) er det å bruke kvalitativ metode hensiktsmessig dersom man ønsker å forstå noe snarere enn å forklare. I tillegg er kvalitative metoder foretrukket på temaer som er mindre forsket på eller ved problemstillinger hvor man ikke har oversikt over mulige svaralternativer (Malterud, 2011).

Grunnen til at vi har valgt en kvalitativ tilnærming i denne studien, er fordi vi ønsker en dypere innsikt og forståelse for hvordan ergoterapeuten bruker sin kompetanse til å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet som en del av behandlingen.

I vår oppgave er den hermeneutiske tilnærmingen basert på de valgte temaer fra kompetansehefte i Ergoterapi, i tillegg til to ytterligere temaer som kom frem gjennom analysen av intervjudataene. Ut i fra dette er det de innsamlede intervjudataene som styrer de temaene vi har valgt og disse vil bli diskutert opp mot valgt teori som presenteres i teorikapittelet.

#### 3.1 Utvalg

Vår studie er basert på et strategisk utvalg ved innhenting av datamaterialet. Ved å benytte seg av et strategisk utvalg, velger man personer som har kunnskap eller erfaringer som retter

seg mot valgt problemstilling. Bruken av fagfolk som informanter er verdifullt for oss som en forberedelse til yrkeslivet. Dette på bakgrunn av at man får ta del i ekspertenes erfaringer, samt at det kan være kunnskap som ikke er blitt presentert i faglitteratur enda. På denne måten vil det være mulig å bringe frem ny kunnskap (Dalland, 2014).

Utvalget inkluderer fire ergoterapeuter som arbeider innen psykisk helsevern i Norge. 2 av informantene arbeider ved DPS, de 2 andre ved institusjon. Begrunnelsen for å innlemme både institusjon og DPS i denne studien, er relatert til en forventning om at måten man arbeider med å motivere pasienter til fysisk aktivitet kan variere. Vi ønsket også et bredt perspektiv på hvordan ergoterapeuter benytter sin kompetanse til å motivere bruken av fysisk aktivitet som en del av behandling av psykiske lidelser, samt hvilke begrunnelser som ligger bak enten fravær eller bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode.

I utvelgelsesprosessen kontaktet vi først den institusjonen vi selv begge hadde hatt praksisperiode hos. Deretter kontaktet vi de ulike stedene som var registrert under divisjon psykisk helsevern. Vi tok kontakt via e-post hvor vi kort forklarte hvem vi var, hva vi holdt på med, samt bakgrunn og hensikt med oppgaven. Vi fikk positiv tilbakemelding fra samtlige forespurte med ønske om å delta i studien. På grunn av prosjektets omfang, samt økonomiske og tidsrelaterte hensyn valgte vi å ha fire informanter. Begrenset tidsaspekt for gjennomføring av intervju og etterarbeid gjorde at valget falt på de fire ergoterapeutene som hadde mulighet til å gjennomføre intervjuene innenfor den tidsrammen vi hadde satt.

Samtlige informanter ble informert skriftlig om at alle opplysninger de ga fra seg ville bli behandlet konfidensielt og at alle opplysninger ville bli anonymisert, samt hvem som ville ha tilgang til informasjonen og intervjumaterialet. Hensikten med undersøkelsen ble også kommunisert, samt hva den innsamlede informasjonen skulle bli brukt til. I tillegg ble det gjort klart for alle informantene at de når som helst i prosessen kunne trekke sitt samtykke, dette i tråd med hva både Dalland (2014) og Kvale og Brinkmann (2015) skriver om informert, frivillig samtykke.

### 3.2 Datainnsamling

Empirien i denne studien ble samlet inn gjennom kvalitative forskningsintervju. Denne intervjuformen blir brukt når man vil forstå intervjupersonens egne perspektiver på temaer fra dagliglivet (Kvale og Brinkmann, 2015). Hensikten med denne type intervju er å bringe frem fortolkninger av meninger ovenfor de fenomenene som blir beskrevet, samt en beskrivelse av intervjupersonens livsverden. Det beskrives som et profesjonelt intervju med formål, men som samtidig kan oppleves som en samtale i dagliglivet. Et kvalitativt forskningsintervju skal inneholde meningsspørsmål og faktaspørsmål, og det er viktig i denne type intervju å lytte til de meningene som blir uttrykt, men også det som blir sagt indirekte (Kvale og Brinkmann, 2015). I følge Malterud (2011) er det i kvalitative studier ikke ideelt å standardisere intervjusituasjonen. Ved å bruke semi-strukturert intervju kan man styre samtalen i en viss retning, men samtidig åpne opp for at informanten kan dele ulike erfaringer i form av konkrete hendelser (Malterud, 2011).

I valget av intervjuform sto vi mellom individuelle intervju og fokusgruppe. I følge Malterud (2011) bør fokusgrupper settes sammen så samstemt som mulig for å trekke frem samme erfaringsgrunnlag og avverge eventuelle spenninger i gruppen som kan styre samtalen i retning av enten splittelse eller konkurranse mellom informantene. Vi valgte å gjennomføre intervjuene som individuelle semi-strukturerte intervju. Dette fordi informantene arbeidet på svært ulike steder og fordi vi ikke hadde mulighet til å samle alle ergoterapeutene på samme sted til samme tid. I tillegg ønsket vi å sikre at alle informantene kunne få uttrykke seg i trygge omgivelser, samt minimere risikoen for at informanter med eventuelle avvikende meninger vegret seg for å uttrykke dem.

Intervjuene ble gjennomført på ergoterapeutenes arbeidssted og hadde en varighet på 45 til 60 minutter. Vi innledet med å snakke om formålet med oppgaven, og hadde på forhånd utviklet en intervjuguide (vedlegg 1) med temaer vi ønsket å snakke med informantene om. I følge Dalland (2014) ville dette hjelpe oss å forberede oss både mentalt og faglig på intervjusituasjonen. Vi tilstrebet å benytte oss av åpne spørsmål og opplevde at hovedvekten av intervjuene fungerte mer som en samtale. Noen svar åpnet opp for oppfølgingsspørsmål, noen svar var utfyllende, mens enkelte spørsmål måtte omformuleres eller grundigere forklares før de kunne besvares. I ettertid har vi sett at vi med fordel kunne redigert

intervjuguiden underveis i prosessen, etterhvert som vi fikk et klarere syn på hvor fokus i studien burde ligge. I tillegg har vi også lært at dersom vi hadde større forkunnskap til de ulike arbeidsplassene, ville det vært enklere å tilpasse intervjuguiden til den enkelte informant.

