



Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos beboer med schizofreni?

Høyskolen Diakonova

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 305

Antall ord: 9744

Dato: 27.05.2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

Ja, jeg tillater (sett kryss)

Nei, jeg tillater ikke

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleie relevans	2
1.4 Oppgavens avgrensing	3
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2. METODE	5
2.1 Litteraturstudie som metode	5
2.2 Litteratursøk	5
2.3 Kildekritikk	7
2.3.1 Kildekritikk av teori	7
2.3.2 Kildekritikk av forskning og fagartikler	8
3. PRESENTASJON AV TEORI OG FORSKNING	10
3.1 Schizofreni	10
3.2 Bofellesskap	10
3.2.1 Arbeidsallianse	11
3.3 Fysisk aktivitet	12
3.4 Motivasjon	12
3.5 Sykepleiers roller og ansvar	13
3.6 Egenomsorg	14
3.6.1 Orems hjelpemetoder	14
3.7 Motiverende intervju	15
3.8 Endringsprosessen	17
3.9 Presentasjon av forskningsartikler	19
4. DRØFTING	22
4.1 Hvorfor er fysisk aktivitet viktig for beboere med schizofreni?	22
4.2 Har MI effekt?	23
4.3 Betydningen av en god arbeidsallianse	24
4.4 Endringsprosessen i praksis	24
4.4.1 Føroverveielse	25
4.4.2 Overveielse	27
4.4.3 Forberedelse	28
4.4.4 Handling	29
4.4.5 Vedlikehold	30
5. KONKLUSJON	32
6. LITTERATURLISTE	33

1. INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, problemstilling, oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans. Videre vil jeg skrive om oppgavens avgrensinger og disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forskning viser at kvinner og menn med schizofreni har dobbelt så høy risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes, enn resten av befolkningen (Laursen et al., 2013). Usunn livsstil preger denne psykiske lidelsen, som derfor også reduserer funksjonsevne, livskvalitet og gir en lavere levealder (Heggelund, 2014). Det er spesielt vanskelig for mennesker med schizofreni å endre livsstil. Dette fordi sykdommen fører til mangel på initiativ, gjennomføringsevne og utholdenhet til å iverksette og opprettholde en livsstilsendring (Heggelund, 2014). Utfordringen er å komme i gang med aktiviteter som personen kan trives med og som oppleves meningsfulle. Dette vil kreve at personalet bidrar med tilrettelegging og motivasjon (Hummelvold, 2012).

Videre viser forskning at fysisk aktivitet har en god effekt for mennesker med denne lidelsen, ved å avlede og eller redusere ubehagelige symptomer. De vil da oppleve mestring, få styrket kroppsoppfatning og ikke minst få helsegevinster som fysisk aktivitet bidrar til (Bjørnstadjordet, 2009). Psykisk helsearbeid har i for liten grad tatt kroppen på alvor. Manglende kontinuitet og tilfeldigheter har preget tilbudene, som i begrenset grad har dekket pasienters behov for aktivitet (Martinsen & Moe, 2011). Dette er noe jeg selv har erfart i arbeidet med psykisk helse og at man ofte godtar et nei fra beboeren. I følge Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser står det: ”Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer og bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen av psykoselidelser” (Nasjonale faglige retningslinjer, 2013). Jeg synes det er skremmende at

mennesker med schizofreni har så stor risiko for å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer, når vi samtidig vet at fysisk aktivitet kan redusere denne faren betydelig. På den andre siden er det en stor utfordring å motivere denne pasientgruppen til å endre livsstil. Jeg ønsker derfor i denne oppgaven å utforske hvilke forutsetninger som bør være tilstede og hvilke sykepleieintervensjoner som kan gjøres for å motivere beboere med schizofreni til å være i mer fysisk aktivitet.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos beboere med schizofreni?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleie relevans

I følge yrkesetiske retningslinjer fra Norsk Sykepleieforbund (2011) har sykepleier ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleier kan møte mennesker med schizofreni i ulike arbeidsarenaer. Det kan enten være en sengepost på medisinsk eller kirurgisk avdeling, legevakten, akuttmottaket og ikke minst der sykepleier arbeider med psykisk helse. Det er dermed en viktig sykepleieoppgave å ha kunnskap om hvordan og hvorfor man skal motivere denne pasientgruppen til aktivitet. Sykepleier skal ivareta de grunnleggende behov som alle mennesker har uavhengig av psykisk eller fysisk helse. I Kristoffersen defineres grunnleggende sykepleie slik: *”Grunnleggende sykepleie betegner den faglige plattformen av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier som utgjør fundamentet i sykepleien, uavhengig av hvor utførelsen finner sted”* (Kristoffersen, 2012, s. 11). Har ikke mennesker med schizofreni en like stor rett til å ha fokus på livsstil som forebyggende og helsefremmende tiltak, som mennesker uten psykisk lidelse?

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleier skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap

anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Oppgavens hensikt er dermed å øke kunnskap om hvordan sykepleier kan motivere til fysisk aktivitet hos beboere med schizofreni og hvilke forutsetninger som må ligge til rette for å oppnå dette.

1.4 Oppgavens avgrensing

Jeg har valgt å fokusere på beboere i et bofellesskap, fordi det er der jeg har erfaring fra. Der ordet *pasient* blir beskrevet i litteratur og forskning vil det også være presentert slik i teoridelen. Derimot vil jeg bruke ordet *beboer* i stedet for *pasient* videre i drøftingsdelen. Der det er relevant vil sykepleier bli omtalt som *hun* og beboer som *han*.

Jeg sikter oppgaven mot beboere med kronisk schizofreni som periodevis er preget av psykoser. Jeg velger å fokusere på kvinner og menn i voksen alder fra 20 år og oppover.

Behandling ved schizofreni er først og fremst antipsykotiske legemidler, som kan ha stor innvirkning i dagliglivet. Det ville vært relevant å ha med positive og negative effekter av medikamenter som kan påvirke helsen, men på grunn av oppgavens omfang vil ikke dette bli redegjort for. Jeg velger å nevne antipsykotiske legemidler der det er relevant i drøftingen.

Begreper vil bli forklart fortløpende.

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre følger en metode-, teori- og drøftingsdel. I metodedelen vil jeg beskrive hvilken metode jeg har brukt, og deretter hvordan jeg har innhentet litteratur. Videre følger en vurdering av kildenes faglig relevans og holdbarhet.

I teoridelen følger en forklaring av schizofreni, bofellesskap, fysisk aktivitet og motivasjon. Videre vil jeg fokusere på sykepleiers ansvar og roller og belyse hjelpemetoder fra Dorothea Orem sin egenomsorgsteori. Deretter vil jeg gjøre rede for motiverende intervju og

endringsprosessen utviklet av Prochaska og Diclemente. Helt til slutt følger en presentasjon av forskningsartikler.

I drøftingsdelen vil jeg diskutere presentert forskning og teori samt egne erfaringer i lys av min problemstilling. Oppgaven avsluttes med en konklusjon der jeg besvarer problemstillingen ut ifra hva som har blitt drøftet.

2. METODE

Metode er et redskap som brukes til å undersøke et tema. ”Den forteller oss om hvordan vi skal gå til verks for å innhente og etterprøve kunnskap” (Dalland, 2013, s. 111).

2.1 Litteraturstudie som metode

Det er et krav fra skolen at oppgaven skal være et litteraturstudie. Et litteraturstudie er basert på eksisterende litteratur og forskning som sammenfattes og diskuteres i drøftingen.

Litteraturen er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til (Dalland, 2013). Fordelen med et litteraturstudie er at man kan innhente en stor mengde kunnskap om temaet. En ulempe med denne metoden er at relevant litteratur kan være manglende, på grunn av oppgavens omfang. I tillegg kan eksisterende litteratur, som er benyttet i oppgaven, være oversatt og fortolket slik at perspektivet i teksten kan ha endret seg.

2.2 Litteratursøk

Jeg har ønsket å benytte meg av forskning og teori som ikke er eldre enn 10 år. Derfor har jeg kun søkt etter kilder som er fra 2006 eller nyere. Dette har hjulpet til å avgrense søket, selv om kanskje relevante artikler ikke er inkludert.

Jeg startet søkeprosessen med å bruke søkemotoren Svemed+, da det er dette verktøyet jeg er mest kjent med fra utdanningsforløpet. Jeg søkte først på ”schizofreni” og fikk 262 treff. Jeg ønsket å snevre inn resultatet og la til ”fysisk aktivitet” som MeSH term. Da fikk jeg fire treff. Jeg valgte å bruke tre av disse artiklene. ”*Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia – a controlled trial*” av Heggelund, Nilsberg, Hoff, Morken & Helgerud (2011), ”*Fysisk aktivitet som behandling ved schizofreni*” av Bjørnstadjordet (2009) og

”Fysisk trening som behandling for mennesker med alvorlig psykisk lidelse” av Heggelund (2014). Den siste artikkelen jeg fant, har jeg valgt å ikke trekke inn i oppgaven.

Jeg ble anbefalt av bibliotekaren å logge inn på Helsebiblioteket å bruke søkemotoren der, da flere artikler ble tilgjengelig. Her søkte jeg også på ”schizofreni” og ”fysisk aktivitet”, men fant ikke flere artikler som var relevante. Videre søkte jeg på ”schizofreni” og valgte assosiert søk til ”risikofaktorer”. Da fikk jeg 15 treff. Ved å bla gjennom disse artiklene, fant jeg kohort studien ”Comorbidities and mortality in persons with schizofrenia: A Swedish National Cohort Study” av Crump, Wrinkleby, Sundquist og Sundquist (2013).

Via søkemotoren Helsebiblioteket gikk jeg videre til Pubmed og prøvde søkeordene ”schizofreni” og ”life expectancy”. Her fikk jeg 53 treff. Jeg gikk gjennom titlene og fant kohort studien ”Life Expectancy and Death by Diseases of the Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries” av Laursen, Wahlbeck, Hallgren, Westman, Ostby, Alinaghizadeh & Nordentoft (2013).

Videre har jeg søkt i alle tre søkemotorene etter artikler i forhold til sykepleieintervensjoner som har vist seg å ha effekt i forhold til motivasjon til denne pasientgruppen. Jeg brukte søkeordene ”motivasjon”, ”motiverende intervju”, ”livsstilsendring”, ”sykepleie” og ”intervensjoner”, men fant ingen relevante artikler knyttet opp til schizofreni. Jeg skjønnte dermed at jeg måtte endre søket mitt og valgte å prøve Sykepleien og Tidsskriftet for den Norske Legeforening.

Jeg søkte på ”motiverende intervju” i Tidsskriftet for den Norske Legeforening. Da fikk jeg 13 treff. Jeg leste gjennom titlene og fant artikkelen ”Pasienters livsstil er vanskelig å endre” av Høie (2013). Artikkelen henviser til forskningsartikkelen ”Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial” av Butler, Simpson og Hood (2013) som jeg har valgt å bruke i oppgaven.

Videre søkte jeg på artikler i Sykepleien. Jeg brukte søkeordet ”livsstilsendring” og fikk 16 treff. Her fant jeg artikkelen ”Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt” av Borge, Christiansen og Fagermoen (2012).

Jeg søkte på ”undervisning” og ”schizofreni” i helsebiblioteket. Her fikk jeg 15 treff. Jeg fant artikkelen ”Effekt av gruppeundervisning i pasient og pårørendeopplæring” av Dahlgren, Nøstberg & Steinsbakk (2011).

2.3 Kildekritikk

Det har vært en utfordring å finne relevante, holdbare og brukbare artikler som kan knyttes opp til min problemstilling, og som forteller om virkning av ulike sykepleieintervensjoner i møte med denne pasientgruppen. I søket etter intervensjoner har jeg fått treff på en oversiktsartikkel og et forskningsprosjekt som handler om motiverende intervju og mennesker med schizofreni med behov for livsstilsendring. Disse er dessverre ikke ferdigstilte enda, noe som kunne ha bidratt til å styrke oppgaven.

2.3.1 Kildekritikk av teori

I denne oppgaven har jeg brukt litteratur fra både pensum og annen litteratur som har vært nødvendig for å utdype temaet og besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Jeg velger å anse pensumbøkene til sykepleieutdanningen som faglig relevante og holdbare å inkludere i denne oppgaven. Jeg har forsøkt å forholde meg til den nyeste reviderte utgaven, der det har vært mulig å få tak i. Jeg har blant annet benyttet meg ”*Motiverende intervju: samtaler om endring*” av Barth, Børtveit & Prescott (2013) som er viktig litteratur til min problemstillingen.

Jeg har også tatt i bruk litteratur som ikke er i pensum deriblant ”*Sykepleieteorier*” av Marit Kirkevold (1997). Jeg anser boken som faglig relevant selv om den er av eldre utgave, fordi Dorothea Orem sin egenomsorgsteori fortsatt er relevant i dag og en del av sykepleieutdanningen. Jeg har ikke benyttet meg av førstehåndskilden og jeg har dermed vært kritisk i bruk av teorien, da sekundærkilder kan være feil overført.

2.3.2 Kildekritikk av forskning og fagartikler

I denne oppgaven har jeg brukt kvantitative og kvalitative forskningsartikler som på sin måte bidrar til en forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2013).

”*Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia – A controlled trial*” (2011) er en studie hvor det er brukt en kvantitativ metode. Hensikten med studien er å observere hvilke fysiske effekter trening gir for pasienter med schizofreni. Forfatterne er spesialiserte innenfor sitt fagfelt og studien er fagfellevurdert før den ble publisert, noe som styrker artikkelens pålitelighet. Forskningen er medisinsk og ikke direkte sykepleierelatert. Jeg mener likevel at artikkelen er relevant for oppgaven, da kunnskap og kompetanse er viktig i utøvelsen av sykepleie.

”*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*” (2009) er en oppsummert forskningsartikkel. Hensikten med artikkelen er å besvare om fysisk aktivitet kan bedre mental helse for pasienter med schizofreni. Artikkelen er fagfellevurdert før den ble publisert i tidsskrift.

”*Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study*” (2013) er en studie hvor det er brukt kvantitativ metode. Hensikten med studien er å undersøke hvilke årsaker det er til at mennesker med schizofreni har lav levealder. Studien er en kohort studie og er av relevans fordi den går i dybden og gir innsikt i form av statistikk.

”*Life Expectancy and Death by Diseases of Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries*” (2013) er studie hvor det er brukt en kvantitativ metode. Hensikten med studien er å sammenligne levealder og hjerte- og karsykdommer hos pasienter med psykiske lidelser i Sverige, Danmark og Finland. Jeg mener det vil være relevant å trekke inn undersøkelsen, da helsesystemene kan sammenlignes med vårt system i Norge.

”*Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial*” (2013) er en studie hvor det er brukt kvantitativ metode. Hensikten med studien er å evaluere effekten av å lære opp leger og sykepleiere i ulike teknikker om motiverende samtale, som skal benyttes i møte med pasienter med behov

og ønske om livsstilsendring. Studien viser til statistikk som gir innsikt i effekten av motiverende intervju og vil dermed være relevant for min problemstilling.

”Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt” (2012) er studie hvor det er brukt kvalitativ metode. Hensikten med studien er å få en fordypet kunnskap om hva som bidrar til å motivere eller demotivere personer med overvekt og behov for livsstilsendring i hverdagen. Selv om studien ikke omfatter psykiske lidelser vil den likevel være relevant, fordi livsstilsendring kan være en utfordring uansett fysisk eller psykisk sykdom.

3. PRESENTASJON AV TEORI OG FORSKNING

3.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som påvirker både tanker, følelser og måten man opplever verden på. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er virkelig og ikke (Helsenorge, 2015). Det er store forskjeller mellom mennesker med en schizofrenidiagnose og alvorlighetsgraden er varierende. Noen har en betydelig funksjonsnedsettelse i hverdagen, mens andre kan leve et liv der man i mindre grad blir påvirket av symptomene (Herheim & Langholm, 2006). Symptomene ved schizofreni kan deles inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer er hallusinasjoner og vrangforestillinger, mens de negative symptomene er affekt avflatning, manglende initiativ og tilbaketrekning (Herheim & Langholm, 2006). Affekt avflatning er et grunnsymptom ved schizofreni hvor personen har emosjonelle forandringer. Man kan for eksempel miste evnen til bry seg om andre og ikke forstå hvordan man skal reagere følelsesmessige i samhandling med andre (Malt, Retterstøl & Dahl, 2012). Symptomene har stor innvirkning i dagliglivet og bidrar til at det kan være vanskelig å utføre dagligdagse gjøremål og ta vare på sine grunnleggende behov.

Å hjelpe mennesker med schizofreni med å etablere og vedlikeholde egenomsorg kan være en kompleks prosess. Noen mangler ferdigheter om gode helsevaner og må få hjelp til å lære seg dette. Andre har kunnskaper, men bruker dem ikke. Sykepleier bør ha fokus på den generelle fysiske helse og allmenntilstand. Samt gi nødvendig undervisning og støtte slik at den fysiske helsen opprettholdes best mulig (Hummelvold, 2012).