### 3.3 Bearbeiding av data

Datamaterialet ble klargjort for analysen gjennom å transkribere data fra muntlig fremstilling til skriftlig tekst. Intervjuene blir på denne måten mer strukturert og gir et bedre utgangspunkt for analysearbeidet (Kvale og Brinkmann, 2015). Vi transkriberte alle intervjuene selv og transkriberte kontinuerlig gjennom datainnsamlings-prosessen. Dette gjorde vi både på grunn av det omfattende datamaterialet, men også fordi vi lærte mye av vår egen kommunikasjon ved å lytte på lydbåndene underveis. Arbeidet med transkriberingen var tidkrevende, men vi transkriberte ordrett, inkludert alle “eh”, “mm” og liknende, for å få helhet i samtalen. I følge Kvale og Brinkmann (2015) finnes det imidlertid ingen fasitsvar på hvordan man transkriberer, det avhenger av formålet med undersøkelsen.

### 3.4 Analyse av data

Vi rettet analysen vår mot meningsanalyse som Kvale og Brinkmann (2015) presenterer med meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolkning. Vi startet med å lese gjennom transkriberingen for å få et helhetsinntrykk av hva det handlet om. I følge Malterud (2011) er det i denne delen av prosessen viktig å legge til side forforståelse og teoretisk referanseramme slik at vi kan være åpne for det materialet formidler. Videre oppsummerte vi det vi hadde lest og satte opp foreløpige temaer.

I andre trinn av prosessen plukket vi ut de delene av materialet som vi skulle analysere videre, de meningsbærende enhetene. Disse ble fargekodet ut i fra de foreløpige temaene vi hadde satt; brukermedvirkning og kartlegging, motivasjon og mestring, betydning av fysisk aktivitet, tilbud og bruk av fysisk aktivitet, holdninger blant personalet og begrepet fysisk aktivitet. Da vi analyserte intervjutekstene og satte det inn i analysetabellen så vi at de foreløpige temaene ikke gav samsvar med formålet med studien. Malterud (2011) skriver at

det lønner seg å bruke tid på å diskutere de foreløpige temaene og deres relevans til problemstillingen og at man da ofte reformulerer det opprinnelige utgangspunktet.

Vi fortsatte derfor med å gå gjennom råteksten på nytt og skrev dette om til kondenserte meningsenheter. Her ble alle “eh”, “mm” og liknende tatt bort og vi fikk en mer sammenhengende tekst. Vi kategoriserte så hver enkelt meningsenhet for å få et bilde på hva dette egentlig handlet om. Videre satt vi koder ut ifra problemstillingen. Dette arbeidet gjorde at vi fikk en bedre oversikt og grunnlag for å sette temaer spesifikt til formålet med studien.

Basert på sammenfatningen i kategoriene og kodingen utviklet vi temaer som danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at koding bidrar til struktur, samt en oversikt over omfattende intervjuetekster, og at koding og kategorisering ofte blir brukt om hverandre. Kategoriernes hensikt skal gi en skildring av de handlingene og erfaringene som blir skildret i intervjusituasjonen (ibid).

Vi analyserte intervjuetekstene under de gjeldene temaene, og valgte ut noen sitater fra hvert intervju.

### **3.5 Reliabilitet og validitet**

Reliabilitet har med troverdighet og oppriktighet å gjøre, hvor pålitelige resultatene er. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er spørsmålet om intervjuerens reliabilitet sentral gjennom hele forskningsprosessen, men som oftest har reliabilitet sammenheng med spørsmålet om resultatene i studien på et senere tidspunkt kan reproduseres av en annen forsker (ibid). I vår studie har vi benyttet oss av semi-strukturerte intervju. Intervjuguiden ble til en viss grad tilpasset den enkelte informant, noen spørsmål ble besvart gjennom andre spørsmål og enkelte spørsmål måtte omformuleres. Dette gjør at reliabiliteten reduseres noe i denne studien. Alle informantene har ikke fått nøyaktig de samme spørsmålene.

Validitet sier noe om hvor gyldig intervjufunnene er, om man har undersøkt det man mente å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2015). Det er derfor viktig å ha et kritisk blikk på sine fortolkninger og være seg bevisst på sin egen forforståelse. Vi har sett fordelene av å være to

forskere ved at vi har stilt hverandre kritiske spørsmål over egne funn og kontinuerlig diskutert vår egen forforståelse.

### 3.6 Vår rolle som forskere

Vår interesse for forskningsfeltet har vært avgjørende for valg av tema og problemstilling. Som studenter har vi vært utplassert i praksis innenfor psykiatrien i spesialisthelsetjenesten, og vår forforståelse bygger på lest teori, samt erfaringer gjort ute i feltet. Vi ønsket å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse for å få en økt forståelse for ergoterapeutens rolle innenfor arbeidet med motivasjon til pasienter med psykiske lidelser, til fysisk aktivitet.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver om at forholdet til intervjupersonene er av betydning. Vi hadde på forhånd kjennskap til to av intervjupersonene, men for å unngå at dette skulle påvirke resultatene har vi vært bevisste på refleksjon og kritisk veiledning.

Kvale og Brinkmann (2015) viser til de etiske kravene som stilles til forskeren. Disse innebærer strenge krav til den vitenskapelige kvaliteten på den kunnskapen som blir lagt frem. Dette innebærer at funnene er nøyaktige, samt representative for det valgte forskningsområdet. Vi har et ansvar ovenfor faget vårt og de informantene som er inkludert i vår studie, og ønsker at resultatene fra denne studien kan bidra til verdifull kunnskap som kan benyttes av andre ergoterapeuter innenfor psykisk helse.

### 3.7 Forskningsetiske overveielser

Alle personopplysninger har blitt behandlet konfidensielt. Personene med tilgang til personopplysninger har vært studentene i prosjektgruppen og veileder. I oppgaven ble alle deltakere og all informasjon anonymisert, inkludert navn på arbeidsplass, kolleger og andre opplysninger som kunne være med på å identifisere informantene og andre enkeltpersoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2016 og det anonymiserte datamateriell vil bli slettet etter prosjektets slutt.

Informantene ble på forhånd gitt informasjon om studiens formål, og på denne måten kunne vi sikre oss om at de gav informert samtykke (Kvale og Brinkmann, 2015). Det har vært frivillig å delta i studien og informantene kunne når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom informantene ønsket å trekke seg, ville alle opplysninger bli slettet. Dette innebærer at man sikrer frivillig deltakelse av de involverte, samt retten til å kunne trekke seg ut av undersøkelsen når som helst (ibid.). Dataene som ble samlet inn ble lagret på en ekstern harddisk og oppbevart i et låsbart skap. Siden dette har vært en ren yrkespraktisk studie, hvor informantene kun skulle dele erfaringer fra sin rolle som yrkesutøver, ble det vurdert dithen at studien ikke trengte godkjenning gjennom en etisk komité.



## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene fra forskningsintervjuene. Temaene ble formulert gjennom analysearbeidet av intervjuene og hovedvekten baserer seg på ergoterapeutens kompetanse, i henhold til studiens formål, som var å undersøke hvordan ergoterapeuter bruker sin kompetanse til å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet som en del av behandlingsforløpet. Gjennom analysearbeidet fant vi fem temaer som var fremtredene. Tre av temaene gav samsvar med kompetanseområdene i ergoterapi, som beskriver hva ergoterapeuten kan tilby innenfor arbeidet med psykisk helse:

- Utvikling av menneskets mestring
- Tilrettelegging av aktiviteter
- Deltakelse og inkludering i hverdagslivet

(Ergoterapeutene, 2008).

I tillegg presenteres to ytterligere temaer som viste seg å være gjennomgående i analysen;

- Holdninger og kunnskap blant personalet
- Fysisk aktivitet som del av behandling

### 4.1 Utvikling av menneskets mestring

Ergoterapeuten vurderer og utreder personens ressurser og begrensninger for mestring og deltakelse, dette for å kunne vurdere rehabiliteringspotensialet og behovet for hjelp og støtte. To av informantene kunne fortelle at kartlegging av interesser er noe de benytter seg av for å få et bilde av hva pasientene tidligere har drevet med av aktiviteter. En informant bruker ordet feltarbeid, hvor observasjon av pasientene i miljøet, informasjon fra pasientjournal og behandlingsmøter i tillegg til samtaler med pasientene omkring mål og tidligere aktiviteter er en del av kartleggingen som gjøres. Informant 3 forteller at funksjonsvurdering av pasienter inkluderer blant annet samtale hvor ergoterapeuten spør hvilke områder pasienten sliter på og om vedkommende kunne tenke seg å finne litt ut av det;

*Spørre om det er noen trygge holdepunkter, for eksempel "er det fordi du ikke liker trening?" og hvis en ikke liker å trene styrke eller løpe på tredemølle så kan en kanskje være med på noen ballaktiviteter da. Og hvis en ikke liker det så kan man kanskje gå en tur, for alle liker noe fysisk aktivitet, det er ikke sånn at noen liker ingenting.*

(Informant 3)

Veiledning og råd i kognitive og aktivitetsbaserte mestringsstrategier, konfliktløsning og krisehåndtering er en kompetanse ergoterapeuten innehar for å øke innsikt ovenfor menneskets muligheter og begrensninger. To av informantene forteller at de benytter seg av motiverende intervju og kognitiv terapi. Informant 3 forteller at dette er en teknikk alle på enheten er kurset i, hvor fokuset er å snu dialogen mellom terapeut og pasient. Pasientene får i oppgave å reflektere litt mer over valgene sine og hvorfor de gjør som de gjør. Informant 2 beskriver at de bruker MI som en teknikk for å snu mønsteret pasientene er i, dersom de er inaktive og ikke vil være med på aktiviteter.

Ved å legge til rette aktiviteter med riktig utfordringsnivå kan ergoterapeuten bygge opp under motivasjon, samt inkludering og mestring av hverdagen. I tillegg bruker ergoterapeuten aktivitet for å bygge opp et positivt selvbilde, øke mestringsopplevelse og sosial deltakelse. I noen tilfeller vil det være behov for å benytte seg av ulike motivasjonsstrategier for å bygge opp mestringsopplevelsen. Informant 3 bemerker at pasienter som deltar i aktivitet opplever nytte av deltakelsen, og at dette motiverer til at pasientene selv tar initiativ til aktivitet. To av informantene beskriver at noen pasienter lett lar seg motivere, mens andre har et større behov for hjelp og støtte;

*Det er veldig individuelt, noen lar seg lett motivere av å prate, bare rett og slett å si: "kom, nå går vi". Jeg har nesten slutta med å spørre om de vil bli med, for da er det lett å si nei. Da er det sånn, "kom igjen, finn jakka, nå går vi". Andre kan jeg bare se på, spesielt èn person, "kom igjen, aah, greit". Andre må du prøve å overbevise eller overtale.*

(Informant 4)

To av informantene forteller at det å gjøre ting sammen med andre kan være med på å motivere pasientene;

*Min erfaring er at det er lettere å skape motivasjon til å være med hvis jeg sier "den, den og den blir med, så vi mangler bare deg, kan ikke du være med og?". Da er det vanskeligere for dem å si nei. Også i tillegg sier jeg at "jammen, hun har så lyst til at du skal være med, kan ikke du være med og, så blir vi ett lag?". Ungdommen er jo som oss vanlige mennesker, på den måten at spør vi dem ansikt til ansikt så er det vanskeligere å si nei. Enn at jeg bare sier "nå drar vi til (navn på treningscenter) og trener, det er bare du og jeg".*

(Informant 3).

Informant 4 understreker at aktivitetene generelt bør være lystbetonte for at pasientene skal være motivert til å fortsette. Videre beskrives det at motivasjonen ikke nødvendigvis er tilstede fra starten, men at den kan komme litt etterhvert og at det gjerne er da man ser resultater.

#### **4.2 Tilrettelegging av aktivitet**

For å fremme mestring og sosial deltakelse hos pasienter, vil det ved ulike tilfeller være behov for tilrettelegging og gradering av aktiviteter. Informant 1 forteller at enkelte pasienter ikke er komfortable med gruppeaktiviteter, og at det derfor tilpasses aktiviteter på individuelt nivå. Videre beskriver informant gradering av aktivitet på følgende måte:

*Jeg jobber med en pasient nå, som er veldig deprimert og hun har et ønske om å gå på ski. Det vi gjorde var at vi gikk på beina på terrassen. Da satt vi ute, det var sol og vi drakk kakao og lekte at vi hadde vært på skitur.*

(Informant 1)

Informant 2 beskriver at dersom det forekommer god planlegging, samt detaljert informasjon i forkant av aktiviteter kan dette øke muligheten for tilpassing og gradering.

To av informantene viser til erfaringer om at evaluering gjennom dialog med pasienten kan være med på å tilrettelegge for at aktivitetene skal bli bedre tilpasset, samtidig som at det kan gi en mer positiv opplevelse for pasienten.

### 4.3 Deltakelse og inkludering i hverdagslivet

Overgang fra spesialisthelsetjeneste til hjem innebærer planlegging og tilrettelegging. En av informantene beskriver at en del av hverdagen er å motivere pasientene til å delta på ting som skjer utenfor enheten, som en forberedelse til livet utenfor institusjon. Tre av fire informanter forteller at de jobber med å finne aktiviteter ute i kommunene som pasientene kan fortsette med etter utskrivelse.

*Det vi prøver på er at hvis pasienten har gitt uttrykk for at han liker å trene på treningssenter, at vi viderefører det ut i kommunen slik at han har et tilbud der som er omtrent likt som det han har hatt her, hvis det er noen aktiviteter han har likt.*

En av informantene beskriver at de samarbeider med kommunen hvor de sammen med pasienten legger planer for hva som skal skje videre etter utskrivelse.