3.2 Bofellesskap

Et bofellesskap kan defineres slik: ”... en boenhet som består av flere separate leiligheter som forenes av en felles organisasjon for hjelp og tilsyn, og som regel inneholder visse fellesrom...”(Sandvin & Søder et al., 1998, s. 23)(Ådland & Alsaker, 2006).

Et bofellesskap er for mennesker som trenger og eller ønsker tjenester og kontakt. Målgruppen er personer med langvarig og alvorlig psykisk lidelse som en regner med vil få et bedre liv i et bofellesskap (Pedersen, 2007). Hensikten med tilbudet er at personen først og fremst vil få bedre livskvalitet ved å flytte inn i et bofellesskap. Bedre trivsel, økt trygghet og mestringsfølelse vektlegges. Personale skal legge til rette slik at den enkelte beboer får anledning til vekst og utvikling ut ifra funksjonsnivå. Det er et sted for forutsigbarhet hvor en kan slappe av, være seg selv og fremheve sin identitet (Ådland & Alsaker, 2006).

I et bofellesskap arbeides det ut ifra en individuell plan som er opprettet i samråd med beboer. Personalet har ansvar for å tilby bistand og kontakt, der dette er avklart med beboer i plan (Pedersen, 2007). De individuelle avtalene kan fungere som en trygghetsfaktor og lage rammer rundt beboerens hverdag. Planen er ofte basert på ADL som står for aktiviteter i dagliglivet. ADL kan defineres som ”...meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av en selv eller andre...”(Store Norske Leksikon, 2014). Bemanningen må til enhver tid være tilpasset de behov beboerne har (Ådland & Alsaker, 2006).

3.2.1 Arbeidsallianse

En viktig oppgave for sykepleier er å skape en arbeidsallianse, en gjensidig positiv innstilling til å samarbeide om å nå felles mål (Eide & Eide, 2013). For å bygge opp en god arbeidsallianse er det viktig å lytte til den andre, møte den andre med respekt og vise at både en selv og boenheten man arbeider i er pålitelig. Beboeren må kunne stole på at avtaler holdes, at rutiner blir fulgt og at man får den hjelp og støtte man har krav på og som er avtalt. Dette skaper trygghet og tillit, som er forutsetninger for å kunne utvikle et felles prosjekt med beboeren, som er å nå best mulig resultat for individet (Eide & Eide, 2013).

Hummelvold (2012) skriver at en god relasjon blir bygget gjennom at sykepleieren har en lyttende og anerkjennende holdning og møter beboeren med forståelse. Pasienten må kjenne seg trygg for å kunne dele følelser og tanker som bekymrer. Den avgjørende holdningen er at sykepleier har en tillitsfull tro på at beboeren og hans muligheter til å mestre sitt liv.

3.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet fremmer helse, gir overskudd og er et viktig og veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2016). Helsemyndighetene anbefaler minimum 30 minutter med aktivitet hver dag, med en intensitet tilsvarende en rask spasertur. En ny norsk undersøkelse viser at mindre enn 20% av befolkningen følger helsemyndighetenes anbefalinger. Flertallet av dem med psykiske lidelser hører med i den inaktive delen av befolkningen (Moe & Martinsen, 2011).

Det foreligger mye forskning på effekten av fysisk aktivitet på kroppslig helse. Det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet medfører bedre regulering av blodsukker og vekt. Det gir også en redusert risiko for visse kreftsykdommer og hjerte- og karsykdommer, samt bedre søvnkvalitet, mage- tarmfunksjon og mindre ryggbesvær. Helsegevinstene er mange og betydningsfulle (Moe & Martinsen, 2011).

3.4 Motivasjon

Motivasjon er en menneskelig drivkraft og det som gir retning til valg og adferd (Barth, Børtveit & Prescott, 2013). En persons motivasjon handler om hva man selv ønsker, vil eller føler for. Hva man selv opplever som motivasjon står sterkt knyttet til sin egen identitet, selvoppfatning og selvbestemmelse.

Det finnes både indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon handler om egen interesse og glede knyttet til aktiviteten. Ytre motivasjon kommer i form av for eksempel belønning. Mange responderer på gode relasjoner, og det sosiale elementet har stor betydning. Å delta i aktivitetsgrupper kan bidra til fysisk og psykisk oppladning, fellesskap og dannelsen av varige sosiale nettverk (Moe & Martinsen, 2011).

3.5 Sykepleiers roller og ansvar

Hensikten med å studere sykepleiefaget er rettet mot å ivareta bestemte funksjoner og oppgaver i samfunnet (Kristoffersen, 2012). Som sykepleieyrke har sykepleien syv funksjons- og ansvarsområder (Kristoffersen, 2012). Det er helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering-, administrasjon og ledelse og fagutvikling-, kvalitetssikring og forskning.

Jeg velger å presentere sykepleiefunksjoner som er relevant for min problemstilling og anser helsefremming og forebygging, undervisning og veiledning, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning av betydning for videre drøfting. Samtidig vil jeg vise til yrkesetiske retningslinjer som underbygger en sykepleiers funksjons- og ansvarsområder.

I yrkesetiske retningslinjer står det: *”sykepleier har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”* (Norsk sykepleieforbund, 2011). Helsefremming og forebygging av potensiell sykdom er et viktig funksjonsområdet som trenger et større fokus i psykiatrien. Undervisning og veiledning er funksjoner som handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. I møte med pasienter er funksjonen knyttet til behovet for kunnskap og forståelse som grunnlag for å foreta valg forbundet med å ivareta egen helse (Kristoffersen, 2012). Yrkesetiske retningslinjer sier at: *”Sykepleier fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”* (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Det forutsettes også at sykepleier kan anvende relevante forskningsresultater, dokumentere og evaluere egen sykepleieutøvelse og kjenne egne grenser for kompetanse. Det forventes at sykepleier etterspør nødvendig opplæring for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie (Kristoffersen, 2012). Yrkesetiske retningslinjer sier at: *”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis”* (Norsk sykepleieforbund, 2011).

3.6 Egenomsorg

Dorothea Orem ser på utøvelse av sykepleie som erstatning av handlinger i situasjoner, der pasienten ikke klarer å utføre disse selv. Sykepleiens mål er å hjelpe pasienten til å være selvstendig i disse aktiviteter (Kirkevold, 1997). Hovedfokuset i hennes teori er egenomsorg. Orem definerer egenomsorg slik: *”Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egen vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”* (Kristoffersen, 2012). Orem sin sykepleieteori tar blant annet for seg egenomsorgsbehovet for fysisk aktivitet, som er et problemområdet for mennesker med schizofreni. Å motivere pasientgruppen til fysisk aktivitet kan virke forebyggende og helsefremmende. Egenomsorgsteorien vil dermed være relevant for min problemstilling.

3.6.1 Orems hjelpemetoder

For at pasienten skal klare å ta vare på egenomsorgsbehov har hun utviklet hjelpemetoder som sykepleier kan bruke i utøvelsen av sykepleie. Det kan være nødvendig for sykepleier å ta i bruk alle hjelpemetodene for å utøve en tilstrekkelig sykepleie (Kristoffersen, 2012). I denne oppgaven skal jeg fokusere på hvordan sykepleier kan motivere til fysisk aktivitet og jeg vil dermed kun presentere de relevante hjelpemetodene.

Å veilede og rettlede en annen

Vil si at sykepleier veileder pasienten under planleggingen og utføringen av egenomsorgshandlinger (Kristoffersen, 2012). Hjelpemetoden forutsetter kommunikasjon, motivasjon og at pasienten er i stand til å ta valg og utføre handlinger. Veiledningen fra sykepleier kan for eksempel være forslag, råd, anbefaling, instruksjon og tilsyn (Kristoffersen, 2012).

Å sørge for fysisk og psykisk støtte

Gjennom støtte gir sykepleier oppmuntring og hjelp. Dette kan redusere risikoen for at pasienten skal føle seg mislykket. Hjelpemetoden anvendes ofte i situasjoner der pasienten

står ovenfor noe ubehagelig. Situasjonen kan være ny og ukjent eller utrygg og skremmende. Pasienten kan mangle både motivasjon og tro på egen evne til å mestre den. Formålet med sykepleierens støtte er å sette pasienten i stand til å kontrollere og gjennomføre bestemte handlinger, eller til å ta bestemte valg. Hjelpemetoden kan også gi pasienten den nødvendige trygghet og motivasjon til å utføre egenomsorg (Kristoffersen, 2012).

Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling

Hjelpemetoden består i å tilrettelegge forhold i omgivelsene som motiverer pasienten til å sette seg mål, og til å ta initiativ til handlinger. Et utviklende miljø kjennetegnes ved gjensidig respekt, tillit til, tro på og anerkjennelse av menneskets utviklingsmuligheter. Når både den fysiske og den psykososiale utviklingen stimuleres kan pasienten få nye og eller endrede holdninger og verdier. Pasienten får et endret selvilde, bedre fysisk funksjon og nye ferdigheter når det gjelder kommunikasjon og samhandling med sine omgivelser (Kristoffersen, 2012).

Å undervise

Benyttes når pasienten må lære seg nye ferdigheter eller tilegne seg nye kunnskaper for å mestre egenomsorgen. Læring kan ikke skje dersom pasienten ikke er mentalt forberedt på å lære. Sykepleieren må derfor motivere pasienten for læring ved å hjelpe ham til å se betydningen av det som skal læres (Kristoffersen, 2012).

3.7 Motiverende intervju

Motiverende intervju er en metode der helsepersonell stiller spørsmål som har fokus på å utforske endring, retter oppmerksomhet mot og forsterker det pasienten mener fører til positiv utvikling (Ivarsson, 2010). Hensikten er å skape bevissthet rundt problemet, slik at pasienten selv skal kjenne behov og ønske om endring (Ivarsson, 2010).

Det foreligger lite forskning om nytten av MI i arbeid med livsstilsendring og psykisk helse. Likevel er metoden mye brukt i psykiatrien og teori sier at metoden kan være nyttig i samtaler om endring av livsstil og uheldig levevaner (Barth et al., 2013). Motiverende intervju, også

kalt MI, har et fokus på hvordan man skal snakke med pasienter om endring og det vil dermed være relevant å presentere elementer fra teorien i denne oppgaven.

I MI skal hjelper innta et sett med holdninger og verdier som kan styrke pasientens indre motivasjon, slik at ønske om endring kommer fra en selv og ikke hjelperen. Holdningene innebærer at man er fordomsfri og ivaretar retten til selvbestemmelse. Som hjelper lytter man med aksept, empati, interesse og respekt og forsøker å frembringe pasientens syn på endring (Barth et al., 2013). Teori om MI forteller hvordan man skal snakke med pasienten.

Sykepleier benytter grunnleggende kommunikasjonsferdigheter i forsøket om å påvirke motivasjonen. Åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer ser ut til å kunne gjøre sykepleier til en bedre lytter. Åpne, utforskende spørsmål vil formidle at sykepleier er interessert i pasientens svar. Åpne spørsmål formidler også et press om at pasient må tenke over og gi svar utover å avkrefte eller bekrefte sykepleierens spørsmål (Barth et al., 2013). Refleksjoner og oppsummeringer viser at pasienten blir hørt og tatt på alvor. Det er et ønske at sykepleier formidler at vi faktisk forstår (Barth et al., 2013).

I MI arbeides det ut ifra fire grunnleggende prinsipper:

Vise empati

I MI ønsker sykepleier å vise empati, respekt og interesse. Dette kan sykepleier gjøre gjennom empatisk lytting, hvor hun viser at hun forstår pasienten gjennom å fortelle tilbake det hun har hørt (Ivarsson, 2012). Ved å vise empati vil sykepleier være i stand til å vie sin oppmerksomhet til pasientens perspektiv og virkelig høre etter. Samtaleredskaper som åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer er til hjelp når vi vil øve vår kapasitet til empatisk lytting. I MI har man et fokus på *hvordan* man skal snakke med pasienter om endring, i stedet for *hva* man skal snakke om (Barth et al., 2013).

Utvikle diskrepans

I MI samtalen er det ønskelig å utvikle en såkalt diskrepans, hvor pasienten opplever en følelse av at det ikke er som det burde være og noe bør endres (Ivarsson, 2010). Hjelper fokuserer på nåværende situasjon og positive og negative sider ved nåværende atferd og endret atferd. Utvikling av en diskrepans kan føre til en indre konflikt som blir drivkraften til endring. Pasienten blir ambivalent som betyr at pasienten opplever motstridende følelser og tanker som dras i ulike retninger (Barth et al., 2013). Det er ønskelig fra hjelpers side å løse

diskrepansen sammen med pasienten, slik at pasienten klarer å løse sin ambivalens og ta en beslutning (Ivarsson, 2010).

Styrke mestringstillit

Det å støtte pasientens mestringstillit er avgjørende for at en endring skal skje. Når sykepleier viser at hun har tro på pasienten så vil det styrke pasientens tiltro til seg selv og egne evner (Ivarsson, 2010). Ved endring av problematiske atferdsmønstre kan pasienten være usikker på hvilke endringer han er i stand til å få til, kanskje på grunn av erfaringer med å prøve å endre vaner (Barth et al., 2006). Sykepleier kan støtte pasientens sterke sider, være optimistisk og gi håp som kan underbygge pasientens tiltro til egen mestring (Ivarsson, 2010). Motivasjon henger nært sammen med hvor realistiske mål man setter seg. Et overkommelig mål øker både motivasjon og tiltroen til egen evne til endring (Barth et al., 2006).

Rulle med motstand

I løpet av samtaler om endring vil sykepleier oppleve motstand fra pasienten. Motstand kan komme til uttrykk ved at pasienten blir sint og virker uinteressert i å snakke om endring. Han ønsker heller å argumentere for at situasjonen her og nå er bra som den er. Motstand kan komme dersom sykepleier ikke viser respekt og følsomhet. Hun er konfronterende, gir råd som pasienten ikke vil ha, presser pasienten til å foreta valg han ikke er klar for og eller prøver å overtale om endring (Ivarsson, 2010). Det er naturlig med motstand, da sykepleier ikke alltid vet hvor pasientens grense går. Et nyttig verktøy sykepleier kan benytte ved motstand er å ”*rulle med motstand*”. Det er å støtte, reflektere og bekrefte det pasienten sier for å vise at man aksepterer han og kan videre utforske hva som fører til denne motstanden (Ivarsson, 2010).

3.8 Endringsprosessen

Prochaska og DiClemente har siden 1980-årene arbeidet med å utvikle en modell for skadelig atferd og vaner, *The Stages of Change Model*. Modellen er tegnet som et hjul og illustrerer at mange endringsforsøk kan mislykkes, endes og tas opp på nytt igjen (Barth et al., 2013). Endring av livsstil er en langvarig prosess og det kan ta lang tid før en vedvarende endring tar

plass. Modellen kjennetegnes av at innstilling til endring endrer seg over tid. Den viser en persons tanker, følelser og atferd i ulike stadier av en endringsprosess (Bart et al., 2006). Jeg har valgt å benytte meg av denne modellen, fordi sykepleier kan få en forståelse av hvordan endring skjer. Dermed kan sykepleier kanskje forstå hvordan hun skal hjelpe personer til å endre atferd.

Endringsprosessen kan deles inn i fem stadier:

Føroverveielse

I begynnelsen av en endringsprosess er en person med helsefarlig atferd i liten grad oppmerksom på atferdens negative sider. Personer i dette stadiet er ofte lite mottakelige for informasjon om ulempene ved sin atferd. De kan dermed mangle kunnskap om risiko for fremtidig helseskade og sykdom (Barth et al., 2006). Innenfor helsefremmede arbeid er informasjon og bevisstgjøring om potensiell helserisiko første trinn for å sette i gang endring (Barth et al., 2013). Sykepleier prøver å trekke frem informasjon som kan vekke oppmerksomhet mot endring (Barth et al., 2006).

Overveielse

I overveiellesstadiet blir personen mer oppmerksom på negative og positive sider ved egen atferd. Det har blitt utviklet en diskrepans og pasienten vil oppleve ambivalens til egen atferd og ønskelig atferd. Man opplever at atferden har både gode og dårlige sider, og er usikker på om man ønsker å endre atferd, og om det er nødvendig. Det er viktig at man klarer å ta en beslutning i forhold til sin ambivalens i denne fasen. Det er varierende hvor lenge personer befinner seg i denne fasen. Enkelte ønsker raskt å gå videre til forberedelsesfasen, mens andre bruker lang tid og må nærmest slite seg til en beslutning (Barth et al., 2006).

Forberedelse

Fokuset i de tidligere fasene har vært oppmerksomhet på problematisk atferd og negative konsekvenser. I forberedelsesfasen tas en beslutning og personen ser fremover mot endring (Barth et al., 2013). Barth et al (2006) sier at å fokusere på det som er bra i fremtiden etter å ha kommet i form øker sannsynligheten for at endringen blir varig. Sentralt i denne fasen er å planlegge og mobilisere ressurser som kan komme til nytte når endringen blir konkret. Man

setter opp mål, fremgangsmåter for å nå målet, hvilke hindringer og utfordringer som kan oppstå og hvordan man kan vite at man har lykket (Barth et al., 2006).