### 4.4 Holdninger og kunnskap blant personalet

Samtlige informanter beskriver sin personlige tolkning av begrepet fysisk aktivitet som bred. Alle forteller at de tenker på fysisk aktivitet som mer enn ren trening, at det handler om bevegelse.

Når det gjelder kollegers holdninger til fysisk aktivitet uttrykker tre av informantene at det til tider er utfordrende å få med personalet på turer eller aktiviteter:

*Det er veldig personavhengig, så sånn sett er det kjempeviktig at det er hvertfall en eller to personale på en enhet som er interessert selv i fysisk aktivitet og kan drifte det litt. Det kreves en del jobb og når du står som en person som skal dra med deg alle på tur, så er det ikke alltid like enkelt å klare å følge opp alle i etterkant, eller forkant. Så det kreves at vi har felles holdninger, at vi personalet står sammen som enhet, at alle sammen er med på de tingene her.*

(Informant 2)

Det kommer også frem blant de tre informantene at de ser at dersom personalet ikke er motivert til fysisk aktivitet, er heller ikke pasientene motivert.

*Pasientene er veldig sensitive for å merke sånn, de tar det med en gang. I stedet for å ha et åpent spørsmål, og være positiv ved å si "i dag er det (navn på treningscenter), og vi drar klokka elleve", så kan personale si "nei, du har vel kanskje ikke lyst til dra på (navn på treningscenter) i dag". Dette oppfatter pasientene og tenker at "nei, men da er det jo best å ligge i senga".*

(Informant 3)

#### 4.5 Fysisk aktivitet som del av behandling

Samtlige av informantene beskriver hvilke tilbud om fysisk aktivitet som tilbys som del av behandling på sitt arbeidssted. To av informantene nevner aktivitetstilbud i form av ballaktiviteter i gymsal. Tre av informantene forteller at trening på treningscenter et av tilbudene som pasientene kan benytte seg av. Informant 1 beskriver at øvelser fra Thai Chi blir brukt som avspenning og tilbys daglig:

*Hensikten er at de skal få en god opplevelse, finne ro og aktiviteter de kan bruke på egenhånd etter utskrivelse. Jeg tenker jo at mange aktiviteter så er det viktig å gi pasienten verktøy som de kan bruke selv. Hvis de har mer velvære i sin egen kropp, så påvirker det psyken også.*

(Informant 1)

Tre av informantene beskriver at det som finnes av tilbud innenfor området fysisk aktivitet er en del av behandlingen til pasientene, og at pasientene i utgangspunktet skal delta på det som er satt opp, men at det kan være varierende oppmøte.

*Vi har mulighet til å trene på (navn på treningscenter) i nærheten, der kan vi dra to dager i uka. Vi fører også ukeplan for alle pasientene på posten og på den har vi noen standardiserte aktiviteter som skjer hver uke. Da skal pasientene i utgangspunktet delta, for da har de signert og ønska seg hit for å få hjelp og det er en del av behandlingsopplegget å være med på trening, eller fysisk aktivitet som vi kaller det, to dager i uka.*

(Informant 2)

På spørsmål om det er aktiviteter som oppleves som lettere å motivere til enn andre, svarer informant 3:

*Terskelen er litt mindre for å være med på ballaktiviteter i gymsalen, hvor vi alle møtes og deles inn i lag, enn å dra til treningssenter og trene. Der blir det mer individuelt. Men i gymsalen får du en sånn lagfølelse, at du er en del av en gruppe.*

(Informant 3)

## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil vi diskutere funn fra analysen med utgangspunkt i problemstillingen sett i lys av den teoretiske referanserammen. Diskusjonsdelen vil ha samme tematiske struktur som resultatdelen. På starten av dette kapitlet diskuteres også valgt metode, samt studiens reliabilitet og validitet.

### 5.1 Metodekritikk

#### 5.1.1 Kvalitativ forskning

I følge Kvale og Brinkmann (2015) er en vanlig kritikk av kvalitative metoder at de kritiseres for å ikke være tilstrekkelig vitenskapelige. Innvendinger til dette knyttes til at et forskningsintervju er for personavhengig. Det beskrives som fleksibelt, samt avhengig av den relasjonen som skapes mellom intervjuperson og intervjuer. Intervjueren blir betegnet som forskningsredskapet for innhenting av kunnskap, noe som videre stiller krav til kvaliteten på intervjueren. Sett ut i fra dette blir intervjuresultatene beskrevet som ikke troverdige fordi de er ensidige. Uerkjent ensidighet kan invalidere resultatene, mens en erkjent ensidighet kan fullstendig invalidere resultatene. Derimot kan erkjent ensidighet og subjektive forståelser kunne belyse ulike aspekter av de fenomenene som blir undersøkt og bidra til å få frem nye dimensjoner ovenfor valgt tema (Kvale og Brinkmann, 2015).

Meningen med denne studien har ikke vært å presentere en fullstendig sannhet, men derimot har målet vært å gi en skildring av virkeligheten slik den oppfattes av informantene. Dette mener vi å ha lyktes med gjennom at vi ved bruk av kvalitative forskningsintervju har fått en dypere innsikt og forståelse i ergoterapeutens kompetanse ved motivasjon av pasienter til fysisk aktivitet.

I vår studie sto vi mellom valget av individuelle intervju eller fokusgruppe. På grunn av store geografiske avstander var det for oss mest hensiktsmessig å utføre individuelle intervjuer, i tillegg til at vi hadde et ønske om at informantene skulle få uttrykke seg i trygge omgivelser, uten påvirkning av andre. På denne måten kunne vi minimere risikoen for at informanter med

eventuelle avvikende meninger vegret seg for å uttrykke dem. Vi ser i ettertid at dersom vi hadde valgt å bruke fokusgrupper som intervjumetode, kunne dette bidratt mer utfyllende informasjon omkring enkelte temaer. Dette på bakgrunn av at informantene gjennom en slik gruppe får muligheten til å skape gode refleksjoner, samt å “spille” på hverandres tankegang.

### 5.1.2 Bearbeiding og analyse av data

Gjennom bearbeidingen av datamaterialet transkriberte vi fra muntlig fremstilling til skriftlig tekst. Som tidligere nevnt, ble alle “eh”, “mm” og liknende tatt med i transkriberingen. Da vi startet analysen av intervjuene, besluttet vi at majoriteten av disse ikke hadde betydning for innholdet i utsagnene og disse ble derfor fjernet da vi analyserte råteksten. Det ble presisert i teorien at det ikke finnes noen fasitsvar på hvordan en transkribering skal gjennomføres. Vi vurderte derfor denne gjennomførelsen som tilfredsstillende.