Handling

Det som har skjedd av endring hittil er forberedelser til handling. Nå blir endringen synlig for andre og er i gang for alvor (Barth et al., 2013). De viktigste oppgavene i handlingsfasen er å få kontroll over faktorer som kan utløse problematferd, finne gode erstatninger for problematferden og skaffe seg tilgang til belønninger som alternativer til problematferd. I handlingsfasen blir atferd mer automatisert. I begynnelsen vil man ofte bruke energi og tankekraft på å bryte gamle mønstre og etablere nye. Over tid vil de nye mønstrene bli mer og mer automatiserte og kanskje som en selvfølge (Barth et al., 2006). Det er samtidig viktig å holde motivasjon oppe ved å minne om hvilke grunner personen hadde til endring og se på forbedringer og framgang (Barth et al., 2013).

Vedlikehold

For noen mennesker blir forandringene automatisert slik at de ikke krever så mye målrettet og bevisst innsats for å bli vedlikeholdt. For andre kan hendelser i livet føre til at de må arbeide aktivt og bevisst i perioder gjennom livet for å opprettholde endringen (Barth et al., 2006). Ambivalens kan vende tilbake og det er lett å bli fristet til å slakke av på den anstrengende selvkontrollen. Beslutningen til endring må også vedlikeholdes og man må minne seg selv om hvorfor man bestemte seg og forsøke å fokusere på det som er positivt ved å ha endret atferd (Barth et al., 2013). Det er slett ikke alle problemer som forsvinner, psykiske symptomer og plager kan prege personen periodevis (Barth et al., 2006).

3.9 Presentasjon av forskningsartikler

”Effects of high aerobic intensity training in patients with Schizophrenia – A controlled trial” av Heggelund, Nilsberg, Hoff, Morgen & Helgerud (2011) er en undersøkelse som foregikk på en psykiatrisk avdeling, hvor 25 pasienter med schizofreni deltok. Pasientene ble delt inn i to grupper. En gruppe som skulle ha høy intensitets trening og en gruppe som skulle spille

daspill. 19 deltagere fullførte prosjektet som varte i 8 uker. Oksygenopptaket i begge gruppene ble målt før og etter oppstart. Gruppen som hadde høy intensitetstrening forbedret deres oksygenopptak med 12% mer, enn gruppen som spilte dataspill. Deres gangfunksjon ble også forbedret med 12 %, sammenlignet med den andre gruppen. Studien viser at oksygenopptak og gangfunksjon forbedret seg sterkt etter 8 uker.

”*Fysisk aktivitet som behandling ved schizofreni*” av Bjørnstadjordet (2009) omfavner 10 studier med totalt 186 pasienter der fysisk aktivitet er brukt som intervensjon hos pasienter med schizofreni. Deltakerne regnes som voksne, over 18 år, og har en schizofreni diagnose. Resultatene i samtlige studier indikerer bedring av mental helse, både positive og negative symptomer. Pasientene ble mer imøtekommende, mindre isolert, mer oppmerksomme, avslappet og vennlige. De fikk mer motivasjon, energi og initiativ. Studiene viser at det er behov for videre forskning som kan vurdere effektive gjennomførbare metoder.

”*Comorbidities and mortality in Persons with Schizophrenia: A Swedish National cohort Study*” av Crump, Wrinkleby, Sundquist og Sundquist (2013) er en kohortstudie som inkluderer over 6 millioner voksne, hvorav 8277 har diagnosen schizofreni. Det har blitt studert pasienter som er registrert i helsevesenet, enten om de er innlagt eller ikke. Dette er for å studere sammenhengen mellom dødelighet og livsstilssykdommer. Gjennomsnittlig døde menn med schizofreni 15 år tidligere og kvinner 12 år tidligere, enn resten av befolkningen. Disse tallene var ikke inkludert unaturlig død som for eksempel selvmord. Årsakene var relatert til hjerte- og karsykdommer og kreft som også viste seg å ofte være udiagnostisert.

”*Life Expectancy and Death by Diseases of Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries*” av Laursen, Wahlbeck, Hallgren, Westman, Ostby, Alinaghizadeh & Nordentoft (2013) er en studie fra Finland, Danmark og Sverige. Forfatterne har samlet inn registrert data fra helsesystemet og til sammen inkluderer studien 20 millioner mennesker. For denne studien var hensikten og undersøke dødeligheten hos mennesker med schizofreni og bipolar lidelse. Dataene viser at mennesker med schizofreni og bipolar lidelse i Norden har lavere forventet levealder. Det var mellom 11 til 20 år yngre levealder hos denne pasientgruppen.

”*Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial*” av Butler, Simpson og Hood (2013) er å undersøke om en konsultasjonstime, der motiverende intervjueteknikker blir brukt av leger eller

sykepleiere, har effekt til livsstilsendring hos mennesker med risikofaktorene røyking, alkohol, fysisk aktivitet og eller kosthold. 53 leger og sykepleiere ble kurset i motiverende intervjueteknikk og skulle benytte seg av teknikken hos pasienter som passet inn i en eller fler av disse risikogrupperne. 831 pasienter fikk en konsultasjonstime og det var ikke noen effekt etter oppfølging både tre og tolv måneder av konsultasjonstimen. Derimot ble pasientene mer interesserte i å diskutere livsstilsendring og ønsket å endre dette, men det var ikke mulig etter kun en konsultasjonstime og oppfølging måtte vært tilstede for at det kunne ha fungert.

”Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt” av Borge, Christiansen og Fagermoen (2012) viser til flere hovedtemaer som viser hva som har betydning for informantenes motivasjon og demotivasjon til livsstilsendring. Flere fortalte at motivasjonen og viljen til endring oppstod når plagene og smertene ga kroppen en for stor belastning. Deres opplevelsene i møte med helsepersonell var avgjørende for deres motivasjon til endring. Enkelte deltagere hadde opplevd negative og fordømmende holdninger. Informantene merket at ved å bli sett, hørt og forstått samt å bli støttet ble de positivt innstilt til trening og klarte å gi mer. Informantene fortalte også at de hadde kunnskap, men at det var en stor utfordring å få det til i praksis.

4. DRØFTING

I dette kapittelet skal jeg begynne med å diskutere viktigheten av fysisk aktivitet for beboere med schizofreni. Jeg har i teoridelen presentert motiverende intervju og jeg vil derfor diskutere fordeler og ulemper ved å bruke denne metoden. Videre følger en drøfting av hvordan sykepleier kan kartlegge og motivere beboer i de ulike endringsstadiene som han kan befinne seg i. Dette vil jeg drøfte i lys av presentert teori og forskning samt egne erfaringer fra praksis og arbeid.

Min problemstilling er:

”Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos beboer med schizofreni?”

4.1 Hvorfor er fysisk aktivitet viktig for beboere med schizofreni?

Jeg har tidligere beskrevet at fysisk aktivitet fremmer helse og er et veldokumentert virkemiddel i forebygging og behandling av mennesker med schizofreni (Helsedirektoratet, 2016). Det er vel dokumentert at mennesker med schizofreni dør 12-15 år tidligere, enn den generelle befolkningen (Heggelund, 2014). Laursen et al (2013) og Crump et al (2013) bekrefter dette og sier at hovedårsaken til tidlig død er hjerte- og karsykdommer. For øvrig viser forskning at fysisk aktivitet har en positiv effekt for mennesker med schizofreni. Heggelund et al (2013) har forsket på hvilke fysiologiske effekter fysisk aktivitet har hos denne pasientgruppen. Oksygenopptak og gangfunksjon ble betydelig forbedret, noe som beviser at fysisk aktivitet ikke bare burde være en del av behandlingen, men også at det er mulig å få til. Imidlertid peker artikkelen til Bjørnstadjordet (2009) på varierende resultater av fysisk aktivitet, men at det alt i alt også indikerer en bedring av mental helse. Dette peker i retning av at fysisk aktivitet bør legges vekt på, for at beboere med schizofreni skal kunne få en lettere hverdag.

Imidlertid vil det være en utfordring for beboer med schizofreni å endre adferd. Mennesker med schizofreni mangler evne til initiativ, gjennomføringsevne og utholdenhet til å iverksette

og opprettholde en livsstilsendring (Heggelund, 2014). Forskning viser at mennesker med schizofreni har redusert gangfunksjon og bruker uhensiktsmessig mye energi som kan gjøre det utfordrende å utføre dagligdagse gjøremål og aktiviteter. På den andre siden viser forskning at fysisk aktivitet vil påvirke dette i positiv retning (Heggelund et al., 2013). Det vil derfor kreves at sykepleier kjenner til disse symptomene ved schizofreni for å kunne hjelpe beboer på en god måte til å komme i gang med fysisk aktivitet. Videre vil det være nødvendig at sykepleier forstår hvor viktig fysisk aktivitet er for beboerne. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier holde seg oppdatert om forskning og utvikling, og bidra til at kunnskapen anvendes i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Sykepleier må kunne sette seg inn i beboerens utfordringer og vise forståelse for hans begrensninger. Jeg vil anta på bakgrunn av litteratur og forskning at motiverende intervju kan brukes av sykepleier i møte med beboer og deres utfordringer.

4.2 Har MI effekt?

Eide og Eide (2013) sier at motivasjon til endring er helt grunnleggende hvis forandring skal finne sted. Dersom sykepleier skal kunne motivere til fysisk aktivitet, vil det være viktig å kartlegge beboer sin motivasjon. MI kan være en metode å benytte i motivasjonsarbeidet, fordi metoden tar utgangspunkt i det beboer ønsker, tenker og føler (Barth et al., 2013).

Presentert litteratur sier at MI kan brukes i samtaler om endring av livsstil. Derimot hevder artikkelen til Butler et al (2013) at MI ikke gir effekt etter bare en konsultasjonstime, hvor deltagerne hadde behov for livsstilsendring relatert til røyking, alkohol, fysisk inaktivitet og eller et dårlig kosthold. Etter tre måneder ble det foretatt en ny konsultasjonstime, denne viste at ingen av deltagerne hadde tatt initiativ til å endre livsstil. På den andre siden hadde deltagerne blitt interessert i å gjøre en endring og det kan tyde på at en mer strukturert oppfølging kan føre til at endring er mulig (Butler et al., 2013). Dette kan tyde på at et bofellesskap er en godt egnet arena for å anvende MI som virkemiddel til å øke fysisk aktivitet hos beboer. Et bofellesskapet gir mulighet for tett oppfølging over et langt tidsperspektiv. Imidlertid viser studien til Bjørnstadjordet (2009) at det behov for ytterligere forskning om hvilke intervensjoner som har effekt i møte med mennesker med schizofreni.

Eide og Eide (2013) sier at det som gir best resultat i et endringsarbeid er arbeidsallianse og empati. Tidligere presentert litteratur viser at MI legger vekt på empati. Dette styrker valg av metoden MI i møte med beboer og motivasjonsarbeidet.

4.3 Betydningen av en god arbeidsallianse

Forskning har vist at det er sammenheng mellom en god arbeidsallianse og gode behandlingsresultater (Horvath & Symonds, 1991; Eide & Eide, 2013). I en god arbeidsallianse jobber sykepleier og beboer mot samme mål. På bakgrunn av tidligere presentert litteratur vil en god arbeidsallianse føre til at beboeren kjenner seg trygg til å dele sine følelser og tanker. Jeg mener at dette er et viktig grunnlag i arbeidet mot en endringsprosess, fordi sykepleier da forstår beboerens utfordringer i forhold til hans sykdom. Dette underbygges av forskning, da studier innenfor sosialt arbeid tyder på at et mindre godt samarbeid vil gi dårligere resultater (Nerdrum, 1997; Eide & Eide, 2013). Dersom sykepleier inntar en bedømmende holdning kan dette bidra til et mindre godt samarbeid, fordi man ikke viser empati, respekt, aksept og eller interesse (Barth et al., 2013).

4.4 Endringsprosessen i praksis

Endringshjulet kan ses på som en illustrasjon der et menneske kan sirkle gjennom stadiene flere ganger før endringen er automatisert (Barth et al., 2013). En slik forståelse på endring gjør det lettere å forstå hva en beboer strever med, og hvilke oppgaver som må løses for at han skal komme videre (Barth et al., 2006). Dermed kan det være lettere for en sykepleier å tilpasse intervensjoner i forhold til hvilken fase beboer befinner seg i. Jeg vil dermed videre i oppgaven diskutere endringsprosessen i lys av min problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos beboer med schizofreni?”

4.4.1 Føroverveielse

Det kan være utfordrende å motivere beboer til fysisk aktivitet, spesielt i en begynnende endringsprosess, hvor beboer ikke ser mening i å endre atferd. Litteratur viser at mennesker med schizofreni har symptomer som preger hverdagen og gir utfordringer i å ta vare på egenomsorg (Hummelvold, 2012). Metoden MI bidrar til å øke beboer sin bevissthet rundt fysisk inaktivitet på en slik måte at han selv kjenner behov og ønske om endring. Hvordan kan sykepleier få til dette i praksis?

Det er i følge Barth et al. (2013) nødvendig å utforske beboer sitt kunnskapsnivå for å danne et utgangspunkt i forhold til videre samtale om endring. Sykepleier kan stille undrende og utforskende spørsmål som for eksempel ”Hva vet du om fysisk aktivitet?”, ”Hva vet du om positive og negative symptomer ved din sykdom?” og eller ”Hva kan fysisk inaktivitet føre til?” for å kartlegge beboerens kunnskapsnivå. Handlingen forutsettes av at sykepleier spør om lov til å snakke om endring. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier respektere beboer sin rett til å foreta valg (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dersom beboer kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det dette kunne påvirke selvbildet på en positiv måte og dermed styrke beboer sin motivasjon (Helsedirektoratet, 2015). Dersom sykepleier ikke ivaretar beboer sin rett til å bestemme selv kan samtalen oppfattes som krenkende. Dette vil virke negativt på deres arbeidsallianse og videre i motivasjonsarbeidet. For øvrig skal sykepleier ivareta beboer sin verdighet og beskytte ham mot krenkende handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Jeg vil dermed si at sykepleier skal tilnærme seg beboer på en slik måte at han føler seg vel i samtalen. Samtidig er personer i følge Barth et al (2013) lite mottakelig for informasjon i denne fasen. Jeg har selv erfart at det kan være utfordrende å motivere til fysisk aktivitet.

Barth et al (2013) sier at sykepleier skal ha en ikke-bedømmende holdning. Studien til Borge et al (2012) viser at sykepleierens holdninger i møte med beboer har betydning for motivasjonen. Deltagerne i studien følte at helsepersonell hadde fordømmende holdninger, som gjorde at de følte at livssituasjonen var selvforskyldt. Dette medførte at enkelte ble mer demotiverte, enn motiverte. En ikke-bedømmende holdning er for øvrig en viktig verdi å ivareta for å ikke vekke motstand hos beboer. Barth et al (2013) sier at MI tar sikte på å ikke vekke motstand. På den andre siden kan sykepleier oppleve å møte motstand og kan møte dette ved å bekrefte, reflektere og oppsummere beboerens meninger. I følge Barth et al (2013)

kan åpne og reflekterende spørsmål vekke interesse og dermed ha betydning i føroverveiellesstadiet. Sykepleier kan si ”*Du er altså ikke interessert i å være i fysisk aktivitet. Du ønsker å være inne i leiligheten din hele dagen. Stemmer det?*”. Slike spørsmål viser at sykepleier er opptatt av beboers meninger. Hun kan videre spørre ”*Hvorfor ønsker du bare å være i leiligheten?*” eller ”*Har du vært interessert i fysisk aktivitet tidligere?*” for å utforske hva som fører til denne motstanden.

I følge Barth et al (2013) er informasjon og bevisstgjøring om potensiell helserisiko første trinn for å sette i gang endringer innenfor helsefremmende arbeid. Dette kan formidles gjennom undervisning. Orem sier at undervisning benyttes når beboer må tilegne seg nye kunnskaper for å mestre egenomsorg (Kristoffersen, 2012). Hummelvold (2012) støtter dette og sier at sykepleier bør gi nødvendig undervisning slik at den fysiske helsen opprettholdes best mulig. Sykepleier kan dermed forsøke i føroverveiellesfasen å utforske om dette kan være interessant. Dersom beboer ikke er interessert kan sykepleier foreslå gruppeundervisning, som kan virke mindre rettet mot egen atferd. Oppsummert forskning viser at gruppeundervisning for personer med schizofreni har effekt på psykisk helse, mestring og kunnskap om egen sykdom (Dahlgren, Nøstberg & Steinsbekk, 2014). Jeg ser av egen erfaring at det er tid og mulighet for undervisning, men at dette vil kreve tilrettelegging og planlegging av helsepersonell. I planlegging av undervisning kan personalet inkludere beboer sine ønsker om hva som skal være tema for undervisning. Dette vil jeg anta kan fremme motivasjon for deltagelse.