I gjennomførelsen av analysen benyttet vi oss av meningsanalyse ved bruk av meningskoding, meningsfortetting og meningsfortolkning. For å kunne få et helhetsinntrykk over transkriberingen var vi bevisste på å legge til side forforståelse og teoretisk referanseramme. Likevel opplevde vi dette som utfordrende, noe som viser seg i de foreløpige temaene som vi satte etter første gjennomgang. Veiledning og videre diskusjon oss forskere i mellom gjorde at vi fikk en større forståelse og et tydeligere blikk på arbeidet, som førte til at vi formulerte temaer som ble mer spesifikke til formålet med studien.

### 5.1.3 Reliabilitet og validitet

Når det gjelder studiens reliabilitet kan man reflektere over mulige feilkilder. Ved bruk av intervju må man blant annet ta høyde for at informantene kan vegre seg for å uttrykke eventuelle meninger som ikke oppfattes “korrekte” eller at de overrapporterer for å skape et godt inntrykk.

Mulige feilkilder kan bli skapt av oss som forskere. For eksempel ble intervjuguiden til en viss grad tilpasset den enkelte informant. Alle informantene fikk ikke de samme spørsmålene fordi de enten allerede hadde blitt besvart gjennom andre spørsmål eller fordi spørsmålene



måtte omformuleres. Tolkning underveis i intervjuene kan ha påvirket informasjonen vi fikk og presentasjonen av resultatene. Dette kan tenkes å ha påvirket studiens reliabilitet. Vi har likevel vært bevisste på å ikke stille ledende spørsmål. I gjennomgangen av resultatene ser vi at det er enkelte temaer hvor vi gjerne skulle hatt mer utfyllende svar, og at dette kunne ha blitt dekket opp av flere oppfølgingsspørsmål eller grundigere utarbeidelse av intervjuguiden. Vi ser at vår begrensede erfaring som forskere er en av de største årsakene til at validiteten i studien er noe svekket. Dersom vi hadde gjennomført testintervjuer på forhånd, ville vi kunne avdekket eventuelle mangler i intervjuguiden, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av den begrensede tidsrammen for studien.

En annen side som kan tenkes å ha en betydning for studiens validitet er den teoretiske referanserammen. Bakgrunn for valgt teori er litteratursøk i forskning og relevant teori, samt de teoretiske tilnærmingene som vi mener var relevante for det fagfeltet vi skulle studere. Teorien dannet et grunnlag for problemstillingen og spørsmålene i intervjuguiden, og har hatt en innvirkning på resultatene. Dersom vi hadde valgt annen teori, kunne dette bidratt til å gi andre resultater i vår forskning.

#### 5.1.4 Utvalg

Det ville vært aktuelt å inkludere et større antall informanter i studien, dersom tidsrammen hadde tillatt det. Det kunne ha påvirket resultatene i studien ved at vi hadde fått en større variasjon og bredde i utvalget. Det kan også tenkes at dersom informanter fra andre helsesektorer ble inkludert, i tillegg til en større geografisk spredning, at resultatene ville sett annerledes ut. Slik resultatene fremstår i denne studien, finnes det lite motstridende meninger og tanker rundt problemstillingen, noe som indikerer at valget på å fokusere på spesialisthelsetjenesten ble for snevert.

Når det gjelder svar på studiens problemstilling, har vi ikke fått et fullstendig svar på denne, men vi har fått en større forståelse av hva som påvirker motivasjon til fysisk aktivitet og hvordan ergoterapeutens kompetanse kan bli brukt innenfor dette området. Sett ut i fra resultatene som fremkom av intervjuene, finnes det, som tidligere nevnt, områder som ikke er fullstendig dekket, noe som sier oss at validiteten i studien er svekket. Et eksempel på dette er at informantene fortalte mye om bruken av fysisk aktivitet som behandling, men ikke hvilke

faglige begrunnelser som lå bak. I tillegg til utsagnene om betydningen av personalets holdninger, men ikke hvordan ergoterapeuten bruker seg selv og sin fagkompetanse som motivator for fysisk aktivitet.

## 5.2 Utvikling av menneskets mestring

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) slår fast at utformingen i tjenestetilbudet skal, i så stor utstrekning som mulig, gjøres i samarbeid med bruker. Gjennom intervjuene kom det frem at samtlige informanter benyttet en eller annen form for kartlegging i sitt arbeid med pasientene. Dette kunne være bruk av interessesjekkliste, observasjon og samtale. Slik vi ser det, ivaretas brukermedvirkning i den grad at pasienten selv kan fortelle om sine interesser som videre skal legge et grunnlag for behandlingen.

Når det gjelder kartlegging og troverdigheten av denne avhenger det av pasientens tro på egne ressurser, og ønsket om å være delaktig i egen behandling og bedringsprosess. Observasjon og kartlegging innenfor ukjente omgivelser i en institusjon, kan føre til usikkerhet overfor egen utførelse. Usikkerhet, i tillegg til dårlig selvbilde kan påvirke resultatene av kartleggingen. I de fleste tilfeller er det ergoterapeut eller annet kvalifisert personale som utfører kartleggingen ved å benytte en interessesjekkliste, eller observasjon i aktivitet. For noen kan dette føles som et "avhør" eller at de føler seg overvåket. Dette er for mange ubehagelig og resultatene som fremkommer kan påvirkes. For å snu på denne pasient- og terapeutrollen nevner to av informantene at kognitiv terapi og motiverende intervju er teknikker som blir benyttet for at pasientene skal kunne reflektere mer over egne valg og hvorfor de velger å avstå fra ulike situasjoner som oppstår. Gjennom å benytte seg av en slik tankegang og metode vil pasienten ha mulighet til å være mer aktiv i egen behandlingsprosess, noe som står sterkt knyttet til empowermentbegrepet.

Videre kan det gi et økt grunnlag for å kunne legge til rette aktiviteter med riktig utfordringsnivå til den enkelte pasient, noe som videre kan bidra til øke motivasjonen. Pasienter sitter gjerne med en forventning ved oppstart av aktiviteter, noe som innebærer at de ofte har en tanke om at aktiviteten skal bidra til å dekke et behov. Det er viktig å presisere at det ikke kun er pasienten selv som kan bidra til motivasjon for aktiviteter. To av

informantene beskriver at noen pasienter lettere motiveres, mens andre trenger ytterligere støtte for å komme i gang. En viktig bidragsyter på dette området vil være personalet selv. For å øke motivasjon og mestring hos pasientene er det viktig at personalet har en strategisk tilnærming i bruken av motivasjonsstrategier, noe som innebærer at man gir pasientene positive tilbakemeldinger, som videre kan bidra til en økt selvfølelse. Ved å få slike tilbakemeldinger gjennom utførelse av aktivitet, kan det bekrefte de forventningene som pasienten har tilegnet seg om hvilke behov aktivitetene skal dekke og at de har en nytteverdi.

For at aktiviteter skal kunne oppleves som meningsfulle, er det viktig at pasienten selv ser meningen ved de utfordringene som oppstår i oppstart av aktiviteter og at det er engasjement fra pasientens side, dette står sterkt tilknyttet det salutogene perspektivet. To av informantene presiserer at det å gjennomføre aktiviteter i en gruppe kan bidra til økt motivasjon hos pasientene. Ved å tilby aktiviteter som er gruppebaserte kan pasientene delta med mennesker i samme livssituasjon. Gjennom slike tilbud ser man en nytteverdi av å føle et sosialt samspill, som videre kan bidra til mestring både innenfor aktiviteten, men også når det gjelder sosial kompetanse. For ergoterapeuten er det et viktig aspekt å finne de aktivitetene som oppleves som meningsfulle for den enkelte, men sett i lys av vår studie trenger ikke nødvendigvis aktiviteten å være individuell for at det skal oppleves som meningsfullt.

For mennesker med psykiske lidelser er det ikke uvanlig at motivasjonen til aktivitet er noe lav, samtidig som at igangsetting av aktivitet i stor grad styres av viljen. En av informantene presiserer at dersom pasientene skal fortsette med aktiviteter etter utskrivelse, vil det være nødvendig å finne aktiviteter som er lystbetonte. For at dette skal være gjennomførbart er det nødvendig med grundig kartlegging av interesser, samt at kartleggingen er noe pasienten selv kan gjenkjenne seg i. I tillegg er det av betydning at personalet er bevisst på hvilke verdier og forventninger pasienten innehar. Vi ser at forståelsen av det kontinuerlige samspillet mellom verdier, interesser og mestringsforventning, gir ergoterapeuten et godt grunnlag for å kunne motivere pasienter til å benytte fysisk aktivitet som behandling.

### 5.3 Tilrettelegging av aktivitet

For å kunne fremme mestring og sosial deltakelse hos pasienter, ser man et behov for tilrettelegging og gradering av aktiviteter. I våre funn ble det bemerket fra en informant at noen pasienter ikke føler seg komfortable med gruppeaktiviteter, og at det derfor er nødvendig med tilpasning på et mer individuelt nivå. En annen informant beskriver at dersom det forekommer god planlegging, samt detaljert informasjon i forkant av aktiviteter kan dette øke muligheten for tilpassing og gradering. I tillegg kom det frem av intervjuene at evaluering gjennom dialog med pasienten var med på å gi en mer positiv opplevelse for pasienten, samt at det gjorde det lettere å tilrettelegge aktivitetene til den enkelte.

Ved å inkludere pasienten i planlegging, gjennomføring og evaluering av aktiviteter, som beskrevet over, gis de muligheten til å påvirke sin egen behandling. Sett i lys av det salutogene perspektivet vil dette kunne være med på å gi pasientene en større opplevelse av sammenheng ved at de får en økt forståelse for sammenhengen mellom fysisk aktivitet og den psykiske helsen.

Antonovsky (2005) nevner i sin teori at det er meningsfullhet som er den viktigste faktoren for opplevelse av sammenheng. På bakgrunn av dette vil det være viktig at ergoterapeuten undersøker hva som oppleves meningsfullt for den enkelte og tilrettelegger aktiviteter på bakgrunn av interesser og ønsker. For å sikre positive mestringsopplevelser kreves det at ergoterapeuten graderer aktivitetene ut fra den enkeltes forutsetninger og behov. Dette vil kunne påvirke motivasjonen og viljen til å delta i aktiviteter.

I empowermenttrettet arbeid kreves det at tjenesteyter gir fra seg makten slik at pasienten selv kan være en aktiv deltaker i egen behandling. Man kan derfor tenke seg at dersom ergoterapeuten har fokus på at det er pasientens ønsker som skal stå i sentrum, er lydhør overfor pasientens opplevelse av aktivitet, samt tilrettelegger og graderer ut i fra denne informasjonen, kan dette være med på å påvirke pasienten i retning av å øke kontrollen over sin egen helsetilstand og forbedre sin helse.

I MOHO beskrives det at det er viljen som styrer motivasjon for aktivitet. Her settes det fokus på at det er pasientens verdier, interesser og mestringsforventning som sier noe om

hvordan man kan bidra til å skape, vedlikeholde og endre motivasjonen for aktivitet. Kan man da si, at dersom ergoterapeuten tilrettelegger og graderer aktiviteter ut i fra hva pasienten opplever som meningsfullt, hvilke interesser de har og troen på sine egne evner, at det automatisk genererer motivasjon? Ut i fra den informasjonen vi har fått fra informantene våre, mener vi at en pasients vilje til å utføre aktivitet påvirker motivasjonen. Dette tilsier at motivasjon kan skapes gjennom god tilrettelegging av aktiviteter basert på pasientens individuelle egenskaper.

#### 5.4 Deltakelse og inkludering i hverdagslivet

Mostad et.al (2013) viser til at dersom ergoterapeuten arbeider innenfor en institusjon vil det være nødvendig med kartlegging og planlegging ved overgang til hjemmet. Dette for å kunne opprettholde aktiviteter som pasienten selv ønsker å videreføre ved overgangen fra institusjon til hjem. En uttalelse fra en av ergoterapeutene i studien bekrefter nettopp dette, og sier at en del av hverdagen innebærer å motivere pasientene til å delta på aktiviteter som skjer utenfor enheten, som en forberedelse på livet etter utskrivelse.

Den salutogene teorien fokuserer på de faktorene som bidrar til å fremme god helse, mestring og menneskets evne til å opprettholde god helse selv om man blir utsatt for sykdom. Med utgangspunkt i resultatene av studien sitter vi derfor med et spørsmål; hvis ergoterapeuten motiverer pasienten til å delta på aktiviteter utenfor enheten og overfører disse til hjemmet, kan de da mestre å bo hjemme selv om de støter på tunge perioder med sykdom? På bakgrunn av dette spørsmålet ser vi en klar fordel ved at pasienten selv tar makten over eget liv ved å bidra aktivt i kartleggingen, og at ergoterapeuten fungerer mer som en medspiller på pasientens ønsker for livet etter utskrivelse, noe som knyttes til begrepet empowerment. Eksempel på dette er som en av informantene beskriver, at de sammen med pasienten samarbeider med kommunen for å legge en plan for hva som skal skje etter utskrivelse.

Tre av fire informanter forteller at de aktivt jobber med å finne aktiviteter ute i kommunen som pasienten kan fortsette med etter utskrivelse. Dersom pasienten selv bidrar i utarbeidelsen av videreføring av aktiviteter, vil det være grunn til å tro at disse valgene resulterer i meningsfulle aktiviteter som videre kan opprettholde god helse til tross for sykdom. Om dette oppleves som meningsfullt kan også påvirkes av det Antonovsky (2005)

mener med motstandsressurser, som for eksempel sosialt nettverk og økonomi. På en annen side, kan flere pasienter etter sykdomsperioder med innleggelse oppleve at det sosiale nettverket blir redusert, i tillegg til at det å være utenfor arbeidslivet påvirker økonomien. Dette kan resultere i at opprettholdelse av aktivitetene ikke lar seg gjennomføre slik de i utgangspunktet var planlagt.

## 5.5 Holdninger og kunnskap blant personalet

I følge Helsedirektoratet (2010) er de vanligste formene for behandling av psykiske lidelser samtaleterapi, psykososiale tiltak og medikamenter, dette på tross av de dokumenterte virkningene av fysisk aktivitet som behandling, samt de utgitte retningslinjer fra nasjonale myndigheter. Vår studie viser til gode funn når det kommer til aktiviteter som tilbys pasientene, men likevel ser man at tilbudene påvirkes av holdninger og kunnskap som personalet innehar om bruken av fysisk aktivitet som behandling. Hutcheson et.al. (2010) fant gjennom sin studie at det forekommer manglende struktur og tilgjengelighet på aktiviteter som tilbys. Tilgjengelighet og struktur kan bidra til redusert motivasjon hos pasientene som skal benytte dem, da det ofte foreligger høye forventninger med tanke på gjennomføring og prestasjon i aktiviteter.

Samtlige av informantene i studien omtaler fysisk aktivitet som et veldig bredt begrep, at det handler om mer enn kun trening. De omtaler det som bevegelse. Det å motivere pasienter er en stor del av det terapeutiske arbeidet. Det er derfor viktig at personalet sitter med en felles forståelse av hva fysisk aktivitet er og hva det kan bidra til. For å kunne komme i gang med fysisk aktivitet er det nødvendig med stor innsats fra personalet rundt pasienten, og hvis personalet da sitter med ulik forståelse over nytten av fysisk aktivitet, kan dette føre til umotiverte pasienter. Tre av informantene viser til erfaringer rundt nettopp dette området. De opplever til tider at det kan være utfordrende å få personalet delaktig i de tilbudene som finnes av fysisk aktivitet, og belyser viktigheten av å ha ildsjeler som kan drifte tilbudene. Denne utfordringen kan knyttes opp mot de nevnte rammebetingelsene i Moe (2011) sin forklaring av hva som må til for å motivere pasienter til fysisk aktivitet.

Som tidligere nevnt vil engasjement og positive tilbakemeldinger fra personalet bidra til tro på egen mestring, og økt selvfølelse hos pasientene. For å stimulere pasientene sin

motivasjon ligger det en forventning om at personalet selv sitter med en positiv holdning til behandlingstilbudet som omfatter fysisk aktivitet. Informant 4 nevner i sine beskrivelser at pasientene er sensitive for personalets holdninger, og hvordan de selv fremstiller tilbudet gjennom sitt forsøk på motivering. Dette kan knyttes til hvordan mennesket blir påvirket av de ytre motivasjonsfaktorene som er utenfor pasientens kontroll, og som skapes utenfra. Hein (2009) beskriver at vi mennesker sammenligner oss med andre, og derfor er ikke motivasjon uavhengig av hvem som finnes i våre omgivelser. Sett ut i fra våre funn kan det derfor antas at selv om pasienten opplever motivasjon til fysisk aktivitet, eller aktiviteter generelt, kan dette påvirkes av og resultere i demotivasjon dersom personalet selv er umotiverte.

## 5.6 Fysisk aktivitet som del av behandling

Helsedirektoratet (2010) viser til god dokumentasjon om virkningen av fysisk aktivitet i forhold til psykisk helse. I retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging ved psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) presiseres det at både informasjon om, samt motivasjon til og tilrettelegging for fysisk aktivitet bør inngå som en viktig del av et helhetlig behandlingstilbud.

Samtlige informanter beskriver det vi anser som et bredt tilbud av fysiske aktiviteter både inne på institusjon, men også allmenne tilbud som finnes ute i de ulike kommunene. Tre av informantene forteller at aktivitetene som tilbys anses som en del av behandlingen og at pasientene er forpliktet til å delta. Likevel opplever informantene at oppmøte varierer. Hva kan da være årsaken til dette? Er ikke aktivitetene godt nok tilrettelagt for deltakelse eller er det manglende initiativ og engasjement hos personalet som påvirker?

Cole (2010) viser i sin studie til at det er mange faktorer som påvirker deltakelsen til pasientene, men at vilje var den faktoren som pekte seg ut som ut som den mest tydelige. På bakgrunn av dette kan man tro at den manglende deltakelsen som informantene beskriver ikke har noe å gjøre med aktivitetene i seg selv, men at jobben med å motivere pasientene ikke har vært god nok. Cole (2010) beskriver at fysisk aktivitet ble brukt som et supplement i behandlingen og at når pasientene opplevde bedring i den psykiske helsen, økte også verdien av fysisk aktivitet som intervensjon. Kanskje pasientene var i såpass dårlig form at de ikke var mottakelig for fysisk aktivitet? Bonsaksen og Lerdal (2012) viser i sin studie til at

deltagernes alvorlighetsgrad av sykdom kan være årsaken til den manglende sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet. Det kan tenkes at dette også gjelder i forhold til motivasjon, at pasientene ikke er i god nok psykisk form til å se nytten av å delta i aktiviteter.

Hutcheson et. al (2010) beskriver i sin studie manglende tilgjengelighet og struktur i aktivitetstilbudet. I vår studie derimot, mangler det, slik vi ser det, ikke på tilgjengeligheten av aktiviteter. En mulighet er at manglende struktur kan påvirke oppmøtet. Dette kom ikke frem av våre intervjudata, noe som vi ser på som en svakhet ved vår studie.



## 6.0 Konklusjon

Ergoterapeutens bruk av kompetanse i arbeidet med å motivere pasienter med psykiske lidelser til fysisk aktivitet, kommer ikke fullstendig frem i denne studien. Vi ser likevel at bruk av kartlegging, tilrettelegging og gradering av aktivitet bidrar til motivasjon ved at pasientens ressurser blir sett, samt at de blir deltakende i egen behandling.

Funn i studien viser at å motivere pasienter til fysisk aktivitet er utfordrende, noe som indikerer et behov for bevisst bruk av motivasjonsstrategier. Videre indikerer funnene at det ikke er mangel på tilbud om fysisk aktivitet, men at personalets engasjement og motivasjon påvirker motivasjonsarbeidet. Det faglige grunnlaget for å innlemme fysisk aktivitet som del av behandling, kom ikke tydelig nok frem i våre funn og gir grunnlag for videre forskning.

For videre studier ville det vært interessant å undersøke behandlingsteder som aktivt benytter seg av motivasjonsstrategier ved bruk av fysisk aktivitet i behandlingstilbudet og hvordan dette innvirker på pasientenes deltakelse. En annen vinkling kunne vært å innlemme andre faggrupper i studien for å belyse tanker og holdninger rundt bruk av fysisk aktivitet. Som ergoterapeuter er vi opptatt av å se helheten i mennesket og mener derfor at en viktig del av videre forskning ville vært å inkludere pasientenes stemme.

Dersom fysisk aktivitet skal brukes som del av et helhetlig behandlingstilbud, kan det ikke bare være opp til motivert personale og ildsjeler. Vi ønsker å presisere at utdanningsinstitusjonene vektlegger betydningen av fysisk aktivitet som behandling for at helsepersonell skal få den grunnleggende kunnskapen om blant annet helsegevinster og motivasjonsarbeid.

## 7.0 Referanser

Antonovsky, A. (2005) *Hälsans mysterium*. 2 utg. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

Bonsaksen, T. og Lerdal, A. (2012) 'Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among inpatients with severe mental illness', *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (2), s. 69-75. [Online] DOI: 10.4276/030802212X13286281651036 (Hentet: 04.01.16).

Borge, L. (2011) 'Kropp og sjel i et filosofisk og kulturelt perspektiv', i Martinsen, E. (red.) *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 20-33.

Christensen, S. (2012) 'Fysioterapeutisk intervention i forhold til affektive lidelser', i Nyboe, L. og Hvalsøe, B. (red.) *Lærebog i psykiatri*. 1. utg. 3. opplag. København: Munksgaard.

Cole, F. (2010) 'Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation', *British Journal of Occupational Therapy*, 73 (12), s. 607-615. [Online] DOI: 10.4276/030802210X12918167234280 (Hentet: 04.01.16).

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ergoterapeutene (2008) *Kompetanser i ergoterapi*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.

Hein, H.H. (2009) *Motivasjon - Motivasjonsteori og praktisk anvendelse*.  
København: Hans Reitzels Forlag

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.

Helsedirektoratet (2013) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Meld. St. 19 - Folkehelsemeldingen 2014-2015: Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009: Sammen for fysisk aktivitet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hutcheson, C. et.al. (2010) 'Promoting mental wellbeing through activity in a mental health hospital', *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), s. 121-128. [online] DOI: 10.4276/030802210X12682330090497 (Hentet: 04.01.16).

Kielhofner, G. (2012) *MOHO. Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til utdanning og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.

Kunnskapssenteret (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet: 22.01.16).

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Langsted, L. (2012) 'Fysisk aktivering som terapeutisk redskap', i Nyboe, L. og Hvalsøe, B. (red.) *Lærebog i psykiatri*. 1. utg. 3. opplag. København: Munksgaard.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E. (2011) *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Moe, T. (2011) 'Motivasjon for fysisk aktivitet', i Martinsen, E. (red.) *Kropp og sinn*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 197-215.

Mostad, M. et.al. (2013) 'Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon', *Ergoterapeuten*, 04/ 2013, s. 30-34.

Mykletun, A. og Knudsen, A.K. (2009) *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Mæland, J. G. (2012) *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N. E. (1999) *Helse gjennom aktivitet: fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*. Oslo: Norsk ergoterapeutforbund.

Sosial- og helsedepartementet (1998) *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste (NOU 1998: 18).

Tuntland, H. (2014) *En innføring i ADL - Teori og intervensjon*. 2. utg. Høyskoleforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

## Vedlegg 1 - Intervjuguide

### Intervjuguide

*“Hvordan benytter ergoterapeuten sin kompetanse for å motivere pasienter til fysisk aktivitet?”*

“Takk for at du er villig til å stille opp til dette intervjuet. Dette er en studie som utføres i henhold til vår bacheloroppgave hvor hensikten er å undersøke hvordan ergoterapeuten bruker sin kompetanse til å motivere pasienter med psykiske lidelser, til fysisk aktivitet.

Hensikten med dette intervjuet er å høre dine erfaringer og refleksjoner omkring ditt arbeid som ergoterapeut, og hvordan du motiverer pasienter til fysisk aktivitet.

Denne samtalen vil vare i ca. en time, og i løpet av den tiden vil jeg komme med noen spørsmål. Det blir satt pris på dersom du kommer med både de positive og negative erfaringene du sitter med. Alt som blir sagt under dette intervjuet vil bli anonymisert.

Hvis det skulle komme opp informasjon som ikke kommer frem gjennom mine spørsmål, er du velkommen til å ta det opp underveis. Og dersom du skulle ha behov for å avbryte intervjuet, har du mulighet til det, uten å måtte oppgi noen grunn.

Jeg kommer til å benytte meg av lydopptak under intervjuet for å kunne få med meg så mye som mulig, og vil skrive ned intervjuet i etterkant. Dersom du har mulighet til å lese igjennom for å se at jeg har skrevet det slik du mente, er det fint.

“Da setter vi i gang med intervjuet.”

1. Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut?
2. Hvilke erfaringer har du med å jobbe med psykiske lidelser?  
(Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut i psykiatrien?)
3. Kan du si litt om din rolle som ergoterapeut i psykiatrien?  
(hvor i behandlingsforløpet kommer du inn?)  
(tverrfaglig arbeid?)  
(oppfølging etter utskrivelse?)
4. Hvordan opplever du å få brukt din kompetanse?
5. Jeg vil gjerne spørre deg litt om fysisk aktivitet. Hva legger du i begrepet fysisk aktivitet?  
(personlig)  
(deg som fagperson)
6. Kan du si litt om hvordan fysisk aktivitet blir brukt som behandlingsmetode på din arbeidsplass?
7. Kan du si litt om dine erfaringer med bruken av fysisk aktivitet i arbeid med psykiske lidelser?
  - Hva gjør du?
  - Hvilke aktiviteter? Eksempler?
  - Hvilke tilbud finnes der du jobber?
9. Kan du si litt om dine erfaringer med å motivere pasienter til fysisk aktivitet?
  - Hva gjør du? Forkunnskaper?
  - Hvordan gjør du det? Kartlegging i forkant?
  - Hva oppleves som lett/ vanskelig?

- Hva oppfatter du at pasientene responderer på?
- Hva er viktig knyttet til introduksjon av fysisk aktivitet, og hvordan motiverer du?
- Hvordan måles resultatene?
- Hvordan dokumenteres resultatene?

10. Er det noe mer du har lyst til å tilføye?

### **Nøkkelord:**

Motivasjon

Mestring

Kartlegging

Mestringsforventning

Empowerment

Vilje, vane, utførelse

Ergoterapeutisk kompetanse

Tilrettelegging av aktiviteter

Endring av omgivelser

Betydningen av fysisk aktivitet

Systematisk tilnærming