Forskning viser at korte intervensjoner har effekt (Kaner et al., 2009;Barth et al., 2013). De kan være ”*opportunistiske*” som vil si at sykepleier benytter anledningen, når hun har kontakt med beboer, til å ta opp et relevant tema (Barth et al., 2013). I et bofellesskap er sykepleier i daglig kontakt med beboer. I samtaler kan det skje at beboer uttrykker plager som for eksempel smerter i ryggen. Sykepleier kan da benytte anledningen til å stille åpne spørsmål knyttet til fysisk inaktivitet og konsekvenser av dette. For eksempel ”*Hvor lenge har du vært plaget med disse smertene?*” og eller ”*Sitter du mye i sofaen?*”. Sykepleier kan dermed formidle kunnskap i samtale med beboer, forutsatt at språket er tilpasset beboerens kognitive funksjon. Imidlertid viser forskning at korte intervensjoner har best effekt ovenfor personer som ikke har bestemt seg for endring, men som har ferdigheter til å gjennomføre den på egenhånd dersom motivasjonen blir stor nok (Prescott & Børtveit, 2004). Dette kan peke i retning av at bruk av korte intervensjoner ikke vil være tilstrekkelig i møte med beboer med

schizofreni. Enkelte vil ha et behov for tilrettelegging og støtte ved endring på grunn av deres utfordringer ved denne lidelsen. På den andre siden vil dette foregå i et bofellesskap, hvor korte intervensjoner kan benyttes som et ”åpningsvindu” for å bidra til interesse, som igjen kan føre til videre samtale. Studien til Butler et al (2013) viser at MI kan bidra til interesse for endring av adferd, som igjen kan peke i retning av at korte ”*opportunistiske*” intervensjoner kan fungere.

4.4.2 Overveielse

Ambivalens er et fremtredende kjennetegn i overveiellesfasen. Jeg har tidligere skrevet at beboer kan oppleve motsigende følelser til endring, hvor man kan ha positive og negative tanker knyttet opp mot egen atferd (Barth et al., 2013). På dette stadiet bør sykepleier sette fokus på beboer sin ambivalens, men må samtidig være forsiktig med å forsøke å overtale. Dersom sykepleier kun argumenter for at beboer skal endre atferd, kan det føre til at beboer argumenterer for ikke å endre atferd. Dermed kan samtale om fordeler og ulemper med fysisk aktivitet være nyttig for å få oversikt over beboers egne tanker og følelser om endringen (Barth et al., 2013). Sykepleier kan stille spørsmålene ”*Hva er de gode sidene ved fysisk inaktivitet?*” og ”*Hva er ulemper for deg med å være i fysisk inaktivitet?*”. Hun kan spørre reflekterende spørsmål som ”*Hvilke tanker gjør du deg om det du har sagt?*”. Videre kan hun stille spørsmål om for eksempel ”*Hva vil være mindre bra med å være i fysisk aktivitet?*” og ”*Hva tror du blir bedre med fysisk aktivitet?*”. Åpne spørsmål og refleksjon kan hjelpe beboer til å bearbeide egen forståelse av problemet og dermed rette oppmerksomhet mot fysisk aktivitet. Dersom beboer ikke klarer å løse ambivalens kan det føre til at han blir sittende fast og ikke kommer seg videre (Barth et al., 2013). I følge Barth et al. (2013) er det avgjørende at sykepleier har nødvendig kunnskap til å hjelpe beboer til å løse sin ambivalens. Dette viser igjen at sykepleier bør ha kunnskap om konsekvenser av fysisk inaktivitet og betydningen av fysisk aktivitet. Denne kunnskapen kan bidra til at beboer klarer å ta en selvstendig beslutning.

Beboer sine ambivalente tanker om fysisk aktivitet kan gjøre at de har liten tro på egne ressurser og muligheter for å klare endring (Herheim & Langholm, 2006). Jeg mener at

kunnskap om beboerens symptomer og utfordringer også er av betydning i denne fasen. Kunnskapen kan bidra til å styrke mestringstillit og Sykepleier kan dermed fokusere på hva beboer har lyktes med tidligere og stille spørsmål som ”Hvilke erfaringer har du med å gjennomføre noe?” og ”Hva kan du gjøre for å lykkes med dette?”. Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Sykepleier bør reflektere over beboer sine svar på en slik måte at dette vil styrke hans tiltro til seg selv og egne evner.

4.4.3 Forberedelse

Som tidligere beskrevet står beboer ovenfor to hovedutfordringer. Den ene er å forplikte seg til en beslutning om endring og den andre er å gjøre de praktiske forberedelsene som kreves for å gjøre den (Barth et al., 2013).

I forberedelsesstadiet utfører sykepleier og beboer ulike handlinger for å komme i gang med fysisk aktivitet (Barth et al., 2013). Sykepleier kan legge frem muligheter til fysisk aktivitet i og utenfor bofellesskapet. Dette innebærer at det settes av tid til å kartlegge hvilke tilbud og muligheter som finnes i nærmiljøet, samt at det aktivt motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, udatert). Samtidig må det lages rammer rundt beboer sin hverdag, der det avklares hva han kan forvente seg av hjelp og støtte fra personalet til å mestre sitt eget liv. I et bofellesskap skal beboer ta ansvar for seg selv og de beslutninger og oppgaver han står overfor i sitt dagligliv (Pedersen, 2007). Dersom sykepleier skal tilrettelegge for fysisk aktivitet må hun tenke over hva som bidrar til selvstendigjøring. Det kan være lett å friste med en tur til svømmehallen og eller stranden for å svømme, men det vil ikke være preget av regelmessighet og eller struktur i hverdagen. Derfor kan et bofellesskap også hemme sykepleierens muligheter for å motivere beboer til fysisk aktivitet.

Hummelvold (2012) sier at utfordringen vil være å komme i gang med meningsfulle aktiviteter. I startfasen kan lett fysisk aktivitet også ha effekt. For beboer kan det være lønnsomt å oppdage kroppens fysiske og psykiske reaksjoner på det å være i aktivitet, oppleve glede, økt overskudd og bli bevisst på egen opplevelse av mestring (Helsedirektoratet, 2010). Sykepleier kan dermed ut fra beboer sine egne meninger fra tidligere i endringsprosessen,

foreslå ulike tilrettelagte aktivitetstilbud i kommunen. Derimot må sykepleier være forsiktig i sine egne uttalelser om råd, forslag og eller anbefalinger, da dette i følge Barth et al (2013) kan bidra til motstand. Orem sier at sykepleier kan veilede beboer under planlegging av egenomsorgshandlinger (Kristoffersen, 2012). Dette viser at det er motsetninger i Orem sin hjelpemetode og MI, fordi ved MI vil veiledning kunne føre til motstand. Dette viser at sykepleier må tenke gjennom hvordan hun skal komme med forslag og eller anbefalinger. Det er viktig at veiledning er basert på beboer sine tanker og meninger.

Forskning viser at oppfølging er avgjørende for at mennesker med schizofreni skal kunne leve et liv med regelmessig fysisk aktivitet (Bjørnstadjordet, 2009). Det vil dermed være av betydning at aktivitetsstedet har kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser. Sykepleier i bofellesskapet kan legge til rette for omgivelser som fremmer utvikling. Orem sier at sykepleier skal sørge for slike omgivelser. Dette handler om å tilrettelegge forhold i omgivelsene som motiverer beboer til å sette seg mål og til å ta initiativ til handling (Kristoffersen, 2013). Sykepleier kan bli med beboer på ulike tilbud om aktivitet, noe som kan bidra til trygghet for beboer. Siden sykepleier skal hjelpe beboer i å være selvstendig, vil det være naturlig å følge beboer til og fra ulike fysiske aktiviteter. Det vil si at når beboer har kommet til aktiviteten overlates han til de nye omgivelsene der.

Imidlertid er dette en fase med et kort tidsrom, da beboer har samlet seg opp til å ta avgjørelsen om å gjøre en endring (Barth et al., 2013). Dersom sykepleier bruker for lang tid i å iverksette tiltak, kan det hende at beboer sklir tilbake i endringshjulet, som gir nye runder med tvil og ambivalens.

4.4.4 Handling

Det er i handlingsfasen at endringen finner sted. Beboer har nå fokus og oppmerksomhet på endringen og han er tilfredshet med beslutningen Han viser heller ikke tegn til tvil og ambivalens. Barth et al (2013) sier at for å få til de vanskelige endringene gjør man ofte flere ting samtidig. Motivasjonen holdes varm ved at sykepleier bevisst minner beboer om grunnene til endring, altså hva beboer ville vekk fra. Ytre motivasjonsfaktorer blir sentralt i denne fasen. Sykepleier kan gi ros, stimulere til mestringsfølelse, vise tålmodighet, minne om

framgang og forbedringer. Objektiv tilbakemelding kan bidra til økt mestringsfølelse ved å se framgang og progresjon. At sykepleier fokuserer på det positive altså at deltagelsen er (Barth et al., 2013). Dette bekreftes også av Moe og Martinsen (2011) som sier at for mange bør deltagelse fremheves fremfor prestasjon, og følelse av medbestemmelse og medansvar stå sentralt. Deltager i studien til Borge et al (2012) sa ”*Det er nødvendig med støtte for å holde fast på et opplegg*”. Å sørge for fysisk og psykisk støtte er en av Orem sine hjelpemetoder og vil være av stor betydning for beboer i denne fasen. Som tidligere skrevet gir sykepleier oppmuntring og hjelp gjennom støtte (Kristoffersen, 2012). Dette kan redusere risikoen for at beboer ikke føler seg mislykket og bygge opp troen på egne evne til mestring. Studien til Borge et al (2012) fortalte at de som opplevde mangel på støtte, ikke klarte å gjennomføre treningsøkten på samme nivå som de som opplevde å få støtte.

Sykepleier som skal tilrettelegge for fysisk aktivitet bør ha en positiv holdning til aktivitet (Martinsen & Moe, 2011). En sykepleier som er opptatt av beboer sine behov bidrar til å motivere. Dersom sykepleier er passiv i forhold til fysisk aktivitet når det kommer til handlingen, kan det bidra til manglende motivasjon. Dette kan vises ved at sykepleier er passiv i møte med beboer og ikke er interessert i å følge eller være oppmuntrende i forhold til beboer sin framgang, noe som kan føre til at beboer blir demotivert. I følge Martinsen og Moe (2011) vil et motivert og energisk personale som tilbyr aktiviteter med fokus på læring og mestring, og som selv deltar aktivt i oppfølgingen vil oppnå motiverte deltagere.

4.4.5 Vedlikehold

Endring blir lettere etter hvert som tiden går og man holder fast ved endringsprosjektet (Barth et al., 2013). I handlingsfasen var støtte, ros, fokus på framgang og mestring viktig for å holde motivasjonen i gang. Over tid vil den ytre motivasjonen ikke ha samme betydning og beboer sin atferd vil avhenge av en indre motivasjon. Beboer fortsetter med fysisk aktivitet, fordi det har blitt en vane som man trives med, og ikke fordi man får skryt av andre eller kan måle framgang (Barth et al., 2013).

Det kan være en utfordring for beboere med schizofreni med vedlikehold. Motivasjonen, forpliktelsen og troen på seg selv kan variere (Barth et al., 2013). De positive og negative

symptomene kan være mer fremtredende i perioder og føre til tilbakefall. Dersom sykepleier observerer tegn til positive og negative symptomer, kan hun prøve å gjøre en aktiv innsats for å unngå tilbakefall. Ved aktiv innsats kan man bruke nyttige metoder fra handlingsfasen (Barth et al., 2013). Sykepleier kan minne om progresjon, fremgang og positive opplevelser beboer har hatt av fysisk aktivitet. Samtidig kan ikke sykepleier gjøre all innsats. Det er beboer som må bestemme selv og sykepleier kan bare legge til rette på en best mulig måte. Sykepleier kan forsøke å normalisere tilbakefall som en naturlig del av endringsprosessen, slik at hun minimaliserer beboer sin skuffelse. Beboer må heller lære av feil og stryke troen på egen mestring.

5. KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg drøftet problemstillingen ”*Hvordan kan sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos beboer med schizofreni*”. Det er tydelig at fysisk aktivitet hos mennesker med schizofreni er et forsømt problemområde. Det har blitt gjort lite forskning om gjennomførbare metoder som har effekt og jeg tror ikke det finnes en fasit på hvordan sykepleier kan utføre dette. Litteratur viser at MI kan anvendes i samtale med beboer, men det mangler forskning i forhold til om metoden har effekt ved å økte deres fysiske aktivitet.

Mitt litteraturstudie viser at det er viktig å sette fokus på fysisk aktivitet hos mennesker med schizofreni og hvordan man skal gå frem for å motivere denne pasientgruppen. Mine funn viser at sykepleier må kartlegge for å finne ut om beboer er motivert og må hele tiden være bevisst på at det beboer sine egne tanker og ønsker som skal komme frem. På grunn av manglende initiativ vil det være vanskelig å igangsette handlinger selv og sykepleier må tilrettelegge og følge opp beboer i forhold til deres egne ønsker da de ikke vil klare å gjøre dette på egenhånd. Funn viser at endringshjulet kan være et hjelpemiddel sykepleier kan bruke slik at hun kan tilpasse intervensjoner i forhold til hvilket behov beboer har i endringsprosessen.

Det foregår et forskningsprosjekt ved Oslo Universitetssykehus om motiverende intervensjoner for å øke fysisk aktivitet hos pasienter med schizofreni. Studien er planlagt å være ferdig i 2016. På bakgrunn av Helsedirektoratets ønsker er det også startet innhenting av eksisterende forskning om MI og fysisk aktivitet hos mennesker med schizofreni. Dette viser at det er fokus på problemet. Jeg håper at det i fremtiden kan legges større vekt på hvor viktig fysisk aktivitet er for denne pasientgruppen og hvor viktig det er at sykepleier kan øke sin kompetanse på dette feltet.

6. LITTERATURLISTE

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*.

Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørnstadjordet, K. (2009). Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni.

Fysioterapeuten, 5, 19-25.

Brinchmann, B. S. (2013). Nærhetsetikk. I Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*, s. 128

(3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahlgren, A., Nøstberg, A. M. & Steinsbekk, A. (2011). Effekt av gruppeundervisning i

pasient og pårørendeopplæring (Kunnskapssenteret-rapport nr. 9/2011). Oslo:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Faulkner, G. & Sparkes, A. (1999). Exercise as Therapy for Scizofrenia: An Ethnographic

Study. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 52-69.

Heggelund, J., Nilsberg, G. E., Hoff, J., Morken, G. & Helgerud, J. (2011). Effects of high

aerobic intensity training in patients with schizofrenia – A controlled trial. *Nordic*

Journal of Psychiatry, 65, 269-270.

Heggelund, J. (2014). Fysisk trening som behandling for mennesker med alvorlig psykisk

lidelse – fokus på økt fysisk arbeidskapasitet. *Norsk Idrettsmedisin*, 29(1), 16-19.

Helsedirektoratet. (2016). Anbefalinger fysisk aktivitet. Hentet 21. mars 2016 fra

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

- Helsedirektoratet. (2010). Fysisk aktivitet og psykisk helse: et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging. (Tipsheftet fra Helsedirektoratet nr. 15/2011). Oslo: Helsedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helsenorge. (2015). Schizofreni. Hentet 20. Mars 2016 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G., Aandreaa, M., Tylandsvik, M., Dahle, A. S., Hammervold, U. & Stokka, M. (2007). *Miljøterapi: en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2006). *Psykisk helsearbeid: teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N.W. Damm & Søn.
- Hummelvold, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, E. (2005). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, A.-E. (red). *Grunnleggende sykepleie bind Sykepleiens*, s. 227-240 (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laursen, T. M., Wahlbeck, K., Hallgren, J., Westman, J., Ostby, U., Alinaghizadeh, H., ...Nordentoft, M. (2013). Life Expectancy and Death by Diseases of the Circulatory System in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia in the Nordic Countries, 8(6): e67133. doi: [10.1371/journal.pone.0067133](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067133)

Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). Schizofreni. I Roald Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken:*

Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Helsedirektoratet

Moe, T. & Martinsen, E. W. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I Borge, L.,

Martinsen, E. W & Moe, T. (red.). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*, s. 76-96. Bergen: Fagbokforlaget

Nasjonale faglige retningslinjer. (2013). Psykoselidelser. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>

Norsk Sykepleieforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pedersen, A. (2007). *Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.*

Hentet fra

https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00011/Veileder_etablering_11095a.pdf

Skaug, E. – A. (2012). Fysisk aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. – A. Skaug

(red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2*, s. 270 (2.urg). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Store Norske Leksikon. (2014). ADL. Hentet 18. mai fra

<https://sml.snl.no/ADL>

Store Norske Leksikon (2012). *Holdning*. Hentet 15. april 2016 fra

<https://snl.no/holdning